

CIÊNCIAS DA SAÚDE: ESTUDOS PARA MANUTENÇÃO E MELHORIA DA VIDA

VOLUME V



EDITORA CONHECIMENTO LIVRE

Frederico Celestino Barbosa

Ciências da saúde: estudos para manutenção e melhoria da vida

5ª ed.

Piracanjuba-GO
Editora Conhecimento Livre
Piracanjuba-GO

5ª ed.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Barbosa, Frederico Celestino
B238C Ciências da saúde: estudos para manutenção e melhoria da vida
/ Frederico Celestino Barbosa. – Piracanjuba-GO

Editora Conhecimento Livre, 2023

281 f.: il

DOI: 10.37423/2023.edcl723

ISBN: 978-65-5367-326-7

Modo de acesso: World Wide Web

Incluir Bibliografia

1. equipe 2. prevenção 3. tratamento 4. diagnóstico 5. prognóstico I. Barbosa, Frederico Celestino II.
Título

CDU: 613

<https://doi.org/10.37423/2023.edcl723>

O conteúdo dos artigos e sua correção ortográfica são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

EDITORIA CONHECIMENTO LIVRE

Corpo Editorial

MSc Edson Ribeiro de Britto de Almeida Junior

MSc Humberto Costa

MSc Thays Merçon

MSc Adalberto Zorzo

MSc Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno

PHD Willian Douglas Guilherme

MSc Andrea Carla Agnes e Silva Pinto

MSc Walmir Fernandes Pereira

MSc Edisio Alves de Aguiar Junior

MSc Rodrigo Sanchotene Silva

MSc Wesley Pacheco Calixto

MSc Adriano Pereira da Silva

MSc Frederico Celestino Barbosa

MSc Guilherme Fernando Ribeiro

MSc. Plínio Ferreira Pires

MSc Fabricio Vieira Cavalcante

PHD Marcus Fernando da Silva Praxedes

MSc Simone Buchignani Maigret

Dr. Adilson Tadeu Basquerote

Dra. Thays Zigante Furlan

MSc Camila Concato

PHD Miguel Adriano Inácio

MSc Anelisa Mota Gregoleti

PHD Jesus Rodrigues Lemos

MSc Gabriela Cristina Borborema Bozzo

MSc Karine Moreira Gomes Sales

Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares

MSc Pedro Panhoca da Silva

MSc Helton Rangel Coutinho Junior

MSc Carlos Augusto Zilli

MSc Euvaldo de Sousa Costa Junior

Dra. Suely Lopes de Azevedo

MSc Francisco Odecio Sales

MSc Ezequiel Martins Ferreira

MSc Eliane Avelina de Azevedo Sampaio

CAPÍTULO 1	7
DISTRIBUIÇÃO TEMPORO-ESPACIAL DA INCIDÊNCIA DE ANOMALIAS CONGÊNITAS ANTES E APÓS A EPIDEMIA DA ZIKA VÍRUS	
Francisco Assis Vieira Lima Júnior	
Lizailma Silva Cunha	
Damião Ernane de Souza	
Ingrid Guerra Azevedo	
Silvana Alves Pereira	
DOI 10.37423/230507679	
CAPÍTULO 2	23
ESTRATÉGIAS DE ADAPTAÇÃO PSICOLÓGICA E DE SAÚDE DOS CUIDADORES DIANTE DO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER INFANTIL	
Jéssica dos Reis Gama	
Isabela Caires Soares	
DOI 10.37423/230507686	
CAPÍTULO 3	37
PERCEPÇÃO E MANEJO ACERCA DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER SOB A VISÃO DOS MÉDICOS ATUANTES NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO PARANÁ	
Mariana Garbin	
Tuany Isabel Vanin	
DOI 10.37423/230507692	
CAPÍTULO 4	60
ÍNDICE DE VULNERABILIDADE SOCIAL DE PACIENTES ATENDIDOS EM UM PROGRAMA DE CONCESSÃO DE APARELHO AUDITIVO NA BAIXADA SANTISTA - SP	
ROSA MARIA FERREIRO PINTO	
Simone dos Santos da Silva Lima	
DOI 10.37423/230507695	
CAPÍTULO 5	73
PRIMEIRO CENTRO DE COMBATE AO CORONAVÍRUS DO BRASIL CONSTRUÍDO EM 05 DIAS	
Miriam Pontes Marreiro	
Daniela Caroline do Nascimento Vieira	
Paola Darbello da Silva	
DOI 10.37423/230507699	

CAPÍTULO 6	75
EXPERIÊNCIA E INTERAÇÃO ENTRE UNIVERSITÁRIOS NA LIGA INTERDISCIPLINAR DE SAÚDE DA MULHER DA UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO	
Camilla Dorta de Almeida	
Gabrieli Setti Amorim	
Beatriz Gomes Valença	
Nathália Aiello	
DOI 10.37423/230507704	
 CAPÍTULO 7	 79
ANÁLISE DA AUTOPERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA E APTIDÃO FÍSICA ENTRE PARTICIPANTES DE UM PROJETO DE EXERCITAÇÃO COLETIVA	
Everton Luiz de Oliveira	
Alisson Donizete Briosso Martins	
DOI 10.37423/230507705	
 CAPÍTULO 8	 96
CONHECIMENTO DE PUÉRPERAS SOBRE ANALGESIA DO PARTO NORMAL EM MATERNIDADE PÚBLICA NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO NORTE, BRASIL	
Rachel de Alcântara Oliveira Ramalho	
DOI 10.37423/230507715	
 CAPÍTULO 9	 123
MORTALIDADE NA INFÂNCIA NO BRASIL E REGIÕES NO PERÍODO DE 2000 A 2011: O IMPACTO DA ATENÇÃO BÁSICA	
Tabatha Gonçalves Andrade Castelo Branco Gomes	
Murilo Neves de Queiroz	
Vinícius Neves Bezerra	
Paulo Batista dos Reis Netto	
Leonardo dos Santos Ferreira	
Ana Maria Costa	
DOI 10.37423/230507718	
 CAPÍTULO 10	 139
O IMPACTO DO DISTANCIAMENTO SOCIAL IMPOSTO PELA PANDEMIA DE COVID-19 NA APTIDÃO FÍSICA RELACIONADA À SAÚDE EM ALUNOS DE FUTEBOL DA EME DE GAROPABA-SC	
Ricardo Teixeira Ferreira	
Adroaldo Cezar Araújo Gaya	
DOI 10.37423/230507719	

CAPÍTULO 11	176
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DE CRIANÇAS FILHAS DE CATADORES E NÃO-CATADORES DO DISTRITO FEDERAL: ESTUDO COMPARATIVO.	
Andrea Martins Dantas	
Júlia Luz Camargos Mesquita	
Danuze Batista Lamas Gravina	
Ana Cristina Barreto Bezerra	
Vanessa Resende Nogueira Cruvinel	
DOI 10.37423/230507720	
CAPÍTULO 12	190
ANÁLISE DE AFLATOXINA NO LEITE CRU REFRIGERADO	
Priscila Soares Lopes	
Márcia Alves de Medeiros Gorodicht	
César José Finger	
Liris Kindlein	
DOI 10.37423/230507727	
CAPÍTULO 13	200
A EXPERIÊNCIA COM HORÁRIO ALTERNATIVO EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL	
Miguel Arcangelo Serpa	
Vinicius Barcelos	
DOI 10.37423/230507729	
CAPÍTULO 14	208
CREENCIAS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS PADRES Y/O TUTORES CON RELACIÓN AL ESTADO DE SOBREPESO Y OBESIDAD DE SU HIJO	
Jacqueline Paez	
Juan Hurtado	
Júlio B. Mello	
Catalina Sobarzo	
Nelson Cáceres	
Valentín Mercado	
Adolfo Morales	
Roberto Palma	
Fabian Prünster	
DOI 10.37423/230507731	

CAPÍTULO 15 240

ALTERAÇÕES HEMODINÂMICAS ENTRE UNIVERSITÁRIOS OBESOS E EUTRÓFICOS APÓS EXERCÍCIO AERÓBICO.

Costa, P, F.

Souza, M, E.

Marques, N,S,F.

DOI 10.37423/230507733

CAPÍTULO 16 252

BARREIRAS PSICOLÓGICAS PODEM SER REDUZIDAS COM APRÁTICA DO ATLETISMO. MITO OU REALIDADE?

CELBY RODRIGUES VIEIRA DOS SANTOS

LAIZA DE SOUZA SEPULVIDA GONÇALVES

DOI 10.37423/230507790

CAPÍTULO 17 264

PERCEPÇÃO DAS MÃES DE CRIANÇAS COM LEUCEMIA SOBRE A DOENÇA E TRATAMENTO.

Antonio Inguisson Tharlison Pereira Lima

DOI 10.37423/230607899

Capítulo 1



10.37423/230507679

DISTRIBUIÇÃO TEMPORO-ESPACIAL DA INCIDÊNCIA DE ANOMALIAS CONGÊNITAS ANTES E APÓS A EPIDEMIA DA ZIKA VÍRUS

Francisco Assis Vieira Lima Júnior

Lizailma Silva Cunha

Damião Ernane de Souza

Ingrid Guerra Azevedo

Silvana Alves Pereira

*Programa de pós-graduação em Saúde
Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande
do Norte, FACISA
Programa de pós-graduação em Saúde
Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande
do Norte, FACISA
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
(IBGE), Natal/RN, Brasil*

Universidad Católica de Temuco

Universidade Federal do Rio Grande do Norte



Resumo: Objetivo: analisar a distribuição temporo-espacial das taxas de incidência de anomalias congênitas no Rio Grande do Norte, antes e após a epidemia Zika Vírus através de uma análise geoestatística e correlaciona-la com os determinantes sociais em saúde. **Métodos:** trata-se de um estudo epidemiológico do tipo ecológico, retrospectivo que avaliou os casos notificados de anomalias congênitas no Rio Grande do Norte agrupando em dois biênios, antes (2005-2006) e após (2015-2016) a epidemia de Zika-Vírus através de uma análise espacial, cujos dados obtidos do DATASUS e da Secretaria Estadual de Saúde, foram agrupados no SPSS 13.0 e analisados no Terraview versão 4.2.2. **Resultados:** Apesar de observar um aumento na incidência de anomalias, quando comparado com o biênio 2005-2006, passando de 6,23 casos/1.000 nascidos vivos no período pré-Zika, para 9,24 casos/1.000 nascidos vivos no período pós-Zika, foi observada que a mesorregião Agreste Potiguar é a que possui maior número de casos notificados de Zika Vírus assim como é a região que concentra maior número de casos de anomalias congênitas, nos dois períodos, estando correlacionada com região com grandes desigualdades sociais. **Conclusões:** o presente estudo parece revelar que as anomalias congênitas sempre estiveram presentes no estado e nenhuma outra ação foi suscitada com tamanha importância como no período Zika, sendo importante a realização de estratégias para minimizar os casos de anomalias congênitas tais como fortalecimento da atenção básica e controle dos determinantes sociais de saúde.

Palavras-chave: Epidemiologia. Anormalidades congênitas. Microcefalia. Zika vírus. Análise espacial.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS)¹ define anomalia congênita ou defeitos congênitos como sendo qualquer defeito funcional ou estrutural no desenvolvimento do feto, como por exemplo a microcefalia. Pode ser decorrente de fatores socioeconômicos, genéticos, infecções ou causadas por fatores nutricional, materno e ambientais, o que traz um grande impacto a saúde pública^{2,3} e graves repercussões à vida da criança e de sua família³. Sua incidência no período neonatal é de aproximadamente 2,5%, sofrendo variações conforme condições socioeconômicas e nutricionais, etnia e acessibilidade aos sistemas de saúde⁴.

No Ano de 2015 houve um aumento substancial no número de crianças com microcefalia. Sendo esse fenômeno associado ao aparecimento do vírus Zika (ZIKV) no Brasil, quando profissionais da saúde notaram um aumento de internações por manifestações neurológicas, que incluíam microcefalia e Síndrome de Guillain-Barré (SGB), em indivíduos que apresentavam inicialmente sintomas sugestivos e arbovirose (FANTINATO et. al., 2016; LESSER; KITRON, 2016).

Após investigações realizadas pelo Centro de informações Estratégicas em Vigilância em saúde (CIEVS) em 8 estados brasileiros confirmou-se a autoctonia do ZIKV em crianças com microcefalia e a doença passou a ser denominada de síndrome congênita associada à infecção do Zika vírus (SCZV) (FANTINATO et. Al., 2016)

O ZIKV tornou-se um problema de saúde pública mundial em decorrência de seus impactos na saúde. Entre os anos de 2010 e 2014, a incidência de microcefalia era de, 163 casos por ano e esse número aumentou para 1.581 casos de microcefalia e outras alterações do sistema nervoso no ano de 2016 (LESSER; KITRON, 2016; WHO, 2016).

Dentre os fatores que tem favorecido a emergência e disseminação das arboviroses estão a interferência e modificação no ecossistema pela ação do homem, o desordenado crescimento populacional urbano, o processo de globalização e ampliação do intercâmbio internacional e as mudanças climáticas (LIMA-CAMARA, 2016). Lima-Neto (2016), aponta ainda a ausência de medidas efetivas de prevenção e controle do vetor como obstáculo de combate às epidemias de arboviroses.

Inserido neste contexto epidemiológico está o estado do Rio Grande do Norte (RN), apontado como um dos estados com maior número de casos de ZIKV com um total de 8.743 casos suspeitos, e 205 confirmados em 2016 (SESAP, 2016). Segundo Alves (2018) essa elevada incidência de casos no RN deve-se à alta densidade populacional, por atrair um número considerável de turistas, condições

climáticas favoráveis e um sistema de saneamento ambiental precário que favorecem a proliferação do vetor.

Diante do número crescente de microcefalia no Brasil associado ao aumento gradativo de ocorrência de ZIKV em gestantes, assim como do fato da reprodução do vetor estar relacionada não somente a condições climáticas de cada região, mas também das condições sanitárias, infraestrutura e socioeconômicas das localidades, torna-se importante verificar o papel desses fatores socioambientais sobre os casos de microcefalia pelo ZIKV, com a premissa de se conhecer melhor o quadro de saúde regional e consequentemente subsidiar ferramentas para auxiliar no combate dessa comorbidade.

E sabendo da influência dos fatores ambientais sob os casos de anomalias^{2,3} a hipótese levantada por esse estudo é que a distribuição espacial de anomalias congênitas no RN não seja diferente quando comparada antes e após ZIKV, isso porque outros fatores, como os já citados, sempre contribuíram para uma incidência alta de anomalias congênitas no estado. Nesta perspectiva, o objetivo do presente estudo é analisar a distribuição temporo-espacial das taxas de incidência de anomalias congênitas no RN, antes e após a epidemia ZIKV através de uma análise geoestatística e correlacioná-la com os determinantes sociais em saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo ecológico com os dados de notificações de anomalias congênitas dos 167 municípios do estado do RN no período pré e pós-ZIKV.

Coleta de dados e variáveis do estudo. Os dados do presente estudo foram obtidos através de fontes secundárias coletados através do Sistema de Informação e Secretaria de Vigilância em Saúde. A população de nascidos vivos utilizada para os cálculos de incidência dos fenômenos estudados foi a do ano de 2016, consolidados e obtidos através do DATASUS/SINASC.

Para determinação da incidência de notificações de Zika Vírus foi utilizado o número de casos notificados por município por 10.000 habitantes. Os dados foram alocados no biênio 2015-2016, tomando como marco referencial divisor o surgimento da microcefalia associado a infecção congênita do Zika Vírus registrado no ano de 2015, sendo os dados obtidos através do DATASUS/FORMSUS e SINAN através da secretaria estadual de saúde (SESAP-RN).

As notificações de anomalias congênitas por município, independentemente do tipo, foram obtidas através do DATASUS/SINASC até o ano de 2014, tendo em vista que as informações já estavam

consolidadas na base de dados. Já aos dados referentes aos anos 2015 e 2016 foram extraídos do SINAN e fornecidos pelo Setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Estadual de Saúde (SESAP-RN). Por se tratar de dados secundários, o presente estudo dispensou a apreciação do comitê de ética em pesquisa.

Apesar da diferença das formas de notificar e alimentar o sistema de informação, assim como os diferentes tipos de anomalias, a presente investigação se limitou a tomar por base o número geral de notificações de anomalias congênitas, independentemente do tipo.

Para os cálculos de incidência de anomalias congênitas foi utilizado o número de casos notificados por município a cada 1.000 nascidos vivos. A população referência de nascidos vivos para análise dos biênios foi a de 2014, tendo em vista a consolidação dos dados e disponibilidade na plataforma DATASUS à época do estudo do fenômeno. Os dados foram alocados em biênios 2005-2006 e 2015-2016, sendo o ano de 2015 o marco referencial divisor o surgimento da microcefalia por ZIKV no estado do Rio Grande do Norte.

Para calcular a incidência de anomalias congênitas foi realizado o processo de agregação no IBM® *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 13.0 e os dados foram trabalhados utilizando como unidade de análise os 167 municípios do Rio Grande do Norte.

ANÁLISE DOS DADOS

A análise espacial dos dados e construção dos mapas temáticos foi realizada no *software TerraView* versão 4.2.2 do Instituto Nacional de Pesquisa Espacial (INPE). Além disso foi analisada a formação de cluster, tomando por base as mesorregiões geográficas do estado analisado.

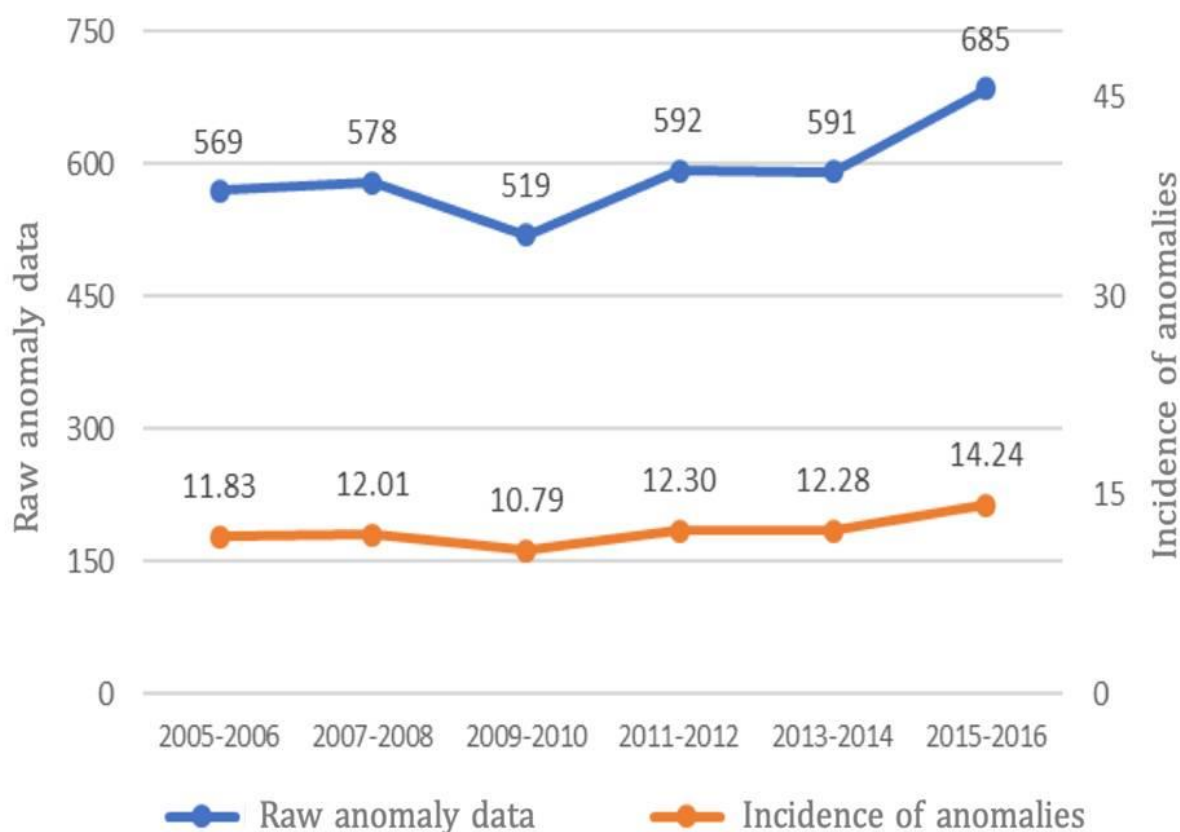
Para identificar a estrutura de correlação espacial que melhor descreve a dependência espacial da taxa de incidência de anomalias nos municípios do RN utilizou-se o índice de Moran Local, desenvolvido para quantificar o grau de associação espacial a que cada localização do conjunto amostral está submetida. A ocorrência de aglomerados e a determinação do padrão de significância desses aglomerados foram demonstrados pelo MoranMap e pelo LisaMap, respectivamente, sendo considerada como significância estatística o valor de $p < 0,05$.

Ao verificar a hipótese da dependência espacial, os valores de Moran podem ser positivos (correlação direta; valores semelhantes tendem a se localizar vizinhos) ou negativos (correlação inversa valores altos estarão cercados de valores baixos, e vice-versa).

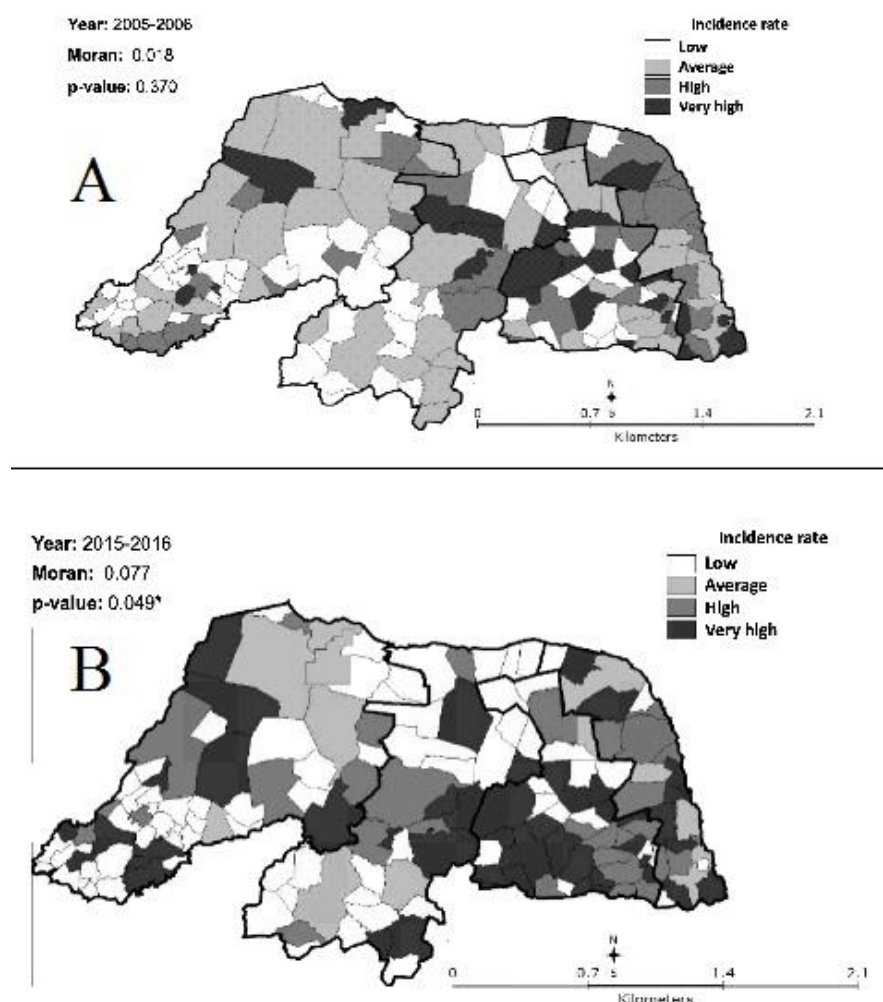
Para agrupamento dos municípios e classificação das incidências de anomalias, foi utilizado o método de ligação de Ward usando distância euclidiana para um nível de significância de 5%, obtendo-se 4 grupos particionados de acordo com a incidência de anomalias e Zika de acordo com os biênios estudados (2005-2006 e 2015-2016) (Tabela 1). Nesses grupos, foi verificada por meio do Teste Kruskal-Wallis a influência dos determinantes sociais de saúde (cobertura de saúde, desigualdade social, Produto Interno Bruto - PIB *per capita*, taxa de analfabetismo) na distribuição de anomalias congênitas.

RESULTADOS

Foram analisados 167 municípios e agrupados em biênios através do número total de anomalias notificadas, independentemente do tipo e excluindo-se os casos ignorados. Nessa análise é possível observar que os casos notificados de anomalia congênita eram estáveis até 2014 (Figura 1), com um aumento na incidência de anomalias, passando de 6,23 casos/1.000 nascidos vivos no período pré-ZIKV para 9,24 casos/1.000 nascidos vivos no período pós-ZIKV, tomando por base a população de nascidos vivos no biênio em estudo.



A distribuição espacial de anomalias no período pré-ZIKV não obedece a um padrão de espalhamento territorial (Figura 2A), mas ainda assim é possível visualizar que a Mesorregião Agreste Potiguar é a que concentra maior número de municípios com incidência muito alta de anomalias ($n=10$).



A partir do surgimento de ZIKV em 2015, foi gerado o cartograma de anomalias congênitas pós-ZIKV (Figura 2B), onde os municípios de incidência muito alta apresentam um padrão espacial de distribuição estatisticamente significativa ($p=0,049$) distribuídos em todas as Mesorregiões do Rio Grande do Norte, sendo a região Agreste Potiguar a que apresenta maior número de municípios ($n=20$), sendo possível observar que municípios antes agrupados com incidência alta ou muito alta de anomalias passaram a ter classificações diferentes.

Grupos de municípios que apresentam alta e muito alta incidência de anomalias congênitas possuem alta desigualdade social (coeficiente GINI) e baixo PIB per capita, (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Apesar da mídia ter apontado o estado do Rio Grande do Norte como um dos estados do Nordeste Brasileiro com maior incidência de microcefalia associado ao ZIKV e diversas estratégias políticas e jurídicas terem sido implementadas pelo Governo Federal apenas após a epidemia do vírus⁹, a presente pesquisa parece revelar que o surgimento da epidemia de ZIKV no ano de 2015 não modificou o padrão de distribuição territorial e espacial das anomalias congênitas no estado do RN.

Segundo Santos (2001)¹¹, o território não é apenas fundamento do Estado- Nação, e sim um o conjunto de objetos e ações espaço humano e habitado, podendo ser formado por lugares contíguos e lugares em rede, assim como fluxo de pessoas e de matérias.

É seguindo o conceito de rede que a saúde pública se sustenta e se organiza territorialmente. Entender se existe um padrão de distribuição de doenças no território auxilia a organização da saúde pública, quer seja com ações de assistência ou promoção e prevenção em saúde, principalmente envolvendo a questão da anomalia congênita, cujos estudos são raros e na maioria das vezes limitados a hospitais¹².

Apesar do território influenciar a organização populacional e consequentes arranjos familiares, não foi possível observar nos cartogramas do presente estudo a formação de *cluster* com significância estatística. A hipótese levantada para justificar essa correlação pode estar vinculada ao baixo número de casos de anomalias congênitas em muitos municípios, reduzindo o poder estatístico da análise, configurando assim uma limitação ao presente estudo ecológico.

A epidemia de ZIKV relatada pela mídia informal e a literatura científica indicaram os estados do Nordeste brasileiro como sendo a região mais acometida pela epidemia de microcefalia e ZIKV, sendo os estados de Pernambuco e Bahia com maiores casos notificados seguidos do RN com terceira maior taxa de notificações¹³.

Segundo o Boletim Epidemiológico da Secretaria Estadual de Saúde do RN, em 2015 foram notificados 311 casos suspeitos de ZIKV no estado e esse número aumentou em 400% alcançando um pouco mais de 1200 casos em 2016. Contudo, é importante salientar que esse aumento se refere aos casos notificados, não mantendo ainda uma relação causal entre a notificação e a confirmação de infecção do ZIKV.

O presente estudo revelou uma distribuição espacial de anomalias congênitas estatisticamente significativa ($p=0,049$) para o biênio 2015-2016, estando os casos de anomalias congênitas espalhados

em todo espaço territorial, com uma concentração maior na Mesorregião pouco desenvolvida do Rio Grande do Norte chamada de Agreste Potiguar, fato esse também comprovado pela distribuição de infecção de ZIKV no mesmo período.

Segundo dados do último Censo Populacional¹⁴, o Agreste Potiguar é uma região com municípios pequenos (7500 a 35.700 habitantes), o que pode favorecer a precariedade à assistência à saúde e um impacto negativo ao sistema público¹⁵, tendo em vista que o suporte financeiro à essas questões tende a ser menor. Vários trabalhos relatam que regiões com nível socioeconômico mais baixo apresentam maior frequência de escabiose, AIDS, sífilis e ainda o uso de medicamentos abortivos, sendo que todos esses fatores aumentam o risco de desenvolvimento de anomalia congênita^{2,16,17}.

Outro fator importante é que essas regiões concentram pessoas com menor nível socioeconômico, o que apresenta uma maior tendência a relações consanguíneas, elevado número de gravidezes, baixo número de consultas e acompanhamento pré-natal¹⁷ envolvendo assim a saúde da mulher e do recém-nascido.

As características das populações que influenciam a saúde são a distribuição de idade e gênero, características genéticas, crenças de saúde e atitudes culturais. Embora a diversidade das populações urbanas garanta que não existe um genótipo urbano, as características genéticas interagem com as condições ambientais para produzir fenótipos urbanos com resiliências e vulnerabilidades específicas da saúde¹⁸.

No que tange o gênero, Carvalho (2013)¹⁹ afirma que as desigualdades corroboram para que a sociedade se estratifique, determinando também o acesso e uso diferenciado de cuidados de saúde, com consequências para a promoção desigual de saúde e bem-estar, prevenção e recuperação de doenças e sobrevivência. Essas diferenças acentuam-se quando consideradas as questões relacionadas ao gênero, pois maior prejuízo de saúde é constatado ao se observar que mulheres em situação de risco em nosso meio social.

O presente estudo evidenciou que ter maior cobertura de saúde não modifica a incidência de anomalia congênita no município. É necessário avaliar como é feita a cobertura de saúde dos municípios, tendo em vista que a Política Nacional de Atenção Básica (2012)¹⁷, declara que a atribuição dos profissionais seja direcionada para assistência e garantia do cuidado e uma das formas apontadas para controle dos casos de anomalias é a prevenção primária, como por exemplo campanhas de vacinação e controle de doenças gestacionais^{2,20}. Além disso, as diferenças regionais urbanas ou rurais onde as mulheres estão localizadas pode dificultar a mobilidade e influenciar no acesso aos serviços de saúde.

Nesse sentido, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma proposta válida para modificação do modelo assistencial e reorganização da atenção primária à saúde, sendo apontado em diversos estudos como uma medida que pode minimizar o impacto das anomalias ao SUS e ampliar o acesso à saúde^{2,15,17,21}. A inclusão da interprofissionalidade, como reorientadora das práticas em nova sistematização, visa garantir o princípio doutrinário da integralidade do SUS, possibilitando maior eficiência em caráter de prevenção e promoção da saúde da comunidade.

A implementação de políticas públicas faz com que a taxa de mortalidade infantil caia principalmente devido o controle de doenças, fato que pode reduzir os casos de anomalia congênita e é amplamente aplicável na atenção primária¹⁷. Tal fato corrobora com Santos et al. (2016)⁹ que aponta diversas estratégias a serem adotadas, inclusive com previsão legal, diante da epidemia de microcefalia experimentada pelo Brasil.

Verifica-se ainda no presente estudo que municípios com maior desigualdade social e pior PIB per capita apresentaram maior incidência de anomalia, fato também observado em outro estudo¹⁶ que constatou o nível econômico baixo influenciando com significância estatística o aumento dos casos de anomalias congênitas. Tal fato corrobora com os achados desse estudo, tendo em vista que a Mesorregião Agreste Potiguar pode ser classificada com menor distribuição de renda e maior desigualdade social.

Apesar de não ter sido encontrada relevância estatística da correlação entre a taxa de analfabetismo e a incidência de anomalias congênitas nos municípios do Rio Grande do Norte, vários autores^{2,12,16,17} apontam que a baixa escolaridade reflete baixas condições socioeconômicas e elevada carência nutricional, fatores esses que estão associados diretamente ao desenvolvimento de anomalia congênita. Pessoas com melhor nível social e educacional apresentam maior acesso a saúde, à informação e possui hábitos de vida mais saudáveis¹⁷, o que pode reduzir a incidência de anomalias congênitas nessas regiões.

Planejamento familiar e educação em saúde, orientação populacional, redução da idade materna, programas de vacinação, controle na venda de medicamentos abortivos, combate ao consumo de drogas, álcool e fumo são estratégias de políticas públicas e medidas econômicas que quando implementadas poderiam mudar o panorama de distribuição de anomalias congênitas no estado do Rio Grande do Norte^{2,9}.

A participação da mídia, incluindo programas radiofônicos estatais ou qualquer outra forma de comunicação acessível às populações, pode ser uma estratégia de direcionamento de ações em

saúde⁹. Camargo²² revela que a mídia se configura como uma poderosa prática discursiva capaz de produzir sentidos que permite à sociedade compreender e lidar com as situações do cotidiano. Nesse sentido, as epidemias devem ser tratadas pela mídia de forma cautelosa, caso contrário pode produzir efeitos negativos e devastadores em determinadas populações. Pereira Neto et al.²³ aponta ainda que a qualidade das informações veiculadas pela mídia sensibiliza gestores e estimula o enfrentamento das epidemias.

Convém salientar que a atuação midiática e governamental direcionou a assistência às crianças com anomalias congênitas, em especial, a microcefalia, estimulando e ampliando os centros de reabilitação, assim como mobilizando o combate ao mosquito e desenvolvendo apoio tecnológico, educacional e de pesquisa. Os autores do presente estudo não desmerecem essas ações. No entanto, é importante frisar que os dados do presente estudo revelam que anomalia congênita é uma constante no estado do RN, o que denota a necessidade de ações permanentes e centradas no fortalecimento da atenção primária e no controle dos determinantes sociais em saúde.

CONCLUSÕES

As políticas governamentais, diante da epidemia de ZIKV, giraram em torno de ações pontuais de assistência às anomalias instaladas e ao controle do mosquito *Aedes aegypti*. Contudo, os resultados da presente pesquisa revelam que as notificações de anomalias sempre estiveram presentes no estado e nenhuma ação incisiva por parte do poder público foi estabelecida.

Nesse sentido, sugere-se que medidas governamentais direcionadas à modificação dos determinantes sociais de saúde envolvidos no fenômeno em estudo, tais como controle dos fatores ambientais, socioeconômicos e biológicos, sejam amplamente discutidos e trabalhados nas comunidades, com destaque para as ações primárias de atenção à saúde como ferramenta importante no controle das epidemias envolvendo anomalias congênitas, evitando que especulações midiáticas possam desvirtuar os efeitos causa-consequência do arranjo epidemiológico das doenças estudadas.

REFERÊNCIAS

- 1.WHO. Congenital anomalies [Internet]. Congenital Anomalies. 2016 [cited 2017 Mar 3]. p. 1–5. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/en/>.
- 2.Fontoura FC, Cardoso MVLML. Associação das malformações congênitas com variáveis neonatais e maternas em unidades neonatais numa cidade do nordeste brasileiro. *Texto Context Enferm* 2014; 23(4): 907–14.
- 3.Queiroz C, Mendes DS, Avena MJ, Mandetta MA, Magda M, Gomes F. Prevalência de nascidos vivos com anomalias congênitas no município de São Paulo. *Rev Soc Bras Enferm Ped* 2015; 15(1): 7–12.
- 4.Bueno FTC. Vigilância e resposta em saúde no plano regional: um estudo preliminar do caso da febre doZikavírus.*CienSaudeColet*2017;22(7):230514.Disponivelem:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002702305&lng=pt&tlng=pt.
- 5.Butler D. Brazil’s birth-defects puzzle: Zika virus might not be only factor in reported microcephaly surge.*Nature*2016;535(7613):4756.Disponivelem:<https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84982171129&partnerID=40&md5=c0c30bfe8d34b920f9190cc6edde1d96>.
- 6.Conci D, Goes I, Luiz E. Infecção pelo zika vírus e seu nexo causal com casos de microcefalia no brasil: uma revisão da literatura. *Anuário Pesqui e Extensão* 2017; 2: 17.
- 7.Osorio-De-Castro CGS, Miranda ES, De Freitas CM, De Camargo KR, Cranmer HH. The Zika Virus outbreak in Brazil: Knowledge gaps and challenges for risk reduction. *Am J Public Health*. 2017; 107(6): 960–5.
- 8.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde. Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional. Ministério da Saúde; 2016.
- 9.Santos JLG dos, Ima MVM de, Leitão FNC, Costa VDE da, Macedo Jr H, Muniz PT. Zika virus and measures of legal interventions in public health. *J Hum Growth Dev* 2016; 26(3): 393. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/122919>.
- 10.SANTOS, Milton; SILVEIRA M. O Brasil: território e sociedade no início do século XXI. Record. 2001. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/geouerj/article/viewFile/1389/1179>.
- 11.Costa CMDs, Gama SGN Da, Leal MDC. Congenital malformations in Rio de Janeiro,Brazil: prevalence and associated factors. *Cad Saúde Pública - Rio Janeiro* 2006; 22(11): 2423–31.
- 12.Nunes ML, Carlini CR, Marinowic D, Neto FK, Fiori HH, Scotta MC, et al.Microcephaly and Zika virus: a clinical and epidemiological analysis of the current outbreak in Brazil. *J Pediatr* 2016; 92(3): 230–40. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S225555361630012X>.
- 13.IBGE. Sinopse do Censo Demográfico 2010. ed. Rio de Janeiro; 2010. 261 p.Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=284547>.

14. Polita NB, Ferrari RAP, Moraes PS de, Sant'Anna FL, Tacla MTGM. Anomalias congênitas: internações em unidade pediátrica. *Rev Paul Pediatr* 2013; 31(2): 205–10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010305822013000200011&lng=pt&tlng=pt
15. Pawluk M, Campaña H, Gili J, Comas B, Gimenez L. Determinantes sociales adversos y riesgo para anomalías congénitas seleccionadas. *Arch Argent Pediatr* 2014; 112(3): 215–23.
16. Canals Cifuentes MA, Cavada C. G, Nazer H. J. Factores de riesgo de ocurrencia y gravedad de malformaciones congénitas. *Rev Med Chil*. 2014;142(11):1431–9.
17. Vlahov D, Freudenberg N, Proietti F, Ompad D, Quinn A, Nandi V, et al. Urban areas as a determinant of health. *J Urban Heal* 2007; 84(SUPPL. 1): 16–26.
18. Carvalho AI De. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde 2013; 2:38.
19. Ramos AP, Oliveira MND de, Cardoso JP. Prevalência de malformações congênitas em recém-nascidos em hospital da rede pública. *Saúde.com* [Internet]. 2008; 4(1): 27–42. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/81>.
20. Amorim MMR de, Vilela PC, Santos ARVD, Lima ALMV, Melo EFP de, Bernardes HF, et al. Impacto das malformações congênitas na mortalidade perinatal e neonatal em uma maternidade-escola do Recife. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2006; 6(Supl 1): s19–25.
21. Araújo JSS de, Régis CT, Gomes RGS, Silva CSS, Abath CMB, Mourato FA, et al. Cardiopatia Congênita no Nordeste Brasileiro: 10 Anos Consecutivos Registrados no estado da Paraíba, Brasil. *Rev Bras Cardiol* [Internet]. 2014; 27(1): 509–15. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/266203391>
22. Camargo Penteado C, Fortunato I. Mídia e políticas públicas: possíveis campos exploratórios. *Rev Bras Ciências Sociais* 2015; 30(87): 129. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v30n87/0102-6909-rbcsoc-30-87-0129.pdf>
23. Pereira Neto A de F, Paolucci R, Daumas RP, Souza RV de. Avaliação participativa da qualidade da informação de saúde na internet: o caso de sites de dengue. *Cien Saude Colet* 2017; 22(6): 1955–68. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002601955&lng=pt&tlng=pt

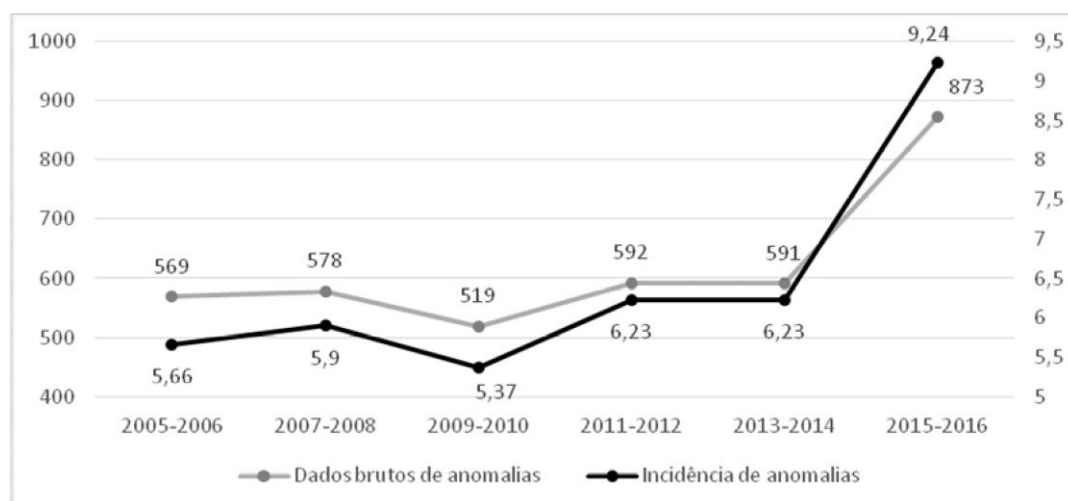


Figura 1: casos notificados de anomalias congênitas de acordo com os biênios estudados e incidência de anomalias por 1000 nascidos vivos em cada biênio.

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC e SESAP-RN.

Tabela 1: Classificação dos grupos quanto a média de incidência de casos de anomalia congênitas no período estudado (2005-2016). **Legenda:** “N” corresponde ao número de municípios do Rio Grande do Norte.

Grupos	N	%	Média das incidências	Classificação
1	53	31,74	5,09	Incidência média
2	22	13,17	8,62	Incidência alta
3	60	35,93	2,81	Incidência baixa
4	32	19,16	8,73	Incidência muito alta

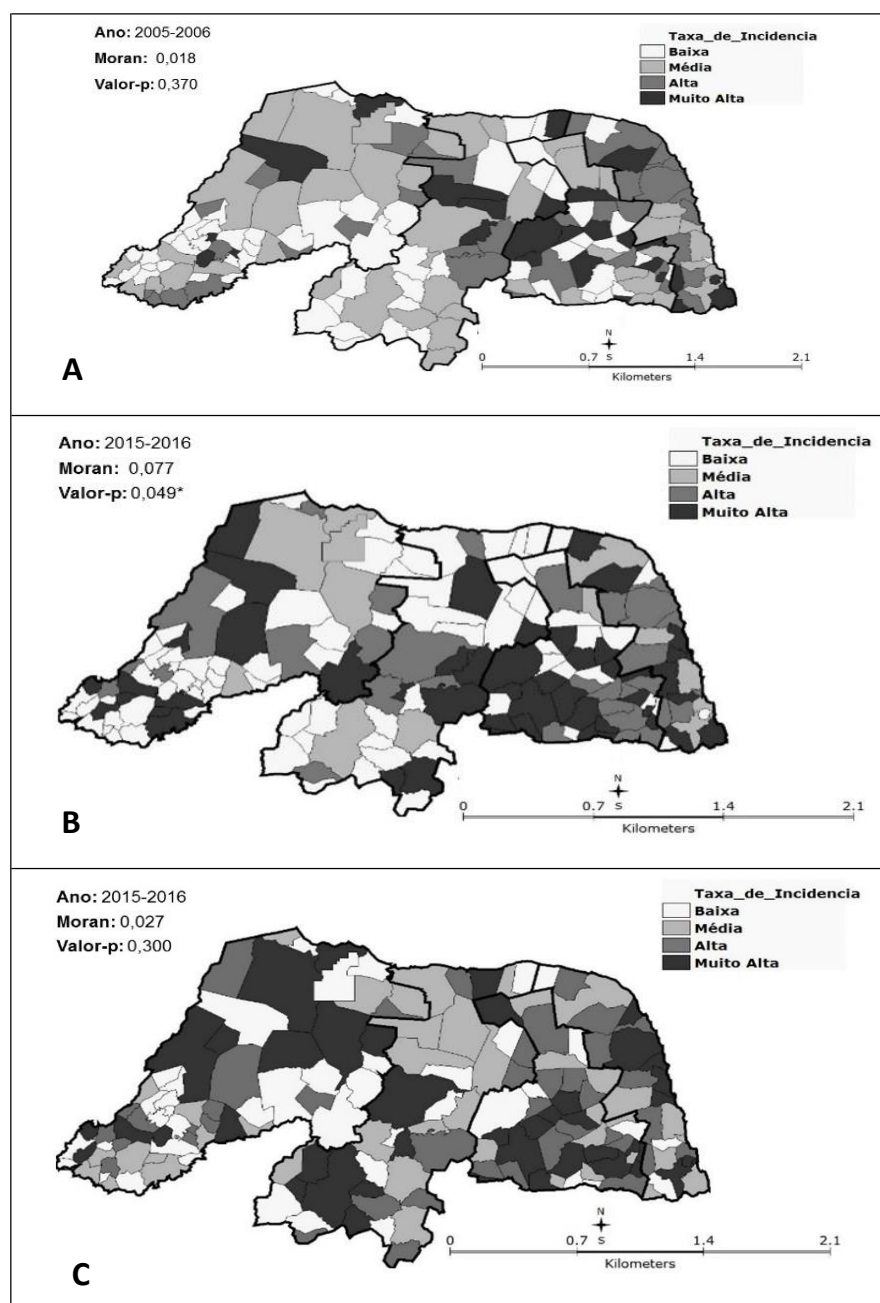


Figura 2 - Cartograma da análise espacial das taxas de anomalias congênitas emgeral (por 1.000 nascidos vivos) e Zika Vírus (por 10.000 habitantes) no biênio 2015 - 2016 no Rio Grande do Norte no período estudado.

Fonte: SESAP-RN. **Cartograma A:** distribuição espacial de anomalias congênitas no biênio 2005 a 2006. **Cartograma B:** distribuição espacial de anomalias congênitas no biênio 2015- 2016. **Cartograma C:** distribuição espacial de Zika Vírus no biênio 2015-2016.

Tabela 2: Comparação dos grupos de municípios de acordo com a incidência de casos de anomalias congênitas por grupo com os determinantes sociais. **Legenda:**

*Valores estatisticamente significantes.

Determinantes sociais de saúde	Grupos	Média	Desvio	Valor-p
Cobertura de saúde	1	95,83	13,49	0,066
	2	100,00	0,00	
	3	98,63	6,63	
	4	98,87	6,40	
Desigualdade	1	0,52	0,05	0,052*
	2	0,51	0,05	
	3	0,50	0,04	
	4	0,50	0,05	
PIB <i>per capita</i>**	1	9.383,14	4.912,11	0,037*
	2	7.510,03	2.668,19	
	3	11.019,49	7.980,45	
	4	9.200,29	6.047,47	
Taxa de analfabetismo	1	24,93	5,78	0,425
	2	27,32	5,09	
	3	25,88	4,88	
	4	26,82	5,33	

Capítulo 2



10.37423/230507686

ESTRATÉGIAS DE ADAPTAÇÃO PSICOLÓGICA E DE SAÚDE DOS CUIDADORES DIANTE DO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER INFANTIL

Jéssica dos Reis Gama

Escola Superior de Ciências da Saúde

Isabela Caires Soares

Escola Superior de Ciências da Saúde



Resumo: objetivo: identificar as estratégias de adaptação psicológica dos cuidadores de pacientes diagnosticados com câncer infantil. **Método:** Trata-se de uma pesquisa de caráter transversal com abordagem qualitativa. Para tanto, foram realizadas entrevistas com acompanhantes dos referidos pacientes, os quais estão em tratamento na ala da oncologia pediátrica em um hospital escola de Brasília. As questões abordadas foram analisadas conforme o referencial proposto por Le Bardin.

Resultados: Os dados encontrados nas entrevistas foram subdivididos em um total de três categorias que envolvem: o desequilíbrio emocional dos cuidadores, as estratégias de adaptação psicológica diante desse estágio da vida e a assistência da equipe de enfermagem diante de todo o processo.

Conclusão: Em suma, faz-se necessário que a equipe de enfermagem adote medidas estratégicas para minimizar os impactos que a doença traz. A assistência de enfermagem deve oferecer suporte emocional, orientações e acompanhamento contínuo para que o cuidador sinta-se assistido como um todo.

Descritores: adaptação psicológica, oncologia, apoio familiar.

INTRODUÇÃO

O câncer pediátrico na maioria dos casos ocorre antes dos 5 anos de idade, chegando a 50% das crianças diagnosticadas. Crianças entre 5 e 10 anos somam 25% dos casos e 25% na adolescência. No Brasil, o câncer já representa a primeira causa de morte (8% do total) por doença entre crianças e adolescentes de 1 a 19 anos. Hoje, em torno de 80% das crianças acometidas de câncer podem ser curadas, se diagnosticadas precocemente e tratadas em centros especializados ⁽¹⁾.

A neoplasia é uma doença dolorosa e estigmatizada, que exerce um impacto negativo tanto para os pacientes quanto para as pessoas que os rodeiam. Assim, o adoecimento causa desequilíbrio, e a estrutura familiar se altera, de forma a obrigar os membros a se adaptarem à nova situação de vida. Nessa perspectiva, a família tem grande importância na prevenção, continuidade e no enfrentamento de doenças ⁽²⁾.

Diante da observação realizada em alguns estudos, ficou em evidência o relacionamento entre o cuidador e o paciente, no qual a criança tem esta pessoa como apoio emocional diante desta patologia. As condições que a doença traz aos pacientes podem gerar uma relação de dependência entre eles e o cuidador, o qual se torna responsável em exercer o suporte físico e emocional a estes indivíduos ⁽³⁾.

A partir do momento em que a criança é diagnosticada com câncer, a família sofre de maneira que todos podem ser rodeados por sentimentos de angústia e incerteza, além de saberem da possibilidade de morte do paciente. Essa situação, principalmente no meio familiar, pode provocar sintomas patológicos como ansiedade e até mesmo depressão ⁽³⁾.

Para enfrentar tais circunstâncias, alguns familiares utilizam como estratégias a busca por suporte emocional. Destaca-se o apoio familiar, o de amigos e as práticas espirituais. Todo ser humano necessita de auxílio, principalmente em momentos difíceis, para que melhore a qualidade de vida e possa tornar as estratégias de enfrentamento efetivas ⁽⁴⁾.

Uma das finalidades das ações do profissional de enfermagem é sugerir ao acompanhante que modifique certas atitudes para que haja uma escuta qualificada com a intenção de ajudá-lo a lidar com a situação. O enfermeiro deve procurar meios de incluí-lo no tratamento e, com isso, abranger toda a família no processo do cuidar. Assim, a equipe de enfermagem tende a buscar cuidados especializados e humanizados juntamente com os demais profissionais preparados para acolher a família dos doentes no seu sofrer ⁽⁵⁾.

Por conseguinte, o enfermeiro pode utilizar como estratégia intensificar a interação com o cuidador por meio de reuniões periódicas, realização de atividades de lazer, produzindo momentos lúdicos, e encaminhar para atendimento psicológico em grupo ou individual quando for observada a necessidade ⁽⁵⁻⁶⁾.

De acordo com os fatos encontrados, os objetivos do estudo foram identificar o perfil sócio demográfico dos cuidadores das crianças hospitalizadas em uma unidade pública de saúde do DF e identificar as estratégias de adaptação psicológica utilizadas pelos cuidadores diante do diagnóstico de câncer.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caráter transversal e abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada em Hospital Escola de Brasília no ano de 2018. Os dados coletados da pesquisa, foram realizados através de uma entrevista semi-estruturada. As respostas foram obtidas por meio de gravações realizadas in loco após a assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (TCLE). Após a coleta dos dados necessários, esses foram transcritos e analisados.

Os participantes da pesquisa atenderam os seguintes critérios: os de inclusão foram os familiares/acompanhantes de crianças entre 5 a 14 anos internadas por diagnóstico de doença oncológica na ocasião da coleta de dados e que aceitaram participar do estudo. Os critérios de exclusão foram crianças cuja condição de saúde impedia o procedimento da entrevista dos familiares/acompanhantes para a coleta de dados e os que se recusaram participar da pesquisa. O estudo foi analisado através do Método de Análise de Conteúdo proposto por *Le Bardin* ⁽⁷⁾. Foi abordada uma análise temática que permite realizar o recorte do conjunto das entrevistas realizadas de acordo com as respostas obtidas. Essas foram classificadas por núcleos de sentido correspondentes aos temas tratados.

Em atenção aos princípios éticos previstos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que dispõe sobre as Normas de Pesquisa com Seres Humanos, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da SES/DF. A pesquisa recebeu parecer favorável à sua realização através do Nº 2.739.896 e da CAAE nº 90350218.5.0000.5553.

RESULTADOS

PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA

O estudo apresentou uma amostra de 16 cuidadores/familiares de crianças diagnosticadas com câncer na faixa etária de 25 a 52 anos, sendo 75% mães, 18,75% pais e 6,25% tios. A maioria dos participantes apresentava o ensino médio completo. Em relação ao estado civil: 31,25% eram casados, 56,25% eram solteiros e 12,25% estavam em um relacionamento estável. Os participantes da pesquisa residiam em Brasília (56,25%) e Goiás (43,75%).

Após a análise do material empírico, surgiram três categorias temáticas, em relação ao cuidador: o desequilíbrio emocional, estratégia de enfrentamento e a assistência de enfermagem prestada.

CATEGORIA 1: REAÇÕES EMOCIONAIS DOS CUIDADORES.

Esta categoria representa recortes de falas dos cuidadores que apresentaram reações emocionais diversas. Observa-se que sentimentos como tristeza, insegurança, pensamentos suicidas, negação, foram mencionados pelos cuidadores por estarem vivenciando esse momento doloroso.

“Aí no início eu fiquei muito assim... sem chão. Mas, aí depois a psicóloga daqui me chamou, conversou e aí eu fui entender mais né” C1

“A gente que é mãe, quando fala assim: ‘câncer’. Você pensa: é o fim, na hora. Nem sei te explicar. Um turbilhão de coisas. O que será que eu deixei de fazer? O que eu não fiz, para ele estar assim? O que ele fez para ele estar assim? A gente fica pensando.” C3

“Toda mãe pensa o pior. Porque se um médico chega em você: ‘quem vai vir ficar com você?’ Meu marido. ‘Então, eu quero os dois juntos para conversar’. Você pensa o quê? O pior. Eu senti um gelo na barriga.” C9

Sentimentos como negação também foram evidenciados conforme os seguintes relatos:

“Não acreditei. Fiquei incrédulo. Assim, achei que era brincadeira da mãe. Eu não acreditava.” C7

“Os primeiros dias a gente não aceita né? Ainda mais porque o dele pode ter sido pela ‘zatiopríma’, que ele tratava uma doença que ele não tinha.” C8

Diante das constatações, sintomas depressivos foram identificados nas falas a seguir:

“Você quer mesmo saber? Foi me suicidar. Eu peguei o carro e fui me suicidar. Aí no momento eu pensei, parei na BR e comecei a chorar, chorei até demais com ela (...). Mas eu pedi muito a Deus, porque foi um choque para todo mundo, para a família inteira, todo mundo desesperado.” C2

“Ah, o mundo desabou né (voz chorosa) (pausa longa), difícil. (choro).” C10

“Mas eu me senti muito mal quando eu cheguei aqui nesse hospital Eu fiquei desesperada, mas eu não chorei na frente dele. Eu tento não sofrer, por causa dele.” C16

Observa-se uma variedade de sentimentos vivenciados pelos cuidadores após um tempo da criança hospitalizada como: alegria, esperança, tranquilidade, alívio e aceitação em relação à condição de saúde do paciente de acordo com os relatos que seguem:

“Tranquila! To tranquila, assim, quase no final...” C14

“To aliviada, não choro, to aliviada por ter achado a cura da minha filha. Larguei tudo, larguei minha vida, larguei minha neta, larguei minha casa, meu trabalho, só pra ficar com ela. To aliviada porque to conseguindo a cura dela.” C2

“Mas eu estou lidando bem com a situação, fica aquele susto, fica aquela preocupação né, mas eu to confiante e sei que o médico passa muita positividade a respeito do tratamento né to aí né tá cuidando dele vivendo aí para ele.” C1

Há também aqueles cuidadores que sentem dificuldade em se adaptar à nova situação e outros que estão em processo de aceitação.

“A minha vida está tão difícil que eu não tenho nem tempo de sentir. Porque se eu sentir, os meninos vão sentir. Então, eu tento ser o mais forte possível e só chorar longe deles.” C16

“Agora eu tô pior do que antes (risos) do que quando eu descobri. É difícil até de falar né, sei nem descrever o que eu sinto mais (riso).” C17

“Acho que assim, agora eu tô mais calma, mas parece que a ficha ainda não caiu né.”

C11.

CATEGORIA 2: ESTRATÉGIAS DE ADAPTAÇÃO PSICOLÓGICA DOS CUIDADORES.

De acordo com os sujeitos da pesquisa, o suporte religioso e espiritual foi a principal estratégia dos cuidadores para a melhora dos sentimentos. Diante dos resultados da pesquisa, constatou-se que esta

estratégia aliviou o sofrimento presente nesse momento da vida dos cuidadores/familiares como evidencia os seguintes depoimentos:

“Então eu tenho buscado na minha religião, força e fé. Hoje eu me sinto melhor, graças a Deus. Aquela fase do susto está equilibrada. Estou confiante. Até porque, pelas consultas e procedimentos que ele passa, as notícias são positivas, de que ele tá tendo melhora. Então por isso eu também estou positiva. O estado emocional então está equilibrado.” C1

“Eu busco muito a Deus.” C8

“Eu estou conversando. Eu busco muito a Deus e procuro ficar pensando em outras coisas. Leio bastante para poder passar o tempo porque ficar no hospital é muito ruim. Penso muito na melhora dele porque é melhor estar aqui e ele estar recebendo atendimento do que ele estar em casa passando mal sem eu saber o que fazer. Então é muito melhor.” C13

o decorrer do processo, a barganha também se faz presente em alguma das falas dos cuidadores:

“Não sei te dizer. Tem dia que é bom... Bom, não. Tem dia que é menos ruim. A gente tem que ser forte, chorar escondido. Você acha que você vai ter um colapso, um infarto. Não tem medicamento, não tem palavra que você use, não tem nada que você faça para tirar desse desconforto da situação. Pois é. No dia que eu descobri que a criança estava doente, foi o último dia que eu bebi e fumei um cigarro.” C7

“Minha fé, tenho muita fé. Imagina uma pessoa que conversa todo dia, era eu. Imagina uma pessoa ir trabalhar bêbada? Era eu. Não deixava a bebida de jeito nenhum, e depois o que eu descobri sobre ela, eu tomei um nojo tão grande.” C2

Não obstante, há aqueles que se dizem confiantes e tranquilos com a situação:

“Ah, só de ver ele bem, comendo, é (pensativo)... não tá sentindo mais dor a gente já fica bastante alegre, né? E eu tô muito confiante que ele vai sair dessa.” C4

“Não, pra mim até que assim é tranquilo, né? Às vezes é um pouco cansativo é... não só fisicamente mas, psicologicamente né porque acaba que “ce” vê muita coisa.” C17

CATEGORIA 3: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS CUIDADORES.

Os relatos seguintes mostram a satisfação em relação ao atendimento, destacando a boa assistência da equipe multiprofissional:

“Olha... eu não tenho palavras pra falar do hospital. É maravilhoso. As pessoas me atenderam muito bem, a enfermeira (...) A equipe de enfermagem eu achei elas 10.” C2

“Não tenho do que reclamar, muito bom. O pessoal todo, maravilhoso, não tenho do que reclamar. A equipe de enfermagem... nossa, muito bem assistida. Não posso abrir a boca pra falar nada.” C10

“Eu gostei muito do atendimento. É um hospital assim, muito prestativo, né? (...) Os enfermeiros são tudo prestativo.” C11

Destacam-se nos depoimentos as experiências negativas anteriores já vivenciadas no período de internação com a criança:

“Eu já conhecia ele, porque meu sogro teve câncer e morreu aqui. E eu voltei ao passado quando eu entrei naqueles quartos, porque eu fiquei com ele algumas noites. Mas ele não foi curado. Mas não significa que minha filha não vai ser curada.” C9

“Sinceridade? (risos) mulher... eu vim pra cá nos prantos porque eu não queria vir pra cá de jeito nenhum, eu internei com ela desde que ela começou o tratamento uma vez, foi a pior internação que eu tive com ela. Minha filha perdeu o acesso quase todo dia ela perdia acesso, e dessa vez também não foi diferente não.” C15

DISCUSSÃO

Este estudo demonstra, através dos resultados que os cuidadores de crianças com câncer totalizam em sua maioria mulheres, mães cuidando de seus filhos diagnosticados com câncer e que no momento encontram-se hospitalizados. Diante de todas as experiências vividas pelos acompanhantes das crianças internadas, é notório que os cuidadores passam por um momento de adaptação psicológica.

CATEGORIA 1: REAÇÕES EMOCIONAIS DOS CUIDADORES.

O câncer infantil configura-se como um dos grandes problemas de saúde pública no Brasil. A criança diagnosticada com câncer necessita de cuidado e atenção especial nessa fase da vida. Em momentos delicados do tratamento, sabe-se que a criança necessitará de repetidas internações e tratamentos ambulatoriais frequentes ⁽³⁾.

Tendo em vista toda a perspectiva do regime terapêutico, entende-se que o cuidado à criança diagnosticada com câncer precisa ser contínuo e eficaz. Desse modo, faz-se necessário o envolvimento

dos cuidadores/acompanhantes dessas crianças durante todo o processo a ser percorrido nesse momento da vida ⁽³⁾.

É importante salientar que a neoplasia caracteriza-se como uma doença progressiva e inusitada que acaba por ocasionar mudanças na vida cotidiana tanto da criança quanto de seu cuidador. Dentre essas modificações, a adaptação psicológica faz-se primordial nesse momento de fragilidade e vulnerabilidade do ser humano ⁽³⁾.

Em função dos dados coletados e analisados na pesquisa, observa-se uma instabilidade emocional significativa por parte dos cuidadores/familiares participantes. Neste estudo, predominam-se sentimentos diversos, porém, seguem uma linha tênue; sentimentos como tristeza, insegurança, ideação suicida e negação são evidenciados pelos sujeitos da pesquisa, quando questionados em relação aos sentimentos que perpassaram no momento da notícia sobre o diagnóstico da criança.

A variação de sentimentos pode influenciar negativamente na qualidade de vida dos cuidadores e na capacidade de oferecer acolhimento em resposta às demandas da criança, podendo tornar prejudicial o enfrentamento dessa situação. Os pensamentos negativos que atingem os cuidadores nesse processo podem ser consequência de um conhecimento empírico que quando desmistificado desde o início do diagnóstico por parte dos profissionais, acaba atuando positivamente na trajetória do cuidador dando a força que o mesmo precisava para seguir firme nessa jornada ⁽⁶⁾.

CATEGORIA 2: ESTRATÉGIAS DE ADAPTAÇÃO PSICOLÓGICA DOS CUIDADORES.

Durante o processo de enfrentamento do câncer, os sentimentos mais comuns vivenciados pelos familiares estão relacionados com a fé, presente em muitos cuidadores. Em meio a um momento difícil, esta é uma forma de auxílio para a nova vivência da família ⁽⁸⁾.

A religião e a fé se fazem presentes na vida das pessoas que passam por esse tipo de situação, na maioria das vezes buscam a espiritualidade como forma de aceitação. A religiosidade é um modo de superar as situações difíceis, devido a alteração do cotidiano, trazendo confiança na recuperação e cura da criança ⁽⁹⁾.

Assim sendo, percebe-se que através da crença é possível dar sentido à vida e aos acontecimentos difíceis, reduzindo os conflitos internos que surgem sobre uma situação repentina e de muito sofrimento. Desse modo, incentivam o cuidador e a criança a terem forças para lidar com os problemas trazidos pela doença ⁽¹⁰⁾.

A metáfora *barganha* está presente em algumas das falas dos entrevistados como uma forma de refúgio que coincide com a forma de enfrentamento à condição da criança. Após o susto e desespero inicial, o cuidador busca inconscientemente outros recursos, tentando fazer algum acordo para mudar a realidade, trazendo alívio de seu sofrimento ⁽¹¹⁾.

As estratégias adaptativas estão centralizadas no problema, de modo a remover a situação estressora, ou seja, tentam de alguma forma lidar com o problema para se adaptar à nova rotina, dedicando-se ao tratamento e orientações médicas. Consequentemente, de acordo com os entrevistados, muitos tentam se adaptar à nova condição de saúde da criança pois não priorizam o lado emocional, mas sim a melhora do estado de saúde da mesma ⁽²⁻¹²⁾. Diante disso, a equipe de enfermagem deve compreender a atual situação do cuidador frente às mudanças diárias e assim incluí-los mais no cuidado da criança hospitalizada ⁽¹²⁾.

Contudo, as estratégias de adaptação psicológica estabelecidas pelos cuidadores avançam com o decorrer do tratamento infantil e de acordo com o estado de saúde a qual se encontra. Nesse processo, as famílias mantêm o otimismo quanto ao futuro da criança e a rotina torna a normalizar ao final do primeiro ano após o diagnóstico trazendo confiança e tranquilidade ⁽¹³⁾.

CATEGORIA 3: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS CUIDADORES.

A equipe de enfermagem tem um papel essencial na contribuição da assistência ao cuidador. O olhar diferenciado proporciona sugerir estratégias de adaptação mais eficazes e que podem gerar a melhora dos resultados ao longo do tratamento. Portanto, é dever do enfermeiro buscar um cuidar especializado e humanizado juntamente com uma equipe interdisciplinar preparada para acolher a família dos doentes no seu sofrer ⁽¹⁴⁾.

O enfermeiro tem papel importante na aceitação do diagnóstico e auxílio para conviver com a doença. Dessa maneira, desenvolve a assistência integral tanto para o cuidador como para a criança por meio da escuta qualificada com a intenção de diminuir o sofrimento e a ansiedade devido a situação da doença ⁽¹⁵⁾.

A equipe multiprofissional tem como objetivo propor ao cuidador um vínculo com a criança respeitando a diversidade de sentimentos vivenciados por estes para poder auxiliar na superação das fragilidades enfrentadas e contribuir de forma positiva para a adaptação da atual situação ⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Assim, o enfermeiro deve utilizar novos mecanismos para promover o bem-estar e amenizar a dor do familiar criando meios de prevenir o sofrimento moral.

Como estratégias, destaca-se a importância da instalação de espaços de discussão, com o intuito de trocar experiências, pois é uma maneira de diminuir o estresse e sofrimento com o olhar do outro. Outras estratégias incluem: a realização de atividades de lazer, orientação ao doente e cuidador, fornecendo atenção, ajuda e informação, sendo essas, formas de apoio emocional, o qual proporciona o elo entre profissional e cuidador ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

A religiosidade é algo muito presente na vida dos cuidadores, por esse motivo alguns autores apontam a necessidade de apoio espiritual para permitir expressar seus reais sentimentos. A enfermagem deve respeitar o enfrentamento escolhido do cuidador e apoiá-lo a buscar o melhor para o seu bem-estar psicoespiritual ⁽¹⁸⁾.

Com o aumento das ações de promoção da saúde direcionadas ao cuidador, almeja-se a cooperação destes para que a vivência traumática seja amenizada. Logo, o diálogo e o aumento de informações são importantes para diminuir o estigma do câncer e assim contribuir na elaboração de novas formas de ver o diagnóstico da criança e trazer acesso ao conhecimento e compreensão de como lidar com a situação ⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, conclui-se que a doença oncológica traz diversos sentimentos ao cuidador, e conduz esse à uma instabilidade emocional, levando-o conseqüentemente a um desequilíbrio emocional e familiar, o que interfere na qualidade de vida. Portanto, no decorrer da pesquisa foi possível destacar como estratégias de adaptação psicológica pelos cuidadores principalmente a religião e a fé, além da utilização da barganha como forma de refúgio. Porém, outros destacaram o diálogo com familiares e amigos e a realização de atividades de lazer para a melhora dos sentimentos vivenciados.

Tendo em vista a viabilidade das estratégias adotadas pelos cuidadores, nota-se que a assistência de enfermagem carece de um aprimoramento em relação a sua forma de pensar e agir, para pôr em prática os conhecimentos teóricos, e assim, propor ao cuidador estratégias de melhora em relação aos seus sentimentos, oferecendo suporte, orientações e acompanhamento contínuo para que este sintasse assistido por toda a equipe. Desta forma, percebe-se a importância da educação continuada e de atividades multiprofissionais para que ocorra o aprimoramento da assistência prestada ao paciente e ao respectivo cuidador.

Acredita-se que esse estudo possa contribuir para ampliar o conhecimento dos profissionais enfermeiros sobre como os cuidadores se sentem em relação ao diagnóstico de câncer da criança. Diante disso, comprova-se que há uma necessidade de busca, por parte dos profissionais, em amenizar e auxiliar emocionalmente os cuidadores, assim como, preparar esses cuidadores/acompanhantes para serem capazes de se adaptarem psicologicamente à condição de saúde da criança durante todo o processo de tratamento.

REFERÊNCIAS

- 1-Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Câncer Infantil. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/infantil>. Acesso em: 05 out. 2017.
- 2-Schardong F, Cardoso NO, Mazoni CG. Estratégias de enfrentamento e a ansiedade dos pais de crianças com câncer – uma revisão integrativa. Rev. SBPH vol.20 nº.1, Rio de Janeiro [Internet]-Jan./Jun.-2017.Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v20n1/v20n1a04.pdf>. Acesso em: Agosto de 2018.
- 3-Araújo PCB, Danta MMC, Lopes SSM, Moraes D, Oliveira LCB. Os impactos na vida dos cuidadores de criança com câncer: uma revisão de literatura. Perspectivas em psicologia [Internet] - Vol 10 - Novembro 2013 - (pp. 1 - 9). Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4835/483549015002.pdf>. Acesso em: Setembro de 2018.
- 4-Luz KR, Vargas OAM, Barlem ELD, Schmitt PH, Ramos FRS, Meirelles BHS. Coping strategies for oncology nurses in high complexity. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(1):59- 63. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690109i>. Acesso em: Agosto de 2018.
- 5-Delfino CTA, Ferreira WFS, Oliveira ED, Dutra DA. Câncer infantil: Atribuições da enfermagem em cuidados paliativos.RevistaSaúde e Desenvolvimento[Internet]vol.12,n.10,2018.Disponível em:<https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/866/497>.Acesso em: Agosto de 2018.
- 6-Amador DDA. Repercussões do câncer infantil para o cuidador familiar: revisão integrativa. Rev Bras Enferm,Brasília[Internet]2013marabr;66(2):26770.Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/17.pdf>. Acesso em: Setembro de 2018.
- 7-Bardin L. Análise de Conteúdo: edição revista e atualizada. 7ª ed. Lisboa/Portugal: Lda, 2009.
- 8-Mattos K, Blomer TH, Brumatto AC, Falchetti MR. Estratégias de Enfrentamento do Câncer Adotadas por Familiares de Indivíduos em Tratamento Oncológico Cancer. Revista Psicologia e Saúde, [Internet] v.8,n.1,jan./jun.2016,p.1-6.Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v8n1/v8n1a01.pdf>. Acesso em: Setembro de 2018.
- 9-Nogueira IS, Silvino MCS, Dias BC. Estratégias utilizadas por familiares cuidadores para promover o bem-estar de crianças em tratamento quimioterápico. Rev enferm UFPE on line., Recife, [Internet] 11(Supl.9):35007,set.,2017.Disponível em:<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234479/27669>. Acesso em: Setembro de 2018.
- 10-Alves D, Silva L, Delmondes G, Lemos IC, Kerntopf MR, Albuquerque G. Cuidador de criança com câncer: religiosidade e espiritualidade como mecanismos de enfrentamento. Rev Cuid. [Internet] 2016; 7(2): 1318-24. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.336>.
- 11-Geronutti DA. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: perspectivas maternas. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2011. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/96406/geronutti_da_me_botfm.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acessado em: Setembro de 2018.

- 12-Oliveira JS, Cunha DO, Santos CS, Moraes RLGL. Repercussões na vida de cuidadores de crianças e adolescentes com doença oncológica. *Cogitare Enferm.* [Internet] (23)2: e51589, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/51589/pdf>. Acesso em: Outubro de 2018.
- 13-Monteiro, S. N., & Lang, C. S. Acompanhamento psicológico ao cuidador familiar de paciente oncológico. *PsicolArgum.* [Internet] 2015out./dez., 33(83), 483-495. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/viewFile/19821/19123>. Acesso em: Outubro de 2018.
- 14-Coropes V.B.A.S, Valente G.S.C, Oliveira A.C.F de et al. A assistência dos enfermeiros aos pacientes com câncer em fase terminal: Revisão integrativa. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, [Internet] 10(Supl. 6):4920-6, dez., 2016. DOI: 10.5205/reuol.8200-71830-3-SM.1006sup201626. Acesso em: Julho de 2018.
- 15-Paro D, Paro J, Ferreira DLM. O enfermeiro e o cuidar em Oncologia Pediátrica. *Arq Ciênc Saúde* [Internet] 2005 jul-set; 12(3):151-57. Disponível: http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-12-3/06%20-%20ID132.pdf. Acesso em: Setembro de 2018.
- 16-Dantas MSA, Pinho TAM de, Silva DA. Estratégias de enfrentamento familiar do diagnóstico de leucemia: aspectos sociais e religiosos. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, [Internet] 9(1):137-42, jan., 2015. DOI: 10.5205/reuol.6817-60679-1-ED.0901201519. Acesso em: Outubro de 2018.
- 17-Luz KR, Vargas OAM, Barlem ELD, Schmitt PH, Ramos FRS, Meirelles BHS. Coping strategies for oncology nurses in high complexity. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016; 69(1):5963. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690109i>.
- 18-Beck ARM, Lopes MHBM. Cuidadores de crianças com câncer: aspectos da vida afetados pela atividade de cuidador. *Rev Bras Enferm* 2007 nov-dez; [Internet] 60(6): 670-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n6/09.pdf>. Acesso em: Outubro de 2018.
- 19-Faria AMDB; Cardoso CL. Aspectos psicossociais de acompanhantes cuidadores de crianças com câncer: stress e enfrentamento. *Estudos de Psicologia Campinas* [Internet] 27(1) 13-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n1/v27n1a02>. Acesso em: Outubro de 2018.
- 20-Benchaya I, Ferreira EAP, Brasiliense ICS. Efeitos de Instrução e de Treino Parental em Cuidadores de Crianças com Câncer. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, [Internet] Jan-Mar 2014, Vol. 30 n. 1, pp. 13-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v30n1/03.pdf>. Acesso em: Outubro de 2018.

Capítulo 3



10.37423/230507692

PERCEPÇÃO E MANEJO ACERCA DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER SOB A VISÃO DOS MÉDICOS ATUANTES NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO PARANÁ

Mariana Garbin

Centro Universitario de Pato Branco

Tuany Isabel Vanin

Centro Universitario de Pato Branco



1. INTRODUÇÃO

Segundo o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2019) a violência contra a mulher é um tema tão atual e deveras crescente, de modo que entre 2017 e 2018 os dados da violência tiveram um acréscimo considerável, como por exemplo no Paraná, no qual em 2017 foram notificados 14.149 casos, enquanto em 2018 o número chegou a 16.021 casos.

A violência contra a mulher pode ser reconhecida como qualquer atitude ou conduta que tenha como consequência a morte, lesão ou sofrimento sexual ou psicológico, incluindo a esfera pública e até mesmo privada (CAVALCANTI; et al, 2020). Englobando as mais diversas formas da violência, como a agressão física, sexual, psicológica, moral, patrimonial e institucional (BRASIL, 2011).

No que tange a sintomatologia apresentada por tais mulheres, muitas apresentam reações tais como queimaduras, hematomas e fraturas, infecções urinárias, gravidez, dor em baixo ventre, ainda inúmeras alterações psicológicas como crise do pânico, ansiedade, medo, fobias, depressão e até mesmo tentativas de suicídio, percebe-se ainda o isolamento social de tais pacientes (BRASIL, 2002).

A concepção e a abordagem médica diante de tal problemática ainda se mostram em defasagem, haja vista que muitos dos profissionais possuem medos e dificuldades para indagar e mesmo prosseguir com os protocolos para atendimentos de tais pacientes (SOUZA, 2018).

Com isso, torna-se importante o questionamento, os médicos atuantes nas Unidades Básicas de Saúde de um município no Paraná, possuem real conhecimento acerca do reconhecimento, manejo e seguimento das mulheres vítimas de violência?

2. OBJETIVOS

2.1. GERAL

Identificar o conhecimento dos médicos das Unidades Básicas de Saúde de um município do Paraná, a respeito do reconhecimento, manejo e seguimento das mulheres vítimas de violência, seja suspeita ou efetiva violência física, sexual, psicológica e patrimonial.

2.2. ESPECÍFICOS

- Identificar qual conduta médica é adotada em casos de violência contra a mulher;

- Comparar se a atuação médica está condizente com as diretrizes do Ministério da Saúde, no que tange a violência contra a mulher;
- Verificar a atuação médica predominante no que tange ao uso de notificação compulsória em casos de violência contra a mulher;
- Verificar qual o manejo utilizado pelos médicos frente a mulheres violentadas em um município no Paraná;
- Entender como os profissionais médicos reconhecem e abordam casos de suspeita de violência contra a mulher;
- Conhecer as facilidades e dificuldades vivenciadas por médicos, os quais tiveram contato com mulheres vítimas de violência.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1. VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

A violência contra as mulheres pode ser definida, segundo a Convenção de Belém do Pará (1994), como “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado, cometida por qualquer pessoa e perpetrada ou tolerada pelo Estado” (BRASIL, 2011; BRASIL, 2018).

Desde 1993 a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) tratam essa forma de violência como um problema de saúde pública, devido às consequências geradas na saúde da mulher, da família e comunidade. A violência cometida contra as mulheres é um problema mundial, presente em todas as classes sociais, etnias, faixa etária e status educacional (CAVALCANTI, et al. 2020; DE FERRANTE, SANTOS, VIEIRA; 2009).

Em relação aos fatores que predisõem a perpetuação desse tipo de violência, enquadram-se as questões históricas, culturais, econômicas, desigualdades de gênero, somadas ainda a pouca visibilidade e impunidade (CAVALCANTI, et al. 2020; BRASIL, 2009).

Nos últimos anos, mostra-se evidente o aumento dos números de casos de violência contra a mulher, sendo visível através dos dados disponíveis pelo Anuário Brasileiro de Segurança Pública, publicado em 2019 pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, o qual demonstra no Brasil um aumento de 1.075 (2017) para 1.206 (2018) de casos de feminicídio, além dos casos de lesão corporal dolosa que em 2018 houveram 263.067 notificações, sendo em torno de 10 mil a mais que em 2017.

Ainda, o Anuário torna evidente um aumento na prevalência da violência contra a mulher no Paraná, onde houve o acréscimo de 20 casos de feminicídio entre 2017 e 2018 – de 41 para 61 casos – e de quase 2 mil casos de lesão corporal dolosa, tendo sido registrado o aumento de 14.149 para 16.021 casos entre 2017 e 2018.

3.1.1. TIPOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

O conceito em torno da violência contra as mulheres é deveras muito amplo e, portanto, engloba diversas esferas do ato violento, como a violência física, sexual, psicológica, moral, patrimonial e a institucional (BRASIL, 2011).

A violência física é vislumbrada quando uma pessoa em situação de poder sobre a outra ocasiona ou tenta ocasionar dano não acidental, usando-se de força física ou alguma arma que cause lesões externas ou também internas. A violência física também pode ser elencada como qualquer atuação que danifique a integridade ou a saúde corporal, podendo ser manifestada na forma de tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, estrangulamento, queimaduras, mutilações e outras (BRASIL, 2002; BRASIL, 2016).

Já a violação sexual é uma ação que obriga uma pessoa a manter contato físico ou verbal em relações sexuais por meio do uso da força, intimidação, chantagem, suborno, manipulação, ou qualquer atuação que anule a vontade individual. Incluem-se em tal categoria situações de estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado, práticas não consentidas, manuseio, penetração oral, anal ou genital e outras (BRASIL, 2011; BRASIL, 2016).

A agressão psicológica é toda ação ou omissão que tem por objetivo ocasionar dano a autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Tal violência visa degradar ou controlar as ações da mulher, seus comportamentos e crenças por meio de humilhação, constrangimento, manipulação, isolamento, perseguição, insulto, chantagem, ridicularização e outros. A violência moral configura-se como qualquer conduta que gere calúnia, difamação ou injúria, podendo-se classificar como um tipo de violência psicológica (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011; BRASIL 2016).

A agressividade patrimonial é reconhecida como condutas que possuem o objetivo de retenção, subtração, destruição parcial ou total de objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, direitos ou recursos econômicos. Também se configura em tal patamar a violência econômica ou financeira, na qual ocorrem atos destrutivos ou omissões do agressor (a) que afetam a sobrevivência da vítima (BRASIL, 2002; BRASIL 2016).

Já a violência institucional é aquela que ocorre em instituições que prestam serviços públicos. Ocorre quando as mulheres não possuem sua autonomia respeitada, quando ocorre discriminação (raça/etnia), compreendendo a falta de acesso aos serviços e também a má qualidade de oferta dos mesmos (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011).

3.1.2. CICLO DA VIOLÊNCIA

De acordo com o Panorama da Violência Contra as Mulheres no Brasil, em 2018, a violência entre homens e mulheres apresenta três fases, sendo a fase da acumulação de tensão, a de explosão e pôr fim a de lua-de-mel. As fases variam tanto em intensidade como em tempo e eventualmente não aparecem em todos os relacionamentos (BRASIL, 2002).

Na primeira fase, a de acumulação de tensão, ocorrem pequenos e frequentes incidentes de violência, as tentativas de humilhação psicológica tornam-se mais fortes e as ofensas verbais são hostis. Ocorre o aumento da opressão, ciúme e possessividade (BRASIL, 2002).

A tensão vai aumentando até fugir ao controle e dar ensejo a uma agressão física mais grave, por meio de um ataque de fúria, o qual classifica a fase da explosão. O motivo raramente é o comportamento feminino, mas sim um acontecimento que tange ao lado externo ou mesmo o interior do ser masculino, nesta fase a mulher se torna ansiosa, com sensação de inutilidade constante (BRASIL, 2018; BRASIL, 2002).

Após o incidente agudo, dá-se início a fase de lua-de-mel, na qual o agressor, por meio do arrependimento por seus atos, torna-se amoroso e gentil, como uma forma de compensar a vítima pela agressão ocasionada. Neste momento existe uma ideia idealizada do relacionamento (BRASIL, 2002; BRASIL 2018).

Por fim, o comportamento de calma e amor dará novamente lugar aos pequenos incidentes de violência, os quais indicam o recomeço da fase de acumulação de tensões e consequentemente o reinício do ciclo violento (BRASIL, 2018).

3.1. MANIFESTAÇÕES FÍSICAS, MENTAIS E SOCIAIS DA VIOLÊNCIA

As mulheres vítimas das várias formas de violência podem vir a apresentar problemas de saúde física e mental, os quais repercutem nas suas atividades sociais e econômicas. Frequentemente, ao procurarem ajuda nos serviços de saúde, não relatam sofrer violência, mas esta pode tornar-se perceptível através de algumas manifestações clínicas, psicossomáticas e sociais (BRASIL, 2002; PARANÁ, 2012; SOUZA; REZENDE, 2018).

Nas manifestações clínicas, se enquadram as lesões físicas agudas, como as queimaduras, hematomas e fraturas; agressões sexuais, tais como lesões das mucosas oral, anal e vaginal, assim como Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), infecções urinárias ou vaginais e gravidez (PARANÁ, 2012).

Ainda, as manifestações físicas podem ocorrer mais tardiamente, como na dor no baixo ventre, infecções de repetição, transtornos digestivos, perda de peso, dores de cabeça ou dores musculares generalizadas e manifestações de ISTs em região da boca (PARANÁ, 2012).

Já nas formas psicossomáticas, incluem-se o estresse pós-traumático, alterações psicológicas, como choque, crises de pânico, ansiedade, medo, fobias, baixa autoestima, insegurança, comportamento autodestrutivo, depressão, desordens alimentares, disfunções sexuais, uso de drogas e tentativas de suicídio. Por fim, nas manifestações sociais, percebe-se o isolamento social, as mudanças frequentes de emprego ou moradia, a impossibilidade de ir na Unidade Básica de Saúde (UBS) em determinados momentos (devido a proibição do companheiro), o comportamento fugidio, o medo de receber o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e o pouco relacionamento com a comunidade (PARANÁ, 2012).

3.3. ABORDAGEM MÉDICA

Os profissionais de saúde têm papel fundamental no atendimento de mulheres vítimas de violência, visto que o serviço de saúde é geralmente o primeiro ambiente ao qual recorrem. No momento em que ocorre o contato da mulher com o atendimento de saúde, recomenda-se que o profissional foque no acolhimento, o qual, segundo o Ministério da Saúde, deve ser construído ao longo da conversação e implica em uma assistência resolutiva e de responsabilidade, orientando a paciente quanto aos serviços de saúde para continuidade da assistência, além de ser uma escuta das angústias e medos, gerando conforto (ARBOITE, 2017; BRASIL, 2016; RAMOS et al, 2014).

Por conseguinte, o profissional médico ao entrar em contato com a mulher vítima de violência, deve garantir a continuidade do cuidado, assegurando privacidade e confidencialidade, afirmando que tudo que for registrado não será revelado a outros membros da família ou comunidade. Assim como fazer uso de comunicação verbal e não verbal para transmitir confiança e compaixão, jamais duvidando ou desmerecendo o relato da paciente, e sempre dispondo de tempo para escutá-la. Enquanto o tema violência é abordado com a vítima, os médicos devem ser imparciais, compassivos e cuidadosos com os questionamentos, nunca pressionando sobre os tópicos, assim como reconhecendo a complexidade e respeitando as preocupações e decisões da mulher (GOLDMAN; AUSIELLO, 2009; GUSSO; LOPES, 2018).

Deve ser prioridade do médico buscar colocar as necessidades da mulher em primeiro lugar, garantindo que questões sociais e psicológicas sejam alcançadas, assim como encorajar e responder quaisquer preocupações acerca de segurança. Em circunstância alguma o profissional deve pressionar a mulher a tomar alguma decisão ou demonstrar reação quando a paciente optar por não dar seguimento às orientações imediatamente, mas ser

paciente, e se necessário dividir a abordagem em diversas consultas e com demais profissionais da equipe (GOLDMAN; AUSIELLO, 2009; GUSSO; LOPES, 2018).

Por conseguinte, o profissional médico deve discutir os projetos da mulher para sua vida, buscando encontrar alternativas à situação atual, mapear conjuntamente a rede de suporte social que ela já tem ou pode adicionar (família, amigos, trabalho), mapear os fatores de risco (armas, ameaças, tentativas anteriores) e se houver situação de risco, estabelecer um plano de segurança, o qual é baseado em: identificar vizinhos para criar um código para situações de emergência; se a briga for inevitável, buscar lugares em que haja como fugir e evitar locais com armas ou facas; orientar a ter um plano com local para onde possa fugir caso necessário; escolher um lugar seguro para manter cópia dos documentos, dinheiro, roupas e cópia da chave, para caso ter de fugir rapidamente (BRASIL, 2016) .

No registro ao prontuário, o médico deve anotar fielmente a história e o exame físico, também deve realizar o preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência contra a mulher, mesmo em casos de suspeita, a qual é obrigatória em todos os serviços de saúde públicos ou privados, de todo o território nacional, segundo a Lei nº 10.778, de 24/11/2003, tendo como entendimento de violência qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher (BRASIL, 2014; BRASIL, 2016; GUSSO; LOPES, 2018).

As notificações das Unidades de Saúde são via Sistema de Informações de Agravos de Notificações – SINAN e as fichas são encaminhadas ao serviço social ou ao Programa de Prevenção e Atendimento às Vítimas de Violência, pelo Decreto nº 5.099, de 03/06/2004. Contudo, ainda existe a subnotificação, pela falta de monitoramento e orientação (RAMOS; et al, 2018).

Ainda, durante consultas, é dever do médico reconhecer situações que possam ser alertas de violência, mesmo que essa não seja verbalizada pela mulher, em decorrência de sentimentos como vergonha, culpa, receio por sua segurança ou de seus filhos, experiências traumáticas prévias ao relatar a violência, expectativa de mudança de comportamento do agressor, dependência econômica ou afetiva, banalização de seus problemas, ou ainda, a presença junto do agressor nas consultas (BRASIL, 2016; SCHRAIBER; et al, 2002).

Em situações de profissionais incapacitados ou com pouco conhecimento sobre violência, ou ainda, com crenças e mitos (como de que a violência doméstica não é um problema de saúde pública; que é um problema pessoal e privado, no qual o profissional não deve questionar; ou medo de ofender a mulher ao questionar) a mulher vítima acaba por não encontrar assistência eficiente o bastante para lidar com o seu silêncio, perpetuando a situação de violência (RAMOS; et al, 2018; SCHRAIBER; et al, 2002).

A abordagem da violência contra a mulher nos serviços de saúde requer técnica de conversa e um bom conhecimento jurídico e policial, assim como acerca dos serviços da atenção básica (Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Ambulatórios Especializados, Policlínicas, Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospitais, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS), Centro de Referência de Atenção à Saúde da Mulher em Situação de Violência (CRAM), Casa da Mulher Brasileira, entre outros), para que o profissional consiga apoiar a mulher a tomar a melhor conduta, auxiliando nos agravos de ordem física e psicológica de forma imediata e/ou a longo prazo (BRASIL, 2016; RAMOS, 2018; SCHRAIBER; et al, 2002;).

Também é dever do médico, junto com a equipe da UBS, realizar o acompanhamento do itinerário terapêutico das usuárias em situação de violência identificadas na área de abrangência, assim como realização de visitas domiciliares ou outras formas de acompanhamento, como a visita pelo ACS (BRASIL, 2016).

3.3. VISÃO MÉDICA

A concepção médica acerca da rede de atenção à saúde das mulheres está relacionada principalmente com a integração de um grande conjunto de serviços de caráter intersetorial, ancorada em definições ministeriais e políticas que indicam que a atenção a saúde deve ser promovida de modo intersetorial e multiprofissional (ARBOITE; et al, 2017).

Após diversos estudos com profissionais médicos da cidade de Ribeirão Preto – São Paulo, foi possível identificar nos relatos que muitos atuantes acreditam não estar preparados para atendimentos dessas mulheres, muito menos contar com um ambiente propício para tal atuação (DE FERRANTE; et al, 2009).

Para muitos médicos a escuta, a orientação e o acolhimento são a porta chave para construção de um projeto compartilhado de enfrentamento a violência, o que pode levar a resolução do agravo. Porém muitos desses profissionais elencam que possuem dificuldades na abordagem, de modo a sentir-se paralisados diante de questões de ordem subjetiva como a fragilidade emocional e a desproteção vivenciada por essas mulheres (DA SILVA; DE MELLO PADOIN; VIANNA, 2015; SOUZA, 2018).

Na percepção médica as principais barreiras para o cuidado integral seriam a falta de tempo, a probabilidade de se identificarem com seus pacientes, medo de ofender as pacientes, sentimento de impotência diante de tais fatos e também a impossibilidade de controlar os sentimentos das pacientes (DE FERRANTE; et al, 2009).

Além do mais, pela visão médica, muitas das mulheres ao buscar os serviços de saúde não se queixam da violência sofrida, mas sim buscam o auxílio por conta das lesões sofridas, dessa forma os profissionais acabam por tratar os ferimentos visíveis e não a violência em sua totalidade (SOUZA; CINTRA, 2018).

O que pode ser vislumbrando são o medo e a insegurança as quais assolam os profissionais da saúde e são uma barreira gigantesca no combate à violência contra a mulher, isso porque muitos dos profissionais relatam o medo de sofrer represálias por parte dos agressores (SOUZA; CINTRA, 2018).

Dessa forma, a agressão contra as mulheres possui diversas esferas, as quais são vislumbradas pelos profissionais médicos, cabendo a tais profissionais e aos demais reconhecer a necessidade do cuidado e integrá-lo a assistência multiprofissional, para adequado manejo da dor física e também psicológica de tais mulheres (DA SILVA; DE MELLO PADOIN, VIANNA, 2015).

4. MATERIAL E MÉTODOS

Para realizar esse projeto optou-se por um estudo transversal, descritivo quanti-qualitativo, o qual foi realizado por meio de uma entrevista aberta, com roteiro semi-dirigido e gravada, com todos os profissionais médicos atuantes nas UBSs de uma cidade no Paraná, os quais em quantidade somam-se aproximadamente 23, destes, foram selecionados os que possuíam no mínimo 6 meses de atuação no município.

A entrevista em questão foi transcrita e analisada segundo as técnicas de análise de conteúdo, na modalidade temática, e seguindo as proposições de Bardin, os relatos foram lidos de maneira criteriosa, sem interpretação pessoal. Um dos princípios da categorização, foi classificar os depoimentos a partir da semelhança das respostas. Posteriormente, foram analisados de forma individual retirando-se as unidades de significado, as quais foram agrupadas por semelhança de sentido. As entrevistas foram lidas e relidas por completo, quantas vezes necessário para retirada da essencialidade da fala do entrevistado. Por fim realizou-se a análise, na qual se fez o tratamento, por inferências e interpretações, dos dados coletados.

Para a aplicação da entrevista utilizou-se de um compilado de questões (Anexo 01), as quais foram elaboradas a partir da literatura e contemplaram informações como idade, gênero e tempo de atuação profissional. E ainda, a percepção acerca do tema violência contra a mulher, quais as condutas desempenhadas nesses casos, qual o manejo e uso de notificações compulsórias realizadas por tais médicos, qual a abordagem no reconhecimento da violência, mesmo quando não declarada, e quais as dificuldades e facilidades relacionadas ao tema. Tais questões foram nortes na aplicação da entrevista, porém os entrevistados tiveram a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto e relatar experiências.

Após a elaboração da entrevista foram realizados pré-testes em profissionais médicos do Centro Universitário de Pato Branco (UNIDEP), por meio de disponibilidade e aceitação dos mesmos. Esses profissionais não possuíam vínculo empregatício com o município no que tange a atuação em Unidades Básicas de Saúde. A partir destes pré-testes foi possível realizar adequações para realização das entrevistas posteriores.

Todos os profissionais atuantes nas Unidades Básicas de Saúde do município no Paraná, com período mínimo de atuação de 6 meses no município, foram abordados em seus locais de trabalho pessoalmente, e solicitado se haveria desejo de participação no projeto e em seguida agendamento de horário e data propícios para a realização da entrevista. Caso o profissional não fosse encontrado ou estivesse de licença, o mesmo seria procurado por mais duas vezes, no período de sessenta a noventa dias.

Todas as entrevistas foram realizadas por meio da assinatura de Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 02), os quais permitiram a utilização das informações para fins unicamente acadêmicos e com base no uso do sigilo e confidencialidade. Desta forma, os profissionais médicos ficaram cientes da real utilização dos dados.

O projeto foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética do Centro Universitário de Pato Branco, o qual foi aprovado, por meio do CAAE número 36669520.7.0000.9727, sendo que na sequência deu-se início a aplicação prática.

Para a tabulação dos dados coletados, utilizou-se gravação e transcrição na íntegra das entrevistas por meio da análise do conteúdo. Também foram utilizados programas como Microsoft Excel 2019® e Microsoft Word 2019®, visando formulação de tabelas e gráficos, assim como a realização e a organização estética dos dados, usando formatação e recursos de mudanças de cores, deixando visíveis as respostas e as problemáticas do estudo, e também o agrupamento por semelhança de sentido, os quais facilitaram a análise dos resultados.

Os participantes foram incluídos por meio da atuação como médicos nas Unidade Básica de Saúde e foram excluídos caso possuísem menos de 6 meses de atuação na UBS do município.

A partir disso a análise do conteúdo seguiu a seguinte ordem, dados quantitativos referente aos participantes, formas de reconhecer na violência na UBS, abordagem médica, incluindo, notificação compulsória, manejo e fluxo da paciente. Por fim, foram elencadas as dificuldades e facilidades vivenciadas pelos profissionais.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. OS PARTICIPANTES

As entrevistas foram realizadas no primeiro semestre do ano de 2021, com os profissionais médicos atuantes nas UBSs de um município no Paraná, as quais tiveram uma duração média de 15 minutos. A amostra totalizou 18 entrevistas, sendo 8 participantes do sexo feminino e 10 do sexo masculino. No momento em que foram realizadas as entrevistas, a rede do município contava com a participação de 22 médicos, desses, 3 se opuseram a participar da pesquisa, enquanto 1 não foi encontrado.

O grupo de homens configurou idade média de 39,8 anos, sendo o limite superior de 61 anos e o inferior de 28, enquanto o das mulheres a idade média ficou em 34,6 anos, sendo o limite superior de 53 anos e o inferior de 27.

No que tange o tempo de formação e atuação em UBSs do município, os participantes do sexo masculino possuem um tempo de formação variando de 1 ano e 6 meses até 42 anos, já o tempo de atuação variou entre 8 meses e 27 anos. As participantes do sexo feminino, variaram de 1 ano até 20 anos, no que compreende o tempo de formação, e de 1 ano até 9 anos no tempo de atuação. Dessa forma, todos os participantes se enquadraram em todos os critérios estipulados para a pesquisa.

Os dados sobre os participantes, como idade, tempo de formação e tempo de atuação em UBS do município em questão, assim como as médias de cada quesito estão discurridos na Tabela 1.

Tabela 1. Dados sobre os participantes.

	Idade	Tempo de formação	Tempo de atuação em UBS do município
Masculino	28 a 61 anos ($\bar{x}$ =39,8)	1,6 a 42 anos ($\bar{x}$ =12,56)	0,8 a 27 anos ($\bar{x}$ =7,54)
Feminino	27 a 53 anos ($\bar{x}$ =34,6)	1 a 20 anos ($\bar{x}$ =6,82)	1 a 9 anos ($\bar{x}$ =3,27)

Fonte: os autores. 2022.

5.2 RECONHECIMENTO DA VIOLÊNCIA

É de extrema importância que os médicos saibam reconhecer a violência contra a mulher em suas várias facetas, sejam elas física, sexual ou psicológica. Em pesquisa realizada com médicos da cidade de Ribeirão Preto, pode-se perceber que os profissionais conseguem identificar usuárias que sofrem agressão, reconhecendo as marcas físicas ou sintomas associados. Caso as pacientes cheguem ao serviço com outras queixas, mesmo que não relacionadas a violência, os profissionais conseguem identificar essa conexão (DE FERRANTE; DOS SANTOS; VIEIRA, 2009).

Nas entrevistas realizadas, percebeu-se que o reconhecimento da violência pode ser feito de forma indireta durante a suspeita em uma consulta, ou de forma direta, quando a paciente tem a queixa, ou ainda, por via de relato dos profissionais de saúde (enfermagem, técnicos de enfermagem, odontólogos, ACS).

Por diversas vezes foi relatado a importância do trabalho dos ACSs, os quais podem ser o único contato de saúde que tais vítimas recebem, além de serem considerados pontos fundamentais de confidencialidade, isso porque são responsáveis por reconhecer o dia a dia das famílias e seu funcionamento. Além disso, por vezes, são os ACSs que mantêm a continuidade do cuidado, visitando tais vítimas e verificando se há perpetuidade do ciclo violento. Como pode ser verificado nos seguintes trechos:

“...em domicílio, o ACS vai fazer a visita, o agente de saúde conversa com ela, ela expõe o que aconteceu de maneira também extremamente sigilosa, né, e a ACS vem e fala direto comigo” (Médico, 28 anos).

“...ACSs que vão continuar fazendo as visitas né, tentando fazer uma leitura do ambiente de moradia dela, né” (Médico, 40 anos).

Caso a mulher não relate a violência, os profissionais de saúde devem estar atentos aos sinais considerados de alerta, como por exemplo: queixas vagas e recorrentes, sofrimento psicológico, queixas crônicas relacionadas a pelve e abdômen, etc. Além disso, é crucial reconhecer um parceiro (a) extremamente controlador, atento e que reage se for separado da mulher, o que pode indicar um companheiro (a) violento (a) (BRASIL, 2009). Como pode ser observado nos relatos a seguir:

“Ou então, as vezes vem com alguma queixa de tentativa de suicídio, ou alguma coisa assim né, depressão, crise de ansiedade, choro”. - (Médico, 31 anos).

“Às vezes não é a queixa dela para ela ter procurado o atendimento, mas ela acaba falando durante a consulta...” - (Médica, 34 anos).

Dessa forma, pode-se perceber que os médicos em questão conseguem estar atentos a esse tipo de demonstração da existência da violência.

5.3. ABORDAGEM MÉDICA

5.3.1. NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

A notificação compulsória foi parte da pesquisa em questão, pois é uma importante fonte para base de dados, e auxilia no reconhecimento da violência contra a mulher por parte da saúde pública. Porém, a maioria dos entrevistados demonstrou pouco ou nenhum conhecimento acerca do uso e preenchimento da ficha de notificação compulsória. Como pode ser visualizado nesse trecho, quando o participante foi questionado acerca do uso da notificação compulsória:

“Eu não sei te responder isso. Eu acho que quem vai saber lhe informar é a enfermeira” (Médica, 31 anos).

Assim, apenas 34% dos participantes possuem um conhecimento adequado acerca da notificação compulsória e seu preenchimento. Dos profissionais com pouco ou nenhum conhecimento, 23% acreditam que a notificação é de responsabilidade total de outros profissionais da equipe, 28% possuem dificuldade na distinção entre denúncia ou comunicação externa e notificação; e 16% desconhecem totalmente a existência/uso da notificação compulsória. O que pode ser vislumbrado a seguir, demonstrando maior atuação da enfermagem no que diz respeito ao uso e preenchimento das notificações:

“Olha, sinceramente, aqui a gente nunca teve. A gente teve nosso primeiro caso agora que a gente, e na verdade é um caso antigo já né, que veio se mudar pra cá. Nunca foi necessário fazer, mas as notificações geralmente quem faz é a enfermeira né...” (Médico, 30 anos).

Vale ressaltar a importância do reconhecimento da diferença entre notificação compulsória e denúncia. A notificação compulsória deve ser registrada pelos profissionais de saúde na Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/ Autoprovocadas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), a qual será encaminhada para o serviço de vigilância epidemiológica, sendo uma fonte de dados para mapeamento da violência. Enquanto a denúncia é realizada em delegacia com autoridades policiais, gerando boletim de ocorrência (BRASIL, 2016; PEDROSA; ZANELLO, 2017).

Atualmente, segundo a Portaria GM/MS N°78 de 18 de janeiro de 2021, além da notificação compulsória, a qual já era obrigatória desde 2003, torna-se imprescindível a comunicação às autoridades policiais dos casos de violência contra a mulher, as quais foram atendidas em serviços públicos ou privados de saúde. A nova portaria estabelece que a saúde e as autoridades policiais

devem se comunicar em um prazo de 24 horas, ou ainda, deve ser enviado relatório semanal à Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social (SSPDS) (BRASIL, 2021).

Porém, segundo a visão de uma das entrevistadas, essa nova lei pode afetar muito a relação médico-paciente, visto que seria uma quebra de sigilo médico, impactando a confidencialidade e continuidade do cuidado:

“Não concordo muito assim porque fere muito uma relação médico paciente, pelo menos pra mim. Eu estou tendo uma relação de confiança com meu paciente que me conta algo pessoal e agora eu estou sendo obrigada a quebrar esse vínculo pra contar pra polícia” (Médica, 27 anos).

Com base nas definições de notificação compulsória, até mesmo casos de suspeita de violência devem ser notificados, porém, o conhecimento de tais médicos é deficitário acerca disso, haja visto que apenas 1 profissional citou a notificação em casos suspeitos.

5.3.2.MANEJO

No que se refere ao manejo das vítimas de violência doméstica na atenção básica, o Ministério da Saúde preconiza 12 passos para que a abordagem terapêutica seja efetiva e resolutiva. Essa abordagem baseia-se em atitudes que permitam com que a mulher se sinta acolhida e apoiada, gerando confiança e motivação para romper o ciclo da violência. É importante elencar para a mulher a existência de diferentes formas de lidar com o problema, também apoiar a vítima que deseja realizar a denúncia (BRASIL, 2002).

Ademais, deve-se reforçar a importância da atuação de uma rede de apoio. Caso necessário, realizar os encaminhamentos previstos, inclusive na ideação do processo de separação ou para atendimento de casal/família em caso de continuidade da relação. É imprescindível manter visitas familiares periódicas, para acompanhar a problemática (BRASIL, 2002).

Se torna importante criar com a vítima um plano de segurança, o qual inclui familiares ou vizinhos que possam ser rede de apoio, planos para fuga caso necessário, criação de códigos de comunicação para situações de emergência e orientar para que as brigas nunca ocorram em ambientes que contenham facas ou armas, como por exemplo cozinha (BRASIL, 2009).

Em casos específicos de violência sexual, deve-se coletar provas para o IML (Instituto Médico Legal) e em até 72 horas deve-se realizar a profilaxia para ISTs e gravidez, e também deve ser feito o

encaminhamento para o centro de saúde de referência, como exemplo o Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) (BRASIL, 2009).

Já no caso de violência física, deve-se orientar a paciente a comparecer na delegacia de polícia para ser encaminhada ao exame do IML e também deve ser feito encaminhamento para setores como CREAS, CRAS e serviço de apoio jurídico (BRASIL, 2009).

Já quando se trata de violência psicológica, deve-se fazer a orientação da paciente e familiares, assim como encaminhamento para setores como CREAS, CRAS e serviço de apoio jurídico, bem como para acompanhamento psicossocial (BRASIL, 2009).

Em todas as violências descritas deve ser feito o preenchimento e andamento das duas vias da ficha de notificação compulsória (BRASIL, 2009).

A partir da pesquisa percebeu-se que na maioria dos casos a paciente é encaminhada para outros setores, dentre os quais o mais citado foi o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), em 4 entrevistas. Porém, o NASF não seria o fluxo adequado para tais vítimas, sendo o CREAS o ambiente mais propício, porém somente foi citado por um dos entrevistados. Segundo a Nota Técnica Número 3/2020 - DESF/SAPS/MS, a composição das equipes multiprofissionais deixa de ser vinculada ao NASF, sendo o gestor municipal o responsável por compor a equipe multiprofissional, e partir de janeiro de 2020 o Ministério de Saúde deixou de realizar o credenciamento de NASFs (BRASIL, 2009; BRASIL, 2020).

Este aspecto pode ser evidenciado nos seguintes trechos:

“Então a gente faz essa escuta, acolhe essa paciente, quando é necessário a gente solicita alguns exames no caso de violência sexual ou física se for necessário, e aí a gente faz os encaminhamentos. Mas a gente faz o acolhimento e faz o seguimento, a gente faz encaminhamento quando necessário pra equipe no NASF” (Médica, 28 anos).

“Mas na maioria das vezes aciona o CREAS, o CREAS daí é o que vai atrás e verifica todas as situações e faz o acompanhamento, normalmente a gente dá suporte né, no caso de medicação, por exemplo, sofreu uma violência sexual você tem que acionar também o COAS né pra conseguir a medicação” (Médica, 38 anos).

Dos encaminhamentos citados, o mais abrangente foi para o serviço de psicologia, o qual soma 14 respostas dos entrevistados. Os médicos em seus discursos disseram ter uma boa escuta, com bom acolhimento, anamnese adequada e exame físico condizente.

Além disso, em 1 das entrevistas foi possível reconhecer a importância da não revitimização, criando assim uma centralização do cuidado, de modo que a pessoa vitimada não necessite expor excessivamente o ocorrido. Porém, com a grande demanda de encaminhamentos errôneos, percebe-se uma perpetuação da revitimização das vítimas no município. O que pode ser visualizado a seguir:

“...vítima não deve ser avaliada por N pessoas, porque cada vez que ela repete a história, ou que ela é avaliada, ou que é examinada é um sofrimento, é algo doloroso pra ela lembrar aquilo” (Médica, 38 anos).

Em relação a continuidade do cuidado, apenas 3 profissionais relataram manter contato com as vítimas, sendo perceptível que para os demais profissionais a atuação do médico se resume em atendimento da violência e encaminhamento para outros serviços, não seguindo a prioridade de manter o contato entre profissional da saúde e vítima, seja através de visitas domiciliares ou retornos a UBS (BRASIL 2002; BRASIL, 2009).

5.3.3.FLUXO

O fluxo mais percorrido foi a partir da realização do acolhimento, seguido da triagem, consulta médica e então encaminhamentos.

Durante a tabulação dos dados, foi possível perceber uma divergência entre os fluxos de encaminhamentos citados pelos entrevistados. 4 indicaram a relevância do NASF, enquanto 14 profissionais encaminham para psicologia, outros 6 citaram a assistência social, e 1 entrevistado relatou a importância do CREAS. Em casos de violência aguda, notou-se nas falas o encaminhamento para UPA e/ou IML. Visualizando-se a seguir:

“...a gente faz encaminhamento quando necessário pra equipe no NASF...” (Médica, 35 anos).

“A psicologia tem a questão do acolhimento, da ausculta, ausculta é... terapêutica e encaminhamento para o serviço de psicologia também...” (Médico, 31 anos).

“...dependendo da situação social da pessoa encaminhar pra assistência social pra ver se tem algo a ser feito, pra psicóloga também...” (Médica, 27 anos).

“...na UPA que acabam sendo acolhidas aquelas situações de uma maior urgência, daí não é tanto a nossa rotina na unidade, pra encaminhar para IML e tudo isso.” (Médica, 34 anos).

Dentro do fluxo da violência contra a mulher, cabe ressaltar novamente a importância e obrigatoriedade do preenchimento da ficha de notificação compulsória, a qual por vezes foi

erroneamente discorrida durante as entrevistas. Em parte da pesquisa pode-se perceber na fala dos médicos que para dar seguimento ao fluxo a mulher necessariamente precisa denunciar à autoridade policial, como visto a seguir:

“A atuação do profissional médico é demonstrar confiança do que a pessoa pode confiar nessa conversa e de alguma maneira tentar resolver esse problema, então encaminhar pra autoridades competentes que é a polícia, psicólogo, assistente social.... (Médica, 27 anos).

“Então o que eu aconselho é que busque a unidade de emergência e faça a notificação à polícia ou aos órgãos responsáveis...” (Médico, 45 anos).

Porém, segundo a nova lei (Portaria GM/MS N°78) torna-se atribuição do primeiro ouvinte da queixa, referente a violência, realizar a denúncia (BRASIL, 2021).

Segundo o Ministério da Saúde, o fluxo correto a ser seguido na atenção às mulheres em situação de violência, seria iniciar com o acolhimento e escuta qualificada, a qual pode ser realizada por qualquer profissional da saúde. Caso sejam identificados sinais ou indícios de violência, deve-se definir qual o(s) tipo(s) de violência, em sequência torna-se importante o preenchimento da ficha de notificação compulsória, bem como identificar situações de vulnerabilidade, garantindo a continuidade do cuidado por meio do encaminhamento adequado. Esse encaminhamento é composto pelos serviços de atenção especializada nos hospitais, a unidade de pronto atendimento, COAS e CAPS. Ainda, existe a possibilidade do ligue 180, o qual corresponde a central de atendimento à mulher, CRAS, CREAS, delegacia especializada em atendimento à mulher, delegacia de polícia, instituto médico legal, disque 100, promotoria especializada do Ministério Público, Núcleo especializado do Ministério Público e juizado especializado de violência doméstica e familiar (BRASIL, 2016).

No município em questão, o fluxo pode ser seguido conforme a Figura 1.

Figura 1. Locais de acolhimento/atendimento às vítimas no município.

Fonte: os autores (2022).

5.4. DIFICULDADES

Entre as dificuldades, a mais relatada, em 10 dos discursos, foi em relação ao medo/receio da vítima em relatar ao médico que sofre algum tipo de violência, de modo a dificultar a abordagem. Sendo citado também o não reconhecimento da mulher como vítima da violência, esse não reconhecimento é visto principalmente em bairros e localidades onde a condição socioeconômica é mais vulnerável. Como visualizados nos seguintes trechos:

“Então a primeira coisa é ela reconhecer que está sendo vítima de violência, que muitas vezes elas não reconhecem, elas acreditam que é normal viver desse jeito, e reconhecer, buscar ajuda” (Médica, 28 anos).

“Aqui tem muito... o nível socioeconômico é bem baixo, né, então tem muita mulher que às vezes não procura porque não sabe, né, que às vezes acha que é comum, que é normal” (Médica, 31 anos).

Porém, a partir das entrevistas constatou-se também que a violência não se restringe apenas às classes econômicas mais baixas, afirmando o que se percebe em estudos, de que a violência contra a mulher é um problema mundial, relatado em todas as classes sociais, faixas etárias e formação educacional (DE FERRANTE, SANTOS, VIEIRA; 2009). Vislumbrado abaixo:

“...mas também tem pessoas da alta sociedade que também passam por isso, e aí vem a vergonha da sociedade de você contar” (Médica, 53 anos).

Além disso, segundo os relatos médicos, algumas pacientes acabam abandonando o tratamento, e retornando para o ciclo da violência, sendo muitas vezes motivadas por dependência financeira, emocional, familiar ou até mesmo por atendimento adequado retardado por seguimento do fluxo de forma errônea. A partir do que pode ser visto a seguir:

“As vezes é uma defesa, o ato de ficar quieta por questão de segurança dela, tem medo pelos filhos, às vezes pela economia, por vários fatores. Então as vezes é difícil mesmo tirar o ato e tem muitas mulheres que tem uma certa dependência também né, financeira ou emocional da pessoa que o agride... a agressão ela gira em ciclos” (Médica, 38 anos).

“As dificuldades acho que são, como eu já comentei, a colaboração da paciente, que muitas vezes acaba sendo conivente com isso, né, as vezes abandona o tratamento” (Médica, 31 anos).

Em uma das entrevistas foi relatado como dificuldade a não devolutiva por parte do CREAS, o que gera a não continuidade do cuidado com a paciente em questão, assim como dificulta a relação médico-paciente em consultas futuras, no qual o médico se coloca em uma posição frágil para novos questionamentos em relação ao assunto. Como relatado pela médica a seguir:

“A gente perdia a resposta do como que ficou a mulher, até por conta de uma proteção dela a gente entende né eles não vão ficar expondo a mulher, dizendo como ela tá, dizendo se ela evoluiu, se foi se não foi. Mas assim, pra gente fica difícil porque a gente retorna a ver paciente e ao mesmo tempo você não quer abordar novamente pra não fazer ela sofrer” (Médica, 38 anos).

Outro problema relatado seria no que envolve a atuação da equipe, sendo que em alguns casos a equipe não é preparada/treinada para receber um caso de violência, por vezes prejudicando o possível relato da vítima, o que gera dificuldade no atendimento. Como visto na sequência:

“A pessoa que vai acolher pode acabar inibindo aquela pessoa que tá procurando atendimento de contar o que realmente está acontecendo... Às vezes pode fazer algum comentário, alguma coisa que acabe deixando a pessoa mais retraída e que aí a pessoa realmente não queira dar seguimento, porque ela não foi bem acolhida no momento que ela tava precisando” (Médica, 34 anos).

5.5. FACILIDADES

No que se refere às facilidades da atuação médica frente a casos de violência contra a mulher, o grupo entrevistado elencou principalmente a atuação da equipe multiprofissional – composta por ACS, enfermeiros, técnicos de enfermagem – sendo que tal torna-se indispensável para melhor

resolutividade do problema. Além disso, foi citado a facilidade da realização e posterior resultado dos testes laboratoriais, que são importantes para identificação de possíveis contágios de ISTs ou gravidez indesejada.

Outra facilidade referida foi o acesso que as vítimas dispõem da atenção básica, visto que as UBSs são porta aberta para acolher e atender as mulheres violentadas, realizando assim o reconhecimento e auxílio na resolução do problema em questão. Como exemplificado a seguir:

“As facilidades é que quando a gente tem esse tipo de paciente na unidade, a gente já tem um acolhimento pronto, é porta aberta, a gente recebe e atende de pronto essas pacientes, dá esse apoio e já faz toda, todo esse manejo da forma correta” (Médica, 35 anos).

Foi possível inferir através da pesquisa, que os médicos atuantes em UBSs em um município no Paraná possuem mais dificuldades do que facilidades no atendimento e seguimento.

6.CONCLUSÕES

Com relação ao reconhecimento da violência contra mulher na UBS, pode-se perceber no relato dos médicos que muitas vezes não são os próprios os responsáveis por detectar, sendo vislumbrado um papel importante dos ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiros e odontólogos. Além disso, alguns discursos evidenciaram a pouca demanda no que tange esse assunto, mas sendo a violência também silenciosa, fica o questionamento: “Será que realmente nunca houve essa demanda, ou será que somente não foi reconhecida?”

No que se refere ao manejo, ficou evidente uma falha no seguimento do fluxo adequado, isso porque muitos médicos destacaram o encaminhamento para o NASF, sendo que segundo o Ministério da Saúde, para o município em questão o CREAS seria o principal ambiente para receber tal demanda. Além disso, preconiza-se que o atendimento às vítimas seja resolutivo, mantendo-se a escuta ativa, com acolhimento adequado e orientações, não se restringindo a apenas encaminhamentos a outros setores, além do mais, é imprescindível que esses, quando necessários, sejam efetuados de maneira correta para que a paciente em questão não sofra com revitimização e atrasos no seguimento do fluxo. Contudo, o que é visto em tal município é uma excessiva utilização dos encaminhamentos, sendo que nem sempre realizados de maneira correta, além de pouca ou nenhuma atenção ao atendimento no consultório, gerando assim dificuldades na resolutividade e continuidade do cuidado.

No âmbito da notificação compulsória, é que residem os maiores problemas, isso porque os profissionais não sabem diferenciar a notificação de violência interpessoal/autoprovocada do SINAN da denúncia às autoridades policiais. Os profissionais que reconhecem a notificação, por vezes não são os mesmos que a preenchem, delegando tal função para outros profissionais da saúde da UBS.

As dificuldades elencadas giram em torno principalmente da vítima, a qual tem receio/medo de relatar o ocorrido, ou mesmo ausência de discernimento sobre sofrer a violência. Também, pode ser vislumbrado a falta de preparo/treinamento da equipe para manejar e dar prosseguimento ao atendimento, porém, em outras localidades, foi inferido que a equipe é imprescindível e apta para o mesmo.

Enquanto as facilidades, destacam-se o acesso aos exames complementares e a própria UBS.

Com isso, pode-se perceber uma defasagem no que se relaciona ao entendimento, atendimento e prosseguimento da violência contra a mulher no município. Sendo que dessa forma, torna-se necessário a atuação conjunta dos profissionais da atenção básica em busca de educação continuada e permanente em saúde, para aprimoramento e posterior melhor resolutividade para a questão.

Além disso, é importante que cada município tenha seu fluxograma contendo a melhor conduta e encaminhamentos, quando necessários, elencando quais são pontos disponíveis na rede de tal localidade, para que os profissionais consigam atuar em consenso e tornando-se um assunto mais palpável tanto para a equipe quanto para a vítima.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARBOITE, Jaqueline et al. Atenção à saúde de mulheres em situação de violência: desarticulação dos profissionais em rede. Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo. Vol. 51, 2017.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. Caderno temático de vigilância de violências e acidentes no Paraná. Curitiba: SESA/SVS, Secretaria de Atenção à Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde, 2014.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 78 DE JANEIRO DE 2021. Brasília, Publicado em 19/01/2021, Edição 12, Seção: 01, Página: 57. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-78-de-18-de-janeiro-de-2021-299578776>> Acesso em: 18 set. 2021.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. LEI Nº 10.778 DE 24 DE NOVEMBRO DE 2003. Brasília, Publicado em 24/11/2003. Página: 11. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20192022/2021/dcreto/d10778.htm> Acesso em: 18 set. 2021.
6. BRASIL, Ministério da Saúde. Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal. Brasília: Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2009.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Nota técnica nº 3/2020 - DESF/SAPS/MS. Brasília, Publicado em 28/01/2020, Edição, Seção:, Página:. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/wpcontent/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>> Acesso em: 18 set. 2021.
8. BRASIL, Secretaria de políticas de saúde. Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Ministério da Saúde, 2002.
9. BRASIL, Senado Federal. Observatório da Mulher contra a Violência. Panorama da Violência contra as mulheres no Brasil. Indicadores nacionais e estaduais - Brasília: Senado Federal, 2018.
10. BRASIL, Presidência da República. Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres, 2011.
11. CAVALCANTI, Gisélia de Moura Bezerra et al. A violência contra a mulher no sistema único de saúde. Revista de Pesquisa (UFRJ, Online), p. 145-153, 2020.
12. DA SILVA, Ethel Bastos; DE MELLO PADOIN, Stella Maris; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. Violência contra a mulher e a prática assistencial na percepção dos profissionais da saúde. Texto & Contexto Enfermagem, v. 24, n. 1, p. 229-237, 2015.
13. DE FERRANTE, Fernanda Garbelini; DOS SANTOS, Manoel Antonio; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Violence against women: perceptions of medical doctors from primary healthcare units in the city of Ribeirão Preto, São Paulo. Interface: Comunicação Saúde Educação, v. 13, n. 31, p. 287-300, 2009.
14. GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, Dennis. Cecil Tratado de Medicina Interna. p. 1808. Elsevier, 2009.
15. GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. p. 634-635. Artes Médicas, 2018.

16. PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Linha Guia de Atenção à Mulher em Situação de Violência para Área da Saúde. Paraná, 2012.

17. PEDROSA, Mariana; ZANELLO, Valeska. (In) visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 32, 2017.

18. RAMOS, Erenil Erica et al. Assistência às mulheres vítimas de violência doméstica em uma unidade de urgência e emergência. 12 f. TCC. Centro Universitário de Várzea Grande, Várzea Grande, 2018.

19. SCHRAIBER, Lilia Blima et al. O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica. *Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde*; Faculdade de Medicina, USP, 2002.

20. SOUZA, Angela Alves Correia; CINTRA, Raquel Barbosa. Conflitos éticos e limitações do atendimento médico à mulher vítima de violência de gênero. *Revista Bioética*, v. 26, n. 1, 2018.

21. SOUZA, Tatiana Machiavelli Carmo; REZENDE, Fernanda Ferreira. Violência contra mulher: concepções e práticas de profissionais de serviços públicos. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, v. 9, n. 2, p. 21-38, 2018.

Capítulo 4



10.37423/230507695

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE SOCIAL DE PACIENTES ATENDIDOS EM UM PROGRAMA DE CONCESSÃO DE APARELHO AUDITIVO NA BAIXADA SANTISTA - SP

ROSA MARIA FERREIRO PINTO

Universidade Santa Cecília

Simone dos Santos da Silva Lima

Universidade Santa Cecília



Resumo: O artigo tem como principal objetivo abordar o perfil e concomitantemente o índice de vulnerabilidade social dos pacientes residentes no município de Santos atendidos em um Programa de Concessão de aparelhos de amplificação sonora individual, analisando-se as principais variáveis: faixa etária, gênero, renda, localidade de moradia, inserção no mercado de trabalho, idade e bairro de moradia. Métodos: Trata-se de um estudo de levantamento e análise de dados, de caráter descritivo, retrospectivo de corte transversal, no qual foram incluídos pacientes que iniciaram seus atendimentos no serviço no período de 2017 a 2019. Resultados: entre os elementos centrais observados tem-se a predominância dos atendidos na faixa etária entre 60 a 80 anos e em sua maioria, mulheres (58%). Outros elementos importantes a se destacar: pessoas aposentadas (65%), que não trabalham (87%), recebem de 2 a 4 salários (46%). Conclusão: Partindo do fio condutor da análise o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social, os pacientes atendidos apresentam vulnerabilidade muito baixa e vulnerabilidade baixa.

Palavras-chave: Vulnerabilidade social. Perfil. Aparelho de Amplificação Sonora.

INTRODUÇÃO

Um estudo realizado pela OMS nos anos de 2013 a 2015 constatou que a surdez é considerada a deficiência que mais afeta a qualidade de vida da população (BENTO, 2019). Outros estudos da OMS estimam que, no ano de 2050, serão mais de 900 milhões de pessoas com perdas auditivas no mundo. (SCAFFIDI, 2020).

A perda auditiva, segundo a OMS, pode ser causada por diversos motivos, como as causas genéticas, infecções crônicas no ouvido, complicações no nascimento, doenças infecciosas, uso de medicamentos específicos, exposição a ruídos e envelhecimento. Diante desse cenário, a saúde auditiva passou a compor as cinco prioridades para esse século.

A audição é considerada uma das funções essenciais do desenvolvimento da linguagem. É por meio da comunicação que se mantém as trocas de ideias e relações sociais. Ter uma boa audição consiste na compreensão de detectar, identificar, discriminar, localizar, reconhecer, interpretar e assimilar os estímulos auditivos. (FALCÃO, 2016 p. 27; RUSSO E SOUZA, 2009 p. 01)

No Brasil, o levantamento do Censo demográfico de 2010 identificou 9,8 milhões de pessoas com deficiência auditiva, representando 5,1% da população.

Dentre essas, 1,3% estaria na faixa etária de zero a 14 anos, 4,2% na de 15 a 65 anos, e 25,6% na faixa de 65 anos ou mais. (SILVA et al., 2014 p. 242)

A cidade de Santos, localizada no litoral do Estado de São Paulo, tem uma população estimada de 419.400 habitantes (IBGE, 2010). Os dados daquele ano mostram em relação à população com deficiência auditiva: 718 que não conseguem ouvir de modo algum; 4.332 que escutam com dificuldades e 17.148 que sentem alguma dificuldade para ouvir perfeitamente, totalizando 22.198 pessoas com algum tipo de deficiência auditiva. Este artigo discorrerá sobre o perfil e concomitantemente índice de vulnerabilidade social dos pacientes residentes no município de Santos atendidos em um Programa de Concessão de aparelhos de amplificação sonora individual, denominado SECRESA - Seção Centro de Referência em Saúde Auditiva. O serviço, instituiu-se na cidade de Santos/SP no ano de 2007 por meio da Portaria SAS/MS 123/07, porém por ser um Centro de Referência, não contempla somente a cidade de Santos, atende os outros municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista, com o objetivo de prestar atendimento integral às pessoas com deficiência auditiva, compondo a alta complexidade no sistema de atendimento à saúde. No percurso metodológico foi realizada a revisão bibliográfica e estudo do perfil dos usuários atendidos na

SECRESA, através de busca de dados de forma secundária. Trata-se de um estudo de levantamento e análise de dados, de caráter descritivo, retrospectivo de corte transversal. A análise foi realizada por meio de dados disponibilizados na Estatística de *atendimentos, Atenção à Saúde Auditiva na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em Santos*.

Os dados analisados se referem aos anos de 2017, 2018 e 2019, abrangência do atendimento na cidade de Santos/SP, no que tange a pacientes que registraram seu primeiro atendimento no serviço. Foram descartados os seguintes casos: pessoas sem indicação ao uso do aparelho auditivo; pessoas que desistiram da protetização e pessoas residentes em outro município. As variáveis analisadas foram referentes a: faixa etária, gênero, renda, localidade de moradia, inserção no mercado de trabalho, idade e bairro de moradia.

A importância deste artigo está na contribuição de ampliar os estudos em relação à Política de Saúde Auditiva, e as peculiaridades dos pacientes atendidos no município de Santos. O trabalho está estruturado nos seguintes tópicos: 1. Perdas Auditivas em Idosos, 2. Desenvolvimento do SUS na inter-relação com o serviço de saúde auditiva, 3. O SUS na inter-relação com o serviço de saúde auditiva, 4. Caracterização dos usuários atendidos, 5. Condições de vida e 6. Considerações Finais.

PERDAS AUDITIVAS EM IDOSOS

A partir de levantamento bibliográfico, observa-se que expressivo número de pessoas com perdas auditivas está na velhice. Verificam-se perdas auditivas significativas em idosos, denominada como presbiacusia – relacionada à diminuição auditiva ao logo do envelhecimento. Um estudo realizado por Ruschel, Carvalho e Guarinello (2007) comprova que “a perda auditiva na população idosa ocorre de 5 a 20% nos indivíduos com 60 anos de idade; essa incidência aumenta para 60% nos indivíduos a partir dos 65 anos” (p.02). As dificuldades relacionadas à presbiacusia, são a comunicação e o convívio, com dificuldades na compreensão da escuta, a solicitação de repetição do que foi falado, as dificuldades nas ligações telefônicas, o volume excessivo da televisão, não se sentir bem em lugares ruidosos e repleto de pessoas, situações que dificultam as relações sociais dos idosos. O zumbido também é um incômodo que afeta os idosos, os sons dos ruídos variam de volume, intensidade, frequência e podem ser contínuos ou intermitentes. PAIVA et.al (2011) aponta que a perda auditiva em idosos pode ocorrer de forma específica, progressiva e ter caráter individual, considerando a presbiacusia como a principal causa. Os idosos estão mais propensos às deficiências em função de ausência de um envelhecimento saudável. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de

Domicílios Contínua - PNAD, em 2017 o número de idosos no Brasil era da ordem de 30,2 milhões, em sua maioria mulheres, 16,9 milhões (56%) e os homens 13,3 milhões (44%). Envelhecer com dignidade é um direito garantido por Lei que busca além da atenção prioritária e direitos básicos como atenção à saúde, lazer, educação, seguridade social, previdência e assistência social. Neste sentido, a garantia ao direito ao aparelho de amplificação sonora, propicia ao idoso como ser ativo e atuante na convivência social.

DESENVOLVIMENTO DO SUS NA INTER-RELAÇÃO COM O SERVIÇO DE SAÚDE AUDITIVA

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), 42 milhões de pessoas acima de três anos de idade possuem algum tipo de deficiência auditiva, de moderada a profunda.

O serviço de assistência às pessoas com deficiência auditiva teve seu início no extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); seus fundamentos legais estão baseados Portaria nº 3335/MPAS de 11 de junho de 1984, acompanhada da Resolução nº. 46, com fins de autorizar a concessão de ajuda supletiva aos beneficiários do INAMPS nas modalidades de “auxílio transporte”, “auxílio órtese e prótese” e “outros aparelhos ou peças”.

Nas décadas de 1970 e 1980 o movimento pela reforma sanitária e lutas sociais foram capazes de criar constitucionalmente o Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988. Neste sentido, foi mais do que um movimento pela Saúde que estava vinculado ao processo de redemocratização do País, no qual criou-se uma estrutura legal que deu suporte às ações de implantação do novo sistema de saúde, com avanços indiscutíveis em todo o país. (BRAVO; MATOS, 2001).

A saúde auditiva integra o grupo de responsabilidades do SUS, com ações de proteção, promoção e recuperação da saúde, com o objetivo de pensar estratégias de inclusão social, autonomia e comunicação.

Para garantir a todos um atendimento médico especializado, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, conforme Portaria GM/MS nº 2073 de 28 de setembro de 2004. A política previa o atendimento integral a esses usuários, com ações englobando a atenção básica (trabalhos de promoção da saúde, prevenção e identificação precoce de problemas auditivos), de média e de alta complexidade (triagem em bebês, diagnóstico, tratamento clínico e reabilitação com fornecimento de aparelho auditivo e terapia fonoaudiológica).

Considerando a integralidade da assistência estabelecida na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8080 de 16 de setembro de 1990, o município de Santos vem, a cerca de duas décadas, atendendo essa demanda.

O processo de construção da Política de Saúde Auditiva na baixada santista junto ao SUS começou em 1995 com a municipalização do programa de Órtese e Prótese. Um ano após em 1996 o Ambulatório de Especialidades da Região Central Histórica (AMBESP) na resolução de SS 127 DOE de 16/05/1996 foi qualificado como uma unidade de referência. Com base no PT SAS/MS 432 de 14/11/2000 o serviço é classificado como Especializado em Deficiência Auditiva, habilitando-se para a realização de diagnóstico, tratamento e reabilitação auditiva (procedimentos de média e alta complexidade).

Em setembro de 2004 se institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Na Portaria Nº 587/SAS de 07/10/2004 determina a organização e implantação das Redes de Atenção à Saúde Auditiva (ações de saúde auditiva na média e alta complexidade, estabelece diretrizes para o fornecimento de AASI e orientações para o credenciamento dos serviços; em outra Portaria Nº 589/SAS de 08/10/2004, define, o elenco de procedimentos de atenção à saúde auditiva e os mecanismos para a operacionalização dos procedimentos no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS. Dos anos de 2000 até 2004 o atendimento contemplava pacientes de Santos e dos demais municípios da Baixada Santista sendo eles: São Vicente, Bertioga, Cubatão, Praia Grande, Mongaguá, Itanhaém e Peruíbe; foram protetizados 505 pacientes, com o fornecimento de 624 aparelhos de amplificação sonora individual (recursos SUS). No ano de 2005 ocorreu um Pleito de credenciamento/habilitação na rede auditiva do estado, no mesmo ano inaugurou-se Centro de Referência à Saúde Auditiva de Santos e que logo após, em 2006 segundo a Portaria SAS/MS Nº 239 / 2006, a cidade de Santos é incluída na Rede Auditiva do Estado. Por fim em 2007, sucede a Habilitação do Centro de Referência à Saúde Auditiva – SECRESA.

CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS ATENDIDOS

Durante os três anos, podemos observar na Tabela 1 um total de 695 moradores de Santos. No ano de 2017: 199 atendidos, no ano de 2018: 232 atendidos e no ano de 2019: 264 atendidos.

Quadro 1. Casos novos 2017 – 2019

ANO	QUANTIDADE DE PESSOAS
2017	1 9 9
2018	2 3 2
2019	2 6 4
TOTAL	695

Fonte: Prefeitura Municipal de Santos/SMS/SECRESA/2020

No que tange a faixa etária, nos anos de 2017 a 2019, os atendidos pela SECRESA foram, em sua maioria, pessoas na faixa etária entre 60 e 80 anos. Destes, em 2017 foram 55%, em 2018, 56% e em 2019, 57%. A presença de crianças, adolescentes, jovens e adultos ainda é pouca. Segundo dos dados, a média está em 15% em 2017, 12% em 2018 e 17% em 2019.

Pesquisa realizada pelo IBGE (2010) aponta que a cidade de Santos/SP tem alta concentração de pessoas idosas, sendo composta por 20% de seus munícipes (JUNIOR E CERIONI, 2020).

O Instituto de Longevidade Mongeral Aegon e a Fundação Getúlio Vargas (FGV) realizaram uma pesquisa (2017) com os municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes para indicar as melhores cidades para envelhecer no Brasil. Neste estudo, Santos foi considerada dentre critérios de cultura, finanças, bem-estar, cuidados com saúde e habitação, como a melhor cidade para envelhecer (SANTOS, 2017).

Em relação ao gênero dos atendidos, mulheres são mais de 50% ao longo dos três anos. Em 2018 e 2019 o público não foi alterado. No ano de 2017 42% são do sexo masculino e 58% do feminino. No ano de 2018, 47% masculino e 53% feminino. No ano de 2019, 47% masculino e 53% feminino.

Aqui observa-se que as mulheres estão em maior número que os homens, porém, estudos apontam que as perdas auditivas são mais frequentes em homens, pois os hormônios femininos protegem a

audição das mulheres; o declínio auditivo das mulheres em comparação aos homens é mais tardio. (BANDONI, 2015)

Um estudo publicado pela Revista Ear and Hearing, realizado pelas universidades Harvard e Massachusetts, com 377 participantes, revela que as mulheres são mais propensas em comparação aos homens a falar com outras pessoas sobre sua capacidade auditiva, e por essa razão as mulheres procuram o atendimento com maior rapidez. (BANDONI, 2015)

Outro fator que pode levar o maior percentual de mulheres se refere a utilização estética do aparelho auditivo, visto que as mulheres costumam esconder o aparelho auditivo entre os cabelos, já os homens, por ter cabelo curto, evitam usar o aparelho porque o mesmo fica aparente.

CONDIÇÕES DE VIDA

Em relação a inserção no mercado de trabalho, os percentuais se mostram semelhantes ao longo dos três anos. No ano de 2017, 86% não trabalhavam com 13% dos que trabalhavam. No ano de 2018, 87% não trabalhavam com 12% dos que trabalhavam. No ano de 2019, 84% não trabalhavam e 15% trabalhavam.

Diante do exposto é fato que um percentual expressivo da população atendida pela SECRESA, são de idosos. Acreditamos que seja por isso, a margem de 15% de pessoas que trabalham em comparação às 80% que não trabalham.

No que se refere-se à renda, as pessoas que recebem de 2 a 4 salários permaneceram no percentual de 43 % durante os três anos. Pessoas recebem 1 a 2 salários tiveram uma diferença em 2018 com 25% em comparação aos anos de 2017 e 2019, ambos com 16%. A renda de 4 a 6 salários ficou na média dos 19%. Até um salário mínimo foi o menor percentual, ficando em 3%.

Referente aos três anos, mais de 40% das pessoas apresentaram renda familiar de 2 a 4 salários mínimos, com base no salário mínimo de cada ano. Em 2017, as pessoas atendidas apresentaram renda entre R\$1.874,00 a R\$3.748,00. Em 2018, a renda ficou na faixa de R\$1.908,00 a R\$3.816,00 e em 2019 a renda ficou entre R\$1.996,00 a R\$3.992,00.

As pessoas que recebiam entre 4 e 6 salários totalizaram 19%. Em 2017 recebimento em média de R\$ 3.748 a R\$ 5.622, e no ano 2019, média de R\$ 3.992,00 a R\$ 5.988,00. Em 2018 o percentual de pessoas que recebiam 1 a 2 salários ficou em 25% que em média recebiam de R\$ 954,00 a R\$3.816,00. Nos

anos de 2017 e 2019 esse percentual permaneceu com 16% com renda na faixa entre R\$937,00 a R\$1.874,00 em 2017 e R\$998,00 a R\$1.996,00 em 2019.

Tendo como eixo norteador o índice paulista de Vulnerabilidade Social (FUNDAÇÃO SEADE, 2010), a partir de um gradiente das condições socioeconômicas e do perfil demográfico os pacientes atendidos no eixo de análise apresentam em sua maioria Vulnerabilidade Média (o rendimento nominal médio dos domicílios de R\$3.864) e em 3,6% Vulnerabilidade Alta (a renda não ultrapassava meio salário mínimo per capita).

As situações de maior ou menor vulnerabilidade às quais a população se encontra exposta estão resumidas nos seis grupos do IPVS a partir de um gradiente das condições socioeconômicas e do perfil demográfico:

Grupo 1 – Nenhuma Vulnerabilidade: engloba os setores censitários em melhor situação socioeconômica (muito alta), com os responsáveis pelo domicílio possuindo os mais elevados níveis de renda e escolaridade.

Grupo 2 – Vulnerabilidade Muito Baixa: abrange os setores censitários que se classificam em segundo lugar, no Estado, em termos da dimensão socioeconômica (média ou alta).

Grupo 3 – Vulnerabilidade Baixa: formado pelos setores censitários que se classificam nos níveis altos ou médios da dimensão socioeconômica

Grupo 4 – Vulnerabilidade Média: composto pelos setores que apresentam níveis médios na dimensão socioeconômica, estando em quarto lugar na escala em termos de renda e escolaridade do responsável pelo domicílio.

Grupo 5 – Vulnerabilidade Alta: engloba os setores censitários que possuem as piores condições na dimensão socioeconômica (baixa), estando entre os dois grupos em que os chefes de domicílios apresentam, em média, os níveis mais baixos de renda e escolaridade. Concentra famílias mais velhas, com menor presença de crianças pequenas.

Grupo 6 – Vulnerabilidade Muito Alta: o segundo dos dois piores grupos em termos da dimensão socioeconômica (baixa), com grande concentração de famílias jovens. A combinação entre chefes jovens, com baixos níveis de renda e de escolaridade e presença significativa de crianças pequenas permite inferir ser este o grupo de maior vulnerabilidade à pobreza. (SEADE, 2000)

Em Busso (2001):

A vulnerabilidade social de pessoas, famílias ou comunidades pode ser entendida como uma combinação de fatores que possam produzir uma deterioração de seu nível de bem-estar, em consequência de sua exposição a determinados tipos de riscos.

Assim, a vulnerabilidade é uma noção multidimensional, na medida em que afeta indivíduos, grupos e comunidades em planos distintos de seu bem-estar, de diferentes formas e intensidade. (BUSSO, 2001).

Quanto à localização de moradia, nos três anos analisados, observa-se semelhanças quanto às áreas. Residentes na Zona Leste estão entre 46% a 50%; a Zona Noroeste aparece com 18 % em 2018, caiu para 14% em 2019 e sua maior porcentagem foi em 2019 com 20%.

A população da Zona Central e Intermediária não aparece com mudanças significativas; em 2017 e 2018 permanecem em 32% e em 2019 diminui para 25%. Moradores dos Morros atingem seu maior percentual em 2019 com 6% e os moradores da área continental, que não aparecem em 2017, aparece, ainda que em pequeno percentual, nos anos de 2018 e 2019.

Nos anos de 2017, 2018 e 2019 observamos que grande parte dos usuários atendidos são oriundos da Zona Leste. Considerando que a SECRESA se localiza na Zona Leste, especificamente no bairro do Gonzaga, há facilidades do acesso destes usuários nos serviços além do conhecimento desta instituição, o que facilita a procura pelo atendimento.

Os usuários dos bairros da Zona Central e Intermediária se mostram em segundo lugar, com a sua maior indicação, 32% nos anos de 2017 e 2018 e no ano de 2019 ficou próximo da Zona Noroeste com 25%.

Em relação ao acesso, importante enfatizar que o acesso universal às ações e serviços da saúde para a promoção, proteção e recuperação estão contidas nas exigências instituídas na Constituição Federal de 1988 (art. 196).

Nesta ótica,

A distância ou a proximidade entre o local da residência do usuário e o local da prestação do serviço construí na razão, assim, para orientar a distribuição dos recursos e a ampliação da rede de unidades de serviços de assistência médica. (COHN et. al, 2015, p. 81)

Em relação ao tempo de perda auditiva, mais de 50% da população atendida chega à SECRESA com tempo de perda 1 mês a 05 anos, levando em consideração a baixa porcentagem de pessoas que chegam com mais de 06 anos de perda.

Acreditamos que o tempo médio de 01 mês a 05 anos esteja associado ao incomodo com atividades rotineiras que ficaram limitadas por conta da perda auditiva, partindo também do incomodo de familiares em ter que repetir as coisas ou aumentar o tom de voz para se comunicar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na análise dos dados sociodemográficos, observou-se que a maioria são mulheres, indicando a feminização da velhice. Em relação a faixa etária, concentra-se acima de 60 anos, dependendo exclusivamente (em sua maioria) de sua aposentadoria, o qual devido a referida situação limita-se nesta faixa o acesso a bens de serviços e de consumo, como alimentação e moradia adequadas.

O envelhecimento da população repercute nas diferentes esferas da estrutura social, principalmente na econômica, o que implica mudanças expressivas no cotidiano do idoso.

A partir do exposto, compreendermos a necessidade de avaliarmos qual o real fator social de cada indivíduo na sociedade. Percebendo que devemos nos ater além dos fatores econômicos de cada um.

A vulnerabilidade social no Brasil permeia a sociedade por várias gerações, onde a falta de estrutura e o mau uso dos recursos públicos para atender as necessidades de saúde população ocasiona ausência de políticas públicas efetivas.

No que tange o acesso a saúde, cabe frisar que passou a ser um direito universal na Constituição Federal de 1988, e a Lei de nº 8.080/90 afirma que qualquer questão seja econômica, cultural, racial ou educacional não pode impedir o atendimento integral. A PNASa se baseia nos princípios que norteiam o SUS e tem como ações garantir a promoção, proteção e recuperação da saúde e também pensar estratégias de inclusão social, comunicação e autonomia.

Conceber que cada indivíduo possui uma história, tanto singular quanto plural, faz com que consigamos avançar sobre os aspectos que no embate as mazelas da questão social, e, com isso, enxergar o sujeito como um organismo complexo em um sistema que emerge nas contradições da vida cotidiana.

REFERÊNCIAS

BANDONI, Gabriela. Diferenças na audição de homens e mulheres. Direito de ouvir, 2015. Disponível em: <https://www.direitodeouvir.com.br/blog/diferencas-audicao-homens-mulheres> > Acesso em: 20 abril 2021.

BENTO, Ricardo. Surdez é uma das cinco prioridades da OMS para este século. Jornal da USP. 20 maio 2019. Entrevista concedida a José Carlos Ferreira. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/surdez-e-uma-das-cinco-prioridades-da-oms-para-este-seculo/>>. Acesso em: 12 abril de 2021.

BRASIL. Lei n.8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=8080&ano=1990&ato=9f7gXSq1keFpWT905>>. Acesso em 24 abril 2021.

BRASIL. Lei n. 13.146 de 06 de julho de 2015: Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm> Acesso em 05 maio 2021.

BRASIL. Cartilha do Censo 2010: pessoas com deficiência. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República/Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.unievangelica.edu.br/novo/img/nucleo/cartilha-censo-2010-pessoas-com-deficiencia-reduzido.pdf>>. Acesso em: 25 agosto 2020.

BRASIL. Portaria nº 587, de 07 de outubro de 2004. Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt0587_07_10_2004.html> Acesso em: 24 fevereiro 2021.

BRASIL. Portaria nº 2.073, de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2073_28_09_2004.html> Acesso em: 24 fevereiro 2021.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html> Acesso em: 06 maio 2021.

BUSSO, G. (2001). El enfoque de la vulnerabilidad social en el contexto latinoamericano: situación actual, opciones y desafíos para las políticas sociales a inicios del siglo XXI. Santiago, Chile: CEPAL.

COHN, Amélia et.al. A Saúde como direito e como serviço. 7. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2015.

FALCÃO, Lília Maria Gomes. Música e processamento auditivo: interrelações, conceitos e práticas. Salvador, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/21600/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado%20L%C3%ADlia.pdf>> Acesso em: 12 maio 2021.

FUNDAÇÃO SEADE. Espaços e Dimensões da Pobreza nos Municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, 2000.

RUSSO, I; SOUSA, M. Audição e percepção da perda auditiva em idosos. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. São Paulo, v.14, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342009000200016&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 12 setembro 2020.

SÃO PAULO. Censo Brasileiro de 2010. Secretaria da Pessoa com Deficiência. 31/05/2019. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/pessoa_com_deficiencia/cadastro_inclusao/dados_censoibge/index.php?p=43402> Acesso em: 25 agosto 2020.

SCAFFIDI, Elizabeth. OMS alerta que perda de audição pode afetar mais de 900 milhões até 2050. ONU News, 2020. Disponível em: <<https://news.un.org/pt/story/2020/03/1705931>> Acesso em: 12 setembro 2020.

SECRESA. Atenção à Saúde Auditiva na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em Santos. Secretaria Municipal de Santos/Prefeitura Municipal de Santos. 2020

Saúde Auditiva em Santos. Material de Power point [s/data]. Disponibilizado à autora em 2021.

SILVA, Luciana et.al. Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: um estudo avaliativo a partir da cobertura de serviços e procedimentos diagnósticos. CoDAS vol.26 no.3, São Paulo, maio/junho 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/codas/v26n3/pt_2317-1782-codas-26-03-00241.pdf> Acesso em: 16 maio de 2021.

SILVA. Maria do Rosário de Fátima. Envelhecimento e proteção social: aproximações entre Brasil, América Latina e Portugal. São Paulo: Cortez. Serviço Social & Sociedade. n. 126, maio/agosto. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010166282016000200215&lng=pt&tlng=pt> Acesso em: 27 abril 2021

Capítulo 5



10.37423/230507699

PRIMEIRO CENTRO DE COMBATE AO CORONAVÍRUS DO BRASIL CONSTRUÍDO EM 05 DIAS

Miriam Pontes Marreiro

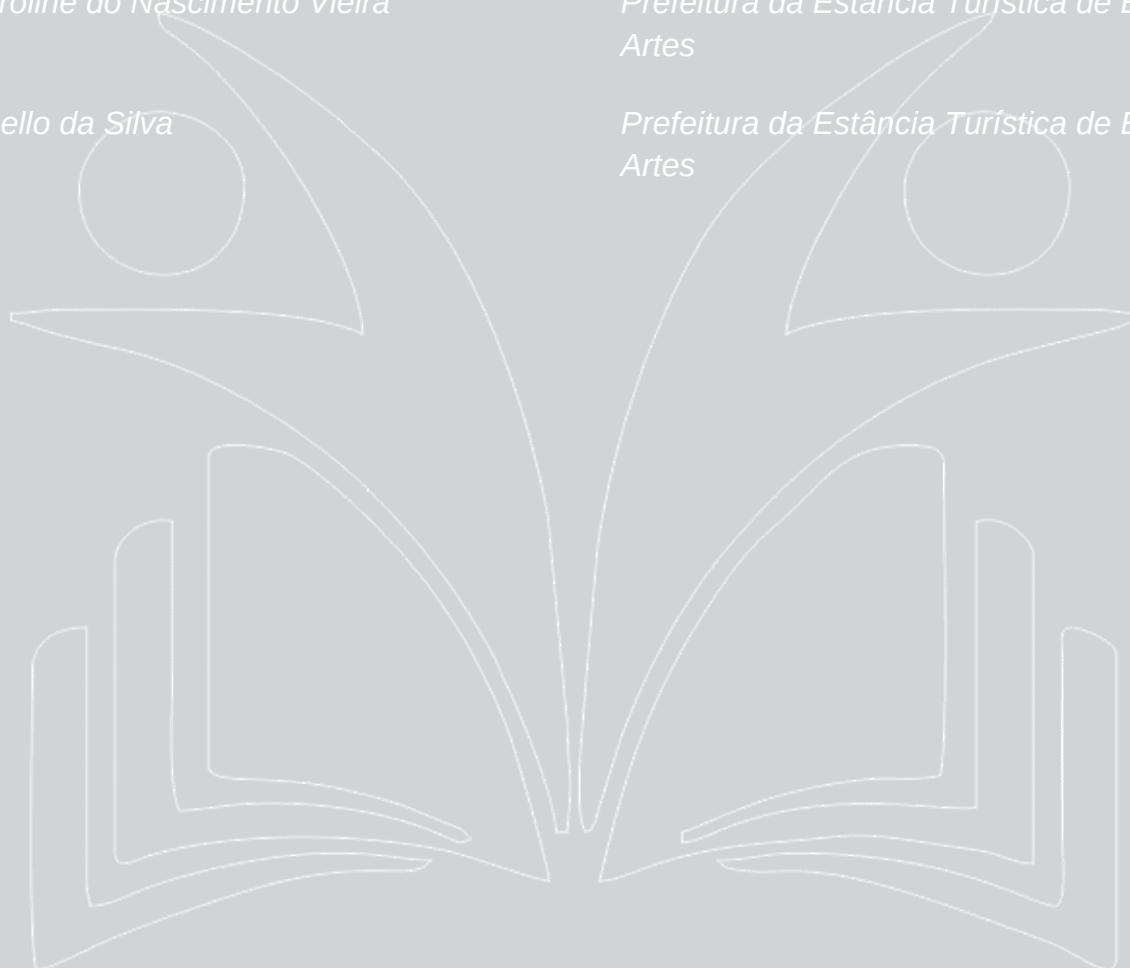
Daniela Caroline do Nascimento Vieira

Paola Darbello da Silva

*Prefeitura da Estância Turística de Embu das
Artes*

*Prefeitura da Estância Turística de Embu das
Artes*

*Prefeitura da Estância Turística de Embu das
Artes*



Resumo: Introdução: A Organização Mundial de Saúde declarou em 30 de janeiro de 2020 que o surto do novo coronavírus constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. No Brasil em 03 de fevereiro de 2020 o Ministério da Saúde através da Portaria 188 declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência do novo Coronavírus, o primeiro caso no país foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020. O Decreto Municipal 1946 de 16 de março de 2020 declara “situação anormal, caracterizada como Situação de Emergência e Calamidade em Saúde Pública, no Município da Estância Turística de Embu das Artes, em razão da necessidade de ações para conter a propagação de infecção viral, bem como de preservar a saúde da população contra o Novo Coronavírus - COVID-19”. **Objetivos:** Criar um Centro de Combate em 05 dias de atendimento a pacientes acometidos com o então novo Coronavírus. **Método:** Em 17 de março de 2020 foi realizada uma reunião com o colegiado da Secretaria Municipal de Saúde com a presença de outras Secretarias Municipais elaborando um Plano de Contingência do Coronavírus, decidiu-se então a Criação do 1º Centro de Combate ao Coronavírus do Brasil que seria realizado em apenas 05 dias. **Resultados:** O Centro foi implantado e entregue em 05 dias com início em 18 de março de 2020, foram criados leitos para o atendimento de pacientes críticos, semicríticos e atendimento médico de procura espontânea para pacientes sintomáticos. O Centro foi entregue em 23 de março de 2020 em pleno funcionamento tornando-se referência regional, estadual e nacional, atraindo diversos representantes de todas as esferas públicas para conhecimento e replicação. **Conclusão:** Considerou-se que a ideia da implantação do Centro Embuense de Combate ao Coronavírus em tempo recorde de 05 dias uma experiência exitosa, o pioneirismo nesse momento salvou muitas vidas.

Palavras-chave: Pioneirismo, Centro de Combate ao Coronavírus, Embu das Artes.

Capítulo 6



10.37423/230507704

EXPERIÊNCIA E INTERAÇÃO ENTRE UNIVERSITÁRIOS NA LIGA INTERDISCIPLINAR DE SAÚDE DA MULHER DA UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO

Camilla Dorta de Almeida

Universidade São Francisco

Gabrieli Setti Amorim

Universidade São Francisco

Beatriz Gomes Valença

Universidade São Francisco

Nathália Aiello

Universidade São Francisco



INTRODUÇÃO

As ligas acadêmicas são organizações compostas por estudantes de diferentes anos, sem fins lucrativos, supervisionadas por professores orientadores, tendo também a participação de pesquisadores e profissionais de saúde. Seu princípio fundamental repousa no tripé universitário, que preza a integração entre ensino, pesquisa e extensão. A interdisciplinaridade envolve um novo modo de pensar a realidade, que resulta em troca, reciprocidade e integração entre diferentes áreas de conhecimento, assim como o ensejo pela produção de novos conhecimentos e à resolução de problemas, de modo global e abrangente. Desta forma, o objetivo principal da Liga Interdisciplinar de Saúde da Mulher (LISM) da Universidade São Francisco (USF) é promover aprendizado e desenvolvimento de relações de conhecimento na área, por meio de atividades didáticas, científicas, culturais e sociais.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo descritivo, realizado a partir da vivência de uma entidade estudantil, constituída por alunos pertencentes a diferentes anos de graduação e curso, sendo em maioria cursos da área da saúde, sob supervisão de professores vinculados à Instituição de Ensino Superior. São responsáveis pela sua administração os próprios alunos, cujo funcionamento e atividades são regidos pelas normas ditadas pelo seu estatuto desenvolvendo atividades éticas em três áreas: ensino, extensão e pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos eixos de atuação da LISM, é possível oportunizar a agregação de conhecimento aos estudantes, com foco na interdisciplinaridade, facilitando o reconhecimento de atuação em cada área de saúde já no período de formação.

Através de meios universitários e digitais oferta-se conhecimento científico para estimular o raciocínio crítico sobre a realidade do estudo e da prática informada sobre a saúde da mulher.

CONCLUSÃO

A atuação de um profissional com prática e conhecimento da interdisciplinaridade evidencia qualidade na assistência. Desta forma, os acadêmicos desenvolvem uma qualificação rica, sendo capacitado, futuramente, para a identificação do quadro geral do paciente, indicando a tratamentos e profissionais adequados para ajudá-lo a tratar a saúde do paciente com mais rapidez e eficácia. Considerando a complexidade do ser humano, é importante que cada profissional pense na sua ação em conjunto com o outro, para que, assim, compreenda e

dê uma assistência de melhor qualidade para as mulheres no tratamento proposto. Desta forma, a disseminação interdisciplinar nas universidades educa o acadêmico e futuro profissional a conhecer, entender e respeitar a atividade e competências de cada área da saúde, demonstrando que cada profissional tem um papel necessário na saúde da comunidade.

REFERÊNCIAS

HAMAMOTO FILHO, Pedro Tadao. Ligas acadêmicas: motivações e críticas a propósito de um repensar necessário. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 35, p. 535-543, 2011.

SILVA, Simone Alves da; FLORES, Oviromar. Ligas acadêmicas no processo de formação dos estudantes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 39, p. 410-417, 2015.

RIOS, David Ramos da Silva; SOUSA, Daniel Andrade Barreto de; CAPUTO, Maria Constantina. Diálogos interprofissionais e interdisciplinares na prática extensionista: o caminho para a inserção do conceito ampliado de saúde na formação acadêmica. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, 2019

Capítulo 7



10.37423/230507705

ANÁLISE DA AUTOPERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA E APTIDÃO FÍSICA ENTRE PARTICIPANTES DE UM PROJETO DE EXERCITAÇÃO COLETIVA

Everton Luiz de Oliveira

Diretoria de Ensino da Aeronáutica

Alisson Donizete Briosso Martins

Centro Universitário UNIFAFIBE



Resumo: A presente pesquisa objetivou analisar a aptidão física relacionada a saúde, verificar a autopercepção de qualidade de vida e a correlação entre essas variáveis. Participaram dessa pesquisa, 20 mulheres adultas participantes de um programa de exercícios físicos, no município de Bebedouro. Para avaliar os indicadores de percepção de qualidade de vida foi utilizado o questionário SF-36. A aptidão física foi avaliada por meio de testes físicos, como resistência muscular, flexibilidade, $VO_2\text{max.}$, I.M.C. e dobras cutâneas. Os resultados apontam que as participantes se enquadram em níveis médios de aptidão física, sendo que 40% estão com excesso de peso. Ainda, as mulheres atingiram entre 60 e 80% de níveis positivos para percepção de qualidade de vida. Pode-se concluir que, mesmo com níveis médios de aptidão física e percentuais médios para os domínios de qualidade de vida, não houve correlação entre essas variáveis, sugerindo que outros aspectos que não foram investigados poderiam ter contribuído nesse processo. Sugere-se assim novos estudos que permitam aprofundar esse debate.

Palavras-chave: Atividade Física, Mulheres Adultas, Saúde, Qualidade de vida.

1 INTRODUÇÃO

No cotidiano em que vivemos, o ser humano cada vez menos utiliza de todos os elementos de potencialidade do seu corpo, vivendo de atalhos e aplicativos, veículos e alimentos industrializados, bebidas e tabagismo; a inatividade física junto a esses hábitos de vida nocivos à saúde posteriormente acarretaram em doenças crônicas degenerativas, como a hipertensão arterial, obesidade, diabetes, aumento da concentração de LDL (Lipoproteína de baixa densidade) e infarto do miocárdio; no Brasil essas doenças são a motivo de aproximadamente 74% das mortes. (GUEDES, 2011; COELHO, BURINI, 2009; HEYWARD, 2004; BRASIL, 2012).

Para Pitanga (2008) um fator explícito que poderia alterar os riscos de pessoas adoecerem seria a atividade física. Vilarta (2007) diz que a prática de atividades físicas mesmo que em graus abrandados tem como resultados benéficos a redução de colesterol LDL, efeito protetor contra doenças coronárias e a redução do índice de gordura corporal. De acordo com Guedes; Guedes (1995), as práticas regulares de exercícios físicos além de promover o bem-estar resultam em uma melhora na percepção de qualidade de vida.

Na visão de Moreira (2001) ao estudarmos e nos debruçarmos sobre o tema da qualidade de vida é possível perceber que as atuais gerações e as futuras precisam se atentar a importância de mudarmos hábitos e práticas deletérias ao nosso organismo e que impactam negativamente na nossa qualidade de vida e, assim, voltar a atenção e a preocupação em termos da coletividade, da vida neste planeta e não só com uma preocupação e interesse egóico. Importa, nessa medida, atentarmos também pela vida de outras pessoas e do ambiente em que vivemos, ou seja, a qualidade de vida remete à nossa obrigação enquanto sociedade de aprimorarmos a arte de viver e conviver juntos.

Complementarmente, Nahas (2010, apud BARBOSA, 2011) traz à baila a importância e premência de uma visão humanista da percepção de bem-estar e da qualidade de vida, as quais são resultantes de um conjunto de parâmetros individuais e socioambientais modificáveis, entre os quais dar-se-á destaque para: parâmetros socioambientais, moradia, transporte, segurança, cultura, assistência médica, meio ambiente e a educação. Todos esses são fatores que interferem e influenciam na autopercepção da qualidade de vida das pessoas em geral.

Entre os parâmetros individuais, podem ser citados, ainda, a hereditariedade, o estilo de vida que se refere aos hábitos alimentares, controle emocional, atividade física habitual, comportamento preventivo, relacionamentos, entre outros.

No que tangencia os hábitos de vida, externa-se que a prática regular de atividade física pode ser um importante coeficiente na questão saúde e aptidão física e esses termos estão relacionados entre si, de acordo com Guedes; Guedes (1995).

Com relação ao termo aptidão física, Pereira (2007) diz que o mesmo pode ser relacionado a duas vertentes; à prática desportiva e à saúde: A aptidão relacionada ao desempenho desportivo estão adjuntas, agilidade, velocidade, equilíbrio postural e coordenação motora. Já a relacionada à saúde trata-se das condições físicas nas capacidades que estão literalmente associadas à qualidade de vida das pessoas.

A aptidão física relacionada a saúde segundo a ACSM (2000) nos remete que à composição corporal, capacidade cardiorrespiratória, resistência muscular, força e flexibilidade, são componentes que integram esses campos. Ainda, tem-se que uma melhor condição entre esses campos está diretamente ligada a um menor índice de incapacidade funcional e desenvolvimento de doenças. Para Fleishman (1964) a aptidão física relacionada ao âmbito da saúde está unida a capacidade funcional do indivíduo em conseguir realizar alguns tipos de atividades que exijam um determinado empenho muscular.

Nos últimos anos, o número de pessoas que procuram por exercícios físicos, vem aumentando gradativamente. Segundo uma pesquisa feita por Vigitel (2013), intitulada “Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico”, verificou-se esse referido crescimento, na medida em que o percentual de pessoas que praticam exercícios físicos durante o tempo livre aumentou de 30,3% para 33,8% nos últimos cinco anos. Portanto, este dado representa um crescimento de 11% no número de pessoas que praticam exercícios no seu tempo livre.

Ao considerar a necessidade de ampliar o acesso das pessoas aos programas de atividade de física, de maneira que essas possam atuar junto aos indicadores de percepção de qualidade de vida e combate em doenças crônicas degenerativas, o Ministério da Saúde criou em 2011 o projeto “Academia da saúde” de Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011.

Após serem realizados ajustes com a intenção precípua de melhorar a implantação e desenvolvimento deste tipo de projeto, publica-se a Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013 (BRASIL 2014) com o objetivo de promover práticas corporais, promoção da alimentação saudável, educação em saúde, entre outros, além de contribuir para produção do cuidado e de modos de vida saudáveis e sustentáveis da população, tendo atividades de exercitação coletivas com ênfase na melhora da percepção de qualidade de vida.

Diante do exposto, cabe destacar que o objetivo da presente pesquisa será avaliar a o nível de aptidão física e a percepção de qualidade de vida em mulheres adultas, escritas nas atividades de exercitação coletiva do programa “Academia da Saúde”, apartando da ideia que a atividade física é um precursor na melhora de ambos, e até mesmo como um fator benéfico a prevenção contra doenças crônicas degenerativas, assim torna-se importante a identificação dos determinantes da atividade física, para que posteriormente sejam adotados ou serem propostos modelos teóricos de incentivos a adoção e manutenção da prática de atividades físicas, bem como estratégias para incentivar a população a adotar o estilo de vida ativo fisicamente.

2 MATERIAIS E MÉTODO

A presente pesquisa pode ser caracterizada como uma pesquisa de campo, do tipo transversal e de cunho quanti-qualitativo segundo (MATOS; JÚNIOR; BLECHER, 2004).

2.1 PARTICIPANTES

A amostra de sujeitos foi composta por um total de 20 (vinte) mulheres adultas, enquadradas em uma faixa etária entre 20 e 60 anos, com média de 48 (± 7) anos, que participam ativamente do projeto de exercitação coletiva “Academia da Saúde”, vinculada ao setor de saúde de um município do extremo norte do interior do estado de São Paulo. Cabe ainda ressaltar que para a seleção da amostra foram admitidos os seguintes critérios de Inclusão/Exclusão:

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- a) Ser mulher e integrar o programa “Academia da Saúde” a mais de três meses;
- b) Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- c) Estar enquadrada em uma faixa etária de 20 a 60 anos;
- d) Não ser fumante;
- e) Ser assídua junto ao programa “Academia da Saúde”.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- a) Participar das atividades do Projeto “Academia da Saúde” a menos de três meses;
- b) Pessoas fumantes;

- c) Não concordar com o Termo Livre e Esclarecido;
- d) Pessoas com alto índice de faltas no projeto.

2.2 INSTRUMENTOS DA PESQUISA

Para a realização deste estudo foram utilizados os seguintes instrumentos:

a) Questionário de avaliação de indicadores de percepção de qualidade (SF-36 - Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey): é um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida, de simples administração e fácil compreensão. Consiste em um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou domínios, que são: aspectos físicos, capacidade funcional, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta um escore final de 0 (zero) a 100 (obtido por meio de cálculo do Raw Scale), aonde o zero corresponde ao pior estado geral de saúde e o 100 corresponde ao melhor estado de saúde. (Ciconelli1999).

b) Bateria de testes físicos: os testes selecionados foram utilizados para avaliar a aptidão física das participantes e envolveram os seguintes componentes: Composição corporal: para medir a massa corporal foi utilizado o índice de Quetelet (QUÉTELET, 1870), sendo este um método simples, com adequada validade ecológica e prático em sua execução, baseado em índices extraídos a partir da medida do peso corporal (kg) e da estatura (m^2), ou seja, peso corporal dividido pela estatura ao quadrado (peso/estatura²).

Para verificar o percentual de tecido adiposo, foi utilizado o protocolo de Guedes; Guedes (2006) para mulheres, aferindo as medidas das dobras cutâneas, com três dobras 3 dobras: Coxa (CX), supra-ilíaca (SI) e subescapular (SB). Os valores de referência, segundo a OMS, estão expressos no Quadro 1, logo abaixo:

QUADRO 1. Teste de I.M.C, Valores para o índice de massa corporal em adultos (MULHERES: $DC = 1,16650 - 0,07063 \log (CX + SI + SB)$).

Peso	IMC
Abaixo do Peso	<18,5
Normal	18,5 a 24,9
Peso excessivo	25,0 a 29,9
Obesidade I	30,0 a 34,9
Obesidade II	35,0 a 39,9

Fonte: Organização Mundial de Saúde.

Como relação à força e a resistência muscular localizada tem-se: teste de resistência de força abdominal (o teste inicia-se com o avaliado em decúbito dorsal, sobre o colchão de ginástica com joelhos flexionados e a planta dos pés voltados ao solo, as mãos devem estar voltadas para o tórax na altura dos ombros opostos, com o cotovelo encostado no mesmo). Para determinação da resistência muscular é contado o número máximo de flexões de tronco corretamente realizado pelo praticante em 60 segundos (POLLOCK; WILMORE, 1993). A Classificação dos resultados consta no Quadro 2.

QUADRO 2. Teste de Resistência e Força Muscular Localizada.

Idade	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69
Excelente	+ 42	+ 36	+ 29	+ 25	+ 19	+ 16
Acima da Média	36-41	31-35	24-28	20-24	12-18	12-15
Média	32-35	25-30	20-23	15-19	05-11	04-11
Abaixo da Média	27- 31	21-24	15-19	07-14	03-04	02-03
Fraco	- 26	- 20	- 14	- 06	- 02	- 01

Fonte: POLLOCK; WILMORE (1993).

Para a flexibilidade (teste de sentar e alcançar) tem-se: teste de flexibilidade (Banco de Whells) (o indivíduo deve sentar-se com ambas as pernas estendidas, unidas e com os pés apoiados ao banco. Realiza-se, então, uma projeção de seu tronco à frente juntamente com os membros superiores na tentativa de alcançar a máxima medida presa ao banco, serão realizadas de 3 a 5 tentativas, na medida em que é registrado o maior valor expresso em centímetros ou milímetros) (WELLS; DILLON; 1952). A Classificação dos resultados do teste estão expressas no Quadro 3 .

QUADRO 3- Teste de flexibilidade Banco de Wells.

Idade	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69
Fraco	≤ 28	≤27	≤26	≤24	≤24	≤23
Regular	29-33	28-32	27-31	25-29	25-29	24-26
Médio	34-37	33-36	32-35	30-33	30-32	27-30
Bom	38-42	37-40	36-40	34-37	33-38	31-34
Excelente	≥43	≥41	≥41	≥38	≥39	≥35

Fonte: POLLOCK; WILMORE (1993).

Avaliação do $VO^2_{\text{máx}}$: Teste do Banco de McArdle (Queens College Step Test) (McARDLE, KATCH; KATCH, 2007): é utilizado um banco de 40,6 cm de altura, onde o avaliado deve durante 3 min subir e descer numa frequência de passada ao ritmo de 24 e 22 passadas/min para homens e mulheres. Ao final do terceiro minuto do teste, o indivíduo permanece de pé e após 5 seg, será medida sua F.C. durante 15 seg. O resultado encontrado deverá ser multiplicado por 4 e assim encontrado a frequência cardíaca por minuto (15 segundos x 4= 60 segundos). Deste modo, a classificação referente aos índices de $VO^2_{\text{máx}}$ é apresentada a partir dos dados de referência expressos por meio do Quadro 4.

QUADRO 4- Teste do Banco de Mcardle ($(VO^2_{\text{máx}} \text{ Mulheres} = 65,81 - (0,1847 * FC \text{ do final do teste}) = VO^2 \text{ em ml } 1/(kg.min))$).

Idade	18-25	26-35	36-45	46-55	56-65	≥66
Excelente	71-58	69-54	66-46	64-42	57-38	51-33
Bom	52-48	51-46	44-39	39-35	36-32	31-28
Acima ou Média	46-42	43-40	37-34	33-31	31-28	27-25
Media	41-39	38-35	33-31	30-28	27-25	24-22
Abaixo Da Média	37-34	34-31	30-28	27-25	24-22	22-20
Ruim	32-29	30-26	26-23	24-21	21-19	18-17
Muito ruim	26-18	25-20	21-18	19-16	17-14	16-14

Fonte: Adaptada de Golding; Myers; Sinning (1989).

c) **Ficha de Anamnese:** com o intuito de admitir os participantes com base nos critérios de inclusão/exclusão relacionada de acordo com a necessidade da pesquisa. Itens que compõe a anamnese: seções de cunho pessoal, socioeconômicos, hábitos alimentares, histórico de patologias, relações com o projeto.

2.3 PROCEDIMENTOS

O Projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNIFAFIBE. Inicialmente, foi agendada uma visita ao espaço utilizado para o projeto “Academia da Saúde”, intuindo apresentar a pesquisa, bem como seus objetivos aos participantes e foi solicitado que aquelas que decidissem participar da pesquisa deveriam assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), especificamente, aquelas que se enquadrarem nos critérios de inclusão da pesquisa formalizando seu envolvimento nas etapas que seguiriam.

Posteriormente, seguiu-se com um encontro com os pretendidos participantes para esclarecer os procedimentos e as etapas da pesquisa e o cronograma de desenvolvimento da pesquisa. Em seguida, foram aplicados os instrumentos de coleta no mesmo local onde se encontra em desenvolvimento o supracitado programa, obedecendo os critérios estabelecidos pelo pesquisador.

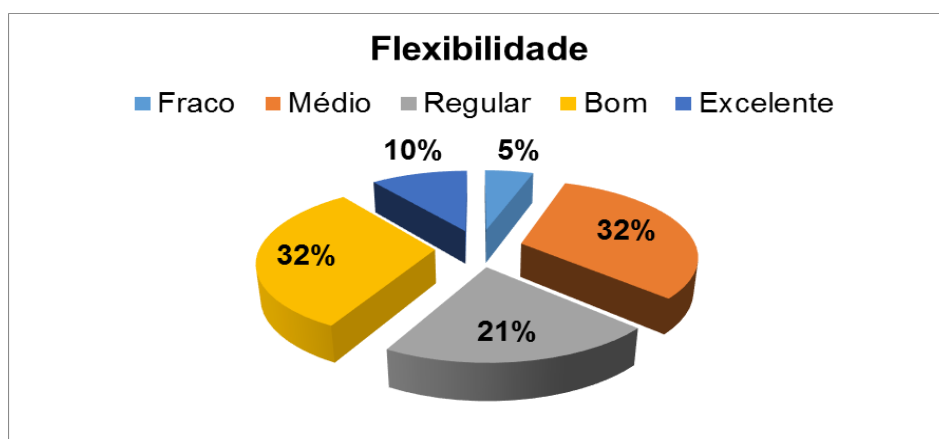
2.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos nos testes físicos foram analisados por meio de estatística descritiva, com a utilização de médias e desvio padrão, os testes de aptidão física. Para verificar a relação entre essas variáveis da pesquisa foi utilizado a análise de variância (teste t) e as planilhas foram organizadas por meio do software Excel e o pacote estático SPSS for Windows 18.0.

3 RESULTADOS

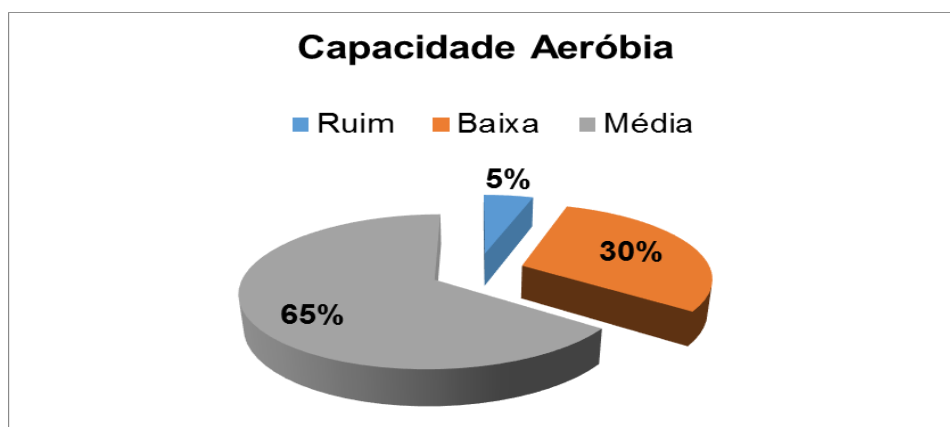
Os resultados obtidos nos testes de flexibilidade (Gráfico 1), capacidade aeróbia (Gráfico 2) e resistência muscular (Gráfico 3) evidenciaram que os participantes se enquadram em níveis de classificação média, de acordo com tabelas classificativas. O que pode ser observado a partir da apresentação dos Gráficos 1, 2 e 3.

De acordo com Dantas (1998) a flexibilidade é a capacidade de realizar movimentos com qualidade física, dentro dos limites morfológicos, sem o risco eminente de provocar lesões, esta capacidade foi avaliada de acordo com teste do Banco de Wells (WELLS; DILLON; 1952) em que 32% estão enquadradas em nível médio, 21% regular, também com 32% atingiram a classificação de termo bom, 10% fraco e apenas 5% excelente.

GRÁFICO 1- Resultados obtidos no teste de flexibilidade

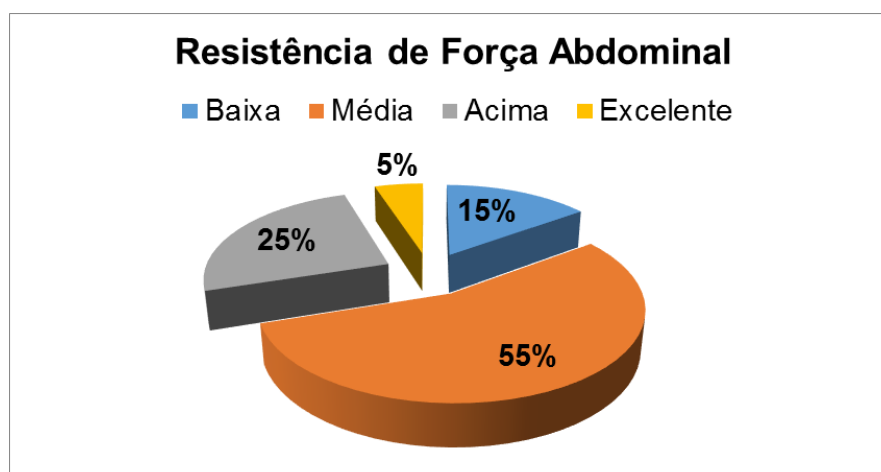
Fonte: Elaboração própria.

O termo capacidade aeróbica segundo Sharkey (1998) é definida como a capacidade máxima de recrutar, transportar e utilizar oxigênio durante o exercício esta variável pode ser influenciada por fatores como gordura corporal, idade, hereditariedade, usando a avaliação do Vo^2_{max} . seguindo o protocolo do Banco de McArdle (Queens College Step Test) (McARDLE, KATCH; KATCH, 2007): neste teste as participantes se enquadram em três classificações 65% em níveis médios, 30% baixa, 5% ficaram como classificação ruim.

GRÁFICO 2- Resultados obtidos no teste de Capacidade Aeróbia.

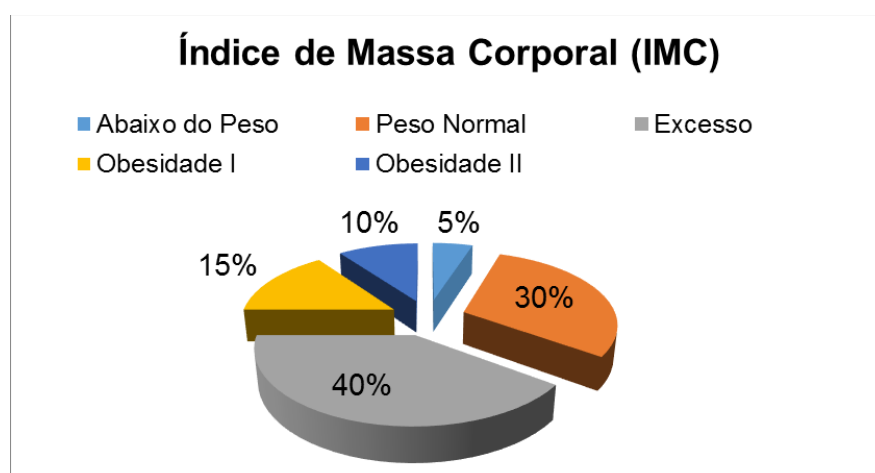
Fonte: Elaboração própria.

Resistência muscular localizada segundo a visão de Rocha (1998) seria a capacidade de uma parte do corpo, conseguir por um período longo de tempo realizar e sustentar um movimento, sem eminentes risco de lesões. Nesta capacidade foram atingidos quatro classificações, 15% estão classificadas segundo a tabela como baixa, 55% média, 25% acima e 5% se enquadram em patamares excelentes.

GRÁFICO 3- Resultados obtidos no teste de Resistência de Força Abdominal.

Fonte: Elaboração própria.

Para avaliar o I.M.C., foi utilizado o índice de Quételet (QUÉTELET, 1870) representada pela formula matemática $IMC = Kg/m^2$ segundo os dados coletados nesta pesquisa 40% estão com excesso de peso, 30% com peso normal, 15% em obesidade I, em classificação de obesidade II estão 10% e 5% abaixo do peso. Dados apresentados no Gráfico 4.

GRÁFICO 4- Resultados obtidos no teste de I.M.C

Fonte: Elaboração própria.

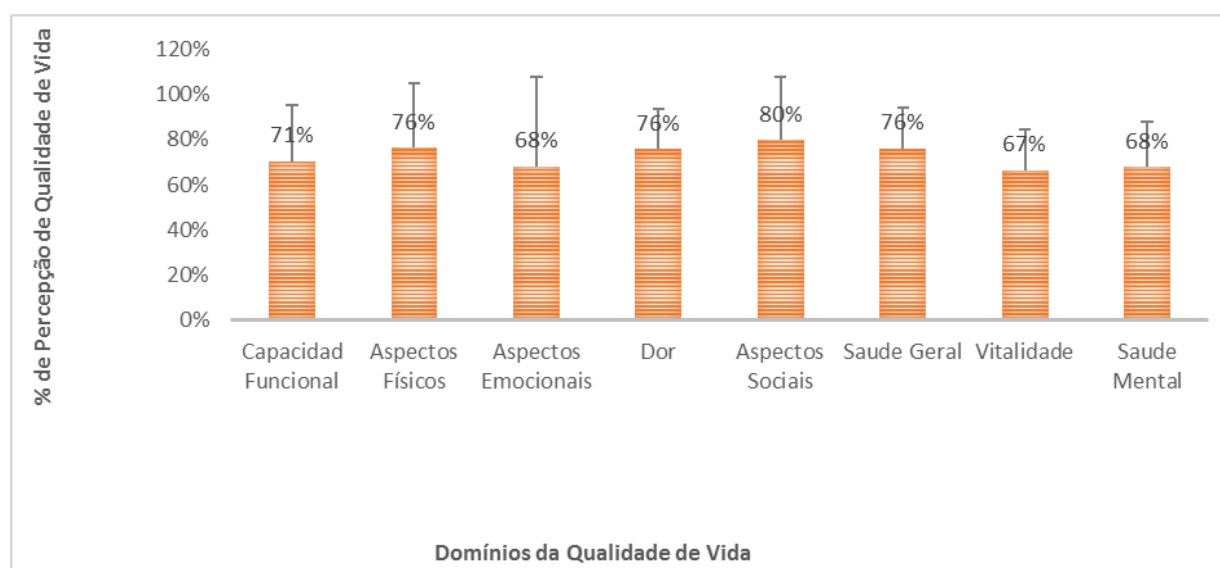
Segundo o protocolo de dobras cutâneas Guedes; Guedes (2006). Os participantes atingiram a média de $33,2(\pm 3.3)$, que é apresentada na Tabela 1. A seguir, é exibida a Tabela 1 contendo a descrição sintetizada dos resultados referentes a todos os testes:

TABELA 1- Resultados descritivos (média $\pm$ desvio padrão)

	Teste de Resistência Muscular	Teste de Flexibilidade	IMC	Capacidade Aeróbia Vo2Max.	Dobras Cutâneas (% de gordura)
Média	14,7	32,3	27,41	29,57	33,2
Desvio Padrão	5,7	5,5	5,2	2,41	3,3

Fonte: Elaboração própria.

Já para a percepção de qualidade de vida, entre os domínios que tiveram os maiores números foram aspectos sociais, saúde geral, capacidade funcional, aspectos físicos e dor, que atingiram um patamar de média entre 70 e 80% dos índices relacionadas a percepção qualidade de vida, propriedades como saúde mental, vitalidade e aspectos emocionais, se encontram com níveis abaixo de 70% de percepção de qualidade de vida, tendo a vitalidade assim com menor índices entres os domínios respectivos no que diz a qualidade de vida como aponta o Gráfico 5.

GRÁFICO 5- Percepção de qualidade de vida SF-36.

Fonte: Elaboração própria.

Ademais, no concernente à aplicação de análises não paramétricas para verificar a possível correlação entre o desempenho nos testes físicos e os domínios da percepção de qualidade de vida (Teste SF36), não foi observada correlação significativa, como pode ser verificado a partir do Quadro 5:

QUADRO 5 - Correlação entre testes físicos e a percepção de qualidade vida.

		Capac. Func.	Aspec. Físicos	Aspec. Emoc.	Dor	Aspec. Sociais	Saúde. Geral	Vitalide.	Saúde Mental
Teste Abd.	Correlation Coefficient	,252	,215	,007	,093	,178	-,121	,064	-,132
	Sig. (2-tailed)	,283	,362	,976	,697	,453	,612	,789	,579
	N	20	20	20	20	20	20	20	20
Teste Flex.	Correlation Coefficient	,367	,262	,115	,083	-,106	,196	,156	-,076
	Sig. (2-tailed)	,112	,264	,629	,727	,657	,408	,511	,751
	N	20	20	20	20	20	20	20	20
IMC	Correlation Coefficient	,190	,029	-,212	-,100	,236	-,192	,025	,042
	Sig. (2-tailed)	,423	,904	,369	,675	,316	,417	,917	,862
	N	20	20	20	20	20	20	20	20
VO2	Correlation Coefficient	,183	-,101	,004	,103	,083	-,254	-,278	-,453*
	Sig. (2-tailed)	,439	,671	,988	,665	,729	,280	,234	,045
	N	20	20	20	20	20	20	20	20

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Fonte: Elaboração própria.

4 DISCUSSÃO

O principal objetivo deste estudo foi analisar o nível de aptidão física relacionada a saúde e percepção de qualidade de vida, em mulheres adultas e verificar a correlação entre eles. Os participantes desta pesquisa estão inseridos em programas de atividades diversificadas oferecidas por gestores públicos com intuito de aumentar a percepção de qualidade de vida e possíveis melhoras nas capacidades funcionais entre seus participantes, entende-se que por sua vez, praticantes de exercícios tendem a ter uma melhora na capacidade funcional, e melhor desempenho em atividades do cotidiano, segundo a ACSM (2000).

O resultado revelou que, os participantes atingiram níveis médios de classificação em aptidão física relacionada a saúde e grandes porcentagens sobre domínios de qualidade de vida, as variáveis avaliadas não apresentaram coeficientes significativos de correlação, tendo o domínio de saúde mental com o menor grau de correlação.

Considerando-se a correlação entre qualidade de vida e aptidão física relacionada a saúde Guedes; Guedes (1995) nos relatam que estes termos estão conectados e que a pratica regular de atividades físicas está diretamente relacionada à evolução significativa na aptidão física, na medida em que esses índices alcançados nesta pratica estão associados com o melhor estado geral de saúde e bem-estar, portanto, o exercício físico está ligado a fatores que influenciam no combate contra as doenças crônicas degenerativas

Com relação ao observado na aplicação do SF36, foi verificado que para o domínio de saúde mental os participantes apresentaram menores índices de porcentagens e, ainda, esse domínio apresentou um dos menores identificadores de correlação entre as variáveis avaliadas. A OMS (2001) define o termo saúde mental como a condição máxima de bem-estar na qual o indivíduo, consegue superar as adversidades do dia-a-dia, o stress, tendo assim uma participação positiva dentro da comunidade em que vive.

No que diz respeito ao percentual de gordura, 40% das mulheres estão acima do peso e segundo os resultados das medidas antropométricas (I.M.C) a média do percentual de gordura se enquadrou em $33,2(\pm 3.3)$, fato que pode ser problemático, já que como apontou Beckstrom et al. (2007) esse patamar pode acarretar doenças crônicas degenerativas. Ainda, Beckstrom et al. (2007) atestam que com o acúmulo de lipoproteínas de baixa densidade, surgem as placas de ateroma que posteriormente se transformam em aterosclerose, sendo assim um fator predominante para o surgimento de doenças crônicas degenerativas.

Com a intenção precípua de combater tais doenças deve-se aderir à prática de exercícios físicos para uma melhor condição de vida e assim combater o sedentarismo. Na visão de Neto (1999) para uma pessoa ser classificada como ativa, ela necessita praticar em média 30 minutos de atividades físicas em intensidade moderada, de maneira que o risco de doenças causadas pelo sedentarismo e inatividade física possa diminuir.

O fato de não encontrar correlação entre as variáveis analisadas no presente estudo deve-se, possivelmente, ao que Guedes (2001) extrena com relação ao fato de termos diversos fatores multidimensionais que podem vir a interferir na adequada relação entre as diemnsões da qualidade de vida e aptidão física, tais como estilo de vida, hereditariedade, condições ambientais, sócio ambientais, condições econômicas e fatores psicológicos.

5 CONCLUSÃO

A partir da presente pesquisa, pode-se concluir que pessoas praticantes de atividades físicas, oferecidas por gestores públicos, atingiram níveis médios de aptidão física relacionada a saúde e percentuais de 60 a 80% em níveis positivos para a percepção de qualidade de vida. No entanto, mesmo alcançando altos índices, os resultados não se correlacionaram entre si, tendo a menor correlação a saúde mental e esse fator pode ser justificado pelo fato de a qualidade de vida tem relação com fatores multidimensionais e analisar apenas aspectos físicos ou até mesmo funcionais não permite ter uma visão mais integral dessa esfera.

Destarte, a partir dos resultados obtidos sugere-se a realização de novos estudos ou outros que utilizem abordagens e métodos diferentes dos utilizados neste estudo, com o intuito de contribuir para uma melhor compreensão sobre os aspectos avaliados e, especialmente, no tocante à correlação entre aptidão física relacionada a saúde, qualidade de vida e a prática regular de atividades físicas, ao passo que possam servir de parâmetro para novas interpretações e achados científicos que permitam inclusive consubstanciar as políticas públicas destinadas à construção e desenvolvimento de programas de exercitação coletiva e a prevenção de doenças hipocionéticas e suas decorrentes comorbidades.

Diante do exposto, é possível que o programa desenvolvido junto à área de saúde deste município não esteja oferecendo modificações nos aspectos físicos pelo fato das atividades não serem sistematizadas, ao passo que foram encontrados níveis razoáveis de aptidão física e qualidade de vida.

Outros fatores que possam ter relação com os níveis medianos obtidos nos resultados para a aptidão física e que foram encontrados na pesquisa podem estar associados ao fato que a principal intenção do programa não é uma melhora na aptidão física de seus integrantes, mas, a melhora na condição da percepção de qualidade de vida por meio da inserção dos participantes nesse grupo.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, R. M. dos S. P. Resenha do livro "Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo", de Markus Vinicius Nahas. Rev. Bras. Ciênc. Esporte, Porto Alegre.v.34,n.2,p.513518,jun.2012.Disponívelem:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32892012000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 abr. 2016.
- BECKSTROM, B.W. et al. Correlation between carotid area calcifications and periodontitis: a retrospective study of digital panoramic radiographic findings in pretreatment cancer patients. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod., v.103, p.359- 366, 2007.
- BRASIL.MinistériodaSaúde.Pesquisarevelaaumentonapráticadeatividadesfísicas.Brasília,2013.Disponívelem:<<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/05/pesquisa-revela-aumento-na-pratica-deatividades-fisicas>>. Acesso em: 4 jun. 2016.
- BRASIL.MinistériodaSaúde.SobreoProgramaAcademiadaSaúde.Brasília,2016.Disponívelem:<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/leiamaisoministerio/1028secretariasvs/vigilancia-de-a-a-z/academia-da-saude-svs/l2-academia-da-saude-svs/13816-sobre-o-programa>>. Acesso em: 4 jun. 2016.
- BRASIL.MinistériodaSaúde.VigilânciadeDoençasCrônicasNãoTransmissíveis.Brasília,2016.Disponívelem:<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/svs/doencascronicas-nao-transmissiveis>>.Acesso em: 4 jun. 2016.
- CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF36). Rev bras reumatol, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.
- COELHO, C. F.; BURINI, R. C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. Revista de Nutrição, Campinas, v. 22, n. 6, p. 937-946, 2009. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/13407>>. Acesso em: 15 maio 2016.
- COLÉGIO AMERICANO DE MEDICINA DO ESPORTE et al. Manual do ACSM para teste de esforço e prescrição de exercício. 5. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- DANTAS, E. H. M. Flexibilidade, Alongamento e Flexionamento. 4. ed. Rio de Janeiro: Shape, 1999. p.57-207.
- GOLDING, L. A., MYERS, C. R., & SINNING, W. E. (1989). Y'S way to physical fitness: the complete guide to fitness testing and instruction (3rd ed.). Chicago: YMCA of the USA
- GUEDES, D. P., GUEDES, J. E. R. P. Manual Prático para Avaliação em Educação Física. ed.1, Barueri: Manole, 2006.
- GUEDES, D. P. Programa Academia da Saúde: ação para incrementar a prática de atividade física na população brasileira.RevistaBrasileiradeAtividadefísicaeSaúdeV.16,N.3(2011).Disponívelem:<<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/605>>Acesso em: 06 de maio de 2016.
- HEYWARD, V. H. Avaliação física e prescrição de exercício: técnicas avançadas.4. ed. São Paulo: Artmed, 2004.

MATTOS M.G; ROSSETTO JR; BLECHER S. Teoria e prática da Metodologia da Pesquisa em Educação Física: Construindo seu trabalho acadêmico: monografia, artigo científico e projeto de ação. São Paulo: Phorte, 2004.

McARDLE, W.D.; KATCH, F.I.; KATCH, V.L. Fisiologia do exercício: energia, nutrição e desempenho humano. 6. Ed, Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan. 2007.

NETO, T.L B. Atividade Física e Qualidade de vida. In: Anais do I Congresso Centro-Oeste de Educação Física, Esporte e Lazer; Brasília, setembro de 1999.

MOREIRA, W. W. (Org.). Qualidade de vida: complexidade e educação. Campinas: Papirus, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) (2001). Relatório mundial da saúde: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Disponível: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf> Acessado: 25/10/2016

PEREIRA, E. F.; GRAUPE, S. Aptidão física relacionada à saúde e ao desempenho atlético de calouros de Educação Física. Efdeportes: Revista Digital, Buenos Aires, ano 1, n. 104, jan. 2007. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd104/aptidao-fisica.htm>>. Acesso em: 15 maio 2016.

PITANGA, F. J. G. Epidemiologia, atividade física e saúde. Rev. Bras. Ciên. e Mov. v. 10, n. 3, p. 49-54, 2002. Disponível em: <<http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/463/489>>. Acesso em: 13 maio 2016.

POLLOCK, M.L., WILMORE, J.H. Exercícios na Saúde e na Doença: Avaliação e Prescrição para Prevenção e Reabilitação. MEDSI Editora Médica e Científica Ltda., 233-362, 1993.

ROCHA, P. E. C. P. Medidas e avaliação em ciências do esporte. Rio de Janeiro: Sprint, 1998.

VILARTA, ROBERTO (ORG.). SAÚDE COLETIVA E ATIVIDADE FÍSICA: CONCEITOS E APLICAÇÕES DIRIGIDOS À GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA. Campinas: IPES EDITORIAL, 2007. 161 P.

WELLS K.F, DILLON E.K. The sit and reach: a test of back and leg flexibility. Research Quarterly for Exercise and Sport, Washington, 1952, 23:115-118.

Capítulo 8



10.37423/230507715

CONHECIMENTO DE PUÉRPERAS SOBRE ANALGESIA DO PARTO NORMAL EM MATERNIDADE PÚBLICA NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO NORTE, BRASIL

Rachel de Alcântara Oliveira Ramalho

Universidade Federal do Rio Grande do Norte



Resumo: Objetivo: Avaliar o conhecimento de puérperas sobre a analgesia de parto vaginal, e a associação entre a existência desta informação e a decisão e o desfecho quanto ao tipo de parto no Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB), em Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brasil. **Metodologia:** O modelo deste estudo foi descritivo e transversal, de abordagem quantitativa. A amostra foi composta por puérperas atendidas na maternidade do HUAB. Os dados foram coletados por meio de entrevistas diretas, com preenchimento de questionário estruturado, assim como revisão de prontuários. **Resultados:** Foram entrevistadas 99 puérperas. Observou-se que 78,8% tiveram parto normal e houve relação estatisticamente significativa deste tipo de parto normal com maior nível de escolaridade, renda maior que um salário-mínimo e trabalho remunerado. Verificou-se que apenas 22,2% sabiam da disponibilidade da analgesia para o parto vaginal. A decisão da gestante sobre o tipo de parto também se associou com a ocorrência de parto vaginal, mas não houve associação entre conhecimento da existência de analgesia do parto na maternidade com a decisão materna ou com a realização do parto vaginal. **Conclusão:** O grau de conhecimento sobre disponibilidade de analgesia para o parto foi baixo, compatível com resultados de outros países em desenvolvimento. O conhecimento materno sobre a disponibilidade de alívio da dor do parto se relacionou com nível de escolaridade, renda e trabalho remunerado, mas não se associou com a decisão materna pelo parto vaginal ou com a realização deste tipo de parturição.

Palavras-chave: Trabalho de parto; Analgesia obstétrica; Maternidade hospitalar.

1.INTRODUÇÃO

A realização das boas práticas de atenção ao parto e o bem-estar da parturiente compõem a quinta meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas, a Agenda 2030 (United Nations, 2016). Nesse sentido, a tecnologia e a humanização do parto não são fatores excludentes entre si. Existem várias maneiras de garantir o conforto com suporte durante o trabalho de parto no ambiente hospitalar. A humanização da assistência ao parto vaginal também inclui o trabalho do anestesiológista como elemento fundamental do atendimento à parturiente, se este for o desejo desta, resgatando sua autonomia, em práticas comprovadamente benéficas na parturição (Freitas & Meinberg, 2009).

A analgesia obstétrica não é uma prática comum nos partos vaginais e muitas vezes é negligenciada, ainda que a dor associada às contrações uterinas possa ser aliviada pelo uso de técnicas farmacológicas e não farmacológicas, ou pela combinação destas (Endalew et al., 2020). Contudo, em regiões onde predomina baixo nível socioeconômico da população, como no Nordeste do Brasil, a escassez de conhecimento por parte das gestantes, atitudes negativas em relação à analgesia farmacológica, falta de pessoal treinado e ausência de protocolos clínicos estabelecidos nos serviços podem constituir impedimentos ao adequado uso de analgesia durante o parto normal (Brasil, 2017).

A falta de conhecimento pelas gestantes sobre a disponibilidade de analgesia obstétrica é uma razão importante para sua falta de utilização rotineira (Workie et al., 2021; Nabukenya et al., 2015). Por outro lado, estudos evidenciam que muitas vezes os partos cesarianos decorrem da solicitação materna em virtude de experiências anteriores com a dor do parto vaginal (Prakash et al., 2017; Shaaban et al., 2017). A analgesia farmacológica do parto difundiu-se em muitos centros, alcançando taxas acima de 50%, particularmente mais elevada em primigestas, havendo, paralelamente, diminuição das taxas de cesarianas eletivas, o que provavelmente reflete aspectos psicoemocionais das parturientes em relação ao enfrentamento da dor (Leão, 2016). É imprescindível a qualificação da atenção à gestante no sentido de garantir que a decisão pela via de parto considere os ganhos em saúde e seus possíveis riscos, de maneira informada e compartilhada por ela com a equipe de saúde que a atende.

A principal pergunta desta pesquisa é a seguinte: O conhecimento sobre a disponibilidade de analgesia do trabalho de parto vaginal associa-se à escolha materna do tipo de parto? A principal hipótese, como resposta provisória a esta pergunta, é a de que o conhecimento pela gestante acerca da disponibilidade de alívio farmacológico da dor durante o trabalho de parto normal associa-se a uma

menor frequência de decisões para realização de cesarianas, em comparação com a ausência de conhecimento prévio sobre disponibilidade do alívio da dor.

O objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento de puérperas em relação à analgesia farmacológica durante o trabalho de parto vaginal em uma maternidade pública que pactua com programas de humanização do atendimento obstétrico, assim como a associação entre a existência da informação e a decisão quanto ao tipo de parto realizado na maternidade do Hospital Universitário Ana Bezerra, em Santa Cruz, Rio Grande do Norte (RN), Brasil.

2. METODOLOGIA

O modelo deste estudo foi descritivo e transversal, de abordagem quantitativa. Um estudo descritivo consiste em uma pesquisa empírica cuja principal finalidade é a descrição de características de fenômenos por meio de entrevistas e/ou questionários (Marconi & Lakatos, 2003), com o objetivo de analisar relacionamentos entre variáveis, sem buscar conexão de causa-efeito (Sousa et al., 2007).

A amostra foi composta por puérperas atendidas na maternidade pública do Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB), localizado no centro da cidade de Santa Cruz-RN, município-polo em relação às demais cidades da Mesorregião do Agreste Potiguar, na microrregião do Trairi. O município de Santa Cruz está a 115 quilômetros de distância da capital do RN, Natal. A população desta cidade tem cerca de 39.355 habitantes (IBGE, 2016). No referido município, existe apenas este serviço de assistência ao parto, a maternidade do HUAB, referência para atendimento obstétrico e pediátrico no território do Trairi.

Na maternidade do HUAB foram realizados mensalmente, em média, 235,2 partos no ano de 2019, segundo dados verificados no livro de registro de partos do serviço. O HUAB é um hospital onde se realizam atividades de ensino, pesquisa e extensão, com 100% dos leitos destinados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), com atendimento ambulatorial, de internamento, de urgência e emergência (Brasil, 2019).

Mediante amostragem não-probabilística por conveniência, foram incluídas na pesquisa puérperas atendidas em um período de seis meses na maternidade. Foram consideradas elegíveis puérperas assistidas na maternidade do HUAB para realização do parto a termo entre os meses de agosto de 2020 e fevereiro de 2021, independentemente de a via de parto ter sido vaginal ou cesariana. Foram excluídas do estudo as puérperas nas seguintes condições: (a) com diagnóstico de gestação de alto risco ou presença de condição clínica que por si só representasse indicação para parto cesariano; (b)

partos de natimortos; (c) gestações gemelares; (d) admissão hospitalar em período expulsivo e/ou que tiveram partos fora das unidades da maternidade em questão (carro, casa, ambulância); (e) falta de compreensão do idioma (português) pelas puérperas; e (h) transtornos mentais graves.

A variável primária do estudo foi mensurada como uma variável autorreferida e nominal, a partir das respostas ("sim", "não", "não sabe responder") à pergunta se alguma vez as participantes foram informadas (pelo seu médico, outro profissional de saúde, ou por outras fontes) sobre o uso de analgesia para o parto normal. Considerou-se que as participantes tinham conhecimento sobre a existência de analgesia do trabalho de parto quando elas responderam afirmativamente ao serem questionadas por meio da referida pergunta, independentemente da fonte de informação. As variáveis secundárias foram tipo de parto (vaginal ou cesariano) e as variáveis sociodemográficas. Foi considerada como assistência pré-natal completa quando a gestante realizou mais de seis consultas (Brasil, 2006).

Os dados foram coletados por meio de entrevistas diretas e estruturadas, com base em instrumento elaborado especificamente para este fim. Os itens incluídos no questionário foram escolhidos a partir de dados de investigações publicadas anteriormente (Monte, 2013; Costa et al., 2004), após adaptação aos objetivos do presente estudo, assim como com adição de outros itens elaborados primariamente pelas pesquisadoras. O questionário foi composto de perguntas fechadas do tipo dicotômico e de múltipla escolha. Houve itens em que foram fornecidas opções pré-selecionadas e as entrevistadas poderiam escolher a opção "outra" para fornecer resposta livre. Na primeira parte do questionário, foram registrados dados sociodemográficos (idade, escolaridade, raça/cor, renda, estado civil, ocupação remunerada), tipo de parto e se a decisão sobre o tipo de parto foi compartilhada (médico-paciente), indicação médica ou decisão das participantes. Para efeito de análise, a variável raça/cor da pele foi autorrelatada, considerando-se as categorias branca, negra, parda e indígena.

Na segunda parte do questionário, foram registrados dados sobre o conhecimento materno em relação ao alívio farmacológico da dor no trabalho de parto e a disponibilidade deste tipo de analgesia para o parto normal na maternidade, fonte da informação recebida, experiência da intensidade da dor, administração de analgesia da dor durante o trabalho de parto e desejo pessoal em relação ao alívio da dor e a decisão (pessoal, médica, compartilhada) na escolha do tipo de parto na maternidade, assim como dados relacionados à gravidez. Uma escala visual analógica (EVA) foi utilizada para avaliar a percepção das gestantes em relação à intensidade da dor relacionada ao processo de trabalho de parto (expectativa e experiência vivenciada).

A aplicação do questionário foi presencial, em ambiente da maternidade, no Alojamento Conjunto, ou outra sala do serviço, mas proporcionando privacidade às respondentes, de 12 a 24 horas após o parto, nos expedientes da manhã ou da tarde, em qualquer dia da semana, conforme funcionamento do serviço. Informações sobre o trabalho de parto e registros a respeito da assistência ao parto foram pesquisadas nos prontuários.

A variável primária foi mensurada como autorreferida e nominal, a partir das respostas ("sim", "não", "não sabe") à pergunta se as participantes sabiam da existência de analgesia farmacológica do parto normal. A esta variável se atribuiu o termo "conhecimento" no sentido de noção ou conhecimento imediato, elementar ou superficial. Associada a esta questão, perguntou-se se elas foram informadas sobre o uso de analgesia para o parto durante a gestação e caso afirmativo, sua fonte (pelo seu médico, outro profissional de saúde e qual, amigos, familiares, televisão, internet, ou outra fonte). As variáveis secundárias foram tipo de parto (dicotômica: vaginal ou normal; cesariano) e variáveis sociodemográficas.

Os entrevistadores foram médicos residentes de Anestesiologia em atividade no HUAB e submetidos a treinamento prático prévio com a pesquisadora responsável, incluindo técnica de entrevista e questões relacionadas ao preenchimento do instrumento de pesquisa. Embora o questionário fosse um instrumento autoaplicável, este foi administrado pelos entrevistadores, que fizeram as perguntas verbalmente às puérperas, face a face, lendo as questões e anotando suas respostas no papel. As únicas instruções dadas foram sobre a atenção a todas as questões, assim como sobre não haver respostas certas ou erradas e da necessidade de respostas que correspondessem com a maior exatidão possível ao caso pessoal.

A análise dos dados foi baseada em estatística descritiva, com determinação de estimadores qualitativos e quantitativos, assim como análise inferencial não-paramétrica para avaliar associações entre variáveis categóricas, por meio do teste qui-quadrado de Pearson, ou do teste exato de Fisher, quando apropriado. As respostas aos itens dos questionários foram codificadas de acordo com o nível de mensuração nominal e ordinal e mostrados por meio de representação tabular e gráfica. Na análise inferencial, foram considerados estatisticamente significantes valores de p menores que 5%. Foram avaliadas as relações entre as respostas aos itens dos questionários e as variáveis sociodemográficas, incluindo faixa de idade, estado civil, raça/etnia, ocupação remunerada, renda e escolaridade.

Visando atender ao objetivo do estudo, foram traçadas as seguintes hipóteses estatísticas:

- H0: o conhecimento materno sobre a disponibilidade de alívio medicamentoso da dor durante o trabalho de parto não é baixo e não se associa com a ocorrência de parto cesariano; e
- H1: o conhecimento materno sobre a disponibilidade de alívio medicamentoso da dor durante o trabalho de parto é baixo e se associa com a ocorrência de parto cesariano.

Para a análise estatística, foi utilizado o programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 21.0 para o sistema operativo *Windows* (IBM Corporation, Armonk, NY, EUA).

Conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas da UFPB sob Parecer no 3.944.430.

3.RESULTADOS

A análise do perfil sociodemográfico das 99 puérperas entrevistadas mostrou que a idade variou entre 14 e 36 anos (média: 24,8; desvio-padrão: 5,6), observando-se que 64,6% da amostra eram adultas jovens (entre 20 e 40 anos) e 30,3% eram adolescentes (14 a 19 anos). A grande maioria encontrava-se casada ou em união consensual (87,9%) e 68,7% se consideraram pardas. No que se refere à escolaridade, 49,5% tinham o ensino médio completo. Quanto à renda, 52,5% viviam com até um salário-mínimo e 48,5% tinham ocupação remunerada. As ocupações mais frequentemente referidas foram relacionadas ao trabalho no comércio, bancos, transportes e hotelaria (25,3%) e à agricultura (12,1%).

Na caracterização de gestações anteriores, realização de pré-natal e tipo de parto, 62,6% das entrevistadas afirmaram que aquela não havia sido sua primeira gravidez/parto, e todas haviam realizado pré-natal, 78,8% com assistência pré-natal completa, ou seja, com mais de seis consultas. Em relação ao parto, a maioria teve parto vaginal (78,8%). Portanto, a prevalência de parto cesariano foi de 21,2%. Observou-se que 37,4 % afirmaram que a decisão quanto ao tipo de parto foi compartilhada com o médico, enquanto 79,8% estavam em trabalho de parto ao chegarem à maternidade. Quando questionadas sobre a via de parto preferida por elas, 78,8% responderam que havia sido o parto vaginal. Em relação à via de parto indicada pelos seus médicos obstetras, as participantes responderam que 86,9% também indicaram parto vaginal.

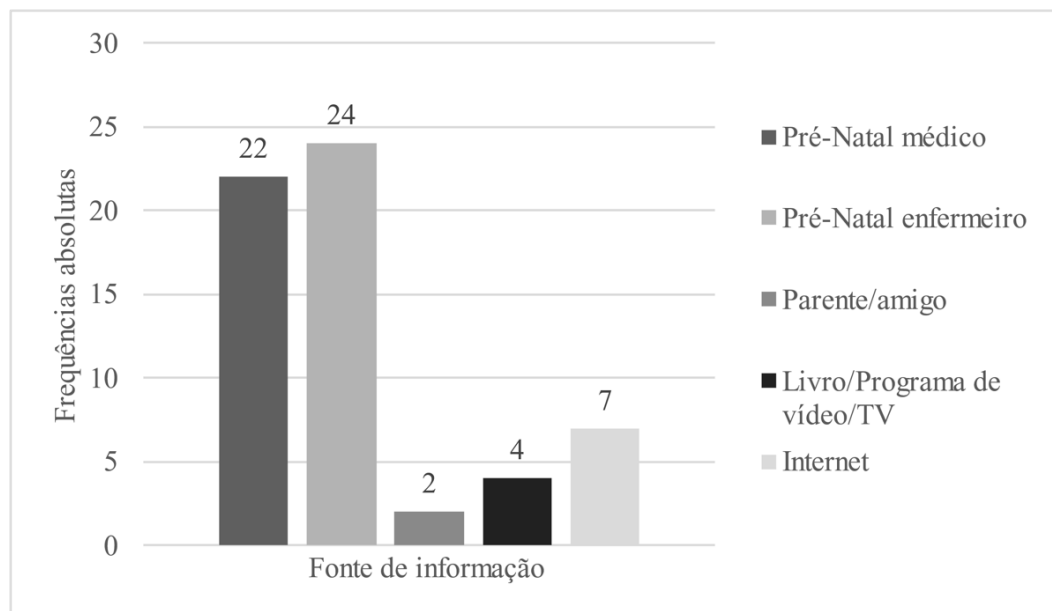
Na caracterização da dor do trabalho de parto e informações sobre analgesia, em uma escala de 0 a 10, a média de dor que as entrevistadas referiram foi de 9,2 (desvio-padrão: 1,7). Além disso, a principal preocupação em relação ao parto foi a intensidade da dor para 55,6% das participantes,

porém se fosse oferecido um medicamento para aliviar a dor, 94,9% delas o aceitariam. Por outro lado, 77,8 % das puérperas afirmaram que a dor que sentiram correspondeu às suas expectativas. Durante o trabalho de parto, 71,7% das parturientes afirmaram que receberam alguma técnica de alívio da dor e as mais citadas foram banho de chuveiro, bola, deambulação e compressas. Nenhuma das participantes do estudo recebeu analgesia farmacológica.

Observou-se que 62,6% das entrevistadas afirmaram que aquela não havia sido sua primeira gravidez/parto. Todas haviam realizado pré-natal, sendo 78,8% com assistência pré-natal completa (mais de seis consultas). Em relação ao parto, a maioria teve parto normal (78,8%); assim, a prevalência de parto cesariano na amostra foi de 21,2%. Observou-se que 79,8% estavam em trabalho de parto ao chegarem à maternidade. Quando questionadas sobre a via de parto preferida por elas, 78,8% responderam que seu desejo era pelo parto vaginal. Em relação à via de parto indicada pelos médicos que as acompanhavam, 86,9% referiram que a decisão obstétrica também foi pelo parto por via vaginal. No que concerne ao compartilhamento sobre a decisão quanto ao tipo de parto, 68,7% das entrevistadas relataram terem se sentido incluídas na decisão e 48,5% julgaram ter recebido informações adequadas sobre o que estava sendo planejado e o que aconteceria durante o trabalho de parto.

Quando questionadas especificamente se haviam desejado o alívio da dor do parto, 63,6% responderam que sim, mas apenas 22,2 sabiam que existia disponibilidade de medicação para analgesia deste tipo de parto na maternidade. Em relação às informações gerais sobre o trabalho de parto, 88,9% afirmaram que receberam alguma informação durante a gestação. Das mulheres que manifestaram desejo de receber alívio da dor durante o parto, apenas 59 afirmaram ter recebido alguma orientação sobre o assunto no período do pré-natal e que a principal fonte desta informação foi fornecida pelo enfermeiro da equipe de saúde (Figura 1).

Figura 1. Fontes de informação sobre analgesia do trabalho de parto vaginal de puérperas que desejaram ter recebido analgesia por medicamentos na maternidade do Hospital Universitário Ana Bezerra, Santa Cruz-RN entre agosto de 2020 e fevereiro de 2021 (n=59).



Fonte: Autores.

Com o objetivo de investigar se existia associação entre variáveis do perfil sociodemográfico das entrevistadas, o tipo de parto e o conhecimento sobre analgesia foram realizados testes qui-quadrado (χ^2). Os resultados demonstraram existir associação estatisticamente significativa entre escolaridade [$\chi^2 (4) = 21,45$, $p < 0,001$], renda [$\chi^2 (2) = 15,40$, $p < 0,001$] e trabalho remunerado [$\chi^2 (1) = 12,37$, $p < 0,001$] com o tipo de parto realizado (Tabela 1). As frequências observadas indicaram existir predominância de parto vaginal nas mulheres com ensino médio completo (87,8%), renda de dois a três salários-mínimos (95,7%) e que tinham ocupação remunerada (93,8%). Não se observou associação do tipo de parto com faixa etária, cor da pele e estado civil ($p = \text{NS}$). Também não foi encontrada associação estatística entre as variáveis do perfil sociodemográfico e a pré-existência de conhecimento (sim; não; não sabia) sobre disponibilidade de analgesia farmacológica durante o parto vaginal, como demonstra a Tabela 2.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico e tipo de parto de puérperas atendidas na maternidade do Hospital Universitário Ana Bezerra, Santa Cruz-RN entre agosto de 2020 e fevereiro de 2021 (n=99).

Variável	Categorias	Parto Normal		Parto Cesariano		χ^2	P
		f	%	f	%		
Faixa etária	Adolescentes	25	83,3	5	16,7	1,44	0,48
	Adultas Jovens	50	78,1	14	21,9		
	Adultas	3	60	2	40		
Cor da pele	Branca	21	77,8	6	22,2	4,17	0,24
	Negra	2	66,7	1	33,3		
	Parda	55	80,9	13	19,1		
	Indígena	0	0	1	100		
Estado Civil	Solteira	8	66,7	4	33,3	1,20	0,27
	Casada	70	80,5	17	19,5		
Escolaridade	Ensino fundamental	14	51,9	13	48,1	21,5	0,001*
	Ensino médio incompleto	20	95,2	1	4,8		
	Ensino médio completo	43	87,8	6	12,2		
	Ensino superior incompleto	0	0	1	100		
	Ensino superior completo	1	100	0	0		
Renda	Até 1 salário-mínimo	33	63,5	19	36,5	15,4	0,001*
	2 a 3 salários-mínimos	44	95,7	3	4,3		
	4 a 6 salários-mínimos	1	100	0	0		
Ocupação remunerada	Sim	45	93,8	3	6,3	12,4	0,001*
	Não	31	64,6	17	35,4		

*Estatisticamente significativa a 1%; p: nível de significância estatística; χ^2 : Teste qui-quadrado.

Fonte: Dados primários da pesquisa (2021)

Tabela 2. Perfil sociodemográfico e conhecimento sobre alívio farmacológico da dor do trabalho de parto de puérperas atendidas na maternidade do Hospital Universitário Ana Bezerra, Santa Cruz-RN, entre agosto de 2020 e fevereiro de 2021 (n=99).

Variáveis	Categorias	Conhecimento sobre analgesia farmacológica						Estatística Inferencial	
		Sim		Não		Não sabia*		χ^2	p
		f	%	f	%	f	%		
Faixa etária	Adolescentes	4	13,3	18	60	8	26,7	2,75	0,60
	Adultas Jovens	10	15,6	41		13	20,3		
	Adultas	2	40	64,1		1	20		
				2	40				
Cor da pele	Branca	3	11,1	18		6		2,27	0,89
	Negra	0	0	66,7		22,2			
	Parda	13	19,1	2		1			
	Indígena	0	0	66,7		33,3			
				40		15			
				58,8		22,1			
				1		0			
				100		0			
Estado Civil	Solteira	3	25	8		1		1,90	0,38
	Casada	13	14,9	66,7		8,3			
				53		21			
				60,9		19,3			
Escolaridade	Fundamental	4	14,8	15		8		5,40	0,71
	Médio incompleto	3	14,3	55,6		29,6			
	Médio completo	9	18,4	11		7			
	Superior	0	0	52,4		33,3			
	incompleto	0	0	33		7			
	Superior completo			67,3		14,3			
				1		0	0		
				100		0	0		
				1					
				100					
Renda	Até 1 salário-mínimo	5	9,6	33		14		4,80	0,30
		11	23,9	63,5		26,9			
	2 a 3 salários-mínimos	0	0	27		8			
				58,7		17,4			
	4 a 6 salários-mínimos			1		0			
				100		0			
Ocupação remunerada	Sim	8	16,7	29		11		0,08	0,95
	Não	7	14,6	60,4		22,9			
				30		11			
				62,5		22,9			

*Não sabia responder sim ou não; p: nível de significância estatística; χ^2 : Teste qui-quadrado.

Fonte: Dados primários da pesquisa (2021).

Observou-se associação estatisticamente significativa entre a decisão da escolha do parto (vaginal ou cesariano) e o tipo de parto que se realizou efetivamente [$\chi^2 (2) = 39,97$, $p < 0,001$]. A decisão da gestante sobre a escolha do parto foi mais frequentemente associada com a ocorrência do parto vaginal (100%), assim como quando a decisão pelo parto vaginal foi compartilhada entre gestante e médico (89,2%), como mostra a Tabela 3.

Tabela 3. Relação entre o (s) agente (s) da decisão quanto ao tipo de parto e a ocorrência de parto vaginal ou cesariano de puérperas atendidas na maternidade do Hospital Universitário Ana Bezerra, Santa Cruz-RN, entre agosto de 2020 e fevereiro de 2021 (n=99).

Agente da decisão quanto ao tipo de parto	Tipos de Parto				Estatística inferencial	
	Vaginal		Cesariano		χ^2	P
	Estatística descritiva - Frequências					
	f	%	f	%		
Decisão da Gestante	35	100	0	37	39,9	0,001*
Decisão do Médico	10	37,0	17	63,0		
Decisão Compartilhada	33	89,2	4	10,8		

p: estatisticamente significativo.

Fonte: Dados primários da pesquisa (2021).

Demonstrou-se, entretanto, não existir associação entre as variáveis conhecimento da existência de analgesia farmacológica do parto vaginal na maternidade e o tipo de parto realizado [$\chi^2 (2) = 1,00$, $p = 0,60$]. Do mesmo modo, não se encontrou associação entre pré-existência de conhecimento materno sobre disponibilidade desse tipo de analgesia do processo parturitivo vaginal e sua decisão em relação ao tipo de parto [$\chi^2 (2) = 2,09$, $p=0,39$].

4. DISCUSSÃO

A atenção de qualidade à mulher em processo parturitivo é um direito fundamental e representa um passo indispensável para garantir que ela possa exercer a maternidade com segurança e bem-estar. A dor e a ansiedade desencorajam muitas gestantes a escolher o parto vaginal pois o medo com relação a complicações e o desejo materno pelo parto normal são fatores importantes para reduzir as taxas de cesarianas eletivas (Mascarenhas et al., 2019). Neste escopo temático, o objetivo do presente

estudo foi avaliar a existência de conhecimento (intuitivo, elementar) de puérperas em relação à analgesia medicamentosa do parto vaginal, assim como a associação entre esta noção por parte delas e sua decisão quanto ao tipo de parto realizado em uma maternidade de referência no interior do estado do Rio Grande do Norte, Nordeste do Brasil.

A frequência encontrada em relação à existência de conhecimento sobre a disponibilidade da analgesia para o parto foi baixa, mas quantitativamente superior à frequência referente a esta mesma variável em estudos semelhantes realizados em países de economia em desenvolvimento, como Etiópia, Uganda e Índia, que apresentaram frequências de 7 a 9,5% (Workie et al., 2021; Nabukenya et al., 2015; Prakash et al., 2017; Naithani et al., 2011). Em outro estudo semelhante, também na Índia, mostrou-se uma frequência mais aproximada à encontrada no presente estudo, mesmo que pequena ainda, de 30% de gestantes em atendimento pré-natal que estavam cientes da existência de analgesia farmacológica para o alívio da dor do parto vaginal (Ponnusamy et al., 2018). Em estudo realizado na Arábia Saudita (Alahmari et al., 2020), mesmo com perfil diferente do da nossa amostra em relação à idade (a maioria das mulheres entre 30 e 40 anos), escolaridade (62,2% com ensino superior), antecedentes de paridade (88,4% multíparas), cenário (atenção primária) e sobretudo de diferente cultura, a maioria das gestantes (62,5%) não possuía conhecimento sobre a disponibilidade de analgesia obstétrica farmacológica, havendo, contudo, semelhantemente aos resultados do presente estudo, relação significativa entre a noção sobre esta variável e seu nível de escolaridade.

A tomada de decisão sobre o tipo de parto pela gestante/parturiente depende de diversos fatores, mas o aspecto informacional tem um papel proeminente. Neste sentido, no Brasil, referiu-se que no momento do trabalho de parto, as puérperas recebem orientações gerais de médicos (incluindo obstetras, ginecologistas e pediatras), de enfermeiros e estagiários, mas essas informações não incluem o fator analgesia farmacológica (Pinheiro & Bittar, 2012). Ao analisar os dados do pré-natal no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Estado de Santa Catarina, observou-se que as orientações recebidas com maior frequência foram relacionadas aos sinais de risco da gravidez, riscos de automedicação e do tabagismo (Marques et al., 2021), enquanto na sala de pré-parto tem sido, principalmente, sobre a amamentação, cuidados com o bebê, técnicas de respiração e exames realizados (Pinheiro & Bittar, 2012). A maioria dos adeptos da humanização do parto normal não apreciam positivamente a analgesia farmacológica por considerá-la um processo intervencionista, quando a política nacional vigente busca recuperar o protagonismo da mulher, e não do médico. Independentemente desta questão, é necessário destacar que, a prática da analgesia farmacológica,

embora assegurada legalmente, ainda está longe de ser realidade em muitos hospitais, como foi percebido nesta pesquisa.

O emprego de analgesia da dor do trabalho de parto vaginal é escasso em países em desenvolvimento. Estudo empreendido pela Organização Mundial da Saúde, incluindo 357 unidades de saúde em 29 países da África, Ásia, América Latina e Oriente Médio, em 2010 e 2011, mostrou que de quase 221 mil mulheres que tiveram partos vaginais, apenas 4% foram submetidas à analgesia, sendo a maioria destas originária de países com Índices de Desenvolvimento Humano relativamente mais elevados (Souza, 2018). A prática de manejo da dor do parto é considerada adequada em países desenvolvidos, onde a analgesia farmacológica é considerada uma parte importante dos cuidados pré-natais e intra/pós-parto (Endalew et al., 2020), porém é uma atenção deficiente em países em desenvolvimento, sobretudo os da África Subsaariana (Karn et al., 2016). O fato de as gestantes de países em desenvolvimento desconhecerem a disponibilidade desse modo de alívio farmacológico da dor contribui para a baixa demanda por esse tipo de analgesia. Portanto, em países pobres, o escasso acesso à informação sobre a disponibilidade de determinados cuidados médicos pode influenciar as atitudes em relação ao alívio da dor do parto (Workie et al., 2021). Em um país desenvolvido (Canadá), estudo qualitativo envolvendo parturientes de maternidade de uma comunidade rural mostrou que as gestantes desejavam aprender mais sobre opções de alívio da dor do parto vaginal para fazer uma escolha informada. A maioria das participantes do mencionado estudo expressou o desejo de um parto sem medicamentos, mas enfatizou que tinha “a mente aberta” para considerar a opção de analgesia farmacológica (Munro et al., 2018).

A solicitação materna por analgesia de parto é uma indicação suficiente para sua realização, independentemente da fase do parto e do grau de dilatação da cérvix uterina, conforme as diretrizes nacionais de assistência ao parto normal (Brasil, 2017), o que inclui parturientes em fase latente com dor intensa, após esgotados os métodos não farmacológicos. A aparente “liberdade de escolha” outorgada à mulher nos programas de humanização hospitalar muitas vezes é caracterizada pela falta de informações adequadas e, portanto, não poderia configurar o que se denomina escolha propriamente informada ou consentimento esclarecido (Mandarino et al., 2009). O Ministério da Saúde do Brasil recomenda que as mulheres devem saber que existem formas para se controlar a dor associada ao trabalho de parto normal e que não há justificativa para se realizar uma cesariana apenas com esta finalidade, e, portanto, esses métodos para alívio da dor devem estar disponíveis para essas mulheres se houver necessidade (Brasil, 2001b).

Por outro lado, a percepção da dor do parto e seu alívio é diferente entre mulheres culturalmente diversas. Embora não esteja bem documentado, existe uma noção entre as várias divisões culturais de que as mulheres devem estar preparadas para suportar estoicamente a dor do parto, ainda que seja considerada muito forte, ou insuportável, por quase todas elas (Yadav et al., 2018). No nosso estudo, não se observou uma lacuna expectativa-experiência em relação à dor, a partir da pontuação em uma escala unidimensional em que a dor autorrelatada apresentou escores elevados, mesmo que as participantes tenham revelado que a intensidade da dor experienciada correspondeu às suas expectativas, levando-se em conta que geralmente a experiência costuma ser muito diferente da expectativa em se tratando de dor (Lally et al., 2008). Trata-se de uma boa escala para medir mudanças da intensidade da dor, não sendo, contudo, ideal para uma única medida em um evento dinâmico como o parto, em que a dor aumenta progressivamente, e referida de modo retrospectivo, após o parto, a mulher tende a se remeter ao momento de maior dor quando questionada, o que pode ter ocorrido no presente estudo.

Em revisão sistemática das expectativas e experiências das mulheres em relação à dor e seu alívio no trabalho de parto, Lally et al. (2008) destacaram a discrepância entre expectativas e experiências de dor: entre as mulheres que planejaram não usar analgesia farmacológica, 52% o fizeram. Os referidos autores concluíram que o conhecimento sobre o manejo da dor ajudou as mulheres a fazerem escolhas informadas e que a consideração e avaliação das opções também as ajudaram a lidar física e psicologicamente com a dor do parto. A mencionada revisão contém análise de estudos mostrando que as expectativas das mulheres em relação ao alívio da dor se associaram ao desejo de acesso a um alívio analgésico eficaz, similarmente aos resultados observados no nosso estudo. No estudo intitulado “Nascer no Brasil” (Leal & Gama, 2014) mostrou que o principal motivo para a preferência das mulheres pela cesariana é o medo da dor do parto e que o modelo de atenção vigente apresenta baixa utilização de tecnologias que favorecem a progressão fisiológica do trabalho de parto. Portanto, segundo o mesmo estudo “uma das premissas para redução das cesarianas no Brasil é a melhoria da assistência ao trabalho de parto e ao parto vaginal visando à promoção da autonomia, do protagonismo e do bem-estar das mulheres.” Apesar de a adoção de algumas práticas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde terem surtido efeito, a que representou menor crescimento foi a oferta de analgesia peridural (apenas 16% no setor público), sendo sugerida a sua implementação como aliada no incentivo ao parto vaginal.

Métodos complementares de alívio da dor do parto também são largamente difundidos em todo o mundo, em uma variedade de técnicas não-farmacológicas. Em estudo de abordagem qualitativa, Almeida et al. (2015) enfocaram o conhecimento de puérperas sobre tais métodos em uma maternidade do interior do estado de São Paulo, onde elas foram estimuladas para a prática dessas medidas, com primazia do papel assistencial do profissional de enfermagem e obstetrizes nessas ações, o que se assemelha, de certo modo, ao resultado observado no nosso estudo, em que houve maior protagonismo do enfermeiro no que concerne à ação educativa em saúde para as gestantes. Gestantes atendidas em consultas conjuntas por profissionais médico e enfermeiro apresentaram chance 41% superior de adequação às orientações, em comparação com aquelas atendidas exclusivamente por médicos (Marques et al., 2021). Da mesma forma, Marins et al. (2020) avaliaram o conhecimento de puérperas a respeito dos métodos de alívio da dor na parturição e concluíram que, apesar de receberem orientações no pré-natal em relação ao parto, ainda carecem de entendimento e compreensão de questões relativas aos tipos de tecnologias de alívio da dor e sua aplicabilidade e, por isso, os citados autores defendem a oferta de mais informações e orientações mais acessíveis acerca dessas tecnologias de cuidado e alívio da dor do parto pelos profissionais de saúde na fase do pré-natal.

Contudo, reconhece-se o direito da mulher também à abordagem farmacológica, quando as medidas não farmacológicas forem insuficientes para confortá-la no trabalho de parto (Felisbino-Mendes et al., 2017). A garantia legal, independentemente do que se propaga a favor ou contra a utilização da analgesia, este recurso previsto em lei não está sendo praticado, uma vez que sequer é possível o exercício pelas mulheres de decidirem se desejam ou não alívio farmacológico, considerando que não é fornecido este tipo de orientação de seus direitos (Marques et al., 2021). As principais justificativas para a indisponibilidade da analgesia farmacológica de parto têm sido a falta de insumos, estrutura de suporte e monitorização adequados, treinamento da equipe e profissionais especializados (Rocha & Ferreira, 2020), porém existem recursos humanos habilitados na maternidade do HUAB para realização deste tipo de assistência, ainda que não existam protocolos clínicos locais e todos os insumos para que se torne rotineira a sua oferta.

Para compreender o cenário de assistência ao parto, é importante identificar os perfis sociodemográficos dos atores envolvidos, em que contexto se inserem e quais são as características predominantes de cada local e serviço (Rocha & Ferreira, 2020). Em algumas culturas, a dor associada ao parto é considerada natural e, assim, a ideia de aboli-la com medicamentos parece desnecessária

ou contrária a determinados valores tradicionais locais. Portanto, a forma mais comum de alívio da dor em nações em desenvolvimento é o apoio contínuo de acompanhante durante o trabalho de parto (Brüggemann et al., 2005). Nesse sentido, em estudo qualitativo, Pinheiro e Bittar (2012) mostraram que a experiência da parturição foi percebida pelas mulheres como extremamente dolorosa e sofrida, porém compensada, no entanto, pela atenção e apoio recebidos de profissionais e acompanhantes, que contribuíram para uma visão satisfatória do parto normal sem analgesia.

O perfil sociodemográfico das mulheres avaliadas nos estudos mencionados anteriormente, com o objetivo de comparação das frequências em que há informação sobre analgesia farmacológica, é análogo ao que foi observado no presente trabalho: jovens, casadas, com nível médio de instrução, sem ocupação remunerada e baixa renda. De acordo com o padrão de prática de cuidados obstétricos nos países onde foram realizados os referidos estudos (Workie et al., 2021; Nabukenya et al., 2015; Prakash et al., 2017; Naithani et al., 2011), o fornecimento de suporte físico e psicológico e o uso de medidas farmacológicas e não farmacológicas durante o trabalho de parto vaginal são tidos como competências críticas essenciais do cuidado, porém sua prática real é considerada insatisfatória (Kayiga et al., 2016; Austin et al., 2015; Nair & Panda, 2011). O perfil sociodemográfico da nossa amostra também é semelhante ao de pesquisas realizadas no Brasil, em maternidades do interior do estado de São Paulo, com o objetivo de avaliar o conhecimento de puérperas com relação aos métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto (Almeida et al., 2015), assim como em maternidades públicas de Maceió, Alagoas, Nordeste do Brasil (Kassar et al., 2006), em unidades básicas de saúde do interior do Rio Grande do Sul (Weidle et al., 2014) e de Brasília-DF (Tostes & Seidl, 2016) e maternidade pública de São Luiz, Maranhão (Mandarino et al., 2009). Trata-se de mulheres com um perfil considerado de menor risco obstétrico, por ser esta faixa etária a melhor época para procriação do ponto de vista biológico e social (Kassar et al., 2006).

Ainda na análise da associação entre variáveis do perfil sociodemográfico com o tipo de parto ou a escolha da modalidade de parto, a informação sobre cor/raça foi coletada devido às disparidades previamente documentadas em relação a esta variável social, ainda que não haja implicações biológicas envolvidas nas diferenças. Mulheres que se autodeclararam de cor/raça negra ou parda, mesmo quando feito controle pela educação formal e outras variáveis, tiveram iniquidades no processo de atenção à gestação e ao parto, evidenciando um gradiente em comparação com mulheres brancas (Leal et al., 2017; Diniz et al., 2016). Ainda que não tenha sido observada diferença estatística entre as categorias consideradas no nosso estudo em relação a esta variável, detectando-se diferenças

quanto à escolaridade, renda e trabalho remunerado, pode não ter havido dados suficientes para explicar uma diferença quanto à cor/raça, pois havia poucas participantes que se autodeclararam negras e tinha apenas uma indígena na amostra. Similarmente, pode ter ocorrido o mesmo em relação à falta de detecção de diferenças no que concerne à variável faixa de idade, pois havia uma minoria da amostra na categoria adulta (acima de 40 anos). Assim, propõe-se a realização de futuros estudos que enfoquem tais variáveis sociodemográficas em amostras maiores e com maior diversidade nos referidos constructos.

A maioria das puérperas do nosso estudo preferiu a via de parto vaginal, achado que coincide com as respostas de gestantes de quatro unidades básicas de saúde de um município do interior da região Sul do Brasil (Weidle et al., 2014) e de Brasília-DF (Tostes & Seidl, 2016). A observação da predominância de parto vaginal nas mulheres com ensino médio completo, que tinham renda acima de um salário-mínimo e ocupação remunerada, é compatível com achados de Weidle et al. (2014) em maternidade do Rio Grande do Sul e de Mandarino et al. (2009) no Maranhão. Contudo, a preferência referida pelas gestantes deste último estudo mencionado não se associou com o tipo de parto realizado, com ocorrência de quase 90% de partos cesarianos na amostra de 81 mulheres, contrariamente ao que foi encontrado na nossa pesquisa. É relevante destacar que, como afirmam Faisal-Cury e Menezes (2006), “a escolha do tipo de parto pela gestante é assunto atual, complexo e polêmico” e, portanto, o caráter discriminante das condições socioeconômicas pode ser aparentemente compreendido quando os resultados da assistência ao parto vaginal são relacionados aos estratos de renda e à escolaridade das mães, mesmo dentro do mesmo serviço público de saúde (Caminha et al., 2008). Por outro lado, a tomada de decisão da escolha do tipo de parto geralmente se dá em dois momentos; primeiro, durante o período pré-natal, quando as gestantes formam uma preferência; e então durante o trabalho de parto, onde fazem uma escolha real. Devido à incerteza do trabalho de parto e do parto, as mulheres geralmente sentem que suas necessidades muitas vezes não podem ser previstas com antecedência (Munro et al., 2018) e tendem a mudar ao longo da gestação, havendo associação com os vínculos sociais da gestante (Domingues et al., 2014).

A maioria das participantes da amostra não era primípara e teve assistência pré-natal com número de consultas adequado, conforme recomendação do Ministério da Saúde (Brasil, 2005), além de ter apresentado parto vaginal, conforme seu desejo. Outros estudos brasileiros, não obstante, encontraram prevalências elevadas de resultados insatisfatórios na adequação do pré-natal (Dias-da-Costa et al., 2013; Chrestani et al., 2008; Coimbra et al., 2003). As frequências referentes a estas

variáveis obstétricas encontradas no nosso estudo também foram melhores que as demonstradas em estudo realizado nas regiões Norte e Nordeste do país, onde se reportou que 48,2% das gestantes fizeram menos de seis consultas no pré-natal (Chrestani et al., 2008). Esse aspecto é fundamental, tendo em vista a importância da assistência pré-natal no sentido de representar uma oportunidade privilegiada de informar às mulheres e prepará-las para o parto e puerpério, incluindo fornecimento de informações acerca das vantagens e desvantagens de cada tipo de parto, bem como sobre os procedimentos recomendados durante a assistência ao parto e nascimento. Apesar disso, informações obtidas pelas mulheres nos serviços de saúde nem sempre contribuem para uma escolha informada, de modo que elas possam conhecer todos os benefícios e prejuízos dos procedimentos que eventualmente serão realizados na maternidade hospitalar (Vidal, 2017). Sob esta perspectiva, um processo educativo de qualidade deveria fazer parte da atenção primária à saúde e do cuidado pré-natal e de trabalho de parto em maternidades.

Na maior parte de nossa amostra, parece ter havido escasso fornecimento de informações às mulheres sobre analgesia farmacológica, mas em relação ao contingente da amostra que referiu ter sido informada, isto se deu sobretudo no pré-natal e com protagonismo por parte do enfermeiro da equipe. Similarmente, entre aquelas que manifestaram desejo de receber alívio farmacológico da dor durante o parto, somente cerca de um terço recebeu orientação sobre o assunto no pré-natal. A equipe de saúde, portanto, deve estar diretamente implicada neste processo de informar e prestar esclarecimentos acerca do ciclo gravídico-puerperal, considerando também a disponibilidade de analgesia farmacológica para as mulheres que, estando informadas, podem ou não decidir obtê-la. Uma maioria significativa de puérperas incluídas em outro estudo disse que gostaria de ter analgesia no parto, porém a maioria (47%) das que sabiam sobre o assunto obteve a informação de amigos e familiares (Nabukanya et al., 2015), diferindo dos nossos resultados. Alshahrani (2019) defende a importância de educar as gestantes e transmitir informações sobre as técnicas de alívio da dor no parto visando diminuir a incidência de cesariana a pedido.

Por outro lado, a frequência de partos vaginais observada no presente estudo também foi superior ao reportado na literatura brasileira. A realização de cesarianas sem indicação obstétrica é comum no Brasil, sendo este o tipo de parto predominante no país desde 2009, considerando serviços públicos e privados de saúde (Carvalho et al., 2014). De todos os partos realizados no Sistema Único de Saúde entre 2000 e 2018, 51,3% foram partos vaginais (Guimarães et al., 2021), mas em estudo epidemiológico envolvendo dados oficiais dos partos ocorridos entre 2011 e 2015 (99,9% hospitalares)

em 25 municípios do Rio Grande do Norte (Seridó potiguar, mesorregião vizinha a da localização do HUAB), observou-se que 58% foram cesarianos (Ribeiro et al., 2019). O cenário de assistência obstétrica no âmbito de maternidades públicas do estado do Rio Grande do Norte é considerado predominantemente intervencionista (Carvalho & Silva, 2019). Entretanto, é preciso destacar que o local onde se realizou o nosso estudo, o Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB), é uma instituição de referência regional na atenção à saúde materno-infantil e campo de formação de profissionais de saúde, além de se basear na Política Nacional de Humanização (PNH) e de ter implantado o Projeto de Gestão Humanizada desde 1999. Esta instituição é referência hospitalar em atendimento secundário à Gestante de Alto Risco, assim como é habilitada como unidade que realiza assistência ao parto sem distócia (Brasil, 2013). Além disso, a maternidade do HUAB recebeu prêmios importantes, como o outorgado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) como “Hospital Amigo da Criança” em 1996 e o Prêmio Nacional Galba de Araújo, conferido pelo Ministério da Saúde a instituições que valorizam o parto humanizado de maneira natural, como potencial exemplo para outros grandes hospitais brasileiros (Brasil, 2001). As diretrizes da PNH (Brasil, 2008) têm por princípio o fortalecimento e protagonismo dos usuários, o que é essencial para a promoção da cultura da humanização no cuidado em saúde.

Se por um lado, se trata de uma amostra com possível viés de seleção, por se tratar de usuárias de um serviço de referência regional e nacional em termos de políticas de humanização hospitalar, por outro, evidencia-se de forma ainda mais incisiva que a frequência de apenas 22,2% de puérperas que sabiam da existência de analgesia farmacológica do parto vaginal é precária, uma vez que a comunicação é parte essencial do cuidado humanizado em saúde (Deslandes & Mitre, 2009) e considerando que todas as participantes da nossa amostra realizaram acompanhamento pré-natal. As mudanças nos modos de gestão e atenção obstétricas nas maternidades decorrem de um aprimoramento dos mecanismos de diálogo e qualificação nas comunicações interpessoais entre profissionais da saúde e usuárias, o que inclui orientar sobre os diferentes métodos de alívio da dor, respeitando a escolha da mulher para o uso, ou não, do suporte farmacológico disponível na maternidade sob assistência de anestesistas (Trindade et al., 2018). A analgesia farmacológica do parto difundiu-se em muitos centros obstétricos brasileiros, alcançando taxas acima de 50%, particularmente mais elevada em primigestas, e havendo, paralelamente, diminuição das taxas de cesarianas eletivas, o que provavelmente reflete aspectos psicoemocionais das parturientes em relação ao enfrentamento da dor (Leão, 2016).

São necessários novos estudos, de preferência incluindo a oferta de alívio farmacológico da dor na atenção às parturientes do nosso serviço, bem como a educação das gestantes em relação aos métodos de alívio da dor do parto pelos profissionais da assistência pré-natal. Essa ação de educação em saúde pode ser feita também por meio da distribuição de folhetos informativos nas unidades básicas de saúde e maternidades onde se realizam as consultas pré-natais, pelos obstetras, enfermeiros, anestesiológicos e parteiras. A preocupação atual com a humanização no parto implica dar liberdade às escolhas da parturiente, prestar um atendimento focado em suas necessidades, aliviar seus anseios, esclarecer as suas dúvidas.

É possível contribuir para o aprimoramento dos serviços de assistência pré-natal de forma a aproximá-los das necessidades integrais das gestantes e das recomendações do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Políticas públicas simples e bem conduzidas podem mudar o cenário da atenção ao parto e ao nascimento, favorecer um aumento no nível de conhecimento das pacientes e prepará-las melhor para os desafios, garantir maior qualidade e bem-estar à parturiente, bem como ajudar a reduzir o índice de cesarianas desnecessárias. Durante o pré-natal, é preciso informar as mulheres sobre riscos e benefícios das diversas práticas e intervenções durante o trabalho de parto e parto, a necessidade de escolha de um acompanhante pela mulher para o apoio durante o parto, estratégias de controle da dor e métodos disponíveis na maternidade, descrevendo os riscos e benefícios de cada método (farmacológicos e não farmacológicos), organização e indicadores assistenciais do local de atenção ao parto, limitações (física, recursos disponíveis) relativos à unidade, bem como da disponibilidade de certos métodos e técnicas para auxiliar as mulheres em escolhas bem informadas (Brasil, 2017).

Os resultados desta pesquisa, que abrangeu apenas um serviço hospitalar público, ainda que este seja o único existente na cidade de Santa Cruz-RN, não podem ser extrapolados para toda a população; no entanto, os achados demonstrados conferem importância ao tema e apontam claramente para a necessidade da realização de estudos de maior porte, que permitam um conhecimento mais amplo da nossa realidade quanto ao problema de pesquisa proposto.

5.CONCLUSÃO

A frequência de informação a respeito da existência de alívio farmacológico da dor do parto é baixa por parte de parturientes atendidas na maternidade do HUAB, uma instituição de referência regional na atenção à saúde materno-infantil. O conhecimento materno sobre a disponibilidade de alívio da

dor durante o trabalho de parto se relacionou com nível de escolaridade, renda e trabalho remunerado, mas não se associou com a decisão materna pelo parto vaginal ou com a realização deste tipo de parturição. Portanto, com em relação à principal questão de pesquisa, constatou-se que o conhecimento materno sobre a disponibilidade de alívio medicamentoso da dor durante o trabalho de parto é baixo, porém não foi possível demonstrar que esta variável se relaciona com a ocorrência de parto cesariano.

A educação em saúde sobre os benefícios da analgesia do parto deve ser incentivada na instituição. Considera-se que este estudo contribui para retratar a distribuição da variável primária estudada e uma melhor compreensão dos fatores sociodemográficos associados à preferência pela via do parto vaginal.

São necessários novos estudos, de preferência incluindo a oferta de alívio farmacológico da dor na atenção às parturientes do nosso serviço, bem como a educação das gestantes em relação aos métodos de alívio da dor do parto.

REFERÊNCIAS

- Ali Alahmari, S. S., Almetrek, M., Alzillae, A. Y., Hassan, W. J., & Ali Alamry, S. M. (2020). Knowledge, attitude, and practice of childbearing women toward epidural anesthesia during normal vaginal delivery in Alsanayeah Primary Health Care in Khamis Mushait. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(1), 99–104. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_530_19
- Almeida, J. M. de, Acosta, L. G., & Pinhal, M. G. (2015). Conhecimento das puérperas com relação aos métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto. *Revista Mineira de Enfermagem*, 19(3), 711–724. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20150054>
- Alshahrani, M. S. (2019). An evaluation of the different types of labor pain relief, preferred methods of pain relief, and effects of social media on awareness and knowledge among pregnant women. A cross-sectional study in the Kingdom of Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, 40(9), 914–921. <https://doi.org/10.15537/smj.2019.9.24511>
- Austin, A., Gulema, H., Belizan, M., Colaci, D. S., Kendall, T., Tebeka, M., Hailemariam, M., Bekele, D., Tadesse, L., Berhane, Y., & Langer, A. (2015). Barriers to providing quality emergency obstetric care in Addis Ababa, Ethiopia: Healthcare providers' perspectives on training, referrals and supervision, a mixed methods study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 74. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0493-4>
- Brasil. (2019). Carta de Serviços ao Cidadão do Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB). Ministério da Educação. <https://www.gov.br/ebserh/ptbr/hospitaisuniversitarios/regiao-nordeste/huabufnrn/acesso-a-informacao/programas-e-projetos/Carta-de-Servicos-2020.pdf>
- Brasil. (2017). Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
- Brasil. (2013). Plano de Reestruturação do Hospital Universitário Ana Bezerra da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Ministério da Educação. http://ebserh.mec.gov.br/images/pdf/contratos_adesa_o_huf/ufnrn/huab/plano_de_reestruturacao_huab_ufnrn.pdf
- Brasil. (2006). Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf
- Brasil. (2005). Prénatale Puerpério, Atenção Qualificada e Humanizada. Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf
- Brasil. (2001). II Prêmio Galba de Araújo: O reconhecimento para quem valoriza o parto humanizado. Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reconhecimento_quem_valoriza_parto_humanizado.pdf
- Brasil. (2001). Parto, Aborto e Puerpério, Assistência Humanizada à Mulher. Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf
- Brüggemann, O. M., Parpinelli, M. A., & Osís, M. J. D. (2005). Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: Uma revisão da literatura.
- Cadernos de Saúde Pública, 21, 1316–1327. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500003>

- Caminha, M. de F. C., Figueira, M. C. dos S., Santos, L. G. de A. dos, Albuquerque, E. C. de, Lira, P. I., & Filho, M. B. (2008). Assistência ao parto normal no Estado de Pernambuco: Aspectos geográficos, socioeconômicos e profissionais, com ênfase no papel da enfermeira. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 17(3), 195–204. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742008000300005>
- Carvalho, I. da S., Costa Júnior, P. B. da, Macedo, J. B. P. de O., & Brito, R. S. de. (2014). Caracterização epidemiológica de partos e nascimentos: Estudo ecológico com base em um sistema de informação. *Rev. enferm. UFPE on line*, 616–623.
- Carvalho, J. B. L. & Silva, F. C. B (2019). Experiência exitosa na coordenação do curso de especialização em Enfermagem Obstétrica: Rede Cegonha III pela UFRN por meio do processo de formação/intervenção In Carvalho, J. B. L. de. & Silva, F. C. B. da. (Org) (Re)significando a prática da enfermagem obstétrica: Processo de Formação-Intervenção (pp. 15-22). Caule de Papiro.
- Chrestani, M. A. D., Santos, I. S., Cesar, J. A., Winckler, L. S., Gonçalves, T. S., & Neumann, N. A. (2008). Assistência à gestação e ao parto: Resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 1609–1618. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000700016>
- Coimbra, L. C., Silva, A. A. M., Mochel, E. G., Alves, M. T. S. S. B., Ribeiro, V. S., Aragão, V. M. F., & Bettiol, H. (2003). Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Revista de Saúde Pública*, 37, 456–462. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000400010>
- Costa, R., Figueredo, B., Pacheco, A., Marques, A. & Pais, A. (2004). Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (Qesp). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1): 159-187
- Deslandes, S. F., & Mitre, R. M. de A. (2009). Processo comunicativo e humanização em saúde. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, 13, 641-649. <https://doi.org/10.1590/S141432832009000500015>
- Dias-da-Costa, J. S., Cesar, J. A., Haag, C. B., Watte, G., Vicenzi, K., & Schaefer, R. (2013). Inadequação do pré-natal em áreas pobres no Nordeste do Brasil: Prevalência e alguns fatores associados. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 13, 101–109. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292013000200003>
- Diniz, C. S. G., Batista, L. E., Kalckmann, S., Schlitz, A. O. C., Queiroz, M. R., & Carvalho, P. C. de A. (2016). Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: Dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012)1. *Saúde e Sociedade*, 25, 561–572. <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162647>
- Domingues, R. M. S. M., Dias, M. A. B., Nakamura-Pereira, M., Torres, J. A., d'Orsi, E., Pereira, A. P. E., Schlitz, A. O. C., & Carmo Leal, M. do. (2014). Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: From the initial preference of women to the final mode of birth. *Cadernos De Saúde Publica*, 30 Suppl 1, S1-16. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00105113>
- Endalew, N. S., Tawuye, H. Y., & Melesse, D. Y. (2020). Knowledge and attitude towards pain relief in labor among final year midwifery students: A cross- sectional study. *International Journal of Surgery Open*, 24, 38–42. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2020.03.006>
- Faisal-Cury, A., & Menezes, P. R. (2006). Fatores associados à preferência por cesareana. *Revista de Saúde Pública*, 40, 226–232. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000200007>

Felisbino-Mendes, M. S., Santos, L. O., Amorim, T., Costa, I. N., & Martins, E. F. (2017). O uso de analgesia farmacológica influencia no desfecho de parto? *Acta Paulista de Enfermagem*, 30, 458–465. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700067>

Freitas, J. F. de, & Meinberg, S. (2009) Analgesia de parto: Bloqueios locorreionais e analgesia sistêmica. *Revista Médica de Minas Gerais*, 19(3), 7–14.

Guimarães, N. M., Freitas, V. C. de S., Senzi, C. G. de, Frias, D. F. R., Gil, G. T., & Lima, L. D. dos S. C. (2021). Partos no sistema único de saúde (SUS) brasileiro: Prevalência e perfil das parturientes / Childbirths under the unified health system (SUS) of brazil: prevalence and profile of parturients. *Brazilian Journal of Development*, 7(2), 11942–11958. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-019>

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2016). Santa Cruz. IBGE Cidades. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/santa-cruz/panorama>.

Karn, S., Yu, H., Karna, S., Chen, L., & Qiao, D. (2016). Women's Awareness and Attitudes towards Labor Analgesia Influencing Practice between Developed and Developing Countries. *Advances in Reproductive Sciences*, 4(2), 46–52. <https://doi.org/10.4236/arsci.2016.42007>

Kassar, S. B., Lima, M. de C., Albuquerque, M. de F. M. de, Barbieri, M. A., & Gurgel, R. Q. (2006). Comparações das condições socioeconômicas e reprodutivas entre mães adolescentes e adultas jovens em três maternidades públicas de Maceió, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 6, 397–403. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292006000400006>

Kayiga, H., Ajeani, J., Kiondo, P., & Kaye, D. K. (2016). Improving the quality of obstetric care for women with obstructed labour in the national referral hospital in Uganda: Lessons learnt from criteria based audit. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 152. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0949-1>

Lally, J. E., Murtagh, M. J., Macphail, S., & Thomson, R. (2008). More in hope than expectation: A systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Medicine*, 6, 7. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-6-7>

Leal, M. do C., Gama, S. G. N. da, Pereira, A. P. E., Pacheco, V. E., Carmo, C. N. do, & Santos, R. V. (2017). A cor da dor: Iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>

Leal, M. do C., & Gama, S. G. N. da. (2014). Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, S5–S5. <https://doi.org/10.1590/0102-311XED01S114>

Leão, B. C. C. (2016). Influência da analgesia de parto no desfecho obstétrico: Estudo em uma maternidade pública brasileira. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais. Repositório Institucional da UFMG. <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUOS-AJNP8R>

Mandarino, N. R., Chein, M. B. da C., Monteiro Júnior, F. das C., Brito, L. M. O., Lamy, Z. C., Nina, V. J. da S., Mochel, E. G., & Figueiredo Neto, J. A. de. (2009). Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: Um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 1587–1596. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700017>

Marques, B. L., Tomasi, Y. T., Saraiva, S. dos S., Boing, A. F., & Geremia, D. S. (2021). Orientações às gestantes no pré-natal: A importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, e20200098–e20200098.

Maroni, M. de A. & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica*. Atlas.

Mascarenhas, V. H. A., Lima, T. R., Silva, F. M. D. e, Negreiros, F. dos S., Santos, J. D. M., Moura, M. Á. P., Gouveia, M. T. de O., & Jorge, H. M. F. (2019). Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. *Acta Paul. Enferm.* (Online), 350–357.

Monte, A. S. (2013). Adaptação e validação de conteúdo do “Questionário para as mulheres” para a realidade da assistência à mulher no pré, trans e pós- parto em Fortaleza. [Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual do Ceará. Repositório Institucional da UECE. <http://www.uece.br/cmaccis/dmdocuments/ALANASANTOSMONTE.pdf>

Munro, S. B., Hui, A., Gemmell, E. A., Torabi, N., Johnston, A. S., & Janssen, P. A. (2018). Evaluation of an Information Pamphlet for Women Considering Epidural Analgesia in Labour. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada: JOGC*, 40(2), 171–179. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.06.028>

Nabukanya, M. T., Kintu, A., Wabule, A., Muyingo, M. T., & Kwizera, A. (2015). Knowledge, attitudes and use of labour analgesia among women at a low- income country antenatal clinic. *BMC Anesthesiology*, 15, 98. <https://doi.org/10.1186/s12871-015-0078-9>

Nair, H., & Panda, R. (2011). Quality of maternal healthcare in India: Has the National Rural Health Mission made a difference? *Journal of Global Health*, 1(1), 79–86.

Naithani, U., Bharwal, P., Chauhan, S. S., Kumar, D., Gupta, S., & Kirti. (2011). Knowledge, attitude and acceptance of antenatal women toward labor analgesia and caesarean section in a medical college hospital in India. *Journal of Obstetric Anaesthesia and Critical Care*, 1(1), 13. <https://doi.org/10.4103/2249-4472.84250>

Pinheiro, B. C., & Bittar, C. M. L. (2012). Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: Relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. *Aletheia*, 37, 212–227.

Ponnusamy, R., Reddy, H., & Murugesan, R. (2018). Awareness, knowledge and attitude about labor analgesia among providers and parturients , a survey based study. *Anaesthesia, Pain & Intensive Care*. <https://www.semanticscholar.org/paper/Awareness%2C-knowledge-and-attitude-about-labor-among-Ponnusamy-Reddy/2f1cf85e893b1d324e395984ea88993dcf8f57ec>

Prakash, A., Yadav, A., Karim, H. M. R., Sahoo, S. K., Jena, P., & Aman, K. (2017). Knowledge, Awareness and Acceptance of Labor Analgesia among Antenatal Women in a Remote Island: A Questionnaire Based Study. *British Journal of Medicine & Medical Research*, 21(10), 1–7.

Ribeiro, E. da C., Sousa, A. C. P. de A., Dantas, L. de A., Marcelino, S. A., Lima, L. T., & Ferreira, G. O. (2019). Análise epidemiológica dos partos em uma região do nordeste brasileiro. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 9(28), 6473. <https://doi.org/10.24276/rrecien23583088.2019.9.28.64-73>

Rocha, N. F. F. da, & Ferreira, J. (2020). A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: Umarevisãointegrativa. *SaúdeemDebate*, 44, 556– 568. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012521>

Shaaban, O. M., Abbas, A. M., Mohamed, R. A., & Hafiz, H. (2017). Lack of pain relief during labor is blamable for the increase in the women demands towards cesarean delivery: A cross-sectional study. *Facts, Views & Vision in ObGyn*, 9(4), 175–180.

Sousa, V. D., Driessnack, M., & Mendes, I. A. C. (2007). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, 502–507. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300022>

Souza, M. A. de. (2018). Analgesia para o parto vaginal: análise secundária do Estudo Multi-países da Organização Mundial de Saúde sobre Saúde Materna e Neonatal.[Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas. Repositório da Produção Científica e Intelectual da Unicamp. http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/333179/1/Souza_MarcioAntonioDe_D.pdf

Tostes, N. A., & Seidl, E. M. F. (2016). Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. *Temas em Psicologia*, 24(2), 681–693. <https://doi.org/10.9788/TP2016.2-15>

Trindade, D. F. S., Spinielli, M. A. dos S., & Moreira, B. D. (2018). Modelos da comunicação no processo de humanização do parto e nascimento em uma maternidade de Mato Grosso, Brasil. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 20(2), 44–53.

UnitedNations.(2016).UnitedNationsDevelopmentProgramme..http://www.undp.org/content/undp/en/home/sdgoverview/mdg_goals.html

Vidal, R. M. da S. (2017). A experiência do parto no Sistema Único de Saúde: Percepções de mulheres. <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/9042>

Weidle, W. G., Medeiros, C. R. G., Grave, M. T. Q., & Dal Bosco, S. M. (2014). Escolha da via de parto pelamulher:Autonomiaouindução?CadernosSaúdeColetiva, 22, 46–53. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400010008>

Workie, M. M., Chekol, W. B., Fentie, D. Y., Ahmed, S. A., & Bizuneh, Y. B. (2021). Assessment of Awareness, Attitude and Desire for Labor Analgesia and Associated Factors Among Pregnant Women inEthiopia:ACross-SectionalStudy. *Pain and Therapy*, 10(1), 363–376. <https://doi.org/10.1007/s40122-020-00212-1>

Yadav, A., Karim, H. Md. R., Prakash, A., Jena, P., & Aman, K. (2018). Correlation of different parity and school education with acceptance of labor analgesia among antenatal women: A questionnaire-based study. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 12(2), 287–291. https://doi.org/10.4103/sja.SJA_474_17

Capítulo 9



10.37423/230507718

MORTALIDADE NA INFÂNCIA NO BRASIL E REGIÕES NO PERÍODO DE 2000 A 2011: O IMPACTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Tabatha Gonçalves Andrade Castelo Branco Gomes

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Murilo Neves de Queiroz

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Vinícius Neves Bezerra

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Paulo Batista dos Reis Netto

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Leonardo dos Santos Ferreira

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Ana Maria Costa

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)



RESUMO: Introdução: Mais de 85% das mortes de crianças com menos de 5 anos no Brasil ocorre no primeiro ano de vida. As melhorias das condições sanitárias e sociais, além das mudanças demográficas, são corresponsáveis por parte do sucesso brasileiro na redução da mortalidade na infância. E esse resultado positivo é um reflexo da ampliação do Programa Saúde da Família (PSF), que foca na promoção e reabilitação da saúde e objetiva racionalizar os recursos e tecnologias disponibilizados. Optou-se por detalhar a tendência da mortalidade proporcional por infecção respiratória aguda e por doença diarreica aguda, por sua alta prevalência e relevância na taxa de mortalidade na infância, e pelo impacto das ações da atenção básica diretamente nessas morbidades.

Objetivo: Analisar as tendências da mortalidade na infância no Brasil e regiões, no período de 2000 a 2011, e correlacionar as tendências de duas das mais prevalentes causas de óbito na infância, doença diarreica aguda e infecção respiratória aguda, com a cobertura da atenção básica no Brasil e regiões. **Metodologia:** Trata-se de um estudo epidemiológico que visa estimar o efeito parcial da atenção básica na taxa de mortalidade na infância. Foram coletados dados de cobertura populacional do PSF, indicadores de saúde e informações demográficas, obtidos no DATASUS, base de dados disponibilizada pelo Ministério da Saúde, no período de 2000 a 2011. Para avaliar a efetividade de um programa com impacto em saúde pública são utilizados indicadores como taxa de mortalidade infantil e taxa de mortalidade em menores de cinco anos. As informações para a construção destes indicadores são disponibilizadas pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). **Resultados:** No Brasil, a Taxa de Mortalidade na Infância vem apresentando tendência constante de queda, com uma redução de 41,1% no período analisado. Ao observar a cobertura da atenção básica para a população brasileira no período de 2000 a 2011, tem-se um aumento nacional de 36%. A mortalidade na infância por doença diarreica aguda teve redução de 78,98%; enquanto que a mortalidade na infância por infecção respiratória aguda reduziu em apenas 48,40%, a nível nacional, no período considerado.

Discussão: A tendência nacional, demonstrada pelos dados apresentados, é de queda global da mortalidade na infância no período analisado. Em 2000, a classificação nacional da taxa de mortalidade na infância era média (30,1/1000 NV), enquanto em 2011, baixa (17,7/1000 NV). A cobertura populacional realizada pela atenção básica foi maior nas regiões com as maiores TMI, as regiões Norte e Nordeste, as quais demonstraram maiores decréscimo de tal taxa. Isso demonstra os esforços nacionais realizados em prol da melhoria das condições sociais e de saúde. **Conclusão:** O Ministério da Saúde vem liderando um conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, identificando nas diferentes regiões os principais riscos e necessidades de saúde. Destaca-se assim a implantação e ampliação da cobertura do PSF em território nacional, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de saúde para as crianças brasileiras por intermédio do desenvolvimento de ações que reduzam a mortalidade deste grupo populacional.

Palavras-chave: Taxa de mortalidade na infância; atenção básica; PSF.

INTRODUÇÃO

Em 2000, líderes mundiais se reuniram sob o comando da Organização das Nações Unidas (ONU) para estabelecer uma agenda global de compromissos mínimos pela promoção da dignidade humana, e o mundo começou a trabalhar em conjunto no combate a inimigos históricos da humanidade, como doenças transmissíveis e evitáveis e condições precárias de vida. Surgiram então os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), sendo o “ODM 4 meta A: Até 2015, reduzir a mortalidade na infância a dois terços do nível de 1990”.

O ODM 4 leva em conta três indicadores: a taxa de mortalidade na infância (menores de 5 anos), a taxa de mortalidade infantil (menores de 1 ano) e a proporção de crianças de até 1 ano vacinadas contra o sarampo.

Segundo o Relatório Nacional de Acompanhamento/Coordenação dos ODM⁶, à frente de muitos países, o Brasil já alcançou a meta de redução da mortalidade na infância. A taxa passou de 53,7 em 1990 para 17,7 óbitos por mil nascidos vivos em 2011. Tudo indica que os níveis vão continuar a cair, apontando para um resultado, em 2015, superior à meta estabelecida para este ODM. Porém, o nível da mortalidade ainda é elevado. Por esta razão, muita ênfase tem sido dada às políticas, programas e ações que contribuem para a redução da mortalidade na infância.

O principal indicador da meta A do ODM 4 é a taxa de mortalidade entre crianças menores de 5 anos. Também referida como taxa de mortalidade na infância, a taxa expressa a frequência de óbitos nessa faixa etária para cada mil nascidos vivos; ou seja, estima o risco de morte durante os cinco primeiros anos de vida. É importante diferenciá-la de outro indicador deste ODM, a taxa de mortalidade infantil, que se refere apenas ao primeiro ano de vida.

A estimativa do risco de morte durante o primeiro ano de vida é o segundo indicador oficial do ODM 4. Mais de 85% das mortes de crianças com menos de 5 anos no Brasil ocorre no primeiro ano de vida.

As melhorias das condições sanitárias e sociais, além das mudanças demográficas, são corresponsáveis por parte do sucesso brasileiro no alcance da meta A do ODM 4. Também foram relevantes a implantação de um sistema de saúde universal, o Sistema Único de Saúde (SUS), após a Constituição Federal de 1988, e a ampliação das coberturas de atenção básica, principalmente por meio da estratégia de Saúde da Família.

A conjuntura da saúde brasileira, nos anos que antecederam 1994, era baseada em um modelo “hospitalocêntrico”. A assistência prestada à população era focada em setores de média-alta complexidade, causando uma demanda maior de recursos e uma baixa resolutividade. Tais fatos produziram uma insatisfação crescente de todos os participantes do processo: gestores, profissionais de saúde e população que utiliza o serviço.

Na promulgação da constituição de 1988 foram determinadas as diretrizes que iriam reger o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como seus princípios a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a participação da comunidade. Assim, o Ministério da Saúde (MS) brasileiro, frente à essa conjuntura e visando reorientar o modelo assistencial, decidiu criar, a partir de 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), sendo a mais importante mudança estrutural já realizada na saúde pública no Brasil.

Enquanto em 1995 a estratégia Saúde da Família era adotada por 115 municípios, em dezembro de 2011 já estava presente em mais de 94% das cidades brasileiras⁷. As 32.355 equipes atendiam cerca de 102 milhões de pessoas, o equivalente a 53,5% da população. Essa estratégia tem contribuído bastante para a redução da mortalidade infantil. Pesquisas⁸ apontam que, em 2002, os municípios com mais de 70% de cobertura do PSF tinham 34% menos crianças com baixo peso ao nascer, além de melhor cobertura vacinal. A implementação do PSF estava associada a reduções na mortalidade, principalmente nas fases iniciais da vida, devido à intervenção nas condições perinatais, doenças infecciosas, endócrinas e respiratórias.

De acordo com o Relatório Nacional de Acompanhamento/Coordenação dos ODM⁶, pesquisas realizadas ao longo dos anos demonstraram que unidades de saúde básica, funcionando adequadamente, de forma humanizada, oportuna e resolutiva, eram capazes de resolver cerca de 85% dos problemas em saúde da população. Os outros 15% necessitariam, em sua maioria, de atendimento ambulatorial especializado, e a menor parte, de atendimento hospitalar.

O PSF não surge no cenário nacional como uma opção pelo “mais barato”. Surge, portanto, como uma forma de reorientar a assistência, e focar as ações em saúde não apenas na reabilitação e assistência à doença, mas à promoção da saúde e prevenção dos fatores de risco que levam ao adoecimento, permitindo intervir em tais fatores de forma apropriada.

O PSF propõe um modelo integrativo entre os diversos domínios da sociedade (educação, saneamento básico, cultura, transporte) e dentro do próprio sistema de saúde, com ações de saúde integrando práticas clínicas e saúde coletiva, permitindo uma abordagem holística do indivíduo - como um ser saudável em todo seu potencial -, da família e de toda comunidade.

O PSF surge então como um meio de racionalizar os recursos e tecnologias disponibilizados para a saúde, não sendo um programa isolado, mas sim articulado à alta complexidade, permitindo o maior e melhor acesso aos seus recursos.

Tal modelo em saúde foi empregado em diversos outros países, e entre estes cita-se Canadá, Cuba e Reino Unido. Tais países apresentam indicadores positivos, demonstrando que realmente mais de 85% dos problemas podem ser solucionados na atenção básica.

No Brasil, a taxa de mortalidade infantil continua a decrescer. Segundo dados disponibilizados, a mortalidade em 1980 era de 82,8 por mil. Em 2004, chegou a 26,6 por mil. Entretanto, pesquisas realizadas pelo UNICEF em 2004 revelaram que o Brasil possuía a terceira maior taxa da América do Sul, atrás da Bolívia e da Guiana. Em 2002, foi estabelecido pela Organização das Nações Unidas (ONU) o documento Um Mundo para as Crianças (2002), com a meta de reduzir dois terços os óbitos de crianças menores de 1 ano e de crianças menores de 5 anos.

Faz-se necessário não apenas reduzir as taxas de mortalidade, mas também reduzir a iniquidade frente a mortalidade na infância no país. Em algumas regiões e em alguns grupos do país são verificadas taxas superiores às médias nacionais. Além disso, apesar de haver queda da mortalidade acima dos 2 meses de vida, ainda se carece de melhoria nas taxas de mortalidade precoce, as quais são mais elevadas, mostrando a necessidade de melhora na assistência pré-natal, no parto e no pós-parto.

O Bolsa Família, programa de transferência de renda do governo brasileiro, também vem contribuindo significativamente para redução da mortalidade infantil no país. Estudo publicado em 2013⁹ a respeito do impacto do Bolsa Família estima uma redução de 20% na taxa de mortalidade infantil no Brasil entre 2004 e 2009. Nos casos de mortes por insuficiência nutricional e problemas respiratórios, a queda chega a 60%.

A queda da mortalidade na infância está associada a uma série de melhorias de vida e na atenção à saúde da criança, principalmente na atenção básica: o acesso às consultas de pré-natal, o acompanhamento do recém-nascido em centros de saúde, orientação com relação à alimentação, suplementação de sulfato ferroso, saneamento básico e calendário vacinal, por exemplo.

Em 2013, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) completou 40 anos de uma bem-sucedida história no controle de doenças imunopreveníveis. O primeiro calendário vacinal era voltado para o público infantil e previa quatro vacinas: tríplice bacteriana (DTP), contra difteria, tétano e coqueluche; BCG (Bacilo Calmette-Guerin), contra tuberculose; monovalente contra sarampo; e oral contra poliomielite. Ao longo dos anos, novas vacinas foram introduzidas e novos grupos populacionais passaram a ser cobertos. Esse processo se acelerou com a progressiva implementação do SUS. Por meio da descentralização, foram organizados serviços de saúde onde antes não existiam ou eram muito incipientes. As elevadas coberturas vacinais em todas as regiões do país levaram ao efetivo controle de várias doenças imunopreveníveis. Atualmente, o calendário vacinal conta com 14 vacinas e cobre todas as faixas etárias.

Portanto, além de refletir o status de saúde e desenvolvimento socioeconômico de uma determinada população, a taxa de mortalidade na infância também reflete a eficácia das políticas públicas para as áreas de saúde, educação, saneamento, bem como a geração e distribuição de rendas.

O presente trabalho objetiva analisar as tendências da mortalidade na infância no Brasil e regiões, no período de 2000 a 2011, e compará-las com as taxas da população brasileira coberta pela atenção básica à saúde, demonstrando o real impacto desta estratégia de saúde na mortalidade em menores de cinco anos de idade. Optou-se por abordar adicionalmente a tendência da mortalidade proporcional por infecção respiratória aguda e por doença diarreica aguda, por sua alta prevalência e relevância na taxa de mortalidade na infância, e pelo impacto das ações da atenção básica diretamente nessas morbidades.

No Relatório ODM 20136, a ONU aponta que a precariedade dos sistemas de estatísticas vitais - registros de nascimentos e mortes - em muitos países tende a prejudicar as estimativas, que podem subestimar o tamanho do problema. Em função disso, este órgão internacional estimula as nações a aperfeiçoarem tais sistemas de informação. O Brasil tem adotado diversas estratégias, ações públicas e técnicas analíticas para melhorar as estatísticas vitais, reduzindo o sub-registro e a subnotificação de nascimentos e óbitos, fazendo inclusive busca ativa de informação.

Portanto faz-se importante ressaltar as dificuldades e limitações que apareceram no decorrer do processo de elaboração dessa pesquisa. Dentre elas: a dificuldade na busca de dados disponíveis para a realização da pesquisa; o fato da taxa de mortalidade na infância ser uma variável dependente e, por isso, faz-se necessário analisar seus componentes (neonatal precoce, neonatal tardio e pós-neonatal) para uma análise mais profunda; a tendência declinante do indicador de mortalidade, podendo fragilizar seu papel como indicador; e a dificuldade na obtenção de dados sobre a cobertura do pré-natal.

OBJETIVOS

Analisar as tendências da mortalidade na infância no Brasil e regiões, no período de 2000 a 2011, e compará-las com as taxas da população brasileira coberta pela atenção básica a saúde.

Analisar o papel da atenção básica a saúde na mortalidade em menores de cinco anos de idade.

Correlacionar as tendências de duas das mais prevalentes causas de óbito na infância, doenças diarreicas e infecção respiratória aguda, com a cobertura da atenção básica no Brasil e regiões.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico que visa estimar o efeito parcial da atenção básica na taxa de mortalidade na infância. A coleta de dados deu-se a partir de fontes secundárias. Foram coletados dados da cobertura populacional do PACS e do PSF, indicadores de saúde e informações demográficas obtidos no DATASUS, base de dados disponibilizada pelo Ministério da Saúde, no período de 2000 a 2011.

Para avaliar a efetividade de um programa com impacto em saúde pública, tal como o PSF, são utilizados diversos indicadores. Entre eles, destaca-se a taxa de mortalidade infantil, taxa de mortalidade em menores de cinco anos, razão de mortalidade materna. De acordo com o DATASUS, Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) pode ser definida como o “número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado”. Assim, estima o risco de um nascido vivo morrer durante o seu primeiro ano de vida.

Método de cálculo

$$= \frac{\text{número de óbitos de residentes com menos de um ano}}{\text{número total de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1000$$

Pode ser classificada segundo o período de vida em: neonatal precoce (0 a 6 dias de vida); neonatal tardio (7 a 27 dias de vida), pós-neonatal (28 dias ou mais). Outra forma de classificação existente leva em conta os valores relativos: altas (50), média (20-49) e baixa (menos de 20).

Já a Taxa de Mortalidade na Infância (Taxa de Mortalidade em menores de cinco anos) é definida como “número de óbitos de menores de 5 anos de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado”. Estimando, assim, o risco de morte dos nascidos vivos durante os cinco primeiros anos de vida.

Método de cálculo

$$= \frac{\text{número de óbitos de residentes com menos de cinco anos}}{\text{número total de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1000$$

De modo geral, expressa o desenvolvimento socioeconômico e a infra-estrutura ambiental precários, que condicionam a desnutrição infantil e as infecções a ela associadas. O acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil são também determinantes da mortalidade nesse grupo etário, que é também influenciada pela composição da mortalidade no primeiro ano de vida (mortalidade infantil), amplificando o impacto das causas pós-neonatais, a que estão expostas também as crianças entre 1 e 4 anos de idade.

É importante ressaltar que tais indicadores não expressam as tendências de mudança nos componentes da mortalidade infantil, como o rápido declínio das causas pós-natais. Logo, faz-se necessário observar os indicadores de mortalidade neonatal e perinatal, os quais refletem melhor a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nato.

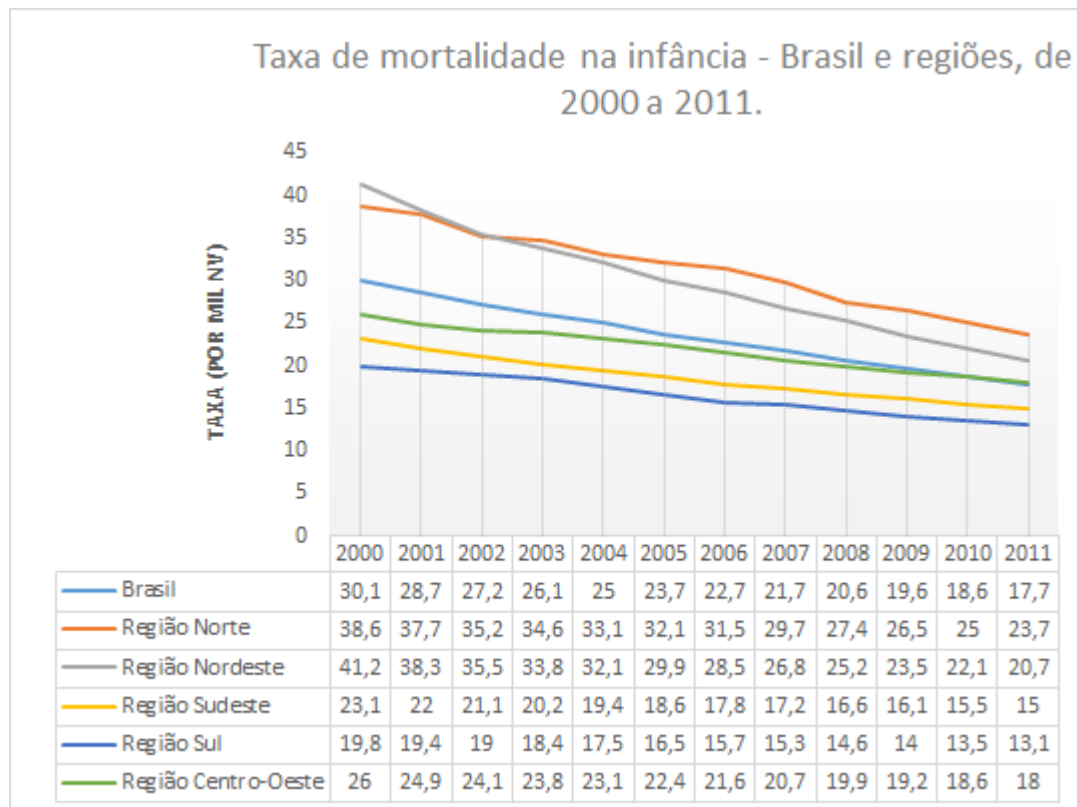
As informações para a construção deste indicador são disponibilizadas pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Utilizou-se como variável dependente a taxa de mortalidade na infância. Para compor as variáveis independentes foram selecionados indicadores relacionados a assistência à saúde: porcentagem da população coberta pela atenção básica, as condições de saneamento básico, cobertura vacinal, porcentagem de cobertura de consultas pré-natal, mortalidade proporcional por infecção respiratória aguda e por doença diarreica aguda.

As análises foram realizadas com o auxílio do software Microsoft Excel 2013, versão 15.0, parte do Microsoft Office 365; com utilização de dados secundários disponíveis na internet, não sendo necessária submissão ao Comitê de Ética.

RESULTADOS

No Brasil, a Taxa de Mortalidade na Infância vem apresentando tendência constante de queda, com uma redução de 30,1 óbitos em menores de 5 anos por mil nascidos vivos em 2000, para 17,7/1.000 NV em 2011, o que representa uma diminuição de 41,1% neste período (Gráfico 1). Essa queda ocorreu em todas as regiões brasileiras, com destaque para a Região Nordeste, com 49,7% de redução, passando de 41,2/1.000 NV para 20,7/1.000 NV no mesmo período. As regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste já apresentavam menores taxas em 2000, resultando em uma queda mais discreta no decorrer desta década.

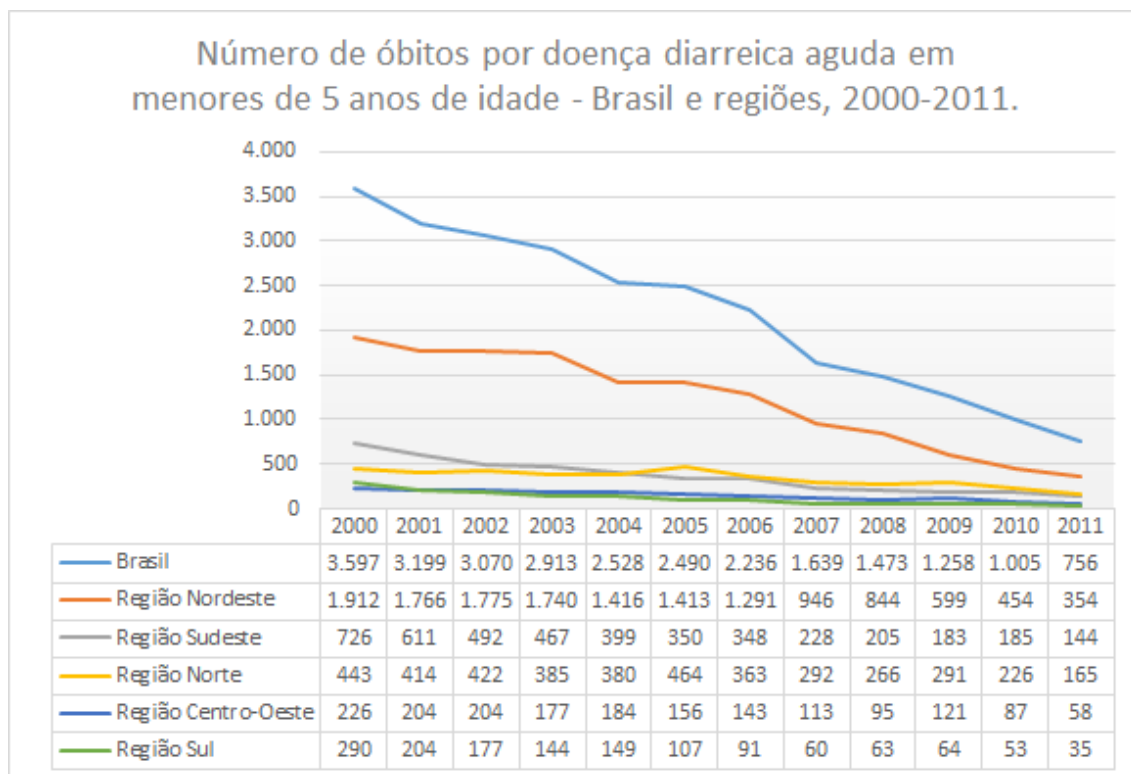
GRÁFICO 1 – Taxa de mortalidade na infância – Brasil e regiões, de 2000 a 2011.

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

Dentre as principais causas de óbito em crianças menores de 5 anos de idade, podemos destacar duas das mais prevalentes para uma análise mais específica, sendo elas: doença diarreica aguda e infecção respiratória aguda.

Em relação ao componente da mortalidade na infância por doença diarreica aguda, pode-se observar, de acordo com a gráfico 2, que número total de óbitos por doenças diarreicas decresceu muito neste período, de 3.597 para 756 no Brasil. O maior decréscimo ocorreu na região Nordeste, com uma queda 4,4%. As outras regiões também apresentaram redução proporcional dos óbitos, com destaque para a região Sul, a qual obteve a menor proporção de óbitos (0,7%) por doenças diarreicas.

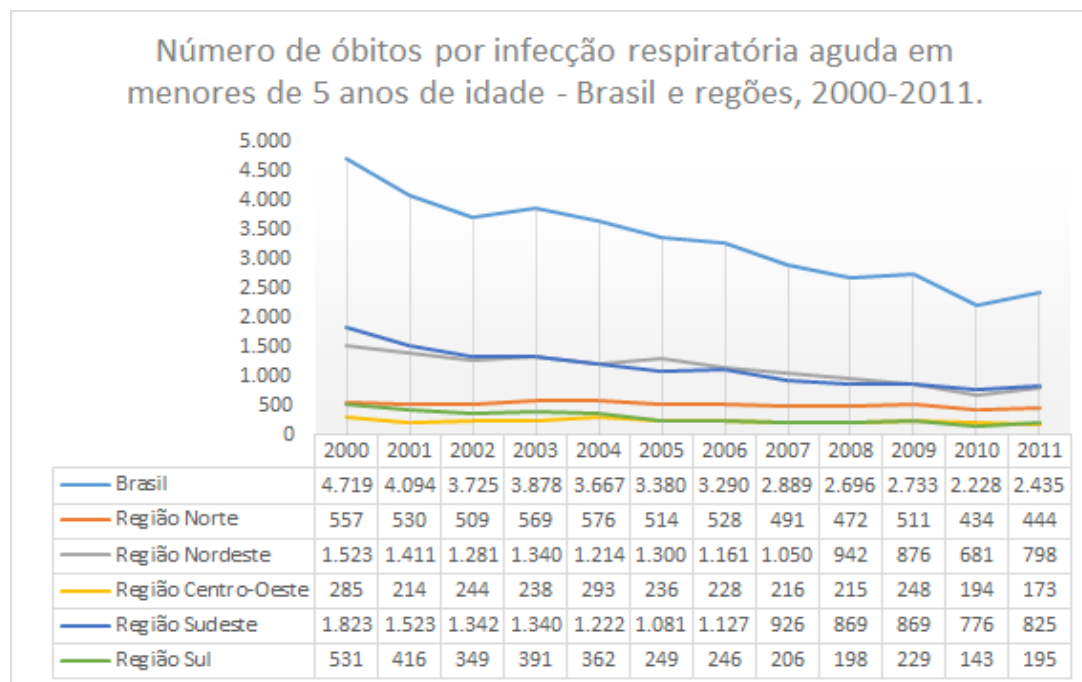
GRÁFICO 2 – Número de óbitos por doença diarreica em menores de 5 anos de idade – Brasil e regiões, de 2000 a 2011.



Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE

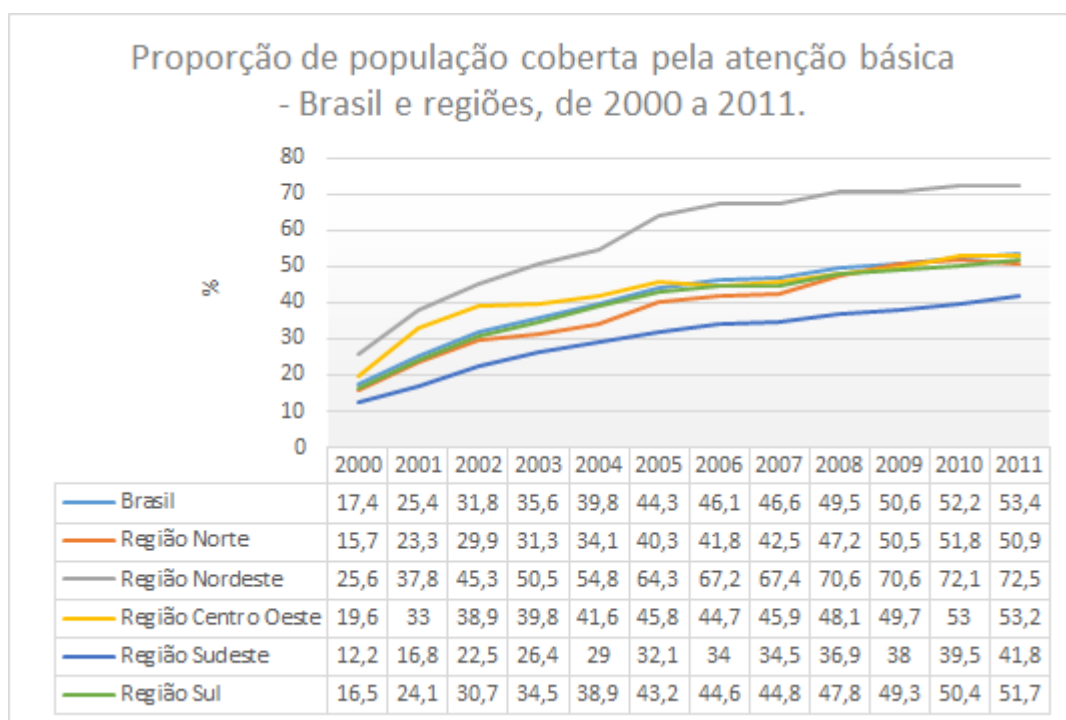
Já o componente mortalidade na infância por infecção respiratória aguda, demonstrado no gráfico 3, ainda permanece elevado. No período considerado, houve redução desse número em âmbito nacional, sendo em 2000 4719 óbitos por infecção respiratória aguda em menores de 5 anos e em 2011 2435 óbitos, ou seja, reduziu quase pela metade. No entanto, algumas regiões do país apresentaram queda pouco significativa, como no Centro-Oeste que em 2000 apresentou 285 óbitos, e em 2011, 173.

GRÁFICO 3 - Número de óbitos por infecção respiratória aguda em menores de 5 anos de idade – Brasil e regiões, de 2000 a 2011.



Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

Ao observar a cobertura da atenção básica para a população brasileira no período de 2000 a 2011 (gráfico 4), nota-se aumento nacional em todos os níveis. A cobertura nacional elevou-se em 36%. E o Nordeste, região que apresentava a maior cobertura em 2000, possuía em 2011 apenas 27,5% de sua população sem acesso à atenção básica.

GRÁFICO 4 - Proporção de população coberta pela atenção básica - Brasil e regiões, de 2000 a 2011.

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

A tabela 1 expõe o percentual de crianças com esquema vacinal básico em dia. Observa-se uma elevação da cobertura de 2000 a 2011, alcançando altos níveis em todas as regiões do Brasil, atingindo 83,9% e 84,5% na região Norte e Nordeste, respectivamente.

TABELA 1 - Cobertura Vacinal – Brasil e regiões, de 2000 a 2011.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
BRASIL	76,5	79,8	76,0	72,9	80	76,7	75,8	76,6	73,9	76,2	74,3	85,3
Região Norte	75,8	80,9	78,9	75,0	86,6	82,3	81,5	83,9	80,7	82,1	78,0	83,9
Região Nordeste	75,4	79,5	77,1	73,9	84,4	78,9	78,0	79,5	75,6	77,6	76,5	84,5
Região Centro-Oeste	81,7	82,9	79,6	76,8	85,6	79,8	80,1	83	78,8	81,4	76,2	87
Região Sudeste	76,9	79,8	74,2	71,1	75,4	74,5	73,2	72,8	71,0	73,7	72,3	85,5
Região Sul	75,3	78,2	75,4	72,8	75,8	72,4	72,2	72,9	70,9	73,3	71,9	86,6

Fonte: Sistema de Informação - Programa Nacional de Imunizações

DISCUSSÃO

A taxa de mortalidade na infância no Brasil em 2011 foi de 17,7/1.000 NV, de forma que persiste, portanto, a sua tendência de queda anterior. É importante destacar que, mantendo esse ritmo de queda, o Brasil deve alcançar a Meta 4 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), compromisso internacional assumido para reduzir a mortalidade na infância até 2015.

No período analisado, o componente doença diarreica aguda foi o que apresentou a maior redução. No entanto, sua importância é ainda considerável, visto que os níveis das taxas são elevados e inclusive maiores do que as taxas de vários países do mundo, corroborando a inevitabilidade da maioria desses óbitos.

O componente da mortalidade por infecção respiratória aguda ainda se mostra alarmante. Apesar da cobertura aumentada do PSF nas regiões Norte e Nordeste, é justamente em tais regiões que a mortalidade por infecções respiratórias aumentou ou permaneceu igual no período compreendido na análise. Nas demais regiões, houve apenas um decréscimo discreto, demonstrando que os esforços da atenção básica não apresentaram um impacto expressivo nesta variável.

A tendência nacional, demonstrada pelos dados apresentados, é de queda global da mortalidade na infância no período analisado. Em 2000, a classificação nacional da taxa de mortalidade na infância era média (30,1/1000 NV), enquanto em 2011, baixa (17,7/1000 NV).

Consideramos oportuno mencionar alguns estudos realizados no Brasil que avaliaram a efetividade da atenção básica, avaliando o impacto produzido nas taxas de mortalidade infantil.

Macinko, Guanais e Souza (2007), conduziram um estudo que avaliou o impacto do PSF na taxa de mortalidade infantil das unidades federativas brasileiras. Os resultados mostraram que a expansão do PSF, juntamente com outras melhorias em condições socioeconômicas, está associada a reduções na mortalidade infantil.

Peixoto e Rocha (2008) avaliaram o impacto da política de atenção básica exerceu sobre diferentes indicadores de saúde, utilizando uma amostra de municípios da região Sudeste no período de 1999 a 2003. Considerando a cobertura populacional do PSF e do PACS, conclui-se que a política de atenção básica reduz de forma significativa a mortalidade infantil e a subnotificação de óbitos.

Uma pesquisa desenvolvida por Zanini et al (2009), mostrou a evolução das taxas de mortalidade infantil nas microrregiões do estado do Rio Grande do Sul no período de 1994 a 2004. A pesquisa

constatou que o acréscimo de 10% na cobertura do PSF está associado à redução de 1% nas taxas de mortalidade infantil.

A cobertura populacional realizada pela atenção básica foi maior nas regiões com as maiores taxas de mortalidade na infância, as regiões Norte e Nordeste, as quais demonstraram maiores decréscimo de tal taxa. Isso demonstra os esforços nacionais realizados em prol da melhoria das condições sociais e de saúde. Assim, o impacto foi maior em tais regiões.

Rocha (2008), em outro estudo similar realizado, descreveu que realmente o impacto do PSF foi maior nas regiões Norte e Nordeste, enquanto nas regiões Sul e Sudeste o programa pareceu não surtir efeitos sobre a mortalidade infantil, resultados semelhantes aos encontrados nesta pesquisa.

Cadwell (1986), descreveu que, na Sri Lanka, Kerala e Costa Rica, houve reduções drásticas na taxa de mortalidade infantil após a instalação de unidades de atenção básica em áreas rurais, devido principalmente à expansão dos cuidados com a gestação, com o parto e com os recém-nascidos.

Percebemos que as regiões Norte e Nordeste tiveram aumento mais expressivo da cobertura vacinal no período de 2004 a 2009, e apresentaram uma redução da mortalidade na infância por doenças imunopreveníveis. A cobertura vacinal está diretamente ligada à taxa de mortalidade infantil e mede o esforço das ações públicas na atenção básica. Segundo Rocha e Soares (2008) a vacina é uma das formas de prevenir as mortes de crianças por doenças infecciosas, afecções perinatais e doenças do sistema respiratório.

O percentual de cobertura de consultas pré-natal é uma importante variável a ser incluída na análise, por influenciar principalmente a mortalidade neonatal precoce (0-7 dias de vida). Estudos demonstram que, apesar da tendência à queda global da TMI, a mortalidade neonatal precoce ainda apresenta níveis elevados, o que reflete diretamente o acesso consultas de pré-natal adequado, assistência ao parto e pós-parto. Entretanto, no Brasil, o acesso ao atendimento pré-natal possui bons resultados, atingindo níveis acima de 95% em algumas regiões.

CONCLUSÃO

Destacamos que os desafios para o enfrentamento dos condicionantes da mortalidade na infância exigem um grau de comprometimento e de desempenho cada vez maior por parte do gestor público nas três esferas do poder, para alcançar maior qualidade e eficiência nos serviços de saúde na assistência gestacional, neonatal e pediátrica na rede do SUS.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, com o objetivo de reverter essa situação e melhorar a qualidade de vida das crianças brasileiras, vem liderando um conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, identificando nas diferentes regiões os principais riscos e necessidades de saúde. Destaca-se a implantação e ampliação da cobertura do PSF em todo o território nacional, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de saúde para crianças brasileiras por intermédio do desenvolvimento de ações que reduzam a mortalidade deste grupo populacional.

BIBLIOGRAFIA (ABNT)

1. Programa Saúde da Família. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 34, n. 3, June 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102000000300>. Acesso em 25/03/2015, às 17:53h.
2. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.: il. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>. Acesso em 22/03/2015, às 18:17h.
3. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento Análise de Situação em Saúde. - 1 ed., 1. reimp., p. 163-182 - Brasil: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
4. ROCHA, R. C. B. Impacto do Programa de Saúde a Nível Familiar e Comunitário: Evidências do Programa Saúde da Família. Disponível em: <<http://www.anpec.org.br/encontro2008/artigos/200807211610510-.pdf>>. Acesso em 22/03/2015, às 16:46h.
5. AQUINO, R.; DE OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impacto do Programa de Saúde da Família na redução da mortalidade infantil em municípios brasileiros. American Journal of Public Health, 98 (12), dezembro de 2008. Disponível em: <http://www.epi2008.com.br/apresentacoes/MESA_REDONDA_21_09_15H45_pdf/Rosana%20Aquino.pdf>. Acesso em 28/03/2015, às 16:03h.
6. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento / Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. - Brasília : Ipea : MP, SPI, 2014. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/Docs/5_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf>. Acesso em 25/03/15, às 16:05h.
7. Perfil dos Municípios Brasileiros. IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 28/03/2015, às 18:58h.
8. MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. "Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002", Journal of Epidemiology and Community Health, 2006, 60, p. 13-19. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2465542/>>. Acesso em: 29/03/2015, às 13:28.
9. RASELLA D., AQUINO R., SANTOS C.A.T., PAES-SOUSA R., BARRETO M.L. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: A nationwide analysis of Brazilian municipalities. 2013. The Lancet, 382, issue 9886, pp. 5764-8. Brasil, 2013. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(13\)60715-1.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(13)60715-1.pdf)>. Acesso em 29/03/2015, às 13:34.
10. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)
11. Diretório de Atenção Básica (DAB)
12. SINASC
13. SIM

Capítulo 10



10.37423/230507719

O IMPACTO DO DISTANCIAMENTO SOCIAL IMPOSTO PELA PANDEMIA DE COVID-19 NA APTIDÃO FÍSICA RELACIONADA À SAÚDE EM ALUNOS DE FUTEBOL DA EME DE GAROPABA-SC

Ricardo Teixeira Ferreira

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Adroaldo Cezar Araújo Gaya

Universidade Federal do Rio Grande do Sul



Resumo: Com o surgimento do Covid-19 em 2019, houve a interrupção das aulas presenciais nas escolas curriculares e na Escola Municipal de Esportes, no município de Garopaba-Sc. Tal procedimento impôs modificações nos hábitos e estilo de vida das crianças e adolescentes. Nesse contexto, conjecturou-se que o distanciamento social tenha ocasionado prejuízos significativos aos alunos no que se refere aos níveis de aptidão física relacionada à saúde. O objetivo deste trabalho é o de avaliar o impacto do distanciamento social imposto pela pandemia de COVID-19 na aptidão física relacionada à saúde cardiovascular, saúde musculoesquelética e saúde óssea. A população disponível corresponde a 150 alunos da escola Municipal de Esportes da modalidade de futebol e a amostra do tipo voluntária foi composta por 60 alunos. Para o tratamento dos dados, assumindo a hipótese de que a maturação somática influenciaria os resultados da pesquisa pretendeu-se utilizar a medida de covariância (ANCOVA) entre a maturação somática e as variáveis de aptidão física. No entanto esta análise, não foi realizada tendo em vista de que os índices de correlação entre MS e as variáveis dependentes do estudo foram insignificantes ($r^2 = 0,07$ para o arremesso do *medicineball* e IMC; $r^2 = 0,01$ para RCE e seis minutos; $r^2 = 0,003$ para sentar e alcançar; $r^2 = 0,009$ para *situp's* e $r^2 = 0,01$ para 20 metros). Salienta-se que a correlação entre as variáveis de aptidão física e a maturação somática é o primeiro pressuposto exigido para a utilização da ANCOVA. Sendo assim, comparou-se o perfil da aptidão física relacionada à saúde em dois momentos distintos: antes (2019) e após (2021) o período de distanciamento social. Duas abordagens foram utilizadas. Na primeira compararam-se as diferenças entre as médias e o tamanho do efeito através do Teste t de Student pareado e do D de Cohen. Na segunda abordagem verificou-se por meio do Teste dos Postos Sinalizados de Wilcoxon, a ocorrência de alunos que migraram da Zona Saudável para a Zona de Risco após período de distanciamento social. As análises estatísticas foram realizadas no software SPSS versão 22.0. Os resultados deste estudo confirmam que o período de afastamento social teve impacto importante para a saúde cardiovascular: houve aumento significativo ($p = 0,001$) e com magnitude de efeito médio ($D = 0,54$) para as médias do IMC; aumento significativo ($p = 0,001$) e com tamanho de efeito grande ($D = 0,84$) para as médias de RCE; diminuição significativa ($p = 0,002$) e de tamanho pequeno ($D = 0,41$) para as médias no teste dos 6min; 10 % dos alunos migraram da zona saudável para a zona de risco no IMC ($P = 0,03$); 15% na medida do RCE ($P = 0,001$) e 26 % no teste de corrida de seis minutos ($P = 0,02$). Quanto a saúde musculoesquelética houve aumento significativo ($P = 0,001$) com tamanho de efeito médio ($D = 0,53$) e ocorrência de 30% ($P = 0,001$) dos alunos que migraram da zona saudável para a zona de risco no teste de resistência abdominal. Por outro lado resultado inesperado ocorreu com a variável flexibilidade onde os efeitos foram significativos ($P = 0,003$) e com tamanho de efeito médio ($D = 0,67$), todavia sugerindo um aumento dos níveis de flexibilidade. Os resultados de saúde óssea indicam que houve um aumento significativo ($P = 0,001$) com tamanho de efeito médio ($D = 0,52$) e uma porcentagem de 46,6% ($P = 0,001$) de alunos que migraram da zona de risco para a zona saudável no teste de arremesso do *medicineball*. Não houve diferença significativa ($P = 0,187$) e

o tamanho de efeito($D = 0,17$) é muito pequeno no teste de corrida e velocidade de 20 metros. Portanto, considerando os resultados gerais desta pesquisa, se pode concluir com forte evidência empírica que o período de distanciamento social imposto pela Covid-19 trouxe prejuízos significativos sobre a saúde cardiovascular dos analisados. Todavia, os resultados incongruentes entre as variáveis de saúde musculoesquelética (sentar-alcançar e *situp's*) e saúde óssea (arremesso do *medicineball* e corrida de velocidade em 20 metros) não permitem afirmar que o período de distanciamento social teve impacto negativo sobre essas variáveis nos alunos de futebol da Escola Municipal de Esportes de Garopaba-Sc.

Palavras-chave: Aptidão física; Esporte. Saúde; Promoção da saúde; Esporte Educacional.

INTRODUÇÃO

Um sério problema de saúde definido como “infecção pelo SarsCoV-2” – também conhecido como “Coronavírus-2019” (e causador da doença COVID-19), surgiu no final do ano de 2019, na cidade chinesa de Wuhan. Em pouco tempo, menos de três meses, a COVID-19 tomou proporções mundiais e foi declarada como Pandemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (ANTUNES et al., 2020; FALAVIGNA et al., 2020).

Este novo cenário gerou uma reconfiguração de diversas estruturas nos mais diversos aspectos: social, cultural, político, econômico e educacional; no entanto, a área da saúde pública foi a que sofreu os maiores impactos da pandemia.

A COVID-19 impôs a necessidade de mudanças drásticas no comportamento das populações: o estilo de vida de adultos, adolescentes e crianças passaram por uma rápida e evidente alteração, principalmente pela necessidade do distanciamento social como medida de prevenção de contágio. Nesta perspectiva, a atividade física (AF) foi um dos componentes do estilo de vida onde mais se percebeu alterações (FERREIRA et al., 2020).

A prática de atividade física foi negativamente impactada, principalmente em virtude da adoção do distanciamento social com o intuito de diminuir a velocidade de contágio. Em grande parte, os locais destinados à prática de atividade física como academias, clubes, escolinhas de esporte, escolas e parques foram fechados para potencializar o distanciamento das pessoas. Distanciamento que culminou em uma importante mudança na rotina de vida, comprometendo a rotina das atividades físicas diárias (RAIOL, 2020).

Somando-se a esse novo estilo de vida, evidências científicas apontam prejuízos significativos no âmbito da saúde das crianças e adolescentes, levando-se em conta que o comportamento inativo e sedentário nesta população está associado ao aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade, aumento dos níveis da pressão arterial sistólica e diastólica, do perfil glicêmico, da incidência de doenças musculoesqueléticas e cardiovasculares. (ORTEGA et al., 2008; ORTEGA, RUIZ, CASTILLO, 2013; BURGOS et al., 2012; CARSON et al., 2016; ROMAN – VINAS et al., 2016; GRECA et al., 2018). Assim, conjectura-se que o período de quarentena imposto pela Covid-19 possa ter impactado negativamente sobre a aptidão física relacionada à saúde dessas crianças e adolescentes.

É sobre esse contexto de quarentena imposto pela pandemia de Covid-19 e o retorno às atividades normais nas escolas e na Escola Municipal de Esportes de Garopaba, com os prováveis impactos sobre a aptidão física relacionada à saúde das crianças e adolescentes, que se justifica o presente estudo.

Esta dissertação se estrutura da seguinte forma: após o texto introdutório são enunciados os objetivos gerais e específicos da pesquisa; a revisão de literatura que trata da aptidão física relacionada à saúde, da Escola Municipal de Esportes de Garopaba-Sc; os critérios de avaliação para a saúde cardiovascular, saúde musculoesquelética e saúde óssea; uma breve apresentação do estado da arte sobre as relações entre distanciamento social imposto pela Covid-19, atividades físicas, comportamento sedentário e aptidão física, procedimentos metodológicos, resultados, discussão dos resultados e conclusão.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o impacto do distanciamento social imposto pela pandemia de COVID-19 na aptidão física relacionada à saúde em alunos da modalidade de futebol da Escola Municipal de Esportes de Garopaba-Sc.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Avaliar os efeitos do distanciamento social imposto pela pandemia de COVID-19 sobre:

- Aptidão física relacionada à saúde cardiovascular através das medidas de IMC, RCE e Teste 6min.
- Aptidão física relacionada à saúde musculoesquelética através dos testes de flexibilidade (sentar-alcançar) e resistência abdominal (Sit-up's)
- Aptidão física relacionada à saúde óssea através dos testes de força de membros superiores (arremesso do *medicineball*) e velocidade (corrida de 20 m.)

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 APTIDÃO FÍSICA RELACIONADA À SAÚDE NA ESCOLA MUNICIPAL DE ESPORTES DE GAROPABA-SC.

A atividade física tem sido relacionada a importantes benefícios à saúde, na qualidade de vida e no bem-estar físico e psicológico, sendo reconhecida como estratégia de prevenção em mais de 25

doenças crônicas, proporcionando reduções de risco em torno de 20% a 30% (WARBURTON; BREDIN, 2018). Destacam-se ainda os benefícios da prática regular de atividades físicas no aprimoramento do sistema imunológico, diminuindo o aparecimento de disfunções relacionadas à idade e na redução do risco, duração ou gravidade de infecções virais, tais como a que vivenciamos em decorrência do novo coronavírus (LADDU et al., 2020; NIEMAN; WENTZ, 2019). Recente pesquisa conduzida no Brasil mostrou que o risco de internação hospitalar por COVID-19 reduz em 34,3% em indivíduos suficientemente ativos, ou seja, que praticam pelo menos 150 minutos de atividade física de intensidade moderada ou 75 minutos de intensidade vigorosa por semana (DE SOUZA et al., 2020).

Em tempo de Covid-19, o distanciamento social impõe mudanças nos hábitos das crianças e adolescentes. Houve a implantação das aulas remotas que substituíram as aulas presenciais em nossas escolas, conseqüentemente, nossas crianças e adolescentes foram submetidos a um tempo maior frente a computadores e smartphones, inclusive assistindo aulas e cumprindo tarefas escolares. Presume-se, deste modo, que tenha ocorrido uma importante redução das atividades físicas esportivas. Salienta-se que antes do cancelamento das aulas presenciais, os alunos matriculados nas escolas do município de Garopaba, onde se desenvolve este projeto, participavam de aulas de educação física nas escolas três vezes por semana, desde a educação infantil, com aulas de 56 minutos, ministradas por professores licenciados, sendo que além das atividades das escolas, os estudantes participavam da escola de esportes, entre elas a modalidade de futebol que é objeto deste estudo, onde os alunos, divididos por categorias de acordo com a idade, treinam duas vezes por semana, sendo que cada treino tem duração de 90min.

A Escola Municipal de Esportes (EME) é uma instituição da Secretaria de Educação e Cultura, criada através da lei 2043/2017 e que atende alunos de Garopaba e região. Esta instituição, diferentemente das demais escolas do município, oferece apenas o ensino de modalidades esportivas, todos em contra turno escolar (GAROPABA, 2017).

Em 2019, a aptidão física dos alunos da EME passou a ser monitorada por meio de uma bateria de testes do Projeto Esporte Brasil - PROESP-Br (GAYA et al., 2021). No entanto, em 2020, por conta da pandemia, as atividades precisaram ser suspensas, seguindo os decretos estaduais e municipais que proibiam aglomerações em espaços públicos e privados. Contudo, com a gradual volta à normalidade, a Escola de Esportes pode retornar às atividades em 2021, seguindo os protocolos previstos pelo plano de contingência vigente, tais como uso de máscaras durante as aulas e higienização das mãos e

materiais. Nestas condições os professores da EME puderam realizar as avaliações da aptidão física logo após a retomada das atividades.

3.2 APTIDÃO FÍSICA RELACIONADA À SAÚDE EM TEMPOS DE DISTANCIAMENTO SOCIAL IMPOSTO PELA PANDEMIA DE COVID-19

Em tempo de distanciamento social imposto pela Covid-19, Cheval et al. (2020) observaram que mudanças na atividade física e comportamentos sedentários durante o isolamento estão associados a mudanças na saúde física e mental. Avaliaram comportamentos em relação à atividade física e sedentarismo antes e durante a quarentena em 267 participantes (1ª onda do COVID-19) e 110 participantes (2ª onda do COVID-19) em sujeitos que moram na França e na Suíça. Os resultados reforçam a importância em garantir níveis suficientes de atividade física e a redução do tempo sedentário durante o distanciamento social para beneficiar a saúde da população.

Lemes et al (2020) avaliou 288 crianças com idades entre 6 e 11 anos de uma escola estadual no sul de Santa Catarina. Os participantes foram avaliados no ano de 2020 e comparados com os seus resultados de 2019. O artigo evidencia um elevado número de crianças em risco à saúde, variando de 11% até 59%. As ocorrências apontam maior risco no IMC das crianças entre 6-8 anos em relação às aquelas com 9-11 anos. Os resultados também sugerem maior risco a APC nas crianças mais velhas.

Elesbão et al, (2020), em revisão da literatura, cujo objetivo era analisar as discussões científicas existentes sobre como a atividade física contribui na promoção da saúde em tempos de pandemia de Covid-19, constatou, através das publicações que envolvem atividade física em tempos de distanciamento social devido à pandemia de Covid-19, que já podem ser observados efeitos negativos sobre os níveis de atividade física de toda a população. Em contrapartida, manter uma prática regular de atividades físicas melhora o sistema imunológico, a saúde mental e o controle do desenvolvimento de doenças crônicas. Costa et al. (2020) investigou como as medidas de distanciamento social para o combate ao COVID-19 têm influenciado o nível de atividade física. Essa investigação, que se deu por meio de um questionário estruturado sobre as práticas de atividade física antes e durante o período de isolamento social, foi disponibilizado on-line para coleta das informações dos 2004 participantes (18 anos ou mais), moradores de municípios das cinco regiões brasileiras. Os resultados indicam que a pandemia de COVID-19 tem impactado em várias esferas do comportamento social. Em relação à prática de atividade física, os resultados demonstraram que houve uma redução do nível de atividade física durante o período de adoção das medidas de isolamento social.

No Brasil, o inquérito virtual de saúde “ConVid”, conduzido com indivíduos a partir de 18 anos, identificou que 30,1% dos participantes atingiam a recomendação de prática de atividade física de intensidade moderada à vigorosa (algum exercício físico ou esporte) antes da pandemia, enquanto durante a pandemia, essa proporção reduziu para 12,0% (MALTA, et al., 2020). A redução no atendimento às recomendações de prática de atividade física ocorreu tanto para os indivíduos com diagnóstico de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) quanto para aqueles que não relataram possuir diagnóstico para tais doenças. Além disso, não foi verificada diferença na redução da prática de atividade física, de antes para durante a pandemia, entre esses dois grupos (com ou sem diagnóstico de DCNT) (MALTA, et al, 2020).

Tendência semelhante à verificada em adultos e idosos foi encontrada nos adolescentes no inquérito virtual de saúde “Covid Adolescentes - Pesquisa de Comportamentos”. O estudo verificou que antes da pandemia 28,7% dos adolescentes de 12 a 17 anos atendiam à recomendação de prática de atividade física moderada à vigorosa, enquanto durante a pandemia, a prevalência reduziu para 15,7% dos adolescentes (MALTA et al., 2021).

Monteiro et al. (2021), com o objetivo de descrever os comportamentos de atividade física em 146 cadetes-alunos em contexto de isolamento social, e conhecer o impacto desse confinamento (de 3 a 4 meses) na aptidão física, avaliaram a aptidão física em dois momentos: antes do COVID-19 e no regresso às aulas presenciais. Foi aplicada uma bateria de testes que contemplou: morfologia; impulsão horizontal; força de preensão manual; flexibilidade; força dos membros superiores; abdominais; velocidade; agilidade; vaivém, sendo os instrumentos utilizados e os procedimentos adotados em conformidade com o Protocolo de Testes de Aptidão Física do ISCPSP. Os resultados do estudo sugerem que na ausência/redução da atividade física sistemática, os cadetes-alunos tiveram um acréscimo significativo na percentagem de massa gorda, e um decréscimo acentuado da capacidade aeróbia, força superior e potência.

Campelo et al. (2021), na Universidade do Maranhão com a participação de 436 pessoas, identificaram o impacto do isolamento social através de questionário com questões específicas voltadas para a prática de atividade física antes e durante a pandemia. Os resultados demonstraram que o isolamento social influenciou nos domínios: físico, psicológico, relações social e meio ambiente, afetando a vida diária dos participantes do estudo, reduzindo a prática de atividade física e aumentando o tempo de tela.

Bertollo (2021) analisou a capacidade cardiorrespiratória em 75 estudantes, sendo 43 meninos e 32 meninas, com idade entre 11 a 14 anos de uma escola localizada na cidade de Charqueadas-RS. O teste utilizado foi o de corrida de 6 minutos. Os resultados obtidos constataram que 73% dos alunos se encontram em zona de risco e 27% na zona saudável.

Sá et al. (2021), num estudo realizado com crianças menores de 13 anos, descreveram os hábitos diários durante o período de pandemia causada pelo Covid-19. Identificaram os pesquisadores que 67,8% das crianças antes da pandemia praticavam atividade física pelo menos duas vezes por semana. Durante a pandemia, o percentual diminuiu para 46,1%, sendo que 37% dizem que AF é menor do que o tempo realizado em período escolar. O tempo de tela, sono e atividades familiares aumentaram.

Pacheco (2022) analisou a prática da educação física, atividades físicas e esportivas antes e durante a pandemia em 30 crianças numa escola de Florianópolis-SC; os resultados referem que o período de isolamento social na pandemia da Covid-19 impactou negativamente tais práticas corporais.

Tsoukos et al.(2022), em estudo realizado na Escola de Educação Física e Ciências do Esporte, associado à Universidade Nacional e Kapodistrian de Atenas, investigou os efeitos de um bloqueio de cinco meses devido à pandemia de COVID-19 nos parâmetros de aptidão física em estudantes adolescentes urbanos do sexo masculino e feminino. Participaram do estudo 293 (duzentos e noventa e três) alunos do sexo masculino e feminino (idade: $15,8 \pm 0,3$ anos) que cursaram a quarta série do ensino médio durante os anos de 2016–2017 (primeiro grupo controle); 2018–2019 (segundo grupo controle) e 2020–2021 (grupo de confinamento). Os resultados apontam que o IMC aumentou no sexo masculino de 16,0% (2016–2017) e 14,6% (2018–2019), para 36,7% em 2020–2021 ($p < 0,01$); e nas mulheres, de 8,6% (2016–2017) e 7,0% (2018–2019), para 25,6% em 2020–2021 ($p < 0,01$). Quanto à aptidão da parte inferior do corpo, avaliada por testes de salto, corrida e agilidade, para homens e mulheres após o bloqueio em comparação com as cortes de 2016–2017 e 2018–2019 (saltos verticais: 10,4–15,1%; $p < 0,01$; $d = 0,58–1,01$, 30 m sprint: 3,7–4,9%; $p < 0,01$; $d = 0,62–0,74$; teste de agilidade: de 6,1% a 9,4%; $p < 0,01$; $d = 0,80–1,04$). No entanto, a flexibilidade e o desempenho em testes de aptidão da parte superior do corpo (força isométrica máxima de preensão manual e arremessos de bola medicinal com cargas diferentes) foi significativamente reduzido apenas no sexo masculino após o bloqueio ($p < 0,05$ a $0,01$). Os resultados revelam que um lockdown de cinco meses influenciou negativamente a aptidão física de estudantes adolescentes. Rúa-Alonso et al (2022), da Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de La Coruña, na Espanha, comparou os dados de composição corporal e aptidão física de duas amostras independentes de crianças e adolescentes

antes ($n=15.287$) e durante ($n=2.101$) a pandemia. Os resultados indicam maiores valores para o índice de massa corporal ($p = 0,002$), circunferência da cintura ($p < 0,001$) e relação cintura-quadril e cintura-estatura ($p < 0,001$), principalmente entre os meninos. Por outro lado, menor aptidão muscular foi observada para as meninas durante a pandemia. A análise quantitativa e qualitativa não detectou alterações relevantes na aptidão cardiorrespiratória em crianças ou adolescentes ($p > 0,05$). Os dados sugeriram que as restrições pandêmicas podem ter afetado a composição corporal e a aptidão muscular de crianças e adolescentes.

A partir desse conjunto de evidências podemos perceber que a pandemia de COVID-19 parece ter trazido prejuízos significativos em algumas variáveis da aptidão física. Neste contexto, justifica-se a relevância de investigar o impacto do distanciamento social sobre as variáveis de aptidão física relacionadas à saúde em escolares praticantes de futebol. Para além do interesse científico em evidenciar os efeitos da quarentena sobre a saúde, há aspectos pedagógicos a serem observados, na medida em que os resultados permitem aos professores da escola de futebol um planejamento mais preciso baseado em dados concretos provenientes desta pesquisa.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 APTIDÃO FÍSICA E SAÚDE CARDIOVASCULAR: CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

No âmbito do Projeto Esporte Brasil - PROESP-Br (www.proesp-ufrgs.br) Bergman (2009; 2014) e Lorenzi (2006) evidenciaram em crianças e adolescentes brasileiros significativa associação entre determinado padrão de desempenho nas medidas de Índice de Massa Corporal (IMC) e no Teste de Corrida e Caminhada em 6 minutos (6min) com indicadores de saúde cardiovascular. Em crianças e adolescentes, estratificados por sexo e idade, a partir de determinados valores críticos de desempenho nas medidas de IMC e no Teste (6min) observou-se o risco aumentado de ocorrência de sobrepeso e obesidade, hipertensão arterial sistólica e diastólica, colesterolemia e hiperglicemia. Nesta perspectiva, considerou-se que tais crianças e adolescentes com desempenho abaixo dos valores críticos (ponto de corte) situavam-se na zona de risco à saúde cardiovascular. Os quadros 1 e 2 apresentam os pontos de corte para o IMC e 6MIN.

Posteriormente, o PROESP-Br agregou a sua bateria de medidas e testes relacionadas à saúde cardiovascular à medida do Coeficiente Razão/estatura. A equação RCE é um confiável indicador de gordura central ou visceral em qualquer idade. Ashwell e Hsieh (2005), levando em conta que a altura e o perímetro da cintura das crianças aumentam continuamente à medida que envelhecem, sugerem

o mesmo ponto de corte 0,50 para definir a zona de risco à saúde cardiovascular para todos os grupos etários. No âmbito do PROESP-Br, crianças e adolescentes com valores acima do ponto de corte (0,50) são classificados na **zona de risco à saúde cardiovascular** e valores iguais ou abaixo (0,50 ou 0,49) na **zona saudável**.

QUADRO 1 – PONTOS DE CORTE PARA IMC

Idade	Rapazes	Moças
6	17,7	17,0
7	17,8	17,1
8	19,2	18,2
9	19,3	19,1
10	20,7	20,9
11	22,1	22,3
12	22,2	22,6
13	22,0	22,0
14	22,2	22,0
15	23,0	22,4
16	24,0	24,0
17	25,4	24,0

FONTE: Manual do Proesp-BR, 2021.

QUADRO 2 – PONTOS DE CORTE PARA TESTE DE 6MIN

Idade	Rapazes	Moças
6	675	630
7	730	683
8	768	715
9	820	745
10	856	790
11	930	840
12	966	900
13	995	940
14	1060	985
15	1130	1005
16	1190	1070
17	1190	1110

FONTE: Manual do Proesp-BR, 2021.

4.2 APTIDÃO FÍSICA E SAÚDE MUSCULOESQUELÉTICA: CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

O estudo de Lemos (2012) evidenciou em crianças e adolescentes brasileiros uma associação entre determinados valores do teste de sentar-alcançar com a ocorrência de dor lombar e alteração do

equilíbrio sagital pélvico. O estudo de Moreira et al. (2009) validou o teste de sentar-alcançar sem o banco de Wells, sendo adotado pelo PROESP-Br, principalmente pela sua facilidade operacional. Portanto, os valores dos pontos de corte indicam a chance aumentada da criança ou do adolescente apresentar algum fator de risco relacionado à dor lombar ou a alteração do equilíbrio sagital pélvico.

QUADRO 3 – PONTOS DE CORTE PARA O TESTE DE SENTAR E ALCANÇAR PARA SAÚDE.

Idade	Rapazes	Moças
6	29	40.5
7	29	40.5
8	32.5	39.5
9	29	35
10	29.5	36.5
11	29.5	34.5
12	29.5	39.5
13	26.5	38.5
14	30.5	38.5
15	31	38.5
16	34.5	39.5
17	34	39.5

FONTE: Manual do Proesp-BR, 2021.

Consideram-se valores abaixo dos pontos de corte como **ZONA DE RISCO À SAÚDE MUSCULOESQUELÉTICA**, e os valores acima como **ZONA SAUDÁVEL**.

O estudo de Lemos (2012) também evidenciou em crianças e adolescentes brasileiros uma associação entre determinados valores do número de abdominais em 1 minuto com a ocorrência de dor lombar e alteração do equilíbrio sagital pélvico. Portanto, os valores dos pontos de corte indicam a chance aumentada da criança ou do adolescente apresentar algum fator de risco relacionado à dor lombar ou à alteração do equilíbrio sagital pélvico.

QUADRO 4 – PONTOS DE CORTE PARA TESTE DE ABDOMINAL SITUP’S EM 1 MINUTO

Idade	Rapazes	Moças
6	18	18
7	18	18
8	24	18
9	26	20
10	31	26
11	37	30
12	41	30
13	42	33
14	43	34
15	45	34
16	46	34
17	47	34

FONTE: Manual do Proesp-BR, 2021.

Consideram-se valores abaixo dos pontos de corte como **ZONA DE RISCO À SAÚDE MUSCULO ESQUELÉTICA** e os valores acima como **ZONA SAUDÁVEL**.

4.3 APTIDÃO FÍSICA E SAÚDE ÓSSEA: CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

O estudo de Mello (2020) evidenciou em crianças e adolescentes brasileiros uma associação entre determinados valores do teste de arremesso de medicineball de 2 kg com a densidade e massa mineral óssea na pelve e na coluna. Portanto, os valores dos pontos de corte indicam a chance aumentada da criança ou do adolescente apresentar ou desenvolver baixa massa óssea.

QUADRO 5 – PONTOS DE CORTE PARA O TESTE DE ARREMESSO DE MEDICINEBALL DE 2 KG

Idade	Rapazes	Moças
6	147.0	125.0
7	168.7	140.0
8	190.0	158.1
9	210.0	175.0
10	232.0	202.0
11	260.0	228.0
12	290.0	260.0
13	335.0	280.0
14	400.0	290.0
15	440.0	306.0
16	480.0	310.0
17	500.0	315.0

FONTE: Manual do Proesp-BR, 2021.

Consideram-se valores abaixo dos pontos de corte como **ZONA DE RISCO À SAÚDE ÓSSEA** e os valores acima como **ZONA SAUDÁVEL**.

O estudo de Mello (2020) também evidenciou em crianças e adolescentes brasileiros uma associação entre determinados valores do teste de corrida de 20 metros com a densidade e massa mineral óssea na pelve e na coluna. Portanto, os valores dos pontos de corte indicam a chance aumentada da criança ou do adolescente apresentar chance aumentada de ter ou desenvolver baixa massa óssea.

QUADRO 6 – PONTOS DE CORTE PARA TESTE DE CORRIDA DE 20 METROS

Idade	Rapazes	Moças
6	4.81	5.22
7	4.52	4.88
8	4.31	4.66
9	4.25	4.58
10	4.09	4.44
11	4.00	4.36
12	3.88	4.28
13	3.72	4.17
14	3.54	4.16
15	3.40	4.07
16	3.28	4.01
17	3.22	3.91

FONTE: Manual do Proesp-BR, 2021.

Consideram-se valores acima dos pontos de corte como **ZONA DE RISCO À SAÚDE ÓSSEA** e os valores abaixo como **ZONA SAUDÁVEL**.

4.4 PROBLEMA DA PESQUISA

Qual o impacto do distanciamento social imposto pela pandemia de COVID-19 na aptidão física relacionado à saúde dos alunos de futebol da Escola Municipal de Esportes de Garopaba?

4.5 QUESTÕES DA PESQUISA

Quais os efeitos do distanciamento social imposto pela pandemia da COVID-19:

- Na aptidão física relacionada à saúde cardiovascular através das medidas de IMC, RCE e Teste de corrida de 6min?
- Na aptidão física relacionada à saúde musculoesquelética através dos testes de sentar-alcançar e *situp's* em um minuto?
- Na aptidão física relacionada à saúde óssea através dos testes de arremesso de *medicineball* de 2 kg e corrida de velocidade em 20 metros?

4.6 DEFINIÇÃO OPERACIONAL DAS VARIÁVEIS

4.6.1 DISTANCIAMENTO SOCIAL MEDIDAS QUE BUSCAM RESTRINGIR O CONVÍVIO SOCIAL DE FORMA A EVITAR A PROPAGAÇÃO DA COVID-19.

4.6.2 APTIDÃO FÍSICA RELACIONADA À SAÚDE CARDIOVASCULAR

Valores das medidas de IMC, RCE e desempenho no teste de corrida/caminhada de 6 minutos.

4.6.3 APTIDÃO FÍSICA RELACIONADA À SAÚDE MUSCULOESQUELÉTICA

Desempenho nos testes de sentar-alcançar e resistência abdominal sit-up's em 1 minuto.

4.6.4 APTIDÃO FÍSICA RELACIONADA À SAÚDE ÓSSEA

Desempenho nos testes de arremesso de medicineball de 2 kg e corrida de velocidade em 20 metros.

4.7 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Estudo de caso institucional (GAYA et GAYA, 2018) que trata de investigar uma comunidade em particular: os alunos de futebol de campo da Escola Municipal de Esportes de Garopaba-SC; num estudo comparativo com abordagem quantitativa (cf. GAYA et al., 2016) entre variáveis de aptidão física relacionada à saúde em dois momentos distintos: antes (2019) e após (2021) o período de distanciamento social imposto pela pandemia de Covid-19.

Os dados anteriores ao período do distanciamento social são provenientes do banco de dados do Projeto Esporte Brasil (PROESP-Br) e correspondem à avaliação realizada nos alunos da Escola Municipal de Esportes de Garopaba no segundo semestre de 2019 pela equipe do PROESP-Br. Os dados após distanciamento social foram coletados em 2021 pelos professores da escola de futebol devidamente treinados.

4.8 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo é composta por 150 alunos entre 7 e 16 anos, participantes em 2019 e 2021 na Escola Municipal de Esportes de Garopaba – SC na modalidade de futebol. A amostra é do tipo voluntário, com a participação de 60 alunos, correspondendo a 40% da população. A dimensão da amostra suporta um nível de significância de 95% e uma margem de erro de 10%.

As principais características da amostra nos períodos de 2019 e 2021 são apresentadas na Tabela 01.

TABELA 01 - Caracterização dos participantes das avaliações de 2019 e 2021

	N	Média 2019 ± DP	N	Média 2021 ± DP
Idade (anos)	60	10,4 (±2,6)	60	10,7 (±2,2)
Estatura (cm)	60	142,0 (±13,5)	60	146,0 (±14,3)
IMC (Kg/m ² :)	60	36,1 (±12,7)	60	42,0 (±15,0)

N: participantes; DP: Desvio-padrão; MC: Massa corporal; cm: centímetros; Kg/m²: quilogramas por metro quadrado

FONTE: Dados do autor, 2022.

4.9 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Entre os alunos voluntários, foram incluídos no estudo aqueles que participavam regularmente das aulas de futebol (frequência de 60% às aulas) e que possuíam os resultados de todas as avaliações contidas no banco de dados da instituição.

4.10 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Entre os voluntários, foram excluídos da pesquisa os alunos cujos dados sugeriam erro de registro.

4.11 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

- Para o cálculo da maturação somática, foram utilizadas as equações recomendadas por Moore et al. (2015). As equações usam a estatura e a idade decimal para estimar o pico de velocidade de crescimento. Foram usadas as equações:

Para meninos: $(-7,999994 * (0,0036124 * (\text{idade} * \text{estatura})))$

Para meninas: $(-7,7091133 * (0,0042232 * (\text{idade} * \text{estatura})))$

- Razão cintura-estatura (RCE): é determinado através do cálculo da razão (divisão) entre a medida do perímetro da cintura em cm e a estatura em cm [cintura (cm) /estatura (cm)].

- Índice de massa corporal (IMC): é determinado através do cálculo da razão (divisão) entre a medida de massa corporal total em quilogramas pela estatura em metros elevada ao quadrado (kg/m²).

- Teste de corrida/caminhada de 6 minutos: dividem-se os alunos em grupos adequados às dimensões da pista. Informa-se aos alunos sobre a execução do teste dando ênfase ao fato de que devem correr o maior tempo possível, evitando piques de velocidade intercalados por longas caminhadas. Durante o teste, informa-se ao aluno a passagem do tempo 2, 4 e 5 (“Atenção: falta 1 minuto”). Ao final do

teste soará um sinal (apito) sendo que os alunos deverão interromper a corrida, permanecendo no lugar onde estavam (no momento do apito) até ser anotada ou sinalizada a distância percorrida.

- Teste de sentar-alcançar: estende-se uma fita métrica no solo. Na marca de 38 cm desta fita, coloca-se um pedaço de fita adesiva de 30 cm em perpendicular. A fita adesiva deve fixar a fita métrica no solo. O aluno a ser avaliado deve estar descalço. Os calcanhares devem tocar a fita adesiva na marca dos 38 cm e estarem separados 30 cm. Com os joelhos estendidos e as mãos sobrepostas, o aluno inclina-se lentamente e estende as mãos para frente o mais distante possível. O aluno deve permanecer nesta posição o tempo necessário para a distância ser anotada. Serão realizadas duas tentativas.

- Teste de arremesso do *medicineball* de 2kg: a trena é fixada no solo perpendicularmente à parede. O ponto zero da trena é fixado junto à parede. O aluno senta-se com os joelhos estendidos, as pernas unidas e as costas completamente apoiadas à parede. Segura a *medicineball* junto ao peito com os cotovelos flexionados. Ao sinal do avaliador, o aluno deverá lançar a bola à maior distância possível, mantendo as costas apoiadas na parede. A distância do arremesso será registrada a partir do ponto zero até o local em que a bola tocou no solo pela primeira vez. Serão realizados dois arremessos, registrando-se para fins de avaliação o melhor resultado.

- Teste de abdominais em 1 minuto: o aluno avaliado se posiciona em decúbito dorsal (de barriga para cima) com os joelhos flexionados a 45º e com os braços cruzados sobre o tórax. O avaliador, com as mãos, segura os tornozelos do estudante fixando-os ao solo. Ao sinal, o aluno inicia os movimentos de flexão do tronco até tocar com os cotovelos nas coxas, retornando à posição inicial (não é necessário tocar com a cabeça no colchonete a cada execução). O aluno deverá realizar o maior número de repetições completas em 1 minuto.

- Teste de corrida de 20 metros: uma pista de 20 metros demarcada com três linhas paralelas no solo da seguinte forma: a primeira (linha de partida); a segunda, distante 20m da primeira (linha de cronometragem) e a terceira linha, marcada a dois metros da segunda (linha de chegada). A terceira linha serve como referência de chegada para o aluno na tentativa de evitar a desaceleração antes de cruzar a linha de cronometragem. O estudante parte da posição de pé, com um pé avançado à frente imediatamente atrás da primeira linha (linha de partida) e será informado que deverá cruzar a terceira linha (linha de chegada) o mais rápido possível. Ao sinal do avaliador, o aluno deverá deslocar-se, o mais rápido possível, em direção à linha de chegada. O avaliador deverá acionar o cronômetro quando o avaliado, ao dar o primeiro passo, toque o solo pela primeira vez com um dos pés além da linha de

partida. O cronômetro será travado quando o aluno, ao cruzar a segunda linha (linha de cronometragem), tocar pela primeira vez ao solo.

4.12 TRATAMENTO DOS DADOS

Três análises foram utilizadas. Na primeira comparou-se as diferenças entre as médias e o tamanho do efeito através do Teste t de Student pareado e do D de Cohen. Na segunda abordagem, através do ANCOVA, se verificou a probabilidade dos efeitos da Maturação Somática (SARAH et al., 2015) sobre as variáveis dependentes. Na terceira abordagem, comparou-se, através do Teste dos Postos Sinalizados de Wilcoxon, a ocorrência de alunos de futebol que migraram da Zona Saudável para a Zona de Risco após período de distanciamento social.

4.13 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Esta pesquisa é parte de um projeto maior: Alterações na rotina e na aptidão física de escolares brasileiros durante a pandemia de covid-19, após a retomada das aulas presenciais e seus desdobramentos sobre indicadores de saúde. O projeto é realizado pelo Grupo PROESP-Br, sob a coordenação dos Drs. Adroaldo Gaya e Anelise Gaya, está aprovado pelo Comitê de Ética da UFRGS com o parecer 5.020.687.

São os seguintes os principais procedimentos éticos desta pesquisa:

Os sujeitos da pesquisa são alunos da modalidade de futebol da Escola Municipal de Esportes de Garopaba-Sc. Todos os procedimentos deste projeto estão em conformidade com o projeto maior submetidos à análise e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Humanos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Todas as formalidades quanto aos termos de concordância da escola de esportes, dos professores colaboradores, termos de consentimento livre e esclarecido por parte dos pais e responsáveis e termos assentimento dos alunos foram realizadas na primeira avaliação em 2019 e novamente realizada na segunda avaliação em 2021. A participação foi de caráter voluntário. Os prováveis riscos referem-se às atividades inerentes à prática esportiva tais como, sensação de fadiga, lesões advindas de quedas e desconforto muscular provenientes do esforço físico.

Os principais benefícios do projeto se configuram na definição de um perfil descritivo e comparativo sobre os prováveis efeitos do distanciamento social imposto pela pandemia de Covid-19 e do retorno às aulas presenciais sobre a aptidão física dos alunos e os prováveis desdobramentos sobre a saúde.

Tais informações permitem aos professores, aos pais ou responsáveis e aos órgãos de gestão da escola de futebol e secretarias de educação obterem subsídios para o planejamento de efetivas ações e intervenções pedagógicas e de políticas educacionais no âmbito da promoção da saúde no âmbito escolar. Para fins de publicações em forma de trabalhos científicos, manteremos o anonimato dos participantes.

Um parecer descritivo com os principais resultados será entregue para todos os professores e gestores, que poderão encaminhá-lo aos pais/responsáveis das crianças. Os pais/responsáveis, se assim desejarem, terão acesso aos coordenadores do projeto para orientações através de atendimento individualizado, bem como explicações e orientações sobre os benefícios da manutenção de hábitos de vida saudáveis. O projeto atende as normas da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Para esclarecer qualquer dúvida sobre o desenvolvimento deste trabalho, os interessados poderão entrar em contato o professor de educação física responsável: Professor Ricardo Teixeira Ferreira pelo telefone (48) 84469259 ou E-mail Ricardo_carlao@hotmail.com: ou com os coordenadores do projeto “guarda-chuva”: Prof. Dr. Adroado Gaya, pelo telefone: (51)981959570 ou pelo e-mail: acgaya@esef.ufrgs.br, e/ou Profª. Dra. Anelise Reis Gaya pelo telefone (51)999242909 ou pelo email: anegaya@gmail.com ou diretamente com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS pelos telefones (51)33083738 ou E-mail: etica@propesq.ufrgs.br.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Análise de Covariância para identificar os efeitos da maturação somática sobre os resultados antes e pós distanciamento social sobre as variáveis de aptidão física ficou prejudicada tendo em vista que os índices de correlação entre a maturação somática (MS) e as variáveis dependentes foram insignificantes ($r^2=0,07$ para arremesso do *medicineball* e IMC; $r^2=0,01$ para RCE; $r^2=0,01$ para 6 Min; $r^2= 0,003$ para sentar-alcançar; $r^2= 0,009$ para *Sit-up's* e $r^2= 0,01$ para 20 metros). Salienta-se que a correlação entre as variáveis dependentes e a variável interveniente é o primeiro pressuposto exigido para utilização da ANCOVA. Portanto, pode-se concluir que a maturação somática não se associou aos resultados das variáveis da aptidão física.

SOBRE AS VARIÁVEIS RELACIONADAS À SAÚDE CARDIOVASCULAR.

Apresentaremos a seguir os resultados deste estudo relacionado à saúde cardiovascular em três tabelas, logo após discutiremos os resultados juntamente com outros autores.

A tabela 2 apresenta os resultados obtidos em 2019 e 2021: Média e desvio-padrão nas avaliações pré e pós distanciamento social, tamanho de efeito através do D de Cohen, valor de t e nível de significância das variáveis de aptidão física relacionadas à saúde. A amostra foi pareada por idade, sexo, índice de massa corporal (IMC) e estatura.

TABELA 2 – Resultados das análises estatísticas inferências das variáveis de aptidão física relacionadas à saúde cardiovascular entre 2019(período do distanciamento social) e 2021 (após retomada das atividades da escola de esportes)

	Variáveis	N.	Média e DP 2019	Média e DP 2021	D de Cohen	Valor de t	Sig. p<0,05
Saúde cardiovascular	IMC	60	17,5±3,3	19,1±(3,9)	0,54	4,251	0,000
	RCE	60	0,431±0,04	0,470±(0,05)	0,84	6,738	0,000
	6 Min.	60	940,8 ±155,9	863,2±173,1	0,41	3,18	0,002

N: número; DP: desvio Padrão; IMC: índice de massa corporal; RCE: relação cintura quadril.

FONTE: Dados do autor, 2022.

A tabela 3 descreve em valores absolutos e percentuais a mudança de postos entre zona saudável e zona de risco de alunos da escola de futebol nas variáveis relacionadas à saúde cardiovascular entre os anos de 2019 e 2021.

TABELA 3- Ocorrência de alunos na zona saudável e de risco nas variáveis associadas à doença cardiovascular em valores absolutos e percentuais

		IMC		RCE		6MIN	
		V. abso.	%	V.abso.	%	V.abso.	%
2019	Zona saudável	52	86,7	56	93,3	44	73,3
	Zona de risco	8	13,3	4	6,7	16	26,7
2021	Zona saudável	46	76,6	47	78,3	28	46,6
	Zona de risco	14	23,3	13	21,7	32	53,4

IMC: índice de massa corporal; RCE: relação cintura quadril; V: valor.

FONTE: Dados do autor, 2022.

A tabela 4 apresenta a ocorrência em valores absolutos e percentuais dos alunos da escola de futebol na zona de risco à saúde cardiovascular, a ocorrência de alunos que migraram para a zona de risco após período de distanciamento social e o nível de significância estatística através do Teste dos Postos Sinalizados de Wilcoxon.

TABELA 4- Ocorrência em valores absolutos e percentuais de alunos na zona de risco, de alunos que migraram da zona saudável para zona de risco cardiovascular após período de distanciamento social e valor de p através do Teste de Wilcoxon

	IMC		RCE		6Min	
	V.abs.	%	V. abs.	%	V. abs.	%
ZR 2019	8	13,3	4	6,7	16	26,7
ZR 2021	14	23,3	13	21,7	32	53,4
Diferença	6	10	9	15	16	26,6
Nível de Sig.	0,03		0,001		0,02	

IMC: índice de massa corporal; RCE: relação cintura quadril.; V: valor.

FONTE: Dados do autor, 2022.

A partir dos dados das tabelas 2, 3 e 4, constatou-se que a medida da RCE foi a mais afetada, com um tamanho de efeito de 0,84 considerado grande e um $p = 0,000$. Na análise das mudanças de postos (zona saudável para zona de risco) 15% dos alunos migraram da zona saudável para a zona de risco.

Na medida de IMC, o distanciamento social teve um efeito médio (0,54), e um $p = 0,000$. Na análise sobre as mudanças de postos, 10% dos alunos migraram da zona saudável para a zona de risco.

No teste de corrida/caminhada dos 6 minutos, o distanciamento social teve um efeito pequeno (0,41) com um $p = 0,002$. Salienta-se que embora o tamanho do efeito do teste da corrida/caminhada de 6 minutos seja menor que os valores de RCE e IMC, não obstante, foi suficiente para ter um maior impacto sobre a mudança de postos entre zona saudável e zona de risco. A ocorrência foi de 26% dos alunos que migraram da zona saudável para zona de risco.

Os resultados dessa pesquisa apontam um significativo impacto do distanciamento social imposto pela pandemia de Covid-19 sobre as variáveis de aptidão física relacionadas à saúde cardiovascular. Observa-se que nos três indicadores de risco houve diferença estatisticamente significativa nas médias

antes a após o período do distanciamento. Da mesma forma, ocorreu uma migração da zona saudável para a zona de risco de 10% para o IMC, 15% para RCE e 26,6% para 6 Min.

Tais resultados coincidem com os resultados das pesquisas de Tsoukos et al. (2022), realizada na Grécia e de Rúa-Alonso et al. (2022) na Espanha, onde participaram do estudo 293 (duzentos e noventa e três) alunos do sexo masculino e feminino, que cursaram a quarta série do ensino médio durante os anos de 2016–2017, no qual, os resultados revelam que um lockdown de cinco meses influenciou negativamente a aptidão física de estudantes adolescentes. A presente pesquisa evidencia um elevado número de crianças em risco à saúde.

Assim como no estudo realizado por Lemes et al. (2020), onde foram avaliados 288 crianças com idades entre 6 e 11 anos, em uma escola estadual, na qual os valores variaram de 11% até 59%. Com maior risco no IMC das crianças entre 6-8 anos em relação àquelas com 9-11 anos. Os resultados também apresentavam maiores risco a APC nas crianças mais velhas.

Os resultados do estudo apresentado por Monteiro et al. (2021), na qual tinham como objetivo descrever o comportamento de atividade física em 146 cadetes-alunos no período de isolamento social, e conhecer o impacto desse confinamento na aptidão física, sugerem que na ausência/redução da atividade física sistemática, os cadetes-alunos tiveram um acréscimo significativo na percentagem de massa gorda, e um decréscimo acentuado da capacidade aeróbia, força superior e potência na qual corrobora com os resultados da presente pesquisa.

Os resultados dos testes realizados por Mella 2021 cujo principal objetivo era avaliar os níveis de aptidão física em estudantes do 3º a 5º ano de uma escola municipal da cidade de Relvado (RS). No primeiro teste, os dados foram sobre aptidão cardiorrespiratória das crianças. Neste exercício, 50% do grupo obtiveram um desempenho razoável. O grupo masculino do 5º ano foi o único que alcançou uma média fraca. Como as meninas do 3º e 4º ano possuem a média de IMC acima do nível saudável, os números poderiam ter relatado um desempenho inferior aos demais. Porém, não foi o que aconteceu. O mesmo pode ser visto em outro artigo que mediu a aptidão cardiorrespiratória de crianças.

O estudo de Reis et al. (2017), avaliou estudantes de 7 a 10 anos de uma escola de Florianópolis. No artigo, menciona que os resultados também mostraram baixa aptidão cardiorrespiratória nas crianças, independente da massa corporal dos indivíduos, o que corrobora com os resultados apresentados neste estudo.

De acordo com Bergmann et al. (2005) em seu estudo sobre o monitoramento da aptidão física de escolares, a falta da prática de atividades tem total relação com o aumento do tecido gorduroso no corpo humano e o aumento do risco de problemas cardiovasculares em indivíduos. Sendo assim, fica clara a importância de monitorar a aptidão física de qualquer pessoa, independentemente da idade. No caso deste artigo, o monitoramento da aptidão física de crianças é ainda mais importante. Isso acontece, pois, a pandemia mundial de 2020-2021 fez com que as crianças de todo o planeta ficassem em casa sem exercícios ao invés de praticar a rotina física de atividades escolares (Ferreira et al., 2020).

SOBRE AS VARIÁVEIS RELACIONADAS À SAÚDE MUSCULOESQUELÉTICA

Apresentaremos a seguir os resultados deste estudo relacionado à saúde musculoesquelética em três tabelas, logo após discutiremos os resultados juntamente com outros autores.

A tabela 5 apresenta os resultados obtidos em 2019 e 2021: Média e desvio-padrão nas avaliações pré e pós distanciamento social, Tamanho de efeito através do D de Cohen, valor de t e nível de significância das variáveis de aptidão física relacionadas à saúde. A amostra foi pareada por idade, sexo, índice de massa corporal (IMC) e estatura.

TABELA 5 – Resultados das análises estatísticas inferências das variáveis de aptidão física relacionadas à saúde musculoesquelética entre 2019(período do distanciamento social) e 2021 (após retomada das atividades da escola de esportes)

	Variáveis	N.	Média e DP 2019	Média e DP 2021	D de Cohen	Valor de t	Sig. p<0,05
Saúde							
Musculoesquelética	Sentar-alcançar	60	32,4±7,5	36,6 ±7,5	0,67	3,156	0,003
	Abdominal em 1 minuto	60	36,0 ±9,7	29,6 ±8,7	0,53	4,170	0,000

N: número; DP: desvio Padrão.

FONTE: Dados do autor, 2022.

A tabela 6 descreve em valores absolutos e percentuais a mudança de postos entre zona saudável e zona de risco de alunos da escola de futebol nas variáveis relacionadas à saúde músculo esquelética entre os anos de 2019 e 2021.

TABELA 6– Ocorrência de alunos na zona saudável e de risco nas variáveis associadas à doença musculoesquelética em valores absolutos e percentuais

		Força abdominal		Flexibilidade	
		V. abso.	%	V. abso.	%
2019	Zona saudável	38	63,3	39	65
	Zona de risco	22	36,7	21	35
2021	Zona saudável	20	33,3	48	80
	Zona de risco	40	66,7	12	20

V: valor.

FONTE: Dados do autor, 2022.

A tabela 7 apresenta a ocorrência em valores absolutos e percentuais dos alunos da escola de futebol na zona de risco à saúde musculoesquelética, a ocorrência de alunos que migraram para a zona de risco após período de distanciamento social e o nível de significância estatística através do Teste dos Postos Sinalizados de Wilcoxon.

TABELA7–Ocorrência em valores absolutos e percentuais de alunos na zona de risco, de alunos que migraram da zona saudável para zona de risco cardiovascular após período de distanciamento social e valor de p através do Teste de Wilcoxon

	Abdominal		Flexibilidade*	
	V.abs.	%	V. abs.	%
ZR 2019	22	36,7	21	35,0
ZR 2021	40	66,7	12	20,0
Diferença	18	30,0	9	15,0
Nível de Sig.	0,001		0,000	

ZR: zona de risco; V: valor

FONTE: Dados do autor, 2022.

Diante dos dados apresentados nas tabelas 5, 6 e 7 observou-se que o teste de força/resistência abdominal, com o impacto do distanciamento social, teve um tamanho de efeito médio (0,53) com um $p=0,000$, e uma percentagem de 38,3% de alunos que migraram da zona saudável para a zona de risco. Portanto, é correto conjecturar que o distanciamento social teve efeito prejudicial no desempenho do teste de força/resistência abdominal.

Resultado inesperado ocorreu com a variável flexibilidade (teste sentar-alcançar). Os efeitos foram de média magnitude (0,67), com um $p=0,003$, porém, sugerindo um aumento dos níveis de flexibilidade. Ou seja, o distanciamento social parece ter favorecido o aumento da flexibilidade, conclusão que surpreende principalmente pela dificuldade em justificá-lo. A maturação somática poderia ser a causa deste desempenho, todavia, a correlação entre maturação somática e flexibilidade foi muito baixa ($r^2=0,002$), o que permite conjecturar que não houve efeito da maturação somática com o desempenho da flexibilidade.

Os resultados da pesquisa de Tsoukos et al. (2022) não detectaram diferenças na flexibilidade entre as meninas, apenas no sexo masculino houve diferença estatisticamente significativa, mas, ainda assim, tais diferenças apontam para a redução dos níveis de desempenho e não no aumento significativo da flexibilidade como ocorreu na presente pesquisa.

Pacheco (2022) ao analisar a prática da educação física e atividades físicas no período de isolamento social na pandemia da Covid-19 em 30 crianças de uma escola na cidade de Florianópolis, ao verificar seus resultados constatou que ocorreu um impacto negativo para tais práticas corporais, assim como as mencionadas nessa pesquisa.

Em um estudo realizado por Mella (2021), já citado anteriormente, em seus resultados para os testes de Agilidade e Flexibilidade, obteve-se um ótimo resultado geral. No primeiro, grande parte do grupo alcançou uma performance boa ou muito boa, sendo que apenas o grupo feminino do quinto ano alcançou uma média razoável. Podemos ver um resultado parecido em outro estudo do mesmo gênero.

No estudo de Joaquim, Santos e Rosa (2017), os meninos também tiveram um desempenho ligeiramente melhor que as meninas no quesito de agilidade. No teste de flexibilidade (sentar e alcançar), também é possível ver um dos melhores desempenhos entre todos os realizados. A maioria dos grupos alcançou uma performance muito boa. Isso comprova o quanto a flexibilidade existe com grande presença nas crianças mais jovens. Podemos ver o mesmo resultado no estudo de Martins-Costa et al. (2015). Nele, os autores mensuram a flexibilidade em crianças e adolescentes. De forma

geral, os resultados mostraram que os participantes mais jovens obtiveram resultados melhores do que os mais velhos. Resultados divergentes aos apresentados na presente pesquisa.

SOBRE AS VARIÁVEIS RELACIONADAS À SAÚDE ÓSSEA

Apresentaremos a seguir os resultados deste estudo relacionado à saúde óssea em três tabelas, logo após discutiremos os resultados juntamente com outros autores.

A tabela 8 apresenta os resultados obtidos em 2019 e 2021: Média e desvio-padrão nas avaliações pré e pós distanciamento social, Tamanho de efeito através do D de Cohen, valor de t e nível de significância das variáveis de aptidão física relacionadas à saúde. A amostra foi pareada por idade, sexo, índice de massa corporal (IMC) e estatura.

TABELA 8 – Resultados das análises estatísticas inferências das variáveis de aptidão física relacionadas à saúde óssea entre 2019(período do distanciamento social) e 2021 (após retomada das atividades da escola de esportes)

	Variáveis	N	Média e DP 2019	Média e DP 2021	D de Cohen n	Valor de t	Sig p<0,05
Saúde Óssea	Corrida de 20 metros	60	4,13 ± 1,3	4,38 ± 0,6	0,17	1,634	0,187
	Arremesso <i>medicineball</i>	60	234,7 ± 78,8	286,6 ± 97,1	0,52	4,080	0,000

N: número; DP: desvio Padrão.

FONTE: Dados do autor, 2022.

A tabela 9 descreve em valores absolutos e percentuais a mudança de postos entre zona saudável e zona de risco de alunos da escola de futebol nas variáveis relacionadas à saúde óssea entre os anos de 2019 e 2021.

TABELA 9– Ocorrência de alunos na zona saudável e de risco nas variáveis associadas à doença óssea em valores absolutos e percentuais

		Arremesso do MB		Velocidade	
		V. abso	%	V. abso	%
2019	Zona saudável	19	31,7	36	60
	Zona de risco	41	68,3	24	40
2021	Zona saudável	47	78,3	18	30
	Zona de risco	13	21,7	42	70

MB: *medicineball*; V; valor.

FONTE: Dados do autor, 2022.

A tabela 10 apresenta a ocorrência em valores absolutos e percentuais dos alunos da escola de futebol na zona de risco à saúde óssea, a ocorrência de alunos que migraram para a zona de risco após período de distanciamento social e o nível de significância estatística através do Teste dos Postos Sinalizados de Wilcoxon.

TABELA10 - Ocorrência em valores absolutos e percentuais de alunos na zona de risco, de alunos que migraram da zona saudável para zona de risco cardiovascular após período de distanciamento social e valor de p através do Teste de Wilcoxon

	Arremesso MB		Velocidade	
	V. abs.	%	V. abs.	%
ZR 2019	41	68,3	24	40
ZR 2021	13	21,7	42	70
Diferença	28	46,6	18	30
Nível de Sig.	0,000		0,001	

ZR: zona de risco; MB: *medicineball*.

FONTE: Dados do autor, 2022.

Para os dados apresentados nas tabelas 8, 9 e 10 o teste de arremesso do *medicineball*, com impacto do distanciamento social teve um tamanho de efeito médio (0,52) com um $p=0,000$, e uma percentagem de 46,6 % de alunos quem migraram da zona de risco para a zona saudável. Tal como ocorreu com flexibilidade no teste sentar-alcançar, os resultados do arremesso de *medicineball*

surpreendem. As evidências sugerem que a força explosiva de membros superiores melhorou significativamente após o período de distanciamento social, sendo este um resultado inesperado, tal como ocorreu com a variável flexibilidade. Conjecturando que tais efeitos decorressem da maturação somática, foi realizada uma análise de covariância assumindo a maturação somática como variável interveniente. Os resultados mostraram que a correlação estatística é muito baixa ($r^2 = 0,07$) entre as variáveis, o que permite sugerir que tal resultado independe dos efeitos da maturação somática.

No teste da corrida de velocidade em 20 metros, o tamanho do efeito é muito pequeno (0,17) e o $p = 0,187$ indica que não há diferenças estatisticamente significativas. Todavia, na análise de Wilcoxon, os resultados apontam que 30% dos alunos migraram da zona de risco para a zona saudável ($p = 0,001$). Tais resultados sugerem que o período de distanciamento social não teve impacto prejudicial sobre a saúde óssea.

Segundo Gallahue; Ozmun; Goodway 2013 é na fase de proficiência, que as habilidades motoras fundamentais estão maduras e dependem da prática contínua, através de estímulos e instruções, para que se tornem cada vez melhores. No estágio de transição, tais habilidades começam a ser aplicadas em ambientes esportivos e recreativos. Nesse momento as crianças apresentam maior precisão e controle na realização das tarefas motoras. É comum, nessa faixa etária, que as crianças fiquem ativamente envolvidas na descoberta e no rápido aprendizado, podendo ser considerado um momento crítico para o desenvolvimento motor das crianças, que depende dos estímulos que, em função do isolamento, podem não ter acontecido.

No estudo realizado por Becker e Costa 2020, que teve como objetivo verificar a percepção da aptidão física e atividade física entre adolescentes do sexo masculino de 11 a 13 anos de idade que praticam educação física escolar e os que praticavam futsal extracurricular regularmente antes da pandemia do Covid19. A amostra foi composta por 20 alunos. Do total de alunos que praticam futsal extracurricular, 4 adolescentes responderam que praticam a modalidade de 4 a 5 dias na semana. Silva et. al. (2017) ao realizarem uma pesquisa com adolescentes entre 13 e 17 anos de uma escola particular da cidade de Caucaia (CE), verificando de que forma a frequência de dias praticando futsal iria interferir na melhora da aptidão física. Foi possível demonstrar que os adolescentes que praticavam a modalidade durante 5 dias semanais apresentaram melhores resultados em todos os testes realizados. Esses resultados corroboram que a prática regular de modalidades esportivas auxilia na melhora dos componentes da aptidão física. O que corrobora com o resultado apresentado por este estudo.

No teste de velocidade, no estudo realizado Mella (2021), todos os grupos tiveram o mesmo resultado: desempenho fraco em relação à média do PROESP-BR. Como os dados foram menores do que os demais, eles foram comparados com o texto produzido por Melo, Takehara e Ximenes (2019). Nele, as crianças participantes mostraram um desempenho completamente diferente. No estudo citado, 91% das meninas de 8 anos e 100% das meninas de 9 anos tiveram resultado dentro dos padrões ideais estabelecidos pelo PROESP-BR. As turmas femininas do 3º e 4º ano alcançaram uma boa média, sendo que apenas o 5º ano teve uma performance fraca.

Essa superioridade feminina, porém, não foi comprovada no estudo de Luguetti, Ré e Böhme (2010). Nele, os meninos tiveram uma performance superior à do grupo feminino. Já no que se refere à potência de membros superiores (arremesso de *medicineball*), quase todos os grupos tiveram um desempenho fraco ou razoável. Apenas os meninos do último ano tiveram uma boa performance. Também podemos comparar este resultado com os dados obtidos pelo estudo de Melo, Takehara e Ximenes (2019). Nele, as crianças realizaram o mesmo teste de *medicineball* e os resultados foram bastante similares. Neste estudo mencionado, os alunos estudados também tiveram performances insatisfatórias e dentro do padrão considerado razoável/bom.

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo confirmam que o período de afastamento social imposto pela pandemia de Covid-19 teve impacto importante sobre a saúde cardiovascular nos alunos de futebol da Escola de Esportes de Garopaba-SC.

Os resultados permitem concluir que:

- (1) Houve aumento significativo e com magnitude de efeito médio para as médias do IMC;
- (2) Houve aumento significativo e com tamanho de efeito grande para as médias da RCE;
- (3) Houve diminuição significativa e de tamanho pequeno para as médias no teste dos 6min;
- (4) Não houve correlação entre as medidas de Maturação Somática com as variáveis dependentes: IMC, RCE e 6min.

Considerando o perfil da ocorrência de alunos na zona saudável e de risco antes e após o período de distanciamento social, os resultados indicam que:

- (5) Na medida de IMC, 10% dos alunos migraram da zona saudável para zona de risco;
- (6) Na medida de RCE, 15% dos alunos migraram da zona saudável para zona de risco;

(7) No teste de corrida e caminhada de 6min, 26% dos alunos migraram da zona saudável para zona de risco;

Quanto aos resultados sobre a saúde musculoesquelética verifica-se que os dados são inconclusivos na medida em que houve incongruência entre os dois indicadores de aptidão física.

(8) Se, por um lado, a variável força abdominal representada pelo teste de situp's teve um tamanho de efeito médio (0,53) com um $p=0,000$, e uma percentagem de 38,3% de alunos que migraram da zona saudável para a zona de risco, o que permite conjecturar que o distanciamento social teve efeito prejudicial na performance do teste de força/resistência abdominal.

(9) Por outro lado, resultado inesperado ocorreu com a variável flexibilidade (teste sentar-alcançar): os efeitos foram de média magnitude (0,67), com um $p=0,003$, todavia, sugerindo um aumento dos níveis de flexibilidade. Ou seja, o resultado sugere que o distanciamento social teria favorecido o aumento da flexibilidade, conclusão que surpreende principalmente pela dificuldade em justificá-la.

(10) Conjecturou-se que a maturação somática poderia ser a causa deste desempenho, contudo, a correlação entre maturação somática e flexibilidade foi muito baixa ($r^2=0,002$) e estatisticamente não significativa; o que permite conjecturar que não houve efeito da maturação somática com o desempenho da flexibilidade.

Os resultados sobre as variáveis de saúde óssea indicam:

(11) No teste de arremesso do medicineball, o impacto do distanciamento social teve um tamanho de efeito médio (0,52) com um $p=0,000$, e uma percentagem de 46,6 % de alunos que migraram da zona de risco para a zona saudável.

(12) No teste da corrida de velocidade em 20 metros, o tamanho do efeito é muito pequeno (0,17), e o $p=0,187$ indica que não há diferenças estatisticamente significativas. Entretanto, na análise de Wilcoxon os resultados apontam que 30% dos alunos migraram da zona de risco para a zona saudável ($p=0,001$).

(13) Em relação às variáveis de força através do arremesso do medicineball e de velocidade através da corrida de 20 metros, especulou-se sobre o possível efeito da maturação somática. Hipótese descartada na medida em que as correlações com as variáveis dependentes não foram estatisticamente significativas e os valores de correlação foram muito baixos ($R^2=0,07$ para o arremesso; e $r^2=0,187$ para a velocidade).

(14) Tais resultados sugerem que o período de distanciamento social não teve impacto prejudicial sobre a saúde óssea.

(15) Portanto, considerando os resultados gerais desta pesquisa, se pode concluir com forte evidência empírica que o período de distanciamento social imposto pela Covid-19 trouxe prejuízos significativos sobre a saúde cardiovascular dos analisados.

(16) Todavia, os resultados incongruentes entre as variáveis de saúde musculoesquelética (sentar-alcançar e situp's) e saúde óssea (arremesso do medicineball e corrida de velocidade em 20 metros) não permitem afirmar que o período de distanciamento social teve impacto negativo sobre essas variáveis nos alunos de futebol da Escola Municipal de Esportes de Garopaba-SC.

7 REFERÊNCIAS

- ANTUNES, B. B. P. et al. Progressão dos casos confirmados de COVID-19 após implantação de medidas de controle. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. n. 32, v 2, p. 213-223, 2020.
- ASHWELL, M. HSIEH, S. D. Six reasons why the waist-to-height ratio is a rapid and effective global indicator for health risks of obesity and how its use could simplify the international public health message on obesity. *International journal of food sciences and nutrition*, n. 5, v. 56, p. 303-307, 2005.
- BECKER, P. N.; COSTA, S. A.; PERCEPÇÃO DA APTIDÃO FÍSICA E ATIVIDADE FÍSICA DE ESCOLARES E PRATICANTES DE FUTSAL. TCC. (Graduação em Educação Física Licenciatura). Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL. 2020.
- BERGMANN GG, Araújo MLB, Garlipp DC, Lorenzi TDC, Gaya A. Alteração anual no crescimento e na aptidão física relacionada à saúde de escolares. *Rev. Bras. Cineantropom Desempenho Hum*; n. 7, (v. 2): p. 55-61, 2005.
- BERTOLLO, D. R. V. Aptidão física relacionada à saúde de escolares da EMEF Maria De Lourdes Freitas de Andrade Charqueadas-RS. *Brazilian Journal of Development*, n. 2, v. 7, p. 15892-15904, 2021.
- BERGMANN, G. G. Aptidão Física relacionada à saúde cardiovascular: proposição de pontos de corte para escolares brasileiros. 142 f. Tese (Doutorado). Escola de Educação Física, Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
- BURGOS, M. S. REUTER, C. P. TORNQUIST, L. PICCIN, A. S. RECKZIEGEL, M. B. POHL, H. H. et al. Health-related physical fitness profile of children and adolescents aged 7-17. *J. Heal Sci Inst*, n. 871 (v. 30): p. 171-175, 2012.
- CARSON, V. HUNTER, S. KUZIK, N. GRAY, C. E. POITRAS, V. J. CHAPUT, J. P. et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth: an update. *Appl Physiol Nutr Metab*, 41: S240–65, 2016.
- CAMPELO, V. C. R. SANTANA, S. L. LIMA, O. S. G. BRITO, F. F. D. SILVA, P. L. ALMEIDA, F. J. F. NASCIMENTO, A. M. Impacto da Pandemia na Qualidade de Vida de Integrantes do Ensino Superior do Maranhão. *RECIMA21. Revista Científica Multidisciplinar*. ISSN 26756218. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/522/465>. Acesso em: 15 abr. 2022.
- CHEVAL, B. Relationships between changes in self-reported physical activity, sedentary behaviors and health during the coronavirus (COVID-19) pandemic in France. *Journal of Sports Science*. V. 39, n. 6, p. 699-704, 2020.
- COSTA, C. L. A. COSTA, T. M. BARBOSA FILHO, V. C. et al. Influência do distanciamento social no nível de atividade física durante a pandemia do COVID-19. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. v. 25, e0123, 2020.
- DE SOUZA, F. R. MOTA-SANTOS, D. SOARES, D. S. et al. Physical activity decreases the prevalence of COVID-19-associated hospitalization. *Brazil Extrastudy*. n. preprint reports, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1101/2020.10.14.20212704>. Acesso em: 15 mar. 2022.

ELESBÃO, H. RAMOS, R.E. SILVA, O.J. BORFE, L.A influência da Atividade Física na Promoção da Saúde em Tempos de Pandemia de COVID-19: uma revisão narrativa. v. 3, n. 4 –Out./Nov. 2020. Disponível em:<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/16107>. Acesso em: 15mar. 2022.

FALAVIGNA, M. et al. Diretrizes para o tratamento farmacológico da COVID-19. Consenso da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, da Sociedade Brasileira de Infectologia e da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. n. 32, v 2, p. 166-196, 2020.

FERREIRA, M. J. IRIGOYEN, M. C. CONSOLIM-COLOMBO, F. SARAIVA, J. F. K. ANGELIS, K. Vida Fisicamente Ativa como Medida de Enfrentamento ao COVID-19. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. n. 114, v. 4, p. 601-602, 2020.

GALLAHUE,D.L.;OZMUN,J.C.;GOODWAY,J.C.Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos. [S.l: s.n.].v.7

GAROPABA, Escola Municipal de Esportes, Lei n. 2043/2017.

GAYA, A. R. et al. Temporal trends in physical fitness and obesity among Brazilian children and adolescents between 2008 and 2014. Journal of Human Sport and Exercise, n. 3, v. 15, p. 549–558, 2020.

GAYA, A. R. GAYA, A. PEDRETTI, A.MELLO, J.Projeto Esporte Brasil: Manual de Medidas, Testes e Avaliações. 5. ed. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2021. Ebook.

GAYA, A.& Colaboradores. Educação Física: ordem, caos e utopia. Belo Horizonte: Casa da Educação Física, 2014.

GAYA, A. PROESP-BR. Projeto Esporte Brasil - Indicadores de Saúde e fatores de prestação esportiva em crianças e jovens. Manual de Aplicação de Medidas e Testes Somatomotores. Revista Perfil, ano IV; 06; 2002.

GAYA, A. & GAYA, A.R. Relato de Experiência: Roteiros para elaboração de trabalhos de conclusão de cursos de licenciatura. Curitiba: CRV, 2018.

GAYA, A. et al. Projetos de pesquisa científica e pedagógica: O desafio da iniciação científica. Belo Horizonte: Casa da Educação Física, 2016.

GRECA, J.P.A. et al. Physical fitness and health-related quality of life im brazilian adolescents: a cross-sectional study. Hum. Mov. n.19(v.2) p. 3-10, 2018.

JOAQUIM AG, SANTOS AR, ROSA LF. Correlação entre nível de flexibilidade e desempenho na agilidade em escolares de 7 a 10 anos: um estudo transversal. Rev Bras Prescrição Fisiologia Exercício (RBPFE);n.11(v.71):p.997-1005,2017.

LADDU, D. R. et al. Physical activity for immunity protection: Inoculating populations with healthy living medicine in preparation for the next pandemic. Progress in Cardiovascular Diseases, [s. l.], p. 1–3, 2020.

LEMES, V. GAYA, R. A. GAYA, A.C.A. Confiabilidade de um escore de aptidão física autorrelatada em 2020 e associação com a aptidão física no ano de 2019. A Pandemia de Covid -19 na Amazonia e no mundo; Desafios e Perspectivas.

LEMO, A. T. Dor lombar e alteração do equilíbrio sagital pélvico em escolares: ocorrências e fatores associados. 83 f. Tese (Doutorado). Escola de Educação Física, Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

LORENZI, T. C. Testes de Corrida/Caminhada de 6 e 9 minutos: Validação e Determinantes Metabólicos em Adolescentes. 105 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Educação Física, Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

LUGUETTI CN, RÉ AHN, BÖHME MTS. Indicadores de aptidão física de escolares da região centro-oeste da cidade de São Paulo. Rev Bras Cineantropometria Desempenho Humano; n.12:p.331-337, 2010.

MALTA, D. C. GOMES, C. S. BARROS, M. B. A. et al. The COVID-19 pandemic and changes in Brazilian adolescents' lifestyles. Scielo preprints. Section Health Sciences. Preprint / Version 1, 2021. DOI: 10.1590/1980-549720210012 e210012. Postado em: 10 de março de 2021.

MALTA, D. C. GOMES, C. S. BARROS, M. B. A. et al. Chronic non-communicable diseases and changes in lifestyles during the COVID-19 pandemic in Brazil. ScieloPreprints. Section Health Sciences. Preprint / Version 1, 2020. DOI: 10.1590/1980-549720210009 e210009. Postado em: 16 de dezembro de 2020.

MARTINS-COSTA HC, ARAÚJO SRS, LIMA FV, MENZEL HJ, FERNANDES AP, CHAGAS MH. Análise do perfil da flexibilidade de crianças e adolescentes mensurada por meio de dois testes. Journal of Physical Education; n.26(v.2):p.257-265; 2015.

MELLA, G. Níveis de aptidão física de escolares do 3º ao 5º ano do Ensino Fundamental: um estudo transversal. TCC (Graduação). Escola de Educação Física, Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

MELLO, J. H. P. Avaliação do impacto de um programa de educação física, com ênfase na atividade física, sobre aptidão física em escolares do 4º ano do ensino fundamental. 2016.

MELO PUG, TAKEHARA JC, XIMENES JM. Desempenho motor de escolares do 3.º ano do ensino fundamental de uma escola do município de Boa Vista-RR determinado pela bateria de testes do PROESP-BR. Rev Inst Ciências Saúde; n.37(v.2):p.146-150, 2019.

MONTEIRO, L. MASSUÇA, L. INFANTE, J. SEQUEIRA, A. SILVA, T. Atividade física em contexto de contenção social COVID-19 e impacto na aptidão física dos Cadetes-Alunos do MICP/CFOP do ISCPSI. Politeia. Ano XVIII – 2021, pp. 143-160.

MOORE, S. A., H. A. MCKAY, H. MACDONALD, L. NETTLEFOLD, A. D. G. BAXTER-JONES, N. CAMERON, and P. M. A. BRASHER. Enhancing a Somatic Maturity Prediction Model. Med. Sci. Sports Exerc., n. 8, v. 47, pp. 1755–1764, 2015.

MOREIRA, R. B. et al. Teste de sentar e alcançar sem banco como alternativa para a medida de flexibilidade de crianças e adolescentes. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, , n. 3, v. 14, p. 190-196, 2012.

NIEMAN, D. C. WENTZ, L. M. The compelling link between physical activity and the body's defense system. *Journal of Sport and Health Science*, n. 3, v. 8, p. 201–217, 2019.

ORTEGA, F. RUIZ, J. CASTILLO, M. SJÖTRÖM, M. Physical fitness in childhood and adolescence: a powerful marker of health. *International Journal of Obesity*. n.32(v.1):p.1-11, 2008.

ORTEGA, F. B. RUIZ, J. R. CASTILLO, M. J. Physical Activity, Physical Fitness, and Overweight in Children and Adolescents: evidence from epidemiologic studies. *Endocrinol Nutr.*, 2013.

RAIOL, R. A. Praticar exercícios físicos é fundamental para a saúde física e mental durante a Pandemia da COVID-19. *Brazilian Journal Health Review*, Curitiba, n.2, v. 3, p. 2804- 2813, mar./apr. 2020.

REIS MS, LISBOA T, ALEXANDRE JM, CAPISTRANO R, BELTRAME TS. Aptidão cardiorrespiratória associada ao índice de massa corporal em escolares entre 7 a 10 anos de idade. *Rev Bras Prescrição e Fisiologia do Exercício (RBPFE)*;n.11(v.64):p.122-127; 2017.

ROMAN-VIÑAS, B. et al. Proportion of children meeting recommendations for 24-hour movement guidelines and associations with adiposity in a 12-country study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, n.1, v.13, p. 123, 2016.

RÚA-ALONSO, M. RIAL-VÁZQUEZ, J. NINE, I. LETE-LASAR, J. CLAVAL, I.; GIRÁLDEZ-GARCIA, M.A. RODRIGUEZ-CORRAL, M. DOPICO-CALVO, X.; IGLESIAS-SOLER, E. Comparison of Physical Fitness Profiles Obtained before and during COVID-19 Pandemic in Two Independent Large Samples of Children and Adolescents: DAFIS Project. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2022, 19, 3963. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph19073963>. Acesso em: 20 maio 2022.

PACHECO, V.T. Atividade física antes e durante a pandemia do Covid-19 em estudantes de uma escola do município de Florianópolis. TCC (Graduação em Educação Física, Licenciatura), Universidade Federal de Santa Catarina -UFSC, Centro de Desportos - CDS, 2022.

SÁ, C. POMBO, A. LUZ, C. RODRIGUES, L. P. CORDOVIL, R. Covid-19 social isolation in Brazil: effects on the physical activity routine of families with children. *Paul Pediatr*, 2021; 39: e2020159. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2021/39/2020159>. Acesso em: 18 abr. 2022.

SARAH et al. Enhancing a Somatic Maturity Prediction Model. *Medicine & Science in Sport & Exercise*, 2015.

SILVA, V. C. T.; FRANCISCO A. A.; ALVES, F. R.; SOUZA, E. A. Análise da aptidão física entre adolescentes praticantes de futsal. *Revista Brasileira de Futsal e Futebol*, São Paulo. v.9. n.34. p.250-257. 2017. Disponível em: <http://www.rbff.com.br/index.php/rbff/article/view/496>

TSOUKOS, A. BOGDANIS, G.C. The Effects of a Five-Month Lockdown Due to COVID-19 on Physical Fitness Parameters in Adolescent Students: A Comparison between Cohorts. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 326. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph19010326>. Acesso em: 25 maio 2022.

WARBURTON, D. E. R. BREDIN, S. S. D. Health Benefits of Physical Activity: a systematic review of current systematic reviews. *Current Opinion in Cardiology*. n. 5, v. 32, p. 541-556, 2017.

APÊNDICE

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PAIS OU RESPONSÁVEIS

Ao responder e enviar este questionário você concorda que seu filho participe voluntariamente do estudo: *Alterações na rotina de escolares brasileiros durante a pandemia de covid-19 e seus desdobramentos sobre indicadores de saúde.*

Ao concordar você declara estar ciente que este estudo será desenvolvido pelos professores de educação física da escola de seu filho e que os dados obtidos serão utilizados para orientar os professores, pais e responsáveis sobre hábitos de vida saudáveis de crianças e adolescentes. Você está ciente que O presente projeto de pesquisa não apresenta riscos significativos para seu filho na medida em que os dados serão coletados através de procedimentos virtuais e serão mantidos sobre sigilos. Pequenos riscos como pequenas lesões e dores musculares podem ocorrer para as crianças com idade superior aos 6 anos que realizaram os testes de aptidão física do Proesp-Br, neste caso todos os cuidados e providências serão assumidas pelo professor de educação física responsável pelo escolar com apoio dos coordenadores do presente projeto. Você está ciente que os principais benefícios do projeto se configuram na definição de um perfil diagnóstico sobre os prováveis efeitos do distanciamento social sobre os hábitos de vida dos escolares e os desdobramentos sobre a saúde, permitindo aos professores, pais/responsáveis e órgãos de gestão informações para ações efetivas no âmbito da promoção da saúde de seu filho.

Por fim você estará ciente que para fins de publicações em forma de trabalhos científicos provenientes dos dados obtidos, todas as informações utilizadas manterão o absoluto sigilo dos indivíduos avaliados e das escolas ou instituições participantes.

Qualquer dúvida sobre o desenvolvimento deste projeto, você poderá entrar em contato com a escola e o professor de educação física responsável. Para possíveis esclarecimentos ou denúncias poderá contatar os coordenadores gerais do projeto Prof. Dra. Anelise Reis Gaya pelo telefone (51)999242909 ou pelo email: anegaya@gmail.com e/ou Prof. Dr. AdroaldoGaya, pelos seguintes telefones: (51) 98959570 ou pelo seguinte e-mail: acgaya@esef.ufrgs.br ou diretamente com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS pelos telefones (51)33083738 ou E-mail: etica@propesq.ufrgs.br

Atenciosamente.

ANEXO II

TERMO DE ASSENTIMENTO PARA OS ESTUDANTES

Caro estudante, você está sendo convidado para participar de uma pesquisa sobre os efeitos da pandemia de Covid 19 sobre suas atividades diárias. Seus pais permitiram que você participasse. Queremos saber sobre suas atividades do dia a dia: atividades físicas e esportivas, horas vendo TV e jogando no computador ou celular, horas brincando no pátio ou na rua com seus amigos, sobre sua alimentação e horas de sono. Tudo isso para avaliar sua saúde. Queremos auxiliar seus pais, seus professores e escola a cuidar bem de você e para isso suas respostas são importantes. Você deverá responder algumas perguntas que serão enviadas pelo seu professor pela internet e deverá retornar as respostas ao seu professor. Se tiver dificuldades para responder as perguntas peça auxílio para seus pais ou irmão mais velhos.

Se você tiver mais de 6 anos e já retornou as aulas presenciais, poderá participar dos testes das aulas de educação física ministradas por seu professor. São testes de correr, saltar e arremessar além das medidas de peso e altura. Os testes são seguros, mas poderão resultar em leves desconfortos como dores musculares provenientes dos exercícios. Caso aconteça algo errado, você pode falar com seu professor de educação física.

Seu professor tem o compromisso de não falar para outras pessoas, nem dar a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar o seu nome. Se você tiver alguma dúvida, você pode perguntar ao seu professor ou compartilhar com seus pais. Se quiser fazer uma queixa você pode telefonar ou enviar e-mail para o coordenador da pesquisa AdroaldoGaya, telefone (51)98959570, e-mail adroaldogaya@hotmail.com

Eu _____ aceito participar da pesquisa.

_____, ____ de _____ de _____. (Local) (Data)

Assinatura do menor Assinatura do (a) pesquisador (a)

Capítulo 11



10.37423/230507720

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DE CRIANÇAS FILHAS DE CATADORES E NÃO-CATADORES DO DISTRITO FEDERAL: ESTUDO COMPARATIVO.

Andrea Martins Dantas

Universidade de Brasília

Júlia Luz Camargos Mesquita

Universidade de Brasília

Danuze Batista Lamas Gravina

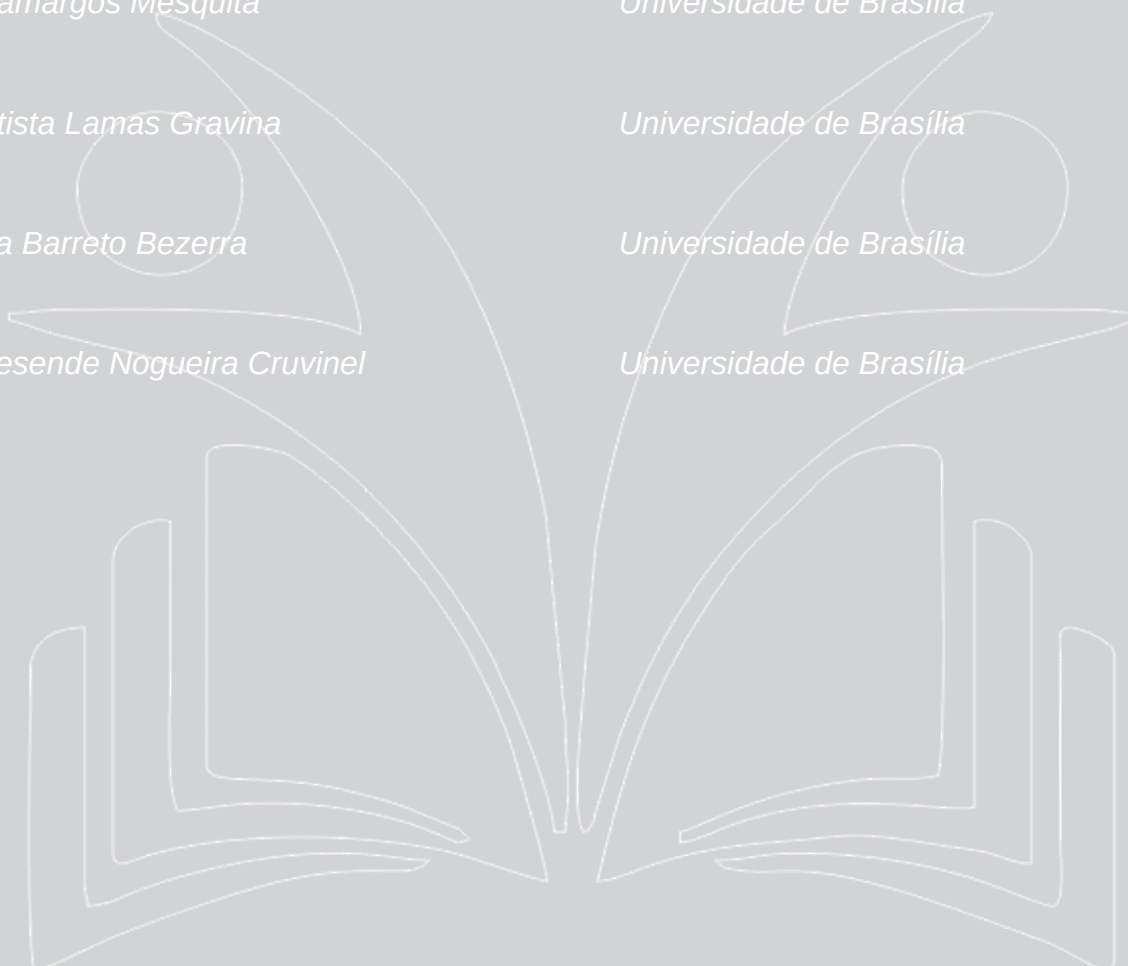
Universidade de Brasília

Ana Cristina Barreto Bezerra

Universidade de Brasília

Vanessa Resende Nogueira Cruvinel

Universidade de Brasília



Resumo: Segundo o Serviço de Limpeza Urbana do Distrito Federal, havia em 2017 cerca de 1.200 catadores que trabalhavam no lixão da Estrutural. Este era considerado o segundo maior lixão do mundo e o maior da América Latina. Esses trabalhadores têm na catação dos materiais recicláveis sua principal fonte de renda e estão expostos a todos os tipos de riscos ocupacionais devido ao manuseio de lixo orgânico, resíduos cortantes, resíduos hospitalares, resíduos de medicamentos e lixo eletrônico, além da contaminação ambiental do solo, ar e água. Além desses riscos, vivem com suas famílias em condições sociais muito vulneráveis, o que pode trazer impactos negativos para a saúde. Diante desse cenário, o objetivo deste trabalho é verificar se existe diferença significativa entre o perfil sociodemográfico e condições de saúde de crianças filhas de catadores e não filhas de catadores que moram em duas áreas vulneráveis do Distrito Federal. Para isso, foi conduzido um estudo do tipo transversal analítico, a coleta de dados foi realizada em escolas do DF da Cidade Estrutural (Grupo 1- G1) e da Ceilândia (Grupo 2- G2) por meio de um questionário aos pais. Ao total, 301 crianças participaram do estudo, sendo 195 do G1 e 106 do G2. Com relação aos dados de acesso à água tratada e contato direto com o lixo, houve diferença significativa entre os grupos, sendo as crianças do G1 as mais expostas à falta de saneamento. Com relação aos problemas durante a gestação/parto, as crianças do G1 foram mais afetadas e com relação à saúde atual, não houve diferença entre os grupos. Entretanto, o(a)s filho(a)s do(a)s catadores apresentam mais epilepsia, deficiência de aprendizagem e outros neurológicos, o que pode estar relacionado à contaminação por metais. O Lixão da Estrutural foi oficialmente fechado em janeiro de 2018, entretanto os catadores de materiais recicláveis ainda vivem com suas famílias nas proximidades da área do antigo lixão, em condições precárias. Monitorar a saúde dessas pessoas e, principalmente das crianças é de fundamental importância para minimizar os impactos da contaminação ambiental causada pelos 60 anos de descarte inadequado de lixo na área da Estrutural.

Palavras chave: Catadores, saúde e meio ambiente, saúde ocupacional, epidemiologia descritiva.

1. INTRODUÇÃO

Um desafio significativo na sociedade moderna devido ao aumento do crescimento populacional é a quantidade crescente de resíduos sólidos, gestão inadequada e falta de áreas seguras para disposição dos resíduos. Como resultado, 15 milhões de pessoas estão engajadas na coleta de materiais recicláveis, distribuídos principalmente nos países em desenvolvimento em todo o mundo (Medina, 2008). O Brasil conta com aproximadamente 3000 lixões em funcionamento que impactam a vida de 77 milhões de brasileiros e ainda transformam a atividade dos catadores de materiais recicláveis em profissão de alto risco, provocando mortes, mutilações e doenças, pois esses trabalhadores contam com péssimas condições de trabalho (ABRELPE, 2016).

No Distrito Federal - DF, está localizada a cidade Estrutural há 15 km do Congresso Nacional, onde sediou o maior lixão da América Latina, e segundo maior do mundo, próximo ao Parque Nacional do Brasil (área de conservação) e à Cabeceira do Valo, ao longo da qual os pequenos produtores produzem hortaliças e frutas (CODEPLAN, 2021). Inaugurado pela primeira vez na década de 1960, o Lixão da Estrutural cobria uma área de 201 ha, equivalente a 280 campos de futebol, e recebia os resíduos sólidos produzidos no Distrito Federal - totalizando 40 milhões de toneladas de resíduos durante o período de sua existência (SLU, 2022).

Das 729.000 toneladas de lixo produzido por residências e empresas do DF em 2021, 42% são recicladas, constituindo a matéria-prima para os catadores que trabalham com resíduos sólidos, nas cooperativas e associações ou de forma autônoma (SLU, 2021). Para Gonçalves (2006), os catadores de materiais recicláveis, nome dado formalmente à profissão desde 2001 no Código Brasileiro de Ocupações (CBO), "são pessoas que vivem e trabalham, individual e coletivamente, na atividade de coleta, triagem e comercialização de materiais recicláveis". Segundo o Serviço de Limpeza Urbana (SLU, 2017), havia cerca de 1.200 catadores cadastrados nas cooperativas ligadas à instalação de recuperação de materiais antes do fechamento do lixão, cuja principal fonte de renda era a coleta de materiais recicláveis. Nesse processo, os catadores ficam expostos a todos os tipos de materiais que chegam nas cooperativas: lixo orgânico, não reciclável, lixo de alto risco, como resíduos de medicamentos e lixo eletrônico (SLU, 2017).

Segundo Nozoe et al. (2003), a profissão de catador se formalizou num contexto de profundas mudanças no mercado de trabalho brasileiro, que resultaram numa diminuição do nível de emprego e postos formais de trabalho, que trouxe, consequentemente, profundas alterações na estrutura

ocupacional, o que se reflete diretamente nas condições de suas famílias. Os locais de trabalho dos catadores podem ser nas ruas, galpões de triagem ou lixões. Todos eles oferecem riscos, porém os lixões são ambientes ainda mais insalubres tanto para o meio ambiente quanto para a saúde pública (Cruvinel et al., 2019; Zolnikov et al., 2018).

O baixo nível de escolaridade está diretamente associado à profissão de catador de materiais recicláveis, 20% dos catadores de materiais recicláveis do país são considerados analfabetos, enquanto 24,6% possuem ensino fundamental completo e 11,4% concluíram o ensino médio (IPEA, 2013). De acordo com a Pesquisa por Amostra de Domicílios o acesso a água dos residentes da cidade estrutural (onde moram os catadores) é de 5,5% poço/cisterna; 8,1% poço artesiano; e 20,3% declararam fazer captação de água da chuva. Esse estudo se justifica para mobilizar a população quanto às condições de saúde em que vivem e sensibilizar gestores públicos sobre o grande impacto de um lixão para o meio ambiente e para a qualidade de vida da população e para saúde pública (CODEPLAN, 2018).

Portanto, o objetivo deste estudo é verificar se existe diferença significativa entre o perfil sociodemográfico e condições de saúde entre crianças filhas de catadores e não filhas de catadores que moram em duas áreas vulneráveis do Distrito Federal.

2.METODOLOGIA

TIPO/LOCAL DO ESTUDO

Este é um estudo do tipo transversal analítico com abordagem qualitativa-quantitativa, realizado no Distrito Federal. Foram escolhidas crianças moradoras de duas regiões do DF para participarem do estudo.

Região 1- Estrutural- A cidade Estrutural (cidade que surgiu devido ao assentamento de indivíduos que trabalham na manipulação ou coleta de resíduos sólidos) tem uma população estimada em 37.527 habitantes, e possui o menor Índice de Desenvolvimento Humano em Brasília, Distrito Federal (CODEPLAN, 2021). A cidade conta com uma grande área irregular denominada chácara Santa Luzia onde 1.500 famílias moram em condições sub-humanas sem acesso a esgotamento-sanitário. No que diz respeito ao esgotamento sanitário, verificou-se que 7,6% dos domicílios com ligação à rede geral da CAESB, 28,6% declararam ter fossa séptica, 53,2% tinham fossa rudimentar. O esgotamento a céu aberto estava presente em 20,3% dos domicílios (CODELAN, 2021). Apresenta uma situação de degradação ambiental - um centro de conflito social causado pela construção de habitações precárias,

baixa escolaridade e quase nulo poder econômico, onde ainda habitam muitos catadores que trabalhavam no lixão.

A Região 2 - A cidade de Ceilândia surgiu em decorrência de um grande projeto de relocação de população que morava em áreas não regulares por meio da Campanha de Erradicação de Invasões – CEI, que deu origem ao seu nome. Em 27 de março de 1971, iniciou-se a transferência de aproximadamente 82.000 moradores das ocupações não regulares da Vila do IAPI, Vila Tenório, Vila Esperança, Vila Bernardo Sayão Colombo e Morro do Querosene, para os setores “M” e “N” ao norte de Taguatinga. (CODEPLAN, 2018). A Região Administrativa de Ceilândia conta com 3 partes: a Ceilândia tradicional, o Sol Nascente e o Pôr do Sol, sendo os dois últimos considerados a maior favela da América Latina, sendo superado apenas pela Rocinha no Rio de Janeiro (IBGE, 2022). A população da área urbana da Ceilândia conta com 350.347 pessoas e, somada com a população do Sol Nascente e Pôr do Sol de 93.217 habitantes, totaliza 443.564 pessoas, segundo a PDAD de 2021.

POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo são crianças na faixa etária entre 06 e 12 anos de idade de ambos os sexos. A amostra foi formada por 2 grupos: G1 composto por crianças filhas de catadores que trabalharam no lixão da Estrutural e continuam residindo na Cidade. O G2 foi formado por crianças filhas de não catadores, moradores de áreas vulneráveis da Ceilândia.

O cálculo amostral resultou na estimativa de que com 102 participantes em cada grupo, o estudo teria um poder de teste de 80 % para detectar uma diferença significativa de pelo menos 20 % no perfil sociodemográfico. Previamente à realização deste estudo, os responsáveis receberam todas as explicações referentes à pesquisa e aqueles que quiseram participar assinaram um termo de consentimento livre esclarecimento e responderam individualmente a um questionário.

INSTRUMENTO

O estudo foi construído em 2 etapas: ETAPA 1 - A aplicação do questionário pela técnica de entrevista, utilizando-se perguntas fechadas e abertas destinado à obtenção de dados sociodemográficos e condições de saúde pré-natais e história médica das crianças. ETAPA 2 - Ações de Educação em saúde e ambientais com o objetivo de trazer informações sobre hábitos saudáveis de alimentação e cuidados com o meio ambiente.

Na Estrutural, as atividades foram realizadas durante as aulas, em que foram apresentados slides sobre o meio ambiente, os resíduos sólidos e hábitos saudáveis. Na Ceilândia, foram realizadas duas grandes atividades: uma palestra em cada uma das duas escolas em que foram coletados os dados durante as reuniões de pais e mestres, com a presença das crianças e uma na carreta odontológica na Associação à Recicle a Vida.

O instrumento de coleta foi um questionário em que os entrevistados respondiam às seguintes questões: Nome da criança, local de moradia, data de nascimento, idade, sexo, nome do pai, telefone do pai, o pai é catador, há quanto tempo é catador (em anos), nome da mãe, se a mãe é catadora, há quanto tempo é catadora (em anos), endereço, há quanto tempo vive no local (em anos), problemas na gestação, quais problemas, tipo de parto, se prematuro qual a idade gestacional (em semanas), se foi entubado, se era catadora quanto estava grávida, se houve aleitamento materno, aleitamento exclusivo (em meses), idade final do aleitamento materno (em meses), se a criança tem problemas de saúde, quais problemas, a criança tem contato com o lixão, a criança tem água tratada na residência, de onde vem a água.

COLETA DE DADOS

A coleta de dados e as ações de educação em saúde e ambiental foram realizadas entre os meses de agosto de 2019 a janeiro de 2020. Os questionários foram aplicados em diferentes locais. G1: os questionários foram aplicados extra-classe durante a semana e aos sábados, por duas pesquisadoras e uma estudante no Centro de Ensino Fundamental 02 da Estrutural com localização: Qd 02 Conjunto 1, SCIA - Brasília - DF, CEP: 70297-400. G2: Ceilândia os pais e crianças foram entrevistados em salas de aula cedidas pelas escolas, muitos desses questionários foram aplicados em reunião de pais e responsáveis. Escola Classe 48 de Ceilândia, Setor P Sul QNP 26 AE - Ceilândia, Brasília - DF, 72236-015, Centro Assistencial Maria Carmen Colera, Módulo F - Área Especial, Ceilândia Norte, DF, 72210-306 Ceilândia, na escola classe 66 P-Norte e na Associação Recicle a Vida - St. M QNM 28 - Ceilândia, Brasília - DF, 72210-203

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram analisados através de estatística descritiva, sendo as variáveis nominais apresentadas em números absolutos e proporções e as variáveis numéricas em medida de tendência central e dispersão. As associações entre as variáveis qualitativas foram verificadas através do teste qui-quadrado de Pearson. Nos casos em que as associações se mostraram significativas uma análise de

resíduo padronizada foi empregada para se determinar em que se sentido se apresentava a associação entre as variáveis (Agresti, A. 2007). Comparações entre médias para as variáveis quantitativas foram realizadas empregando-se o teste ANOVA para aquelas variáveis que apresentavam distribuição gaussiana e o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis ou Mann-Whitney para aquelas variáveis que não apresentavam distribuição gaussiana. Comparações múltiplas foram realizadas empregando-se correção de Bonferroni ou procedimento de Dwass, Steel, Critchlow-Fligner (DSCF) (Steel, R. G. D. 1960)

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade de Brasília, Faculdade Ceilândia (UnB - FCE) pelo parecer de nº 2.365.372.

3.RESULTADOS

Participaram do estudo 195 crianças do G1 e 106 crianças do G2. Do total, 301 crianças sendo 111 do sexo feminino e 84 do sexo masculino. As idades variaram entre 06 e 12 anos com média de 8,37 anos para o G1 e 8,44 anos para o G2 não havendo diferença significativa entre os grupos. Somente 17 crianças do total não tinham acesso à água tratada e 11 tinham contato com o lixo. Dos pais, 59 eram catadores no G1 e somente 5 no G2; das mães, 112 se declararam catadoras moradoras da Estrutural e apenas 9 catadoras eram moradoras de Ceilândia, como verificado na Tabela 1.

Tabela 1: Variáveis sociodemográficas por local de moradia

Variáveis	Crianças moradoras da Estrutural- G1		Crianças moradoras da Ceilândia- G2		P-valor*
	N	%	N	%	
Sexo					0,6444
Feminino	111	(56,92)	57	(53,77)	
Masculino	84	(43,08)	49	(46,23)	
Pai catador					<0,0001
Não	136	(69,74)	89	(94,68)	
Sim	59	(30,26)	5	(5,32)	
Mãe catadora					<0,0001
Não	83	(42,56)	97	(91,58)	
Sim	112	(57,44)	9	(8,49)	
Criança contato com lixo					0,0142
Não	185	(94,87)	105	(99,06)	
Sim	10	(5,13)	1	(0,94)	
Água tratada na residência					0,0380
Não	12	(6,15)	5	(4,72)	
Sim	183	(93,85)	101	(95,28)	

Houve uma diferença significativa entre as crianças moradoras da Estrutural e as crianças moradoras de Ceilândia, em relação ao trabalho de seus pais. No grupo 1, 87,7% dos responsáveis, pais e mães, são catadores de materiais recicláveis enquanto no grupo 2, esse número se reduz a apenas 13,8%.

Com relação às variáveis relacionadas à saúde pré-natal, 36 mães do G1 e apenas 14 do G2 relataram problemas na gestação havendo uma diferença significativa entre os grupos. No entanto, com relação aos problemas de saúde atuais, 51 crianças do G1 e 30 do G2 apresentaram algum problema não havendo diferença significativa entre os grupos (Tabela 2).

Tabela 2: Variáveis de saúde pré-natais e pós-natais das crianças do G1 e do G2

Variáveis	Crianças moradoras da Estrutural- G1		Crianças moradoras da Ceilândia- G2		P-valor*
	N	%	N	%	
Problemas na gestação					<0,0001
Não	159	(81,54)	92	(86,79)	
Sim	36	(18,46)	14	(13,21)	
Catadora quando estava grávida					<0,0001
Não	87	(44,62)	102	(96,23)	
Sim	108	(55,38)	4	(3,77)	
Tipo de parto					0,0977
A termo	187	(95,90)	98	(92,45)	
Prematuro	8	(4,10)	8	(7,55)	
Entubado					0,3844
Não	185	(94,87)	104	(98,11)	
Sim	10	(5,13)	2	(1,89)	
Aleitamento Materno					0,7336
Não	3	(1,54)	2	(1,89)	
Sim	192	(98,46)	104	(98,11)	
Problema de saúde criança					0,4433
Não	144	(73,85)	76	(71,70)	
Sim	51	(26,15)	30	(28,30)	

4. DISCUSSÃO

Em 2018, foram geradas no Brasil 79 milhões de toneladas de resíduos, desse montante 40,5% foi despejado em locais inadequados por 3.001 municípios. Ou seja, 29,5 milhões de toneladas de Resíduos Sólidos Urbanos acabaram indo para lixões ou aterros controlados, que não contam com um conjunto de sistemas e medidas necessários para proteger a saúde das pessoas e o meio ambiente

contra danos e degradações (ABRELPE, 2018). O manejo e gerenciamento do lixo, no Brasil, ainda tem um longo caminho a percorrer para reduzir os impactos ambientais e prevenir doenças advindas dessa situação, principalmente aquelas que afetam o grupo de trabalhadores que lida diariamente e diretamente com os resíduos urbanos: Os catadores de materiais recicláveis.

De grande importância para o processo da coleta seletiva, da proteção do ecossistema e do aperfeiçoamento do desenvolvimento sustentável, os catadores ainda são uma profissão extremamente desvalorizada, uma população que sofre com a exclusão social. Marginalizados por serem vítimas de preconceitos, pelo fato de trabalharem com o lixo, constituem parte da parcela mais pobre da população, não tendo acesso, então, a uma série de direitos e condições que somente uma renda mais elevada propicia (Magalhães, 2012). A atividade ocupacional é um importante determinante social que interfere diretamente na qualidade de vida de um ser humano e nas condições de saúde de uma população. Isso porque a exclusão social está inteiramente interligada ao trabalho, o que nos impulsiona a refletir sobre exclusão/inclusão dos trabalhadores de materiais recicláveis (Siqueira; Moraes, 2009).

Dentre as variáveis sociodemográficas das crianças moradoras nas duas áreas analisadas, observamos que houve diferença significativa apenas entre a profissão dos pais onde a maioria do G1 eram filhas de catadoras/es. Verifica-se que no G1 a quantidade de mães catadoras pode estar relacionada com a quantidade de problemas de saúde durante a gestação, já que neste grupo 57,4% lida diretamente com a catação e reciclagem; e 55,3% estavam trabalhando durante a gravidez, em condições extremamente insalubres no Lixão da Estrutural, antigo local de trabalho dos catadores. As mães catadoras não podem se afastar do trabalho durante a gestação por conta da diminuição de renda por receberem de acordo com as horas trabalhadas, o ritmo de trabalho, a quantidade e qualidade do material recolhido (Castilhos et al, 2013).

A renda média das duas regiões pesquisadas é bastante inferior ao padrão de Brasília que conta com a maior renda salarial do Brasil, e apesar de existir um salário mínimo, muitos trabalham em serviços informais. Em pesquisa realizada pelo Governo do Distrito Federal, no ano de 2018, sobre a formalização dos trabalhadores, apenas 47% na Estrutural e 59,6% na Ceilândia informaram ter carteira de trabalho assinada pelo atual empregador. Entre os catadores de materiais recicláveis essa realidade não é diferente, na verdade é até mais preocupante quando concerne a renda de um trabalhador informal. Segundo Marques et.al. (2020) em estudo conduzido no ano de 2017 com as mulheres catadoras da Estrutural, observou-se que ganhavam, por mês, 561,00 reais ou seja 40,2% a

menos que o salário mínimo para sobrevivência na época, além de cuidarem sozinhas de seus filhos, terem baixa escolaridade, pouco acesso à saúde e alta prevalência de doenças. Indicadores que acompanham a baixa renda como: baixa escolaridade, monoparentalidade, grandes números de filhos, condições insalubres de trabalho e de saúde são inerentes à profissão de catadores, principalmente das mulheres nessa área. A maioria das mulheres catadoras da Estrutural tem entre 3 a 5 filhos. Da população de catadores, 27,3% não frequentaram nenhuma escola e, 47,7% somente estudaram até o ensino fundamental. (Cruvinel et al., 2019).

Além dessa triste realidade conhecida, ainda somam-se diversos tipos de exposições ocupacionais que oferecem risco às catadoras como longas horas de trabalho em pé, alimentação precária, contaminação por meio do contato direto com o lixo, principalmente resíduos hospitalares e até intoxicação por metais. Catadores estão expostos a riscos biológicos derivados de resíduos de saúde incluindo seringas e objetos cortantes, além de urina, sangue e soro (Zolnikov et al., 2019). A exposição a esses agentes e aos demais riscos ocupacionais como: físicos, químicos, ambientais, ergonômicos e sociais têm como resultado uma série de problemas de saúde como: alterações na creatinina e no ácido úrico, infecções urinárias, dengue, diarreia, hipertensão, diabetes, HIV, Hepatite B e Sífilis (Cruvinel et al., 2019; Cruvinel et al., 2020; Santos et al., 2020).

Dentre os problemas de saúde relatados nas respostas ao questionário pelas mães catadoras da Estrutural durante a gravidez se destacam: hipertensão, diabetes mellitus, deslocamento de placenta e infecção urinária. Doenças consideradas como causas evitáveis para o Ministério da Saúde, o que demonstra a condição de vulnerabilidade em saúde das catadoras de materiais recicláveis e consequentemente de seus filhos(as) pelo reduzido acesso à saúde de qualidade. Em outro estudo, além destes problemas foram encontrados casos de sífilis em mães catadoras com idade média de 42 anos (variando de 22 a 60 anos) e que tiveram uma média de 3,75 filhos (variando de 1 a 10) (Santos et al., 2020).

Dos problemas de saúde dos filhos os mais comuns nos dois grupos foram: rinite, bronquite, asma e alergias, porém entre as crianças do G1 em que a maioria das mães é catadora surgiram, além desses, outros problemas exclusivos deste grupo, como epilepsia, deficiência de aprendizagem e outros neurológicos. Estes problemas podem estar diretamente relacionados à exposição das mães à metais pesados, o que pode acarretar distúrbios neurológicos nas crianças durante a gestação ou amamentação. Observou-se nesse estudo que quase 100% das crianças dos dois grupos foram

amamentadas. Na cidade Estrutural 7,72% dos residentes estão sem acesso à atenção primária, deste número sabe-se que 6,83% são catadores de resíduos (Paulo, 2018).

A literatura ainda é insuficiente para avaliar todos os efeitos ocupacionais das condições da profissão de catador na saúde de seus filhos(as), crianças que assim como os pais, vivem em locais insalubres em condições de vulnerabilidade econômica e social. Esse estudo abre perspectivas para investigação mais profunda do perfil de adoecimento dos filhos e filhas de catadores, e quais doenças podem estar relacionadas com a atividade de seus pais. Desta forma, medidas de proteção à saúde e condições de trabalho dos catadores devem ser tomadas urgentemente para prevenção de doenças e sequelas em seus filhos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após 4 anos do fechamento do Lixão da Estrutural, os catadores vêm conquistando algumas melhorias nas suas condições de vida e trabalho, como as associações e cooperativas de coleta seletiva, locais de trabalho mais dignos, entretanto, ainda estão carregando os efeitos de anos trabalhando literalmente dentro do lixo. Investir mais em programas de logística reversa para compra do material produto da catação pode gerar uma grande valorização desses profissionais e melhoria em suas rendas. O gerenciamento eficiente do lixo e a educação ambiental da população são estratégias que além de reduzir a degradação ambiental também contribuem para o reconhecimento e a inclusão social dos catadores de materiais recicláveis.

Com relação aos problemas durante a gestação/parto, as crianças do G1 foram mais afetadas e com relação à saúde atual, não houve diferença entre os grupos. Entretanto, o(a)s filho(a)s do(a)s catadores apresentam mais epilepsia, deficiência de aprendizagem e outros neurológicos, o que pode estar relacionado à contaminação por metais. O Lixão da Estrutural foi oficialmente fechado em janeiro de 2018, entretanto os catadores de materiais recicláveis ainda vivem com suas famílias nas proximidades da área do antigo lixão, em condições precárias. Monitorar a saúde dessas pessoas e, principalmente das crianças é de fundamental importância para minimizar os impactos da contaminação ambiental causada pelos 60 anos de descarte inadequado de lixo na área da Estrutural.

6.REFERÊNCIAS

ABRELPE2019.Panoramadosresíduos sólidosnoBrasil2018/2019Disponívelem:<https://abrelpe.org.br/download-panorama-2018-2019/>

Agresti, A. (2007), *An Introduction to Categorical Data Analysis*, 2nd Edition, New York: John Wiley & Sons.

Binion E, Gutberlet J. The effects of handling solid waste on the wellbeing of informal and organized recyclers: A review of the literature. *Int J Occup Environ Health*. 2012; 18:43–52.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Manual dos comitês de mortalidade materna. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, MS; 2007.

Castilhos Junior, Armando Borges de et al . Catadores de materiais recicláveis: análise das condições de trabalho e infraestrutura operacional no Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 18, n. 11, p. 3115-3124, Nov. 2013 .

CompanhiadePlanejamentodoDistritoFederal.CODEPLAN.PDAD2018.Disponívelem:<http://www.codeplan.df.gov.br/>.

Companhia de Planejamento do Distrito Federal. CODEPLAN. PDAD, 2021. Santa Luzia., p.67,2021. Disponívelem:<https://pdad2021.ipe.df.gov.br/static/downloads/relatorios/chacara_santa_luzia.pdf>

Companhia de Planejamento do Distrito Federal. CODEPLAN. PDAD, 2021. Ceilândia. , p. 138, 2021b. Disponível em: <<https://pdad2021.ipe.df.gov.br/static/downloads/relatorios/ceilandia.pdf>>.

Companhia de Planejamento do Distrito Federal. CODEPLAN.PDAD, 2021. PÔR DO SOL E SOL NASCENTE.PDAD2021,p.134,2021c.Disponívelem:<https://pdad2021.ipe.df.gov.br/static/downloads/relatorios/pôr_do_sol.pdf>.

Companhia de Planejamento do Distrito Federal. CODEPLAN. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios de 2021, Relatório Codeplan | PDADSCIA | 2021. Disponívelem:<<https://pdad2021.ipe.df.gov.br/static/downloads/relatorios/scia.pdf>>.<https://www.sl.u.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-ANUAL-ATUALIZADO.pdf>

Cruvinel V.R.N, Zolnikov T. R., Obara M. T., Oliveira V.T.L., Vianna E.N., Santos F.S.G., Oliveira K.C. & Scott J.A. Vector-borne diseases in waste pickers in Brasilia, Brazil. 2020 Elsevier Ltd. All rights reserved. <https://doi.org/10.1016/j.wasman.2020.02.001> 0956-053X/

Cruvinel, V.R.N, Zolnikov T.R., Bashash M., Marques, C.P., Scott J.A. Waterborne diseases in waste pickers of Estrutural, Brazil, the second largest open air dump site in world 2019 2 <https://doi.org/10.1016/j.wasman.2019.08.035> 0956-053X/ 2019 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Cruvinel, V.R.N., Marques, C.P., Cardoso, V. et al. Health conditions and occupational risks in a novel group: waste pickers in the largest open garbage dump in Latin America. *BMC Public Health* 19, 581 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6879-x>

IBGE, 2022 FARIAS, J.; MONTES, H. Sol Nascente : Censo 2022 em uma das maiores favelas do país. Censo 2022 em campo, p. 1–11, 2022. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/35253-sol-nascente-censo-2022-em-uma-das-maiores-favelas-do-pais>>.

Magalhães B.J. Liminaridade e Exclusão: os catadores de materiais recicláveis e suas relações com a sociedade brasileira. Dissertação em antropologia - Universidade Federal de Minas Gerais 2012.

Marques C. P., Zolnikov T. R., Noronha J.M., Angulo-Tuesta A., Bashashi M. & Cruvinel V.R.N.

(2020) Social vulnerabilities of female waste pickers in Brasília, Brazil, Archives of Environmental & Occupational Health, DOI: 10.1080/19338244.2020.1787315

Medina, M., 2008. The informal recycling sector in developing countries: organizing waste pickers to enhance their impact.

Nozoe, Nelson Hideiki; BIANCHI, Ana Maria; RONDET, Ana Cristina Ablas. A nova classificação brasileira de ocupações: anotações de uma pesquisa empírica. São Paulo Perspec., São Paulo, v.17, n. 3-4, p. 234-246, Dec. 2003.

Paulo A.C.L. Catadores de resíduos sólidos: o acesso à atenção primária na Estrutural/DF. Dissertação em Saúde Coletiva - Universidade de Brasília Faculdade Ceilândia 2018.

Santos F.S.G., Zolnikov T. R., Ribas I.B., Casabona J., Monteiro E. , Martins E., França D., Araújo W.N., Cruvinel V.R.N. Syphilis and other sexually transmitted infections among waste pickers in Brasilia, Brazil 2020 <https://doi.org/10.1016/j.wasman.2020.08.040> 0956-053X/ 2020 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Serviço de Limpeza Urbana. Relatório de atividades SLU, 2022. Governo do Distrito Federal; 2022. Disponível em:<<https://www.slu.df.gov.br/wp-content/uploads/2023/05/RELATORIO-ANUAL-SLU-2022.pdf>>

Siqueira, Mônica Maria; MORAES, Maria Silvia de. Saúde coletiva, resíduos sólidos urbanos e os catadores de lixo. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 14, n. 6, p. 2115-2122, Dec. 2009

Zolnikov TR, Silva RC, da Tuesta AA, Marques CP, Cruvinel V. Ineffective waste site closures in Brazil: a systematic review on continuing health conditions and occupational hazards of waste collectors. Waste Manag. 2018;80:26–39. doi:10.1016/j.wasman.2018.08. 047.

Capítulo 12



10.37423/230507727

ANÁLISE DE AFLATOXINA NO LEITE CRU REFRIGERADO

Priscila Soares Lopes

Centro Universitário Ritter (UniRitter)

Márcia Alves de Medeiros Gorodicht

*PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS
VETERINÁRIAS / Universidade Federal do
Rio Grande do Sul – UFRGS
Centro Universitário Ritter dos Reis (UniRitter)*

César José Finger

Liris Kindlein

*Faculdade de Veterinária - FAVET -
Universidade Federal do Rio Grande do Sul –
UFRGS*



INTRODUÇÃO

As aflatoxinas são substâncias tóxicas produzidas por determinados tipos de fungos, *Aspergillus flavus* e *A. parasiticus*. Esses fungos acabam tendo seu crescimento em alguns alimentos e rações, em condições favoráveis de temperatura e umidade. A contaminação tem sido encontrada em nozes, amendoins e outras sementes oleosas, incluindo milho e semente do algodão (FORSYTHE, 2013).

Elas são classificadas como aflatoxina B1 (AFB1), aflatoxina B2 (AFB2), aflatoxina G1 (AFG1), aflatoxina G2 (AFG2). Animais que ingerem produtos contaminados com as aflatoxinas B¹ e B2 metabolizam no fígado essa micotoxina e excretam no leite as aflatoxinas M¹ (AFM1) e M² (AFM2).

Atualmente o limite máximo de aflatoxina M¹ no leite fluído é de 0,5 µg/Kg (BRASIL, 2018). Esse limite estabelecido se deve as aflatoxinas serem prejudiciais à saúde humana. Elas podem produzir necrose aguda, cirrose e carcinoma no fígado (FORSYTHE, 2013).

O controle de Aflatoxinas em leite cru, com base na Instrução Normativa 160 de 01 de julho de 2022, a qual estabelece os limites máximos tolerados (LMT) de contaminantes, torna obrigatório que as empresas de alimentos realizem o seu controle em seus produtos, visto que o leite é um alimento muito consumido, principalmente por crianças em fase de crescimento.

Dada a importância que os altos níveis dessa toxina podem causar ao consumidor final, além de prejudicar a bovinocultura leiteira, o objetivo deste estudo foi analisar os níveis de aflatoxinas M¹ (AFM1) no leite cru com base nos parâmetros permitidos pela legislação vigente e para garantia na qualidade de um alimento sem possíveis riscos à saúde.

METODOLOGIA

A matéria-prima utilizada na pesquisa, foram 69 amostras de leite cru refrigerado, provenientes das rotas dos caminhões de um laticínio localizado no Rio Grande do Grande do Sul, Brasil. Foram realizados um teste para cada rota.

O teste utilizado para detecção foi o BIOEASY, análise quantitativa de aflatoxina, de ensaio imunocromatográfico de fluxo lateral. Os testes de detecção rápida de micotoxinas são imunoensaios competitivos baseados na reação antígeno-anticorpo.

A realização da análise foi feita seguindo as instruções do fabricante. Inicialmente foi realizado o carregamento da curva de calibração no equipamento de leitura (YR-10), com a utilização de um pendrive, de acordo com o lote.

Após eram colocados os microwells, com o reagente, na incubadora em uma temperatura de 40°C. Com um pipetador de 100µL, adicionava-se o diluente, homogeneizava-se, após era adicionado 100µL da amostra do leite e realizada a homogeneização. Em seguida eram contabilizados 2 minutos, para que a reação anticorpo e aflatoxina fosse efetivada. Passados esse tempo, eram colocadas as fitas-teste dentro dos microwells e o tempo de incubação durava 8 minutos. Finalizado esse período, as fitas eram retiradas e com cuidado, removidas as almofadas de absorção.

O próximo passo era a leitura no Leitor de Ouro Coloidal. A amostra era identificada no equipamento, a fita encaixada e então o resultado era visualizado na tela.

Figura 1 – Microwells com reagente na incubadora



Fonte: Arquivo pessoal (2022).

Figura 2 – Adição do diluente nos microwells



Fonte: Arquivo pessoal (2022)

Figura 3 – Adição do leite



Fonte: Arquivo pessoal (2022).

Figura 4 – Amostras já adicionadas, aguardando 2 minutos



Fonte: Arquivo pessoal (2022).

Figura 5 – Fitas-teste adicionadas nos microwells



Fonte: Arquivo pessoal (2022).

Figura 6 – Fita-teste sendo encaixada no equipamento de leitura



Fonte: Arquivo pessoal (2022).

Figura 7 – Leitor de Ouro Coloidal (YR-10)



Fonte: Arquivo pessoal (2022).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A taxa de linearidade do kit foi de <150 ppt a 600 ppt, nesse intervalo os valores foram quantificados e os que estavam fora desse padrão, constava como <150 ppt ou >600 ppt.

A partir das análises realizadas, foram obtidos os seguintes resultados: 36 amostras tiveram o resultado entre <150 a 200 ppt, 19 ficaram no intervalo de 201 a 250, 12 entre 251 e 300, uma ficou entre 301 e 350 e uma teve o resultado entre 351 a 400. Nenhuma amostra teve o resultado maior que 400ppt ou 0,4µg/Kg, sendo assim, todos os resultados se mantiveram dentro do nível permitido pela legislação vigente.

Figura 8 – Gráfico com número de amostras de acordo com os resultados

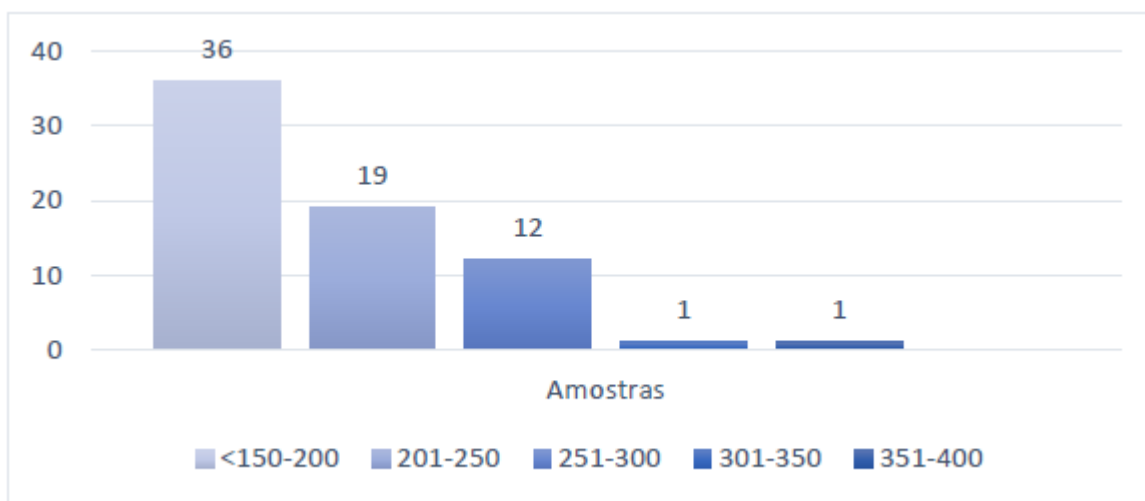
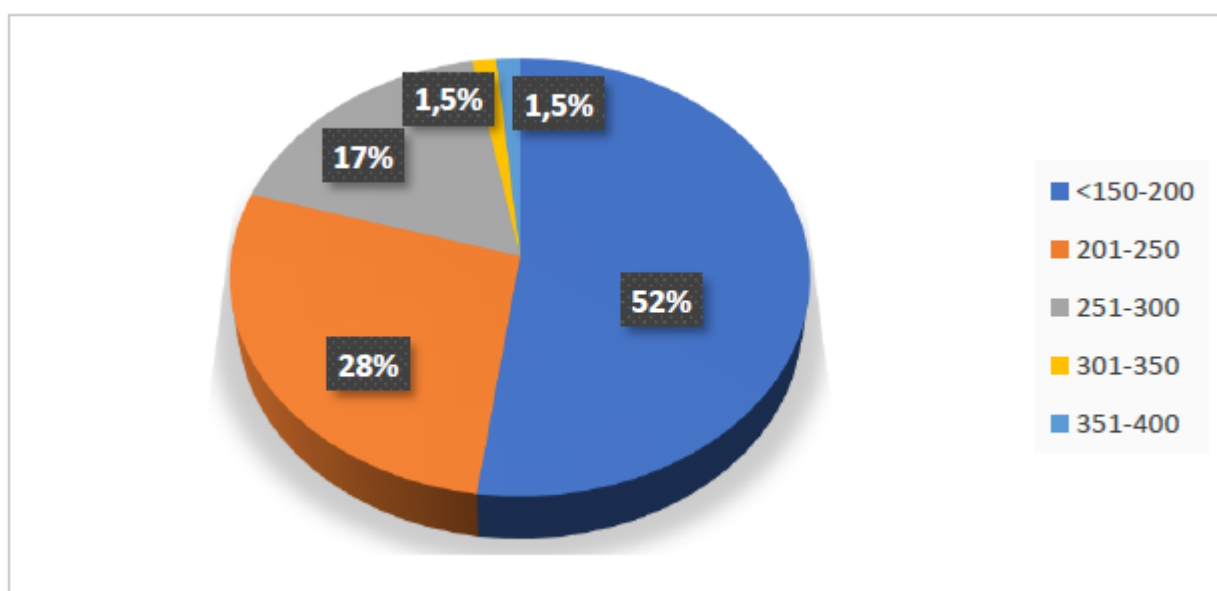


Figura 9 – Gráfico com o percentual de amostras dentro de cada resultado



A alta frequência e os riscos associados a saúde, a ocorrência de aflatoxinas é um problema mundial. Por isso, a maioria dos países estabeleceram ou reduziram os limites para essas micotoxinas (RESENDE, 2016).

Segundo alguns estudos, grande parte da população está exposta ao nível crônico de aflatoxinas, que são reconhecidas principalmente por ter efeito cancerígeno, não sendo controlado pelas autoridades sanitárias (HUSSEIN; BRASEL, 2001).

Os resultados encontrados no presente trabalho se mostram satisfatórios, pois estão de acordo com o que a legislação brasileira permite. Porém, alguns resultados se enquadrariam acima do exigido, na União Europeia, onde o limite máximo permitido, é de 0,05 µg/kg (EC, 2006).

CONCLUSÃO

Embora os resultados obtidos com este estudo se mostrem em concentrações abaixo dos limites exigidos pela legislação brasileira, é nítido a presença frequente de aflatoxina M¹ no leite. Por este motivo, é imprescindível que essa análise seja introduzida nas rotinas laboratoriais dos laticínios. Além disso se torna de suma importância a adequação do manejo dos animais das propriedades leiteiras para diminuir a contaminação pelos agentes causadores da aflatoxina, reduzindo assim a exposição humana à toxina, pelo consumo do leite e seus derivados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, Leyre Soares de. Análises Físico-Químicas. São Paulo: 2015.

BRASIL. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Instrução Normativa Nº 77 de 26 de novembro de 2018. Regulamento técnico para produção, acondicionamento, conservação, transporte e recepção do leite cru. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa Nº 160 de 06 de julho de 2021. Estabelece os limites máximos tolerados (LMT) de contaminantes em alimentos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2021.

EUROPEAN COMMISSION, REGULATION – EC. n. 1881/2006. Setting maximum levels for certain contaminants in foodstuffs. Official Journal of the European Union, 2006.

FOSS. Conhecimento. Disponível em: <<https://www.fossanalytics.com/>>. Acesso em: 02 nov. de 2022.

HUSSEIN, S. H.; BRASEL, J. M. Toxicity, metabolism, and impact of mycotoxins on humans and animals. Toxicology. Limerick, v. 167, n. 2, p. 101-134, 2001.

RESENDE, Rodrigo R. (org.). Biotecnologia aplicada à agro&indústria: fundamentos e aplicações. São Paulo: Bluche, 2016. p. 896

TARAZONA-MANRIQUE, L. E., ANDRADE-BECERRA, R. J., & VARGAS-ABELLA, J. C. 2022. Frecuencia de la contaminación de leche cruda de vaca por aflatoxina M1 en tanques de enfriamiento en Boyacá, Colombia. *CienciayTecnologíaAgropecuaria*, 23(2), e2058. DOI https://doi.org/10.21930/rcta.vol23_numero2_art2058

TRONCO, V. M. Manual para inspeção da qualidade do leite. 5 ed. Santa Maria: UFSM, 2013. 206p.

FORSYTHE, Stephen J. Microbiologia da Segurança dos Alimentos. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora Ltda, 2013.

Capítulo 13



10.37423/230507729

A EXPERIÊNCIA COM HORÁRIO ALTERNATIVO EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Miguel Arcangelo Serpa

Prefeitura Municipal de Ouro Preto - MG

Vinicius Barcelos

Prefeitura Municipal de Ouro Preto - MG



Introdução: A APS é o nível que permite o acesso das pessoas, ofertando atenção longitudinal para a maioria das condições de saúde de uma população (STARFIELD, 2002). Garantir esse acesso em tempo oportuno é um atributo de sistemas de saúde avançado e resolutivos, mas para muitos países isso é um problema (SALISBURY et al., 2007). Uma proposta de organização orientada a dar uma resposta em tempo adequado de acordo com as necessidades da comunidade é o acesso avançado e horários alternativos de funcionamento das UAPS.

Objetivos: O objetivo foi ofertar os serviços da UAPS Padre Faria na cidade de Ouro Preto-MG, Brasil, em um horário alternativo de funcionamento.

Metodologia e atividades desenvolvidas: A equipe de Saúde da Família e Comunidade há três anos se propôs a estender o horário de funcionamento da Unidade de Saúde. Uma vez na semana ao UAPS passou a oferecer os serviços até às 21 horas. Sem restringir o acesso, todas as pessoas poderiam por escolha própria escolher o horário de ir à UAPS.

Resultados e discussão: Foram ofertados todos os serviços da cartela da UAPS. A percepção inicial foi de que as mesmas pessoas que iam à UAPS no horário tradicional também frequentavam no horário estendido. As pessoas que também tinham um trabalho formal também puderam frequentar a UAPS mais facilmente. Uma importante avaliação da equipe depois de ter vivenciado por um tempo essa nova rotina foi o fato de poder estar na comunidade depois das 17 horas. Estar no bairro até mais tarde facilitou a participação da equipe de saúde nas reuniões da associação de bairros que aconteciam sempre à noite.

Considerações finais: A partir das experiências vividas pela equipe com o horário estendido percebemos como o funcionamento em horário tradicional prejudica o acesso da população aos serviços de saúde. Com horário estendido também foi possível um melhor reconhecimento dos potenciais e problemas da comunidade, proporcionando um melhor planejamento de cuidado para essas pessoas.

Palavras-chave: Atenção Primária; Acesso; Horário estendido.

REFERÊNCIAS

Salisbury, C. et al (2007). Impact of Advanced Access on access, workload, and continuity: controlled before-and-after and simulated-patient study. Br. J. Gen. Pract. 57(541): 608-14.

Starfield, B (2002). Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde.

CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Unidade de Atenção Primária (UAPS) Padre Faria existe há 20 anos no bairro de mesmo nome que faz parte da região histórica da cidade de Ouro Preto-MG. A equipe compõe a Estratégia de Saúde da Família e é responsável pelo cuidado de 4.800 pessoas no território. Os bairros que adscritos a UAPS são os mais antigos do município, historicamente importante no início da ocupação da cidade para extração do ouro. O território está na periferia do centro histórico, com problemas sociais importantes, mas também com potências enormes de uma comunidade antiga e "unidade pela diversidade". Nesse contexto a equipe de saúde tenta fortalecer o vínculo e exercer os atributos mais importantes da Atenção Primária à Saúde (APS).

A APS é o nível que permite o acesso das pessoas com suas necessidades, ofertando atenção longitudinal, não direcionada para a enfermidade, para a maioria das condições de saúde de uma população (STARFIELD, 2002). O acesso aos cuidados é uma característica fundamental de uma APS forte (FOURNIER; HEALE; RIETZE, 2012). Garantir esse acesso em tempo oportuno é um atributo de sistemas de saúde avançado e resolutivos, mas para muitos países isso é um problema (SALISBURY et al., 2007).

Uma proposta de organização orientada a dar uma resposta em tempo adequado de acordo com as necessidades da comunidade é o acesso avançado. Ele parte do conhecimento dessa população e buscando romper com a ideia de ações centradas em grupo de doenças e programas rígidos impostos à população.

Partindo desse princípio, o horário de funcionamento convencional das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) no Brasil torna-se um importante limitador de acesso dos indivíduos aos serviços de saúde em APS. Existe um choque entre o horário que melhor atende a comunidade e horário de funcionamento desses serviços. Mais de 65% de todas as consultas em urgência acontecem depois das 17 horas e aos finais de semana, comumente as UAPS não estão em funcionamento nesse horário (O'MALLEY, 2013).

A oferta dos serviços de saúde em horário estendido diminui o risco de fragmentação do cuidado, melhora o acesso e o vínculo da população com a equipe de APS além de diminuir a demanda no atendimento de emergência e diminui custos (O'MALLEY, 2013).

OBJETIVOS

O objetivo principal foi ofertar os serviços da UAPS Padre Faria em um horário alternativo de funcionamento, melhorando assim o acesso da população aos serviços de saúde. A partir daí, também desejávamos conhecer melhor a realidade da comunidade, aumentar a integração entre ela e a equipe e estimular uma maior participação popular no planejamento e ações de saúde no território.

METODOLOGIA E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Há três anos a Equipe de Saúde da Família se propôs a fazer horário estendido de funcionamento da UAPS. A equipe é composta por um enfermeiro de família e comunidade, um médico de família e comunidade, um residente em medicina de família e comunidade, um farmacêutico, duas técnicas de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde, três recepcionistas e uma auxiliar de serviços gerais.

O disparador que mobilizou a equipe foi uma proposta sobre saúde do homem feita em janeiro de 2017. A gestão municipal considerava o horário estendido como parte de um programa específico que melhoraria o acesso dos “homens trabalhadores”, apoiada em um discurso preconceituoso de que esse grupo era prejudicado pelo horário de funcionamento tradicional das UAPS.

A equipe resolveu então, aderir ao horário estendido proposto que era abrir uma vez na semana até às 21 horas. Mas com uma proposta diferente. Em nossa visão, o acesso é o principal atributo da Atenção Primária, ele quem permite que as pessoas usufruam dos princípios do SUS. Somente quando acessa o serviço, os usuários podem considerar o sistema Universal, equânime e Integral.

Nesse sentido, passamos a disponibilizar toda a cartilha de serviços uma vez na semana até às 21 horas. Sem restringir o acesso, todas as pessoas poderiam por escolha própria escolher o horário de ir à UAPS, trabalhadores formais e informais, cuidadores do lar, idosos, jovens e crianças, todos da comunidade tinham a opção de um horário diferente do de costume da Unidade de Saúde.

RESULTADOS ALCANÇADOS

Foram ofertados todos os serviços da cartela da UAPS, consulta médica e de enfermagem, acolhimento, vacina, farmácia, entre outros. Tudo organizado pela lógica do acesso avançado de acolhimento a demanda da comunidade, da mesma forma que acontecia nos horários normais da UAPS.

A percepção inicial foi de que as mesmas pessoas que iam à UAPS no horário tradicional também frequentavam no horário estendido. Isso foi bom, já que a intenção era realmente oferecer uma nova opção para todas as pessoas, independente se eram trabalhadores formais ou não. Essas pessoas relatavam que era melhor ir naquele horário, pois mesmo que pudessem vir mais cedo, elas preferiam terminar seus afazeres, resolver questões pessoais no horário que o comércio estava aberto e depois ir à UAPS. Muitos também cuidavam de idosos ou familiares durante o dia e mesmo não tendo uma ocupação formal, tinham dificuldade em frequentar o UAPS.

As pessoas que também tinham um trabalho formal também puderam frequentar a UAPS mais facilmente. Essas pessoas relatavam que “enfim conseguiriam consulta ou outros serviços oferecidos pelo posto de saúde”. Estudos apontaram que o acesso é prejudicado em unidades que funcionam até às 18 horas (OLIVEIRA et al., 2012; REIS et al., 2013; RIBEIRO et al., 2015). Reis et al. (2013) utilizaram-se de questionários adaptados à realidade brasileira (PCATool) para avaliar acesso e utilização dos serviços em São Luís. No estudo, o não funcionamento das unidades após as 18 horas foi o item de pior avaliação, tanto para gestão como para usuários, sendo considerado o maior problema para o acesso.

Uma importante avaliação da equipe depois de ter vivenciado por um tempo esse nova rotina foi o fato de poder estar na comunidade depois das 17 horas. O movimento do bairro mudava, no início da noite as ruas se enxiam de pessoas com filhos, foi possível observar o movimento nas praças com crianças brincando, adultos conversando numa interação própria da comunidade.

Estar no bairro até mais tarde facilitou a participação da equipe de saúde nas reuniões da associação de bairros que aconteciam sempre à noite. Conseguimos nos envolver mais nas coisas da comunidade e assim conhecer melhor nosso papel profissional. Uma revisão sistemática aponta que profissionais que atuam em horários alternativos tem a possibilidade de conhecer melhor os problemas daquele território, podendo assim se envolver mais com a comunidade e proporcionar um cuidado integral de melhor qualidade (LEIBOWITZ, 2003).

Nesse contexto foi e recriado o Conselho Local de Saúde que estava desativado há alguns anos e logo foi reconhecido pelo Conselho Municipal de Saúde. Esse conselho conta com a participação de representantes da gestão, dos profissionais e dos moradores, ele está ativo e participa de todo planejamento e ações de saúde no bairro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das experiências vividas pela equipe com o horário estendido percebemos como o funcionamento em horário tradicional prejudica o acesso da população aos serviços de saúde. O reconhecimento desse problema e o engajamento da equipe com a proposta de funcionamento noturno possibilitou maior acesso de todos da comunidade, independente se trabalhavam de dia, cuidavam dos afazeres domésticos ou simplesmente preferiam ir à unidade à noite.

Com horário estendido também foi possível um melhor reconhecimento dos potenciais e problemas da comunidade, proporcionando um melhor planejamento de cuidado para essas pessoas.

A equipe ainda pode exercer melhor um atributo essencial da atenção primária que é de interação com a comunidade e estimular a participação popular em no planejamento e execução de todas as ações de saúde.

REFERÊNCIAS

- FOURNIER J, HEALE R, RIETZE L. "I can't wait": advance access decreases wait times in primary health care. *Healthc. Q.* 15(10):64-68, 2012.
- LEIBOWITZ R, DAY S, DUNT D. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. *Fam Pract.* 20(3):311-7, 2003. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cm313>
- O'MALLEY AS. After-hours access to primary care practices linked with lower emergency department use and less unmet medical need. *Health Aff (Millwood)*. 32(1):17583, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2012.0494>
- OLIVEIRA LS, ALMEIDA LGN, OLIVEIRA MAS, GIL GB, ALCIONE BOC, MEDINA MG, PEREIRA RAG . Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Rev. ciênc. saúde coletiva*. 17(11): 3047-3056, 2012.
- REIS RS et al . Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 18(11):3321-31, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001100022>. [14 junho de 2019].
- RIBEIRO JP, MAMED SN, SOUZA MR., SOUZA M.M; ROSSO CFW. Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do Estado de Goiás. *Rev. eletrônica enferm.* [periódico on line] 17(3), 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.29436>>.
- SALISBURY C. et al. Impact of Advanced Access on access, workload, and continuity: controlled before-and-after and simulated-patient study. *Br. J. Gen. Pract.* 57(541): 608-14, 2007.
- STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

Capítulo 14



10.37423/230507731

CREENCIAS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS PADRES Y/O TUTORES CON RELACIÓN AL ESTADO DE SOBREPESO Y OBESIDAD DE SU HIJO

Jacqueline Paez

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso

Juan Hurtado

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso

Júlio B. Mello

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso

Catalina Sobarzo

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso

Nelson Cáceres

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso

Valentín Mercado

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso

Adolfo Morales

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso

Roberto Palma

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso

Fabian Prünster

Fabian Prünster



Resumen: Las cifras de sobrepeso y obesidad en la primera infancia y adolescencia son alarmantes a nivel mundial. La realidad chilena no es ajena a esta problemática por lo que se hace necesario replantear las estrategias para comprender y resolver esta problemática. Analizar y comprender el ambiente en el cual se desarrolla el niño es fundamental para levantar información respecto a posibles factores que puedan fomentar un ambiente obesogénico. Desde este punto de vista el rol de padres, madres o tutores es fundamental como principales actores en la alimentación de los niños. Es aquí donde nuestra investigación se plantea como objetivo determinar las creencias, actitudes de los padres y/o tutores de niños de primero a cuarto básico de dos colegios municipales de la comuna de Quillota, Chile. Para esto se implementaron mediciones de IMC en 84 niños y niñas de primero a cuarto básico y la aplicación del cuestionario de actitudes, creencias y prácticas hacia la alimentación (CFQ) a 84 padres, madres y/o tutores. Los resultados más significativos hacen referencia a percepción errónea de los padres hacia el verdadero estado nutricional de sus hijos con sobrepeso u obesidad y la incongruencia de las actitudes de estos frente a las prácticas alimentarias que ejercen sobre los niños.

Palabras claves: Ambiente obesogénico, Alimentación saludable, Creencias, Actitudes, Estado nutricional, Obesidad y sobrepeso infantil.

1. INTRODUCCIÓN

En la sociedad actual, día a día se evidencian y exponen diversas problemáticas ligadas a la índole de la salud física de las personas, dentro de la más frecuentes nos encontramos con enfermedades no transmisibles (ENT) como la diabetes tipo 2, dislipidemia, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, sobrepeso y obesidad entre otras, siendo estas dos últimas las más preocupante en la etapa infantil, causadas por los malos hábitos alimenticios, el consumo de altos índices de sal, grasas, azúcares, y la poca o nula actividad física es lo que repercute notablemente en el número de infantes afectados por el sobrepeso u obesidad llegando a 41 millones a nivel mundial durante el 2016 (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Nuestro país no es ajeno a esta realidad, la cual resulta totalmente desalentadora y alarmante, debido a que Chile ocupa el 6° lugar de obesidad infantil a nivel mundial y el 1° en América Latina según el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA). Además, el Ministerio de Salud (MINSAL) en su Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 arrojó datos alarmantes sobre la situación actual de los niños menores de 8 años, en donde el 33,8% presentó sobrepeso y un 43,2% obesidad.

Según, Domínguez-Vásquez, et, al. (2008), existen diferentes tipos de influencias sobre la conducta alimentaria, las cuales involucran el entorno social y familiar del niño, en esta última influyen significativamente las conductas y decisiones de los padres y/o tutores sobre su propia alimentación y la de sus hijos, pues conduce a estos a adquirir el mismo tipo de conductas, y que lamentablemente, ellos adoptan en su fase más sensible de la infancia. Es por ello, y basándose en la teoría del aprendizaje, que se hace imprescindible establecer un medio ambiente adecuado para apoyar a niños y niñas en el desarrollo y adquisición de mejores hábitos alimenticios, los que a su vez impulsarían un estilo de vida saludable dentro del núcleo familiar, inducido por el cambio de roles que los padres tienen con el medio ambiente.

Es por ello, y ante la imprescindible necesidad de analizar y descubrir las principales características o factores que influyen en el sobrepeso y obesidad, que el presente trabajo aborda las creencias que tienen los padres o tutores en relación con el estado de salud de sus hijos, su estado nutricional, y las prácticas que ellos mismos realizan en su diario vivir, y que influyen directamente en el aprendizaje de los más pequeños, puesto que esto generaría un universo de variables conocidas que pueden ser consideradas y manejadas a favor de la salud de los niños y niñas, tocando tangencialmente temáticas tan relevantes como la dieta de los diferentes núcleos familiares, y percepción de salud de los mismos.

Por lo anterior, el objetivo de esta investigación fue determinar las creencias, actitudes de los padres y/o tutores de niños de primer a cuarto básico de un establecimiento municipal de la Comuna de Quillota en la región de Valparaíso, Chile.

2. METODOLOGÍA

2.1 PARTICIPANTES:

Para este estudio se evaluó el IMC a niños y niñas de primero a cuarto básico con una cantidad de 84 sujetos de estudio, siendo 49 niñas y 35 niños, con una edad promedio de 8 años.

Posteriormente se aplicó el “Cuestionario de actitudes, creencias y prácticas de los padres hacia la alimentación de su hijo” a 84 padres y/o tutores. El proceso de muestreo se construyó con el método de Fox en Sarzoza (2007), en relación con la muestra invitada, aceptante y productora de datos.

2.2 INSTRUMENTOS:

Para las mediciones de IMC se utilizó un tallímetro portátil Bodymeter 206 Seca, instrumento de rápida lectura producto a su fácil fijación en la pared, además de contar con una cinta métrica donde el indicador de medida (tope) logra ubicarse en la parte superior de la cabeza del sujeto evaluado.

A su vez, para obtener el peso corporal de los sujetos evaluados, se utilizó el Scale plus Body Fat Monitor UM-028 de marca TANITA. Esta balanza es de carácter digital, siendo el evaluador el encargado de encenderla presionando el botón que se encuentra en la parte inferior y contraria a la pantalla digital, asimismo de cumplir la labor de reiniciarla cada vez que se cambiara al individuo en medición.

Con los datos adquiridos por los instrumentos descritos en el párrafo anterior, se procedió a calcular la razón entre el peso y la talla -expresados en kg/Mts²- conocida mundialmente como IMC, siendo esta recomendada por la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), para niños, niñas y adolescentes de 5 años a 19 años. Estos criterios fueron identificados luego de que el IMC fuera interpretado en los gráficos de curvas de crecimiento de niños y niñas de 5 a 19 años según género, cuya interpretación se logra tras obtener el punto de encuentro entre la edad y el IMC del niño y niña, a partir del protocolo del Ministerio de Salud, normativa que entró en vigencia en enero del 2017, el cual responde a las indicaciones internacionales.

El Cuestionario de Actitudes, Creencias y Prácticas hacia la Alimentación (CFQ), es un auto-reporte desarrollado para identificar las prácticas de alimentación infantil, las actitudes de los padres y su percepción sobre el peso de su hijo utilizando una escala Likert de 5 puntos. Su aplicación es para padres de niños y niñas en edades entre 2 a 11 años con desarrollo físico y neurológico normal, y fue diseñado por Birch et al., el año 2001.

Contiene 29 ítems, los cuales están divididos en 6 factores diferentes. Los primeros 3 factores se refieren a la percepción de los padres en relación con el peso y la preocupación de este, lo que puede evidenciar control de padres en la alimentación, abarca:

- Responsabilidad percibida (3 ítems). Evalúa la percepción de los padres en cuanto a la responsabilidad de la alimentación infantil.
- Percepción del peso del padre y/o tutor y del peso del niño (8 ítems). Evalúa la autopercepción del peso a lo largo de la historia de vida de la persona que responde el cuestionario y la del peso de los niños y niñas.
- Preocupación de los padres acerca del peso del niño (3 ítems). Evalúa la preocupación de los padres acerca del peso del niño y su riesgo a tener o contraer sobrepeso.

Los siguientes 3 factores evalúan las actitudes y prácticas de los padres con respecto al uso de estrategias de control en la alimentación infantil.

- Monitoreo (6 ítems). Evalúa el grado en que los padres supervisan la alimentación de sus hijos.
- Restricción (6 ítems). Evalúa el grado en que los padres restringen el acceso a algunos alimentos a sus hijos.
- Presión para comer (3 ítems). Evalúa la tendencia de los padres a presionar a sus hijos a comer más.

Cada factor posee una buena consistencia interna, por lo que posee según el cociente de alfa de Cronbach un 0,70. La aceptación de este instrumento para evaluar las prácticas ha sido significativa. En poblaciones de hispanos, afroamericanos, suizos, chinos, turcos, hebreos, japoneses, franceses, australianos, mexicanos, entre otros.

2.3 PROCEDIMIENTO:

El procedimiento comenzó con la entrega de una carta informativa y de invitación destinada a las directoras de los dos establecimientos educacionales, la cual permitió dar a conocer los objetivos del estudio y el protocolo a seguir, incentivando a los jardines a ser partes de esta investigación.

Tras obtener la respuesta y la aceptación por parte de las autoridades de las instituciones se procedió a enviar un consentimiento informado a los padres y/ o tutores de los niños y niñas para autorizar la participación de éstos en el estudio, donde también se les informaba sobre los objetivos de la investigación, el protocolo de evaluación y las necesidades de su participación. Luego de obtener las autorizaciones pertinentes, por parte de los padres, se procedió a concretar un horario dentro de la jornada del colegio para llevar a cabo las mediciones correspondientes.

3. RESULTADOS

A continuación, se presenta la información de los niños y las tablas, las que evidencian los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario CFQ. Se presentan los resultados mediante cuatro áreas principales: información de los padres, ámbito de responsabilidad percibida, percepción del peso de padre e hijo, preocupación de los padres sobre peso del niño, actitudes y prácticas de los padres con respecto al uso de estrategias de control de la alimentación y comparación de la percepción de los padres v/s el peso del su hijo en la actualidad.

3.1 INFORMACIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS.

En el gráfico 1, se puede observar la distribución de la muestra según el estado nutricional. Por tanto, los datos arrojados dan cuenta del estado nutricional de los niños donde 2 de ellos se encuentran bajo peso, 44 pertenecen a la categoría normopeso, 18 están en sobrepeso y 20 en obesidad. Si bien el 52,38% se encuentra en un estado nutricional de normopeso, no deja de ser preocupante que el 45,23% de la muestra se encuentre categorizado en un estado nutricional de sobrepeso u obesidad.

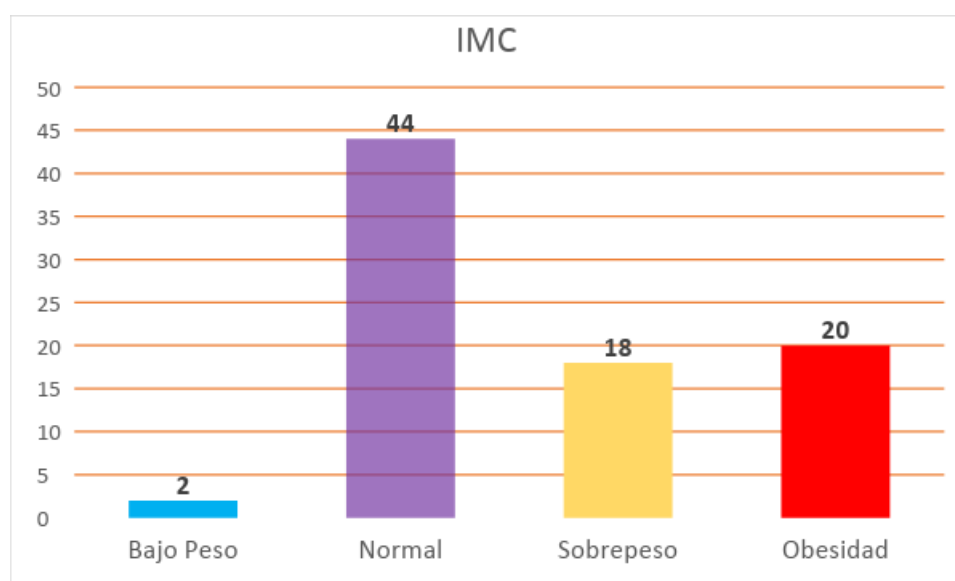


Gráfico 1. Descripción del estado nutricional.

3.2 INFORMACIÓN DE LOS PADRES

En la tabla 1 se presentan los niveles educativos según el IMC, a partir de lo anterior se puede identificar que en las tres categorías de estado nutricional el mayor porcentaje de los padres posee un nivel educativo de enseñanza media. Lo cual se traduce en un 56,8% de los niños categorizados como normopeso, un 72,2% en los niños con sobrepeso y 50 % los niños con obesidad; sus padres han alcanzado como máximo nivel educativo la enseñanza media. El mismo fenómeno, se puede identificar al observar la relación entre el nivel educativo de enseñanza básica de los padres y el estado nutricional de los niños. Por tanto, se puede señalar que ha menor nivel educativo de los padres, mayores son las probabilidades de estar en riesgo de sobrepeso y obesidad.

Tabla 1. Nivel Educativo según IMC.

	Normal		Sobrepeso		Obesidad	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No contesta	1	2,3			2	10,0
Básico	9	20,5	3	16,7	4	20,0
Media	25	56,8	13	72,2	10	50,0
Técnico	7	15,9	1	5,6	2	10,0
profesional						
Universitario	1	2,3	1	5,6	2	10,0
Postgrado	1	2,3				
Total	44	100,0	18	100,0	20	100,0

En la tabla 2 se presenta la relación existente entre la actividad laboral de los padres con el IMC de los niños. Ante esto se puede apreciar que en los niños con sobrepeso (18) el 61,1% de sus padres que trabaja, en tanto para los niños con obesidad (11) el 55% de los padres posee alguna actividad laboral. Mientras tanto, los apoderados que no trabajan están asociados con el 50% de los niños en categoría normal.

Tabla 2. Actividad laboral según IMC.

	Normal		Sobrepeso		Obesidad	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No contesta	1	2,3	1	5,6	1	5,0
Si Trabaja	21	47,7	11	61,1	11	55,0
No trabaja	22	50,0	6	33,3	8	40,0
Total	44	100	18	100,0	20	100,0

En esta tabla 3 se refleja la relación que tiene el IMC de los padres con el IMC de los niños, en donde se identifica que el 36,4% de los niños con un IMC normal están bajo la tutela de padres con sobrepeso. En el caso de los niños con sobrepeso y obesidad (52,6%), sus padres también se encuentran categorizados en esos estados. Por tanto, se aprecia una relación directa entre el estado nutricional de los padres con respecto al de sus hijos.

Tabla 3. IMC de los padres según IMC de los niños

	Normal		Sobrepeso /Obesidad	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No contesta	9	20,5	13	34,2
Bajo peso	0	0	0	0
Normopeso	8	18,2	5	13,2
Sobrepeso	16	36,4	10	26,3
Obesidad	11	25,0	10	26,3
Total	44	100,0	38	100,0

3.3 ÁMBITO RESPONSABILIDAD PERCIBIDA

A continuación, se presentan las tres preguntas que evalúan la percepción de los padres en cuanto a su responsabilidad en la alimentación, su frecuencia, porciones, definición de la alimentación. En la tabla 4 se compara la responsabilidad percibida de los padres de ambos grupos, donde el puntaje de mayor responsabilidad manifestado se presenta en los niños que están con sobrepeso y obesidad obteniendo un promedio de respuesta en las tres preguntas de 2,99 puntos, sobre un total de 3,0.

También es importante apreciar que en este grupo de niños, los padres asumen la responsabilidad en cuanto a la frecuencia del alimento y las porciones del mismo para sus hijos; presentando un total acuerdo con la preguntas que hacen referencia a aquellos puntos.

Tabla 4. Responsabilidad percibida según normopeso y sobrepeso/obesidad de los niños.

	Normal				Sobrepeso/Obesidad			
	Mínimo	Máximo	Media	DS	Mínimo	Máximo	Media	DS
Frecuencia	2,00	3,00	2,9545	,21071	3,00	3,00	3,0000	,00000
Porciones	2,00	3,00	2,9091	,29080	3,00	3,00	3,0000	,00000
Definición	2,00	3,00	2,9091	,29080	2,00	3,00	2,9737	,16222
Total			2.90				2.99	

3.4 PERCEPCIÓN DEL PESO DE PADRE E HIJO.

A continuación, se presentan los resultados correspondientes a la evaluación sobre la autopercepción del peso a lo largo de la historia del padre y de su hijo. Para lo cual, la tabla 5 presenta las autopercepciones de los padres respecto a su peso, entre las edades de 5 a 10, respecto del IMC de sus hijos. A partir de lo anterior, se puede apreciar que, para los niños con un IMC normal, sus padres en un 93,2% al período etario de 5 y 10 años se auto perciben en un estado nutricional bajo peso, en tanto aquellos niños con IMC sobrepeso/obesidad donde el mayor porcentaje de los padres (84,2%) también se categoriza en bajo peso.

Tabla 5. Percepción del peso del padre entre los 5-10 años. Según IMC del niño.

	Normal		Sobrepeso /Obesidad	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Marcado Bajo peso	1	2,3	0	0
Bajo peso	41	93,2	32	84,2
Normal	1	0	6	15,8
Sobrepeso	0	0	0	0
Marcado sobrepeso	0	0	0	0
Total	44	100,0	38	100,0

En la tabla 6 se presentan las autopercepciones de los padres respecto a su peso en la adolescencia categorizando según el IMC de los niños. Queda reflejado que, en los niños con IMC normal, el mayor porcentaje de los padres (93,2%) se auto percibe en bajo peso en la adolescencia al igual que en la categoría de los niños con IMC sobrepeso/obesidad donde el mayor porcentaje de los padres (84,2%) también se categoriza en bajo peso.

Tabla 6. Percepción del peso del padre en su adolescencia, según IMC del niño.

	Normal		Sobrepeso /Obesidad	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No contesta	1	2,3	0	0
Marcado Bajo peso	1	2,3	0	0
Bajo peso	41	93,2	28	73,3
Normal	1	2,3	10	26,3
Sobrepeso	0	0	0	0
Marcado sobrepeso	0	0	0	0
Total	44	100,0	38	100,0

La tabla 7 presenta las autopercepciones de los padres respecto a su peso entre las edades de 20 a 30 años, lo cual se categoriza según el IMC de sus hijos. Queda reflejado que, en los niños con IMC normal, el mayor porcentaje de los padres (88,6) se auto percibe en bajo peso entre los 20 y 30 años al igual que en la categoría de los niños con IMC sobrepeso/obesidad donde el mayor porcentaje de los padres (65,8) también se categoriza en bajo peso.

Tabla 7. Percepción del peso del padre entre los 20 - 30 años. Según IMC del niño.

	Normal		Sobrepeso /Obesidad	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No contesta	0	0	3	7,9
Marcado Bajo peso	0	0	0	0
Bajo peso	39	88,6	25	65,8
Normal	5	11,4	10	26,3
Sobrepeso	0	0	0	0
Marcado sobrepeso	0	0	0	0
Total	44	100,0	38	100,0

A continuación, la tabla 8, muestra la percepción que tienen los padres, sobre su propio peso en la actualidad, en relación al IMC de sus hijos. Los resultados reflejan que, en los niños con IMC normal, el mayor porcentaje de los padres (59,1) se auto percibe con bajo peso en la actualidad al igual que en la categoría de los niños con IMC sobrepeso/obesidad donde el mayor porcentaje de los padres (57,9) también se categoriza en bajo peso. Tanto la tabla 7 como la 8, ponen en evidencia la importancia de la auto percepción del peso de los adultos, y como este podría influir en el estado actual de sus hijos.

Tabla 8. Percepción del peso del padre en la actualidad, según IMC del niño.

	Normal		Sobrepeso /Obesidad	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No contesta	8	18,2	0	0
Marcado Bajo peso	0	0	0	0
Bajo peso	26	59,1	22	57,9
Normal	10	22,7	16	42,1
Sobrepeso	0	0	0	0
Marcado sobrepeso	0	0	0	0
Total	44	100,0	38	100,0

Por otra parte, en la tabla 9 se presenta la percepción de los padres respecto al peso de sus hijos en su primer año de vida, categorizados según el IMC de los niños. A partir de lo anterior, queda reflejado qué en los niños con IMC normal al año de vida, el mayor porcentaje de los padres (61,4%) consideraba que su IMC era normal. Mientras que los niños categorizados con un IMC de sobrepeso/obesidad, el 92,1% de los padres que respondieron el cuestionario, señaló que sus hijos al año de vida, estaban bajo peso. La importancia de esto radica fundamentalmente, en que la percepción que tienen los adultos sobre el peso de los hijos, influye directamente en la ingesta calórica de sus hijos.

Tabla 9. Percepción del padre sobre el peso del niño durante su primer año

	Normal		Sobrepeso /Obesidad	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No contesta	0	0	0	0
Marcado Bajo peso	0	0	1	2,6
Bajo peso	17	38,6	35	92,1
Normal	27	61,4	2	5,3
Sobrepeso	0	0	0	0
Marcado sobrepeso	0	0	0	0
Total	44	100,0	38	100,0

Por otro lado, la tabla 10 presentan las percepciones de los padres respecto al peso de los niños a la edad de 2 años. Al respecto queda reflejado qué en los niños con IMC normal, el 86,4% de los padres categoriza a los niños en bajo peso a la edad de 2 años al igual que en la categoría de los niños con IMC sobrepeso/ obesidad donde 92,1% de los padres los categoriza en el mismo estado nutricional (bajo peso).

Tabla 10. Percepción del padre sobre el peso del niño a los dos años.

	Normal		Sobrepeso /Obesidad	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No contesta	0	0	1	2,6
Marcado Bajo peso	0	0	0	0
Bajo peso	38	86,4	35	92,1
Normal	6	13,6	2	5,3
Sobrepeso	0	0	0	0
Marcado sobrepeso	0	0	0	0
Total	44	100,0	38	100

También es necesario destacar que el 5,3% de los niños categorizados como en sobrepeso/obesidad, sus padres los perciben en un IMC normal. En la tabla 11, se presenta la percepción de los padres respecto al peso de sus hijos entre los 3-5 años categorizados según el IMC de los niños. Ante esto es necesario destacar que, en los niños con IMC normal, el mayor porcentaje de los padres (86,4%) señala que sus hijos, entre los 3-5 años de edad se encontraba bajo peso. Mientras que para los niños, con sobrepeso/obesidad, el 71,1% de sus padres percibe a sus hijos, con bajo peso. No obstante, a lo anterior, también es importante indicar que el 21,1% de los padres de los niños que poseen sobrepeso y obesidad están en un IMC normal; lo cual refleja un aumento de un 15,8 punto porcentual con respecto a la percepción que los padres tenía de sus hijos a la edad de dos años.

Tabla 11. Percepción del padre sobre el peso del niño de los 3-5 años

	Normal		Sobrepeso /Obesidad	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No contesta	0	0	3	7,9
Marcado Bajo peso	0	0	0	0
Bajo peso	38	86,4	27	71,1
Normal	6	13,6	8	21,1
Sobrepeso	0	0	0	0
Marcado sobrepeso	0	0	0	0
Total	44	100,0	38	100

En tanto, al observar la percepción de los padres respecto al peso de sus hijos en la actualidad, categorizando según el IMC de los niños, la tabla 12 nos indica que en los niños con IMC normal, el mayor porcentaje de los padres (81,8%) percibe a sus hijos en la actualidad con un bajo peso. Mientras que los niños según IMC con sobrepeso/obesidad, el mayor porcentaje de sus padres (55,3%) percibe a sus hijos en la actualidad con un bajo peso y el 42,1% de los padres los encuentra normal.

Tabla 12. Percepción del padre sobre el peso del niño en la actualidad

	Normal		Sobrepeso /Obesidad	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No contesta	7	15,9	1	2,6
Marcado Bajo peso	0	0	0	0
Bajo peso	36	81,8	21	55,3
Normal	1	2,3	16	42,1
Sobrepeso	0	0	0	0
Marcado sobrepeso	0	0	0	0
Total	44	100,0	38	100

3.5 PREOCUPACIÓN DE LOS PADRES SOBRE PESO DEL NIÑO

A continuación, se presentan una serie de resultados vinculados a la preocupación que tienen padres y/o tutores responsables sobre el consumo alimentario, la dieta y el aumento del peso que refleja el niño. A partir de lo anterior, en la tabla 13 se evidencian los resultados relacionados a la preocupación sobre el alto consumo de alimentos mientras no están presentes, categorizados según el IMC de los niños.

Tabla 13. Preocupación sobre el alto consumo de alimentación mientras él no está presente.

	Normal		Sobrepeso /Obesidad	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No contesta	0	0	0	0
No estoy preocupado	36	81,8	18	47,4
Estoy preocupado	8	18,2	20	52,6
Estoy muy preocupado	0	0	0	0
Total	44	100,0	38	100,0

Se puede apreciar que los niños con IMC normal, el 81,8% de los padres no está preocupado por el consumo de alimentos de los niños mientras no están presentes. Mientras que los niños según IMC con sobrepeso/obesidad, el 56,2% de los padres declara estar preocupado por el consumo de alimentos de los niños. No deja de extrañar, el alto porcentaje de padres de niños con sobrepeso u obesidad (47,4%), que indican no estar preocupados por los alimentos que sus hijos ingieren, mientras ellos no están. A continuación, la tabla 14 presenta los resultados referentes a la preocupación de los padres sobre el peso del niño, haciendo énfasis en la ingesta alimenticia para mantener el peso, todo esto categorizado según el IMC de los niños.

Tabla 14. Preocupación sobre la dieta para mantener el peso

	Normal		Sobrepeso /Obesidad	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No contesta	0	0	0	0
No estoy preocupado	20	68,2	17	44,8
Estoy preocupado	14	31,8	21	55,31
Estoy muy preocupado	0	0	0	0
Total	44	100,0	38	100,0

En este contexto, se refleja que, en los niños con IMC normal, el mayor porcentaje de los padres (68,2%) no está preocupado por la dieta de los niños para mantener el peso. Mientras que para los niños con IMC que los categoriza en sobrepeso/obesidad, el 55,31% de los padres declara si estar preocupado por la dieta de los niños para mantener el peso, por otro lado el 44,8% de los padres en sobrepeso/obesidad declara no estar preocupado por ello, situación al menos preocupante, ya que son los padres quienes regulan la ingesta alimentaria de los niños, por tanto una mayor o menor preocupación en ese ámbito podría, en definitiva, estar asociado a una conducta alimenticia adquirida por parte de los niños. Por otro lado, la tabla 15 presenta los resultados asociados a la preocupación de los padres sobre el peso del niño, colocando énfasis en el aumento de peso del niño, categorizado según el IMC de los niños.

Tabla 15. Preocupación sobre el aumento del peso del niño.

	Normal		Sobrepeso /Obesidad	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No contesta	1	2,3	1	2,6
No estoy preocupado	33	75	18	47,4
Estoy preocupado	10	22,7	19	50
Estoy muy preocupado	0	0	0	0
Total	44	100,0	38	100,0

Los resultados indican que el 75% de los padres cuyos hijos poseen un IMC normal, declara no estar preocupado por el aumento del peso de los niños. Mientras tanto, el 50% de los padres, cuyos hijos poseen sobrepeso/obesidad, declara estar preocupado por el aumento de peso de los niños. Por otro lado, es preocupante que el 47,4% de los padres de niños en sobrepeso/obesidad, declaren no estar preocupados por el aumento del peso de sus hijos. Finalmente, la tabla 16 señala a modo de resumen el comportamiento de las respuestas de los padres en cuanto a la preocupación por la alimentación de sus hijos, en función del estado nutricional de los mismos.

Tabla 16. Preocupación de los padres sobre alimentación de sus hijos.

	Normal n=44				Sobrepeso/Obesidad n=38			
	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
P-1	1,00	3,00	1,8409	,71343	1,00	3,00	2,4737	,60345
P.2	1,00	3,00	1,9773	,82091	1,00	3,00	2,5000	,60404
P.3	,00	3,00	1,7955	,82348	,00	3,00	2,3158	,80891
Total			1,86				2,42	

A partir de lo anterior, con respecto a la preocupación que pueden tener los padres de niños con un IMC normal sobre la alimentación, frecuencia alimentaria y aumento de pesos de sus hijos se puede señalar que presentan un total de 1,86 puntos sobre un total de 3, en este ámbito. Del mismo modo, se observa es en la pregunta nº3 de esta categoría (preocupación por aumento del peso de los niños) donde se observa una mayor dispersión en las respuestas. Al observar las respuestas de los padres de niños en sobrepeso/obesidad, se puede indicar que estos presentan 2.42 puntos, sobre un total de 3 en este ámbito; además se puede indicar que existe concordancia con el grupo de padres de niños con IMC normal, en cuanto a la heterogeneidad de las respuestas para la pregunta relacionada a la preocupación por el aumento del peso.

4. DISCUSIÓN

Con respecto a los resultados asociados a la categoría responsabilidad percibida por los padres sobre la alimentación de sus hijos, los resultados obtenidos en este estudio indican que tanto los padres de niños categorizados en un IMC normal (2.90 puntos) y sobrepeso/obesidad (2.99 puntos), se encuentran medianamente de acuerdo con las afirmaciones relacionadas la responsabilidad parental sobre la alimentación de los niños. En este contexto, se puede observar que el monitoreo de la frecuencia con la que el niño/a recibe su alimentación y el tamaño de las porciones de las comidas está presente constantemente en el núcleo familiar. No obstante, los resultados, indicarían que dicho monitoreo no es garante de un estado nutricional normal en el niño/a, pues quienes registran dichas aseveraciones tienden a ser, mayormente, los tutores del grupo de Sobrepeso/Obesidad.

Para contrastar el nivel de responsabilidad percibida en los resultados de nuestra investigación sobre la frecuencia en la que los padres son los responsables de la alimentación de sus hijos decidiendo el tipo correcto de comida en conjunto a las porciones de ingesta, con otros estudios, hemos encontrados investigaciones similares como la de Mallan et al. (2013) quienes investigaron un grupo

de tutores más amplio que el de nuestra investigación, sumando un total de 400 padres, los resultados de los autores antes mencionados señalan que en un 42% los padres son los responsables de organizar al menos en la mitad del tiempo la comida de sus hijos/a, decidiendo el tipo de alimento correcto en un 60% de los casos y cuánta cantidad deben consumir (50%). Asimismo, Wansink (2006), siguiendo la misma línea de alimentación infantil, define a los responsables de comprar y cocinar los alimentos dentro del hogar como “Porteros Nutricionales”, quienes en su investigación aseveran ser en un 72% de los casos, los encargados de controlar el consumo de alimentos de sus hijos/as tanto fuera como dentro del hogar.

Retomando el trabajo realizado por Mallan et al. (2013) en la misma investigación se declara que el 79% de los padres informó comer en familia a menudo/mayoría de las veces. Estar presente al momento en el que el niño ingiere sus alimentos, supone un mayor nivel de compromiso y responsabilidad en la alimentación del niño por parte del padre, pues es ahí donde puede regular de forma directa la porción y el tipo de alimento que están consumiendo. Al respecto, el informe del Centro Nacional de Estadísticas de Salud de Estados Unidos sobre la participación de los padres en la alimentación de sus hijos/as, postula que el 72% de los tutores de menores de 5 años, comen con ellos todos los días (Jones y Mosher, 2013).

Si bien en la gran mayoría de los casos expuestos los padres y/o tutores están presentes en las comidas de sus hijos/as y además se preocupan de la elección de alimentos junto a su respectiva porción, nuestra investigación no es la excepción, sin embargo los resultados son sumamente preocupantes; Ya que con una puntuación casi perfecta (2.99 puntos) de responsabilidad percibida por parte de los padres de niños/as con IMC de sobrepeso/obesidad, queda en evidencia que la gran mayoría de ellos estaría llevando a cabo malas prácticas alimenticias en sus hogares, pues lo que afirman hacer es incongruente con el hábito de alimentación saludable, repercutiendo directamente sobre el estado nutricional de sus hijos/as, quienes ya poseen sobrepeso u obesidad. Investigaciones en la materia respaldan la teoría de que los comportamientos de alimentación de los padres influyen en el peso del niño.(Webber et al, 2010a, Webber et al, 2010b). Esto podría sugerir que la relación entre la percepción positiva sobre la responsabilidad para interpretar el rol de proveedor y regulador de comidas no asegura el estado nutricional de “Normal” en sus hijos/as.

El papel que deben llevar a cabo los tutores en los aspectos relacionados con la alimentación de sus hijos/as debe ser de primera importancia, más aún si el núcleo familiar no se encuentra en su peso óptimo. Debido a la importancia de la responsabilidad, Golan (2004) definió a los padres como

“Agentes de cambio” en la intervención del sobrepeso y obesidad en niños/as menores de 12 años. Loveman et al. (2015) sugieren que dichas intervenciones deberían estar dirigidas en brindarle la responsabilidad a los padres en materias de actividad física y alimentación en el entorno familiar para implementar cambios en el estilo de vida, concluyendo en una opción de tratamiento efectivo para el combate del sobrepeso en niños/a entre las edades de 5 a 11 años.

Respecto a la percepción de los padres y/o tutores sobre el peso de sus hijos se este estudio presenta datos alarmantes ya que el 55,3% de los padres de niños con sobrepeso/obesidad los percibe como bajo peso, mientras que el 42,1% los percibe como normal. A partir de esto, Chávez et al. (2016), quienes investigaron la alteración de la percepción del estado nutricional por parte de los padres de preescolares demostraron que el 97,7% de los padres de niños con sobrepeso/obesidad subestimaron el peso de sus hijos clasificándolos como normal. Del mismo modo, los resultados presentados por Rietmeijer-Mentink, Paulis, van Middelkoop, Bindels & van der Wouden (2012) en su revisión de 51 artículos, indicaron que 11530 niños presentaban sobrepeso y de ellos el 64,2% fueron percibidos erróneamente como normal por sus padres.

Los datos expuestos anteriormente evidencian una problemática que posiblemente pueda desencadenar enfermedades en edades tempranas y adultas si es que no se realiza una intervención exitosa. Freedman et al. (2001); Dietz y Robinson (2005) nos dicen que el sobrepeso de inicio en la infancia representa el 25% de la obesidad adulta y persiste en un IMC más alto en la edad adulta, en comparación con obesidad de inicio adulto (Rietmeijer-Mentink et al. 2013,). Por otro lado, Angarita, Martinez, Rangel, Betancourt & Prada (2014) quienes investigaron las determinantes de la subestimación de la percepción de los padres sobre el peso de sus hijos, establecen que:

La subestimación del peso corporal puede catalogarse como un factor de riesgo para la obesidad infantil, ya que, si las madres y cuidadores ven a sus hijos con menor peso del que realmente tienen, no será un problema ofrecer más comida e incluso permitirles el consumo de alimentos hipercalóricos (dulces, gaseosas, caramelos, entre otros) (p.380).

Respecto a la autopercepción de los padres o tutores Binkin et al. (2011) explican la influencia del ambiente para las diferentes etapas de la vida, ya que, si se crece en un ambiente obesogénico y/o con prevalencia de obesidad, las percepciones se pueden modificar normalizando o subestimando el sobrepeso u obesidad. Esta influencia no solo afecta la autopercepción de los padres respecto a su propio peso, sino que también afectan a la percepción que estos puedan tener sobre el estado nutricional de sus hijos.

Dentro de los resultados de este estudio, se puede señalar que los padres, con respecto al pensamiento o la preocupación acerca del peso de los niños, el 81,8% de padres de niños con un IMC normal que no se preocupan por la alimentación de los hijos, así mismo declaran no estar preocupado por los alimentos que consume su hijo mientras él no se encuentra presente. Por otro lado, en los niños con un IMC de sobrepeso/obesidad, existe un 47,4% que declara no estar preocupado por lo que come su hijo cuando él no está, lo que provoca que los niños puedan comer lo que quieran y sin que exista alguien que los limite y controle.

A partir de lo anterior, se hace alarmante el alto porcentaje de padres, quienes declaran no estar preocupados por la situación nutricional de sus hijos. Al respecto, Domínguez et al. (2008) señala que: “En la infancia, la madre es la principal responsable de la transmisión al hijo de las pautas alimentarias saludables que podrían prevenir enfermedades relacionadas con la alimentación” (p.4); esto refleja la importancia que tienen los padres a la hora de medir los alimentos de sus hijos y por ende evitar alzas de peso y posteriores enfermedades que conllevan la mala alimentación.

También, de la misma manera con respecto a la preocupación de los padres sobre que los chicos y chicas tengan una dieta para mantener un peso deseado, los resultados de este estudio señalan que el 68,2% de los padres de niños con IMC normal declara no estar preocupados de la dieta que mantienen sus hijos para mantener el peso, así como también en los chicos y chicas con un IMC sobrepeso/ obesidad los padres con un 44,8% declaran no estar preocupados de la dieta de sus hijos para la mantención de un peso ideal. lo que se puede traducir a que el estado nutricional de los niños pueda cambiar o siga empeorando si es que no se tiene un seguimiento adecuado de los alimentos que ellos están ingiriendo. Tomando en cuenta que:

La madre alimenta al hijo de acuerdo con sus valores, creencias, costumbres, símbolos, representaciones sobre los alimentos y las preparaciones alimentarias. Por ejemplo, las representaciones que tiene ella sobre el cuerpo ideal del hijo pueden corresponder a la de un niño obeso y por lo tanto su perfil de alimentación ideal irá acorde con tal percepción. (Osorio E., Jessica, Weisstaub N., Gerardo, & Castillo D., Carlos, 2002)

Con esto podemos explicar por qué en que los padres de niños con IMC sobrepeso/obesidad en un gran porcentaje no tienen preocupación por la dieta de sus hijos y debido a esto los encontramos dentro de esta categorización. Considerando los resultados de este estudio, podemos señalar que la preocupación de los padres debe estar enfocada en la dieta que consume el niño en presencia o ausencia de un adulto y la actividad física que realiza. Al respecto Moore et al. (2012) quienes realizaron un estudio cuyo objetivo fue la búsqueda de los factores asociados a la preocupación de

los padres y su preocupación en la dieta y si esta preocupación se relaciona con acciones tomadas para mejorar la dieta y la actividad física de los hijos; indicaron que las posibles soluciones o cambios que se pueden realizar para combatir la obesidad infantil de los niños, son cambiar la dieta alimenticia, disminuir el tiempo de pantallas y no saltarse las comidas son claves para cambiar la situación actual de los niños.

Es en la etapa infantil cuando se incorporan la mayor cantidad de hábitos y prácticas alimenticias, donde la manera de alimentarse, sus futuras preferencias y rechazos frente a ciertos alimentos, pueden jugar un rol fundamental en la selección y forma de alimentación de los niños, más aún cuando se ha demostrado que es la madre la principal responsable de la transmisión a sus hijos de las pautas alimentarias, al establecer modelos autoritarios o permisivos, en aspectos como la elección, tipo, cantidad y horarios de cada comida, es por esta razón que los datos obtenidos en el rango de edad de entre 5-11 años es tan importante, ya que, la frecuente exposición frente a estos modelos familiares, genera un estímulo condicionado que asocia ciertos alimentos con ocasiones o eventos específicos (fiestas, castigos, premios, estaciones del año, etc.) lo que ejerce un efecto modulador sobre el comportamiento alimentario del niño, y que en el presente estudio se puede apreciar que dentro del universo de niños con normopeso, en cuanto a la preguntas que guardan relación con el monitoreo en el consumo excesivo de dulces, comida alta en grasa, y con que los niños no consuman mucha de su comida favorita (pregunta 15-20 del cuestionario), desde donde se establece que la media de los padres está ligeramente en desacuerdo con estas afirmaciones (2,07), manteniendo una homogeneidad similar entre las preguntas y sus respuestas, lo que podría indicar claramente indiferencia o despreocupación por parte de los padres, y una baja fiscalización de la cantidad y tipo de alimento que consumen sus hijos. Situación similar ocurre con los niños con sobrepeso/obesidad (2,36), solo que esta vez, se aprecia que hay padres que no les importa en absoluto cuanta cantidad de comida favorita consumen sus hijos/pupilos (mínimo 0,00).

Es en base a refuerzos positivos o negativos, que los niños adoptan preferencias alimentarias, según su experiencia y costumbres que resultan agradables, imitación de modelos, status social, disponibilidad de alimentos, tradiciones y cultura, entre otras, que los llevan a seleccionar conductas que se repetirán en el futuro. Si a esa conducta alimentaria se le suma la constante negociación sobre alimentación que rodea a las familias modernas, y en donde generalmente los niños influyen sus decisiones del hogar por medio de la insistencia y la manipulación con sus padres, crean todo un

modelo que generalmente está determinado por el estatus laboral y el tiempo que los padres están en casa para monitorear o fiscalizar el comportamiento alimenticio de sus pupilos.

Es por esta misma razón que la indiferencia que presentan los padres en cuanto a los alimentos que consumen sus hijos puede repercutir fuertemente en el comportamiento y la experiencia que tienen éstos hacia las diferentes comidas, llevando a consumos excesivos de alimentos, dado que los niños consideran esto como una forma de premio, y que generalmente coinciden o resultan ser sus favorito, de acuerdo a una situación sentimental/afectiva, estación del año u otra experiencia que haya tenido previamente y fue significativa para él, y que por otro lado, generalmente resultan ser dulces o comidas altas en grasa, y en donde los padres no están jugando un rol activo en el control de su ingesta. Esta situación se puede ver expresada y reflejada en la intencionalidad de mantener ciertos alimentos alejados o fuera del alcance de los niños, y en donde los padres de ambos grupos (niños con normopeso y niños con sobrepeso/obesidad) se muestran ligeramente en desacuerdo con esa medida o control, (2,36 y 2,50 respectivamente).

Por otro lado, si bien los padres de ambos grupos se muestran, ligeramente en desacuerdo con premiar (1,65 y 1,52) u ofrecer (1,81 y 1,76) su comida favorita o dulces a cambio de un buen comportamiento, y sumado a que por otro lado, ninguno de los encuestados, manifiesta estar ligeramente de acuerdo o en total acuerdo con esta afirmación (máximo= 3,00), se podría deducir que no existe tendencia a negociar con ellos de manera consciente, si no que los padres, podrían verse influenciados o manipulados de manera inconsciente por sus hijos, derivando a su vez en una falta de autoridad frente a los menores, y que extrapolado a la revisión literaria realizada por Sleddens et al., (2011), quienes determinaron que los padres autoritarios tienen hijos más saludables en términos de nutrición, actividad física y estado de peso, podrían dar explicación a la situación real encontrada en la muestra analizada del presente estudio. Datos o resultados que podrían verse apoyados en la investigación de Blissett, et al., (2006), quienes concluyeron que la falta de control, es decir, una crianza permisiva, generalmente está asociada a una ingesta desfavorable de frutas y vegetales por parte de los niños.

Los datos arrojados por ítem de restricción el cual constaba de seis afirmaciones demuestran que la media de respuestas de estas fue de 2,60 en los padres de niños y niñas con un IMC normal y 2,36 en padres de niños y niñas con sobrepeso. Estos datos no son relevantes para evidenciar una mayor regulación por parte de los padres de niños con un IMC normal, respecto a los padres de niños con sobrepeso, es aquí donde se hace de vital importancia realizar una revisión a la literatura para

esclarecer los resultados de las conductas reguladoras de la alimentación por parte de los padres hacia sus hijos.

En la aplicación del CFQ se obtuvo que el 83,3% de las personas que respondieron el cuestionario correspondía a las madres. Es por esto que las conductas o estrategias alimentarias que ejercen las madres sobre sus hijos influye sobre el estado nutricional de ellos y las conductas que estos puedan adquirir a temprana edad, por lo que dependiendo de la preocupación que estos tengan sobre sus hijos se pueden evidenciar diferentes formas de restricción o presión sobre la alimentación (Francis et al., 2001; Silva et al., 2013) quienes encontraron que la mayor restricción en la alimentación fue por parte de las madres más preocupadas de la alimentación y el peso de sus hijas con sobrepeso. En contraste, se evidencia una mayor presión para comer en situaciones donde sus hijas se encontraban bajo peso.

El factor de restricción en la alimentación por parte de los padres hacia los hijos no siempre otorga resultados positivos o buenas conductas alimentarias a futuro, tal como exponen Birch et al., (2003) quienes en sus resultados referentes a los niveles de restricciones maternas en la alimentación demostraron que las niñas de cinco años que presentaban sobrepeso y un mayor nivel de restricción en su alimentación presentaban una mayor ingesta a los nueve años. Del mismo modo, las niñas con sobrepeso y peso normal, junto con una mayor restricción alimentaria aumentaron sus niveles de alimentación en ausencia de hambre a lo largo del tiempo, esto nos demuestra que no siempre es eficaz esta propuesta restrictiva en niños y niñas ya que a lo largo del tiempo las conductas alimentarias adquiridas pueden ser perjudiciales y su ingesta calórica puede aumentar y sobrepasar los niveles recomendados para sus edades, produciendo así un efecto de ganancia de peso o mantención del sobrepeso.

Existe una gran responsabilidad en los padres/madres o tutores responsables sobre la alimentación y el peso de sus hijos, ya que son los principales encargados de controlar las cantidades, frecuencias y tipo de alimentos que ingieren. A raíz de lo anterior, el sobrepeso y obesidad existente a nivel país es un problema que debe ser abordado desde el hogar. Domínguez et al. (2008) indica que los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el contexto familiar, además señala que es durante la etapa infantil donde se incorporan la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias de la comunidad. Del mismo modo, señala que los progenitores influyen el contexto alimentario infantil usando modelos autoritarios o permisivos para la elección

de la alimentación de los niños, en aspectos como el tipo, cantidad y horarios de alimentación, así como edad de introducción de los mismos.

En cuanto a los resultados de este trabajo de investigación, los cuales hacen alusión a la presión y el control que realizan los padres en la alimentación de sus hijos, se pudo observar que la presión ejercida por los padres de niños con normopeso es mayor a la realizada por aquellos padres cuyos hijos presentan sobrepeso/obesidad (Campos et al., 2021). Si bien la diferencia entre ambos grupos de padres es mínima, también es posible advertir que cuando hay una mayor preocupación y control de parte de los padres en la alimentación de sus hijos, es más probable que los niños estén dentro de la categoría de normopeso, lo cual puede indicar que un mayor control en la alimentación de los niños favorece, además una vida más saludable y un peso más adecuado.

Por otra parte, el adulto responsable del hogar resulta un factor sumamente importante en los alimentos que se consumen en el hogar, es el encargado de preparar las comidas y porciones que se van a ingerir a lo largo del día a día. Por lo mismo, la presencia en la casa de alimentos altos en calorías es responsabilidad de los adultos y el tenerlos, resultan un gran incentivo para que los niños coman más calorías. En este sentido, según Clark (2007) un alto nivel de restricción parental de los alimentos se asocia con una mayor ingesta de energía y aumento de peso en los niños. En contraste, el control "encubierto" de la ingesta de alimentos de los niños controlando el ambiente de la comida para limitar la exposición a alimentos no saludables (es decir, no comprar alimentos poco saludables) reduce la ingesta de alimentos poco saludables en comparación con el control "abierto" (es decir, comprar los bocadillos, pero no permitiendo el acceso).

Con lo expuesto anteriormente, queda en evidencia que los hábitos alimenticios son fuertemente condicionados por el entorno familiar del niño, el cual a su vez influye en el horario de ingesta, los tipos de comidas, el momento de alimentación, e incluso los dispositivos electrónicos que se utilizan al momento de la ingesta de alimentos. Sin embargo, una de las principales problemáticas identificadas es que los padres/madres o tutores responsables permiten que los niños coman al mismo nivel de un adulto, lo cual contribuye de sobremanera al sobrepeso y obesidad. Para Domínguez et al. (2008) la influencia de los padres en el sobrepeso/obesidad de sus hijos, se debe a que un alto porcentaje de progenitores inducen a sus hijos a comer más allá de las señales de autorregulación innatas, en un intento por entregar una buena nutrición a sus hijos. No obstante, también señalan que los niños y niñas poseen una destacable capacidad para modular su ingesta, la cual se manifiesta en grandes variaciones de consumo al comparar diferentes días, y que es consecuencia de una menor adherencia

a las reglas familiares y una mayor respuesta a las señales internas de saciedad y hambre. En este sentido, se espera que los adultos sean capaces de conocer las necesidades alimenticias de sus hijos y las satisfagan cuando sea necesario, lo cual contribuiría disminuir el sobrepeso y obesidad infantil.

5. CONCLUSIONES

Al identificar, la caracterización de los padres y/o tutores, y el IMC de los niños y niñas del primer ciclo básico de un establecimiento municipal de la Comuna de Quillota, en la Región de Valparaíso, Chile. Se puede señalar que en un mayor porcentaje de los niños se encuentran en la categoría de normopeso, en segundo lugar, un porcentaje considerable de niños y niñas se encuentran en sobrepeso y obesidad. Con respecto a los datos de caracterización de los padres, específicamente en el nivel educativo más alto alcanzado; se puede señalar que los padres de niños normopeso, sobrepeso y obesos tienen la enseñanza media completa, como nivel de enseñanza más alto alcanzado. Por otro lado, en cuanto a la actividad laboral de los padres y/o tutores se puede concluir que aquellos adultos que trabajan tienen hijos en sobrepeso y obesidad; en cambio aquellos niños que son normopeso, sus padres no realizan una actividad remunerada; por tanto, se puede concluir que la permanencia en el hogar puede influir en el estado nutricional de los niños. Además, al observar la relación entre el IMC de los padres y/o tutores con el de sus hijos, se puede afirmar que los padres que presentan sobrepeso u obesidad tienen hijos con el mismo estado nutricional; por tanto, se puede señalar que el IMC de los progenitores influiría en el de sus hijos.

Por otro lado, al determinar la responsabilidad, percepción y preocupación de los padres y/o tutores con respecto a la alimentación, según el IMC de los niños pertenecientes al primer ciclo básico de un establecimiento municipal de la Comuna de Quillota, en la región de Valparaíso Chile, se puede concluir que la frecuencia de alimentación, las porciones servidas y la definición de los alimentos que se ingieren, esta determinada por el alto nivel de control, que tienen los padres sobre de estas variables en la alimentación de sus hijos, independiente del estado nutricional (normopeso, sobrepeso y obesidad). No obstante son los padres de niños con sobrepeso y obesidad, los que indican tener una mayor responsabilidad en las porciones de las comidas, la frecuencia de alimentación y la definición de la ingesta alimenticia, en comparación con los niños categorizados como normopeso.

Al determinar la percepción de los padres según su propio IMC en diferentes períodos de su vida, podemos concluir que, en todos los períodos etarios consultados a los padres de los niños con sobrepeso y obesidad, inclusive en la actualidad, se auto perciben como bajo peso y normopeso.

Situación que se repite para los niños clasificados como normopeso. Por tanto, se puede destacar que la autopercepción de los padres es errada al compararla con el estado nutricional de sus hijos.

Además, al relacionar la percepción que tiene el padre con respecto al estado nutricional de sus hijos en diferentes períodos etarios; se puede concluir que en todos los períodos en los cuales se consultó su percepción del estado nutricional de su hijo, estos consideran que se encuentran bajo peso o normopeso, situación transversal para aquellos niños que luego de las mediciones, se clasificaron como normopeso, sobrepeso y en obesidad. Por lo cual se puede determinar, que la percepción de los padres podría influir directamente, en la ingesta alimentaria de sus hijos, principalmente cuando son ellos los que asumen tener mayor responsabilidad en cuanto a las porciones, frecuencia y definiciones de alimentos.

Al identificar la preocupación, el monitoreo, restricción y presión para alimentarse de los padres y/o tutores con respecto a la alimentación, según el IMC, normopeso y obesidad, de los niños pertenecientes al primer ciclo básico de un establecimiento municipal de la Comuna de Quillota de la región de Valparaíso en Chile; es necesario señalar que los padres de niños normopeso no se preocupan mayormente de la alimentación de sus hijos, cuando no están presentes. Situación que se repite cuando se les consulta por la dieta de sus hijos y el aumento o mantención del peso. Por tanto, se puede señalar que los niños normopeso poseen una mayor libertad a la hora de mantener el peso y la dieta que llevan.

Esta situación cambia a la hora de referirnos a niños con sobrepeso y obesidad, donde los padres señalan estar preocupados de la alimentación de sus hijos cuando ellos no están, así como también de la dieta que siguen para mantener el peso y del aumento del peso que demuestra su hijo/a. Por lo cual es posible indicar que los padres de niños con sobrepeso y obesidad se mantienen al menos en un estado de alerta en cuanto a la dieta y estado nutricional de sus hijos. Con respecto al monitoreo de la alimentación, tanto los padres de niños con normopeso, sobrepeso y obesidad, están más al pendiente de la comida chatarra y alimentos procesados que sus hijos ingieren, misma situación ocurre cuando se trata de la comida favorita y la ingesta de sus hijos. Por otro lado, existe concordancia en que tanto padres de niños normopeso, en sobrepeso y obesidad no establecen la comida como un refuerzo positivo.

En cuanto a las restricciones que ejercen los padres y/o tutores sobre los niños, podemos señalar que aquellos niños que han sido clasificados como normopeso, poseen mayor vigilancia de sus padres a la hora de regular la alimentación de sus hijos, esto en comparación a aquellos niños con sobrepeso y

obesidad. Por otra parte, a la hora de ejercer presión para evitar la ingesta de productos altos en azúcares, grasas saturadas y snacks, son los padres de niños categorizados como normopeso quienes reciben un mayor control por parte de sus progenitores. Esto en comparación de los padres de niños con sobrepeso y obesidad, quienes tienen un comportamiento más flexible al respecto. En suma, se puede indicar que los padres influyen directamente en el estado nutricional de sus hijos; así mismo los niños que poseen mayores libertades, menor monitoreo y mayor flexibilidad a la hora de alimentarse, por parte de sus padres, tienen mayor tendencia al sobrepeso y obesidad

REFERENCIAS

- Aguilar, M., Ortegón, A., Mur Villar, N., Sánchez, J., García, J., García, I., & Sánchez, A. (2014). Programas de actividad física para reducir sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes: revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 30(4), 727-740. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.30.4.7680>
- Al-Qaoud N.M., Al-Shami E. & Prakash P. (2010) Kuwaiti mothers' perception of their preschool children's weight status. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 31, 505–510
- American Academy of Pediatrics. (2001). Media violence. *Pediatrics* 2001; 108: 12226.
- Amigo,Hugo, Bustos, Patricia, Erazo, Marcia, Cumsille, Patricio, & Silva, Claudio. (2007). Factores determinantes del exceso de peso en escolares: Un estudio multinivel. *Revista médica de Chile*, 135(12), 1510-1518. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007001200002>
- Angarita, A., Martinez, A., Rangel, C., Betancourt, M., & Prada, G. (2014). Determinantes de la subestimación de la percepción de los padres sobre el peso de sus hijos en hogares infantiles del ICBF de Floridablanca, Colombia, 2012. *Revista Chilena De Nutrición*, 41(4), 372-382. doi: 10.4067/s0717-75182014000400005
- Aristóteles (s.f). La política traducción de Pedro Simón Abril. Ediciones nuestra raza, Madrid. 1-257
- Binkin, N., Spinelli, A., Baglio, G., & Lamberti, A. (2013). What is common becomes normal: The effect of obesity prevalence on maternal perception. *Nutrition, Metabolism And Cardiovascular Diseases*, 23(5), 410-416. doi: 10.1016/j.numecd.2011.09.006
- Birch LL, Fisher JO, Grimm-Thomas K, Markey CN, Sawyer R, Johnson SL. (2001) Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite* 2001; 36: 201-210.
- Birch, LL, Fisher, JO y Davison, KK (2003). Aprender a comer en exceso: el uso de prácticas de alimentación restrictivas por parte de la madre promueve que las niñas coman en ausencia de hambre. *The American Journal of Clinical Nutrition* , 78 (2), 215-220.
- Blissett J., Meyer, C. & Farrow, C. (2005). Maternal core beliefs and children's feeding problems. *Int J Eat Disord*, 37(2), 127-34.
- Blissett, J., Meyer, C. & Haycraft, E. (2006). Maternal and paternal controlling feeding practices with male and female children. *Appetite*, 47, 212–219.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development*. Cambridge, Harvard University Press. (Trad. Cast.: *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona, Ediciones Paidós, 1987).
- Cabello, M., & Zuñiga, J. (2007). Aspectos interpersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico. *CIENCIA UANL*, X(2), 183-188.
- Cantalops Ramón, J., Ponseti Verdaguer, F., Vidal Conti, J., Borràs Rotger, P., & Palou Sampol, P. (2015). Adolescencia, sedentarismo y sobrepeso: análisis en función de variables sociopersonales de los padres y del tipo de deporte practicado por los hijos (Adolescence, physical inactivity and

overweight: analysis based on socio-personal variables of the paren. Retos, 0(21), 5-8. Recuperado de <https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/article/view/34595/18715>

Campos, N., Alcázar, R., Jacobi, M., García, R. Prácticas parentales de alimentación, autoeficacia y actitudes maternas con niños preescolares sonorenses. *Psicumex*, 11, e352.

Chávez, K., Rodríguez, J., Santos, J., Segovia, J., Altamirano, D., & Matías, V. (2016). Alteración de la percepción del estado nutricional por parte de padres de preescolares: un factor de riesgo para obesidad y sobrepeso. *Archivos Argentinos De Pediatría*, 114(3), 237-242. doi: 10.5546/aap.2016.237

Clark HR, Goyder E, Bissell P, Blank L, Peters J. How do parents' child feeding behaviours influence child weight? Implications for childhood obesity policy. *Journal of Public Health* 2007;29:132-41.

Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M., y Dietz, W.H. (2000). Definición estándar de sobrepeso y obesidad en niños: estudio internacional. *British Medical Journal*, 320, 1-6.

Díaz P, Marcela. (2000). Percepción materna del estado nutritivo de sus hijos obesos. *Revista chilena de pediatría*, 71(4), 316-320. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062000000400006>

Díaz, E. (2006). Diagnostico nutricional de niños entre 3 y 5 años que asisten al jardín infantil "La gotita" de Puerto Montt, durante el primer semestre del año 2006 (Licenciatura). Universidad austral de Chile.

Dietz W.H. & Robinson T.N. (2005) Clinical practice. Overweight children and adolescents. *The New England Journal of Medicine* 352, 2100–2109.

Domínguez Vásquez, P., Olivares Cortés, S. y Santos, J. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. Disponible en <http://www.repositorio.uchile.cl/handle/250/123925>

Faienza, M., Wang, D., Frühbeck, G., Garruti, G., & Portincasa, P. (2016). The dangerous link between childhood and adulthood predictors of obesity and metabolic syndrome. *Internal And Emergency Medicine*, 11(2), 175-182. doi: 10.1007/s11739-015-1382-6

Fehrman-Rosas, Pamela, Delgado-Sánchez, Claudia, Fuentes-Fuentes, Jessica, Hidalgo-Fernández, Andrea, Quintana-Muñoz, Carol, Yunge-Hidalgo, Wilma, Fernández-Godoy, Eloina, & Durán-Agüero, Samuel. (2016). Asociación entre autopercepción de imagen corporal y patrones alimentarios en estudiantes de Nutrición y Dietética. *Nutrición Hospitalaria*, 33(3), 649-654. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.274>

Fonseca, A. (2014). Percepción de los padres de familia sobre el estado nutricional de sus hijos preescolares y su efecto en el consumo de alimentos (Licenciatura). Universidad Rafael Landívar.

Fox, D.J. (1987). El proceso de investigación en educación (2ª ed.) Pamplona: EUNSA.

Freedman D.S., Khan L.K., Dietz W.H., Srinivasan S.R. & Berenson G.S. (2001) Relationship of childhood obesity to coronary heart disease risk factors in adulthood: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics* 108,712–718.

Gardner, R., Stark, K., Jackson, N., & Friedman, B. (1999). Development and Validation of Two New Scales for Assessment of Body-Image. *Perceptual And Motor Skills*, 89(3), 981-993. doi: 10.2466/pms.1999.89.3.981

Guerrero, N., Campos, O., & Luengo, J. (2005). Factores que intervienen en la modificación de hábitos alimentarios no adecuados en la provincia de Palena. Recuperado de http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Osorno%202005/Factores_que_intervienen_en_los_habitos_alimentarios.pdf

Golan, M., & Crow, S. (2004). Targeting Parents Exclusively in the Treatment of Childhood Obesity: Long-Term Results. *Obesity Research*, 12(2), 357-361. doi: 10.1038/oby.2004.45

Heilmann, A., Rouxel, P., Fitzsimons, E., Kelly, Y., & Watt, R. (2017). Longitudinal associations between television in the bedroom and body fatness in a UK cohort study. *International Journal Of Obesity*, 41(10), 1503-1509. doi: 10.1038/ijo.2017.129

Herdman M, Baró E. La medición de la calidad de vida: fundamentos teóricos. En: Badía X, Podzamczar D. *Calidad de vida asociada a la salud e infección por el VIH*. 1ª ed. Madrid: Jarpyo Editores, 2000. p. 19-33.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2010) *Metodología de la Investigación*. 5ta Edición. México, México D.F.: Editorial McGraw Hill.

Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L., Mathison, F., Aleman-Diaz, A., Molcho, M., Weber, M., & Barnekow, V. (2016). Growing up unequal. HBSC 2016 study (2013/2014 survey). *Health Policy for Children and Adolescents*, No. 7

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2000). *Guías alimentarias para la población colombiana menor de dos años*. Ministerio de salud, Bogotá, Colombia

Jones, J., & Mosher, W. (2013). *Fathers' Involvement With Their Children: United States, 2006–2010*. *National Health Statistics Report*, 71, 1-22.

Junta nacional de auxilio escolar y becas (JUNAEB). (2017). Mapa nutricional 2017. Recuperado de <https://www.junaeb.cl/wpcontent/uploads/2013/03/MapaNutricionalpresentacio%CC%81n2.pdf>

Klunder-Klunder, M., Cruz, M., Medina-Bravo, P., & Flores-Huerta, S. (2011). Padres con sobrepeso y obesidad y el riesgo de que sus hijos desarrollen obesidad y aumento en los valores de la presión arterial. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 68(6), 438-446. Recuperado en 23 de mayo de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166511462011000600006&lng=es&tlng=es.

Loaiza M, Susana, & Atalah S, Eduardo. (2006). Factores de riesgo de obesidad en escolares de primer año básico de Punta Arenas. *Revista chilena de pediatría*, 77(1), 20-26. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062006000100003>

Loveman E, Al-Khudairy L, Johnson RE, Robertson W, Colquitt JL, Mead EL, Ells LJ, Metzendorf MI, Rees K. (2015) Parent-only interventions for childhood overweight or obesity in children aged 5 to 11 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 12. Art.No.: CD012008. DOI: 10.1002/14651858.CD012008

- Lundahl, A., Kidwell, K., & Nelson, T. (2014). Parental Underestimates of Child Weight: A Meta-analysis. *PEDIATRICS*, 133(3), e689-e703. doi: 10.1542/peds.2013-2690
- Macias, A, Gordillo, L, & Camacho, E. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel delaeducaciónparalasalud.Revistachilenadenutrición,39(3), 40-43. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182012000300006>
- Maziak, W., Ward, K., & Stockton, M. (2007). Childhood obesity: are we missing the big picture?. *Obesity Reviews*, 9(1), 35-42. doi: 10.1111/j.1467-789x.2007.00376.x
- Mallan, K., Nothard, M., Thorpe, K., Nicholson, J., Wilson, A., Scuffham, P., & Daniels, L. (2013). The role of fathers in child feeding: perceived responsibility and predictors of participation. *Child: Care, Health And Development*, 40(5), 715-722. doi: 10.1111/cch.12088
- Manzur, Fernando, Alvear S, Ciro, & Alayón, Alicia. (2009). El perfil epidemiológico del sobrepeso y la obesidad y sus principales comorbilidades en la ciudad de Cartagena de Indias. *Revista Colombiana de Cardiología*,16(5),194200.RetrievedMay23,2018,fromhttp://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332009000500002&lng=en&tlng=es.
- Ministerio de educación. Gobierno de Chile. (2013). Programa de educación física y salud 5° básico. Revisado en <http://www.curriculumnacional.cl/inicio/1b-6b/quinto-basico/educacion-fisica-y-salud/>
- Ministerio de salud. Gobierno de Chile (2010). Encuesta nacional de consumo alimentario. Recuperado de http://web.minsal.cl/sites/default/files/ENCA-INFORME_FINAL.pdf
- Ministerio de salud. Gobierno de Chile (2010). Encuesta nacional de salud (2009-2010). Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
- Ministerio de salud. Gobierno de Chile (2011). Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de losobjetivossanitariosdeladécada.Recuperadode:<http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
- Ministerio de salud. Gobierno de Chile (2017). Encuesta nacional de salud (2016-2017). Recuperado de http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf
- Montero, P., Morales, E., & Carbajal, Á. (2004). Valoración de la percepción de la imagen corporal mediantemodelosanatómicos.*Antropo*, 8, 107-116. Retrieved from <http://www.didac.ehu.es/antropo>
- Moore, L., Lombardi, D., White, M., Campbell, J., Oliveria, S., & Ellison, R. (1991). Influence of parents' physical activity levels on activity levels of young children. *The Journals Of Pediatrics*, 118(2), 215-219.
- Moore, L., Harris, C., & Bradlyn, A. (2011). Exploring the Relationship Between Parental Concern and the Management of Childhood Obesity. *Maternal And Child Health Journal*, 16(4), 902-908. doi: 10.1007/s10995-011-0813-x
- Moscovici, S. (1979). El psicoanálisis, su imagen y su público (2nd ed., pp. 31-32). Buenos Aires: Huemul.

Moscovici, S. & Vignaux, G. (1994) Le concept de thémata. In Gruimelli (dir) Structures et transformations des représentations sociales. Textes de base en sciences sociales. Lausanne: Delachaux et Niestlé.

Muñoz-Cano, J., & Córdova-Hernández, J., & Boldo-León, X. (2012). Ambiente obesogénico y biomarcadores anómalos en escolares de Tabasco, México. Salud en Tabasco, 18 (3), 87-95.

NCD Risk Factor Collaboration (2017). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. The Lancet, Volume 390 , Issue 10113 , 2627 – 2642.

Olivares C, Sonia, Bustos Z, Nelly, Moreno H, Ximena, Lera M, Lydia, & Cortez F, Silvana. (2006). Actitudes y prácticas sobre alimentación y actividad física en niños obesos y sus madres en Santiago, Chile. Revistachilenadenutrición, 33(2), 170-179. <https://dx.doi.org/10.4067/S071775182006000200006>

Organización Mundial de la Salud. (1998). Promoción de la salud: Glosario. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2015). Alimentación sana. Revisado en <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

Organización Mundial de la Salud. (2016). Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206450/9789243510064_spa.pdf;jsessionid=44B5A757580C89BFF5034D47EEE589A0?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2017). Obesidad y sobrepeso. Revisado en <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Organización Mundial de la Salud. (2017). Global nutrition monitoring framework: Operational guidance for tracking progress in meeting targets for 2025. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259904/9789241513609-eng.pdf?sequence=1>

Organización Mundial de la Salud (2018). Global Nutrition Policy Review 2016 – 2017: Country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition (DRAFT). Recuperado de: <http://www.who.int/nutrition/topics/global-nutrition-policy-review-2016.pdf>

Osorio E., Jessica, Weisstaub N., Gerardo, & Castillo D., Carlos. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. Revista chilena de nutrición, 29(3), 280-285. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182002000300002>

Petkeviciene, J., Klumbiene, J., Kriaucioniene, V., Raskilene, A., Sakyte, E., & Ceponiene, I. (2015). Anthropometric measurements in childhood and prediction of cardiovascular risk factors in adulthood: Kaunas cardiovascular risk cohort study. BMC Public Health, 15(1). doi: 10.1186/s12889-015-1528-5

Restrepo M., S., & Maya Gallego, M. (2005). La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar. Un acercamiento a la cotidianidad. Boletín de Antropología Universidad de Antioquia, 19 (36), 127-148.

Reilly, J.J., y Wilson, D. (2006). Childhood obesity. British Medical Journal, 333(7580), 1207-1210.

Rico, S., Rodríguez, F. J., Fernández, G. G., Calderón, J. F., & Álvarez, M. M. (2016). Influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso y obesidad infantil en Valverde de Leganés. *European Journal of Child Development, Education and Psychopathology*, 4(1), 17-29.

Rietmeijer-Mentink, M., Paulis, W., van Middelkoop, M., Bindels, P., & van der Wouden, J. (2012). Difference between parental perception and actual weight status of children: a systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 9(1), 3-22. doi: 10.1111/j.1740-8709.2012.00462.x

Sarzoza, S. (2007). Enfoques de Aprendizaje y Formación en Competencias en Educación Superior. (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada.

Syednasrollah, F., Mäkelä, J., Pitkänen, N., Juonala, M., Hutri-Kähönen, N., & Lehtimäki, T. et al. (2017). Prediction of Adulthood Obesity Using Genetic and Childhood Clinical Risk Factors in the Cardiovascular Risk in Young Finns StudyCLINICAL PERSPECTIVE. *Circulation: Cardiovascular Genetics*, 10(3), e001554. doi: 10.1161/circgenetics.116.001554

Silva, C., Jiménez-Cruz, B., & Hernández-Medina, A. (2013). Factores Relacionados con las Prácticas Maternas de Control Alimentario en Preescolares. *Acta De Investigación Psicológica*, 3(3), 1298-1310. doi: 10.1016/s2007-4719(13)70968-2

Sleddens, E. F., Gerards, S. M., Thijs, C., de Vries, N. K. & Kremers S. P. (2011). General parenting, childhood overweight and obesity-inducing behaviors: a review. *Int J PediatrObes*, Jun; 6(2-2): e12-27. doi: 10.3109/17477166.2011.566339

Soto, M., & Failde, I. (2004). La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11(8), 53-62. Recuperado en 28 de junio de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113480462004000800004&lng=es&tlng=es.

Swinburn, B., Egger, G., & Raza, F. (1999). Dissecting Obesogenic Environments: The Development and Application of a Framework for Identifying and Prioritizing Environmental Interventions for Obesity. *Preventive Medicine*, 29(6), 563-570. doi: 10.1006/pmed.1999.0585

UNICEF(2016). Estado Mundial de la Infancia 2016. Una oportunidad para cada niño. https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf

Vega, P., Álvarez, A., Bañuelos, Y., Reyes, B., & Hernández, M. (2015). Estilo de vida y estado de nutrición en niños escolares. *Enfermería Universitaria*, 12(4), 182-187. doi: 10.1016/j.reu.2015.08.003

Villagrán Pérez, S., Rodríguez-Martín, A., Novalbos Ruiz, J. P., Martínez Nieto, J. M., & Lechuga Campoy, J. L. (2010). Habits and lifestyles modifiable in children with overweight and obesity. *Nutrición Hospitalaria*, 25(5), 823-831. Recuperado en 23 de mayo de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000500022&lng=es&tlng=en.

Vio del R, Fernando, Salinas C, Judith, Lera M, Lydia, González G, Carmen Gloria, & Huenchupán M, Carolina. (2012). Conocimientos y consumo alimentario en escolares, sus padres y profesores: un análisis comparativo. *Revista chilena de nutrición*, 39(3), 34-39. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182012000300005>

Wansink, B. (2006). *Mindless eating: why we eat more than we think*. New York: Bantam Books

Warkentin, S., Mais, L., Latorre, M., Carnell, S., & de Aguiar Carrazedo Taddei, J. (2018). Relationships between parent feeding behaviors and parent and child characteristics in Brazilian preschoolers: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 18(1). doi: 10.1186/s12889-018-5593-4

Webber L., Cooke L., Hill C., Wardle J. Child adiposity and maternal feeding practices. A longitudinal analysis. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 92(2010), pp. 1423-1428

Webber L., Hill C., Cooke L., Carnell S., Wardle J. Associations between child weight and maternal feeding styles are mediated by maternal perceptions and concerns. *European Journal of Clinical Nutrition*, 64 (2010), pp. 259-265.

Xu, C., Quan, M., Zhang, H., Zhou, C., & Chen, P. (2018). Impact of parents' physical activity on preschool children's physical activity: a cross-sectional study. *Peerj*, 6, e4405. doi: 10.7717/peerj.4405

Yajnik, C., & Yudkin, J. (2004). The Y-Y paradox. *The Lancet*, 363(9403), 163. doi: 10.1016/s0140-6736(03)15269-5

Capítulo 15



10.37423/230507733

ALTERAÇÕES HEMODINÂMICAS ENTRE UNIVERSITÁRIOS OBESOS E EUTRÓFICOS APÓS EXERCÍCIO AERÓBICO.

Costa, P, F.

Uninorte

Souza, M, E.

Uninorte

Marques, N,S,F.

Uninorte



Resumo: A obesidade é definida como sendo uma condição em que há o acúmulo excessivo de gordura corporal, em comparação com o índice de massa corporal (IMC) de determinado indivíduo em relação com sua estatura, idade e sexo. Considerada como uma condição epidêmica atinge a população de uma forma geral, sendo uma condição observada em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Objetivo: Comparar as variações hemodinâmicas que ocorrem entre obesos e eutróficos sedentários, durante o exercício aeróbico. Metodologia: Trata-se de um estudo transversal, descritivo de abordagem quantitativa. Foram selecionados 10 indivíduos obesos, e 10 indivíduos eutróficos, que foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. (IMC entre 18,5-24,9 para eutróficos e IMC > que 30 para obesos). Foram submetidos a uma avaliação em esteira ergométrica onde foram avaliados a PAS, PAD, FC, DP e BORG, antes, durante e depois do exercício. Discussão: Os indivíduos obesos apresentam menor demanda de oxigênio pelo miocárdio, possivelmente pela diminuição da massa magra, e maior sensação subjetiva de esforço mesmo aos pequenos estímulos, pelos altos valores apresentados no início do exercício. Conclusão: As variáveis PAD, o DP final e os valores de BORG apresentaram diferença estatística entre os grupos, sendo que o coeficiente de variação apresentou-se maior nos indivíduos eutróficos quando comparados com os indivíduos obesos, e a PAD se comportou de forma pouco comum, com redução durante o exercício quando comparada com os valores iniciais, retratando a necessidade da inserção deste público em programas que diminua os fatores de risco dos obesos.

Palavras-chave: “Obesidade”, “Fisioterapia”, “Exercício físico”.

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é definida como sendo uma condição em que há o acúmulo excessivo de gordura corporal, em comparação com o índice de massa corporal (IMC) de determinado indivíduo em relação com sua estatura, idade e sexo (PRADO et al., 2009). Considerada como uma condição epidêmica atinge a população de uma forma geral, sendo uma condição observada em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Sua gravidade pode ser classificada por meio do cálculo do IMC obtido pela divisão do peso em quilogramas pela altura em metros elevados ao quadrado, e o resultado obtido é avaliado e caracterizado através dos graus: onde o IMC de 30 a 34,9 Kg/m² é considerado obesidade grau I, IMC de 35 a 39,9 Kg/m² é considerado obesidade grau II e IMC $\geq$ 40 Kg/m² é considerado obesidade grau III (PONTES; SOUSA; NAVARRO, 2009).

No Brasil o índice de pessoas obesas aumentou aproximadamente 90% nas últimas três décadas, estima-se que a taxa de sobrepeso seja de 26,5% para o sexo feminino e 22% do sexo masculino, e que a obesidade atinja 11,2% e 4,7% de indivíduos do sexo feminino e masculino respectivamente. A obesidade considerada grave acomete aproximadamente 0,5% da população feminina e 0,1 % da população masculina (TENÓRIO; LIMA; SANTOS, 2010).

A obesidade é apontada como a principal causa de diversas alterações que afetam a fisiologia do organismo, causando elevação dos níveis da pressão arterial sistêmica, acidente vascular encefálico, eventos trombóticos, diabetes mellitus tipo II, alterações dermatológicas, osteoarticulares, alterações posturais e distúrbios psicológicos (TENÓRIO; LIMA; SANTOS, 2010). Tais alterações afetam a qualidade de vida dos indivíduos obesos influenciando os mesmos a adotar comportamento depressivo, mais reservado evitando contato social e consequentemente isso afetará sua autoestima refletindo negativamente no relacionamento familiar e profissional (SOUZA et al., 2005).

Na obesidade observa-se uma concentração muito alta de citocinas e proteínas secretadas principalmente pelo tecido adiposo branco, essas citocinas estão diretamente relacionadas com processos inflamatórios agudos, causando alterações no funcionamento do organismo, como por exemplo, descontrole entre o consumo e o gasto energético, alterações no sistema imunológico, metabólico e hemodinâmico (PRADO et al., 2009).

Estudos mostram que há uma relação direta entre hipertensão arterial e hipertrofia do miocárdio, a fisiopatologia da hipertensão no obeso é explicada pela hiperatividade do sistema nervoso simpático, diminuição da ação da renina no plasma sanguíneo, circulação plasmática aumentada seguida de aumento do débito cardíaco e diminuição da resistência vascular periférica esses eventos em conjunto são responsáveis por elevar os níveis pressóricos, sendo que a hipertensão arterial é considerada a principal responsável pelo desenvolvimento da

hipertrofia ventricular esquerda do tipo excêntrica sendo que esse tipo de hipertrofia é observado especificamente em indivíduos obesos (BATLOUNI, 1995)

Para melhor compreender a fisiopatologia dessa doença, e intervir de forma preventiva nas disfunções causadas pela mesma, é necessário saber as principais alterações que ocorrem em indivíduos obesos para intervir de forma preventiva, dessa forma diminuindo gastos hospitalares em decorrência de complicações que esta poderá causar além de oferecer uma melhor qualidade de vida para as pessoas através da prática de exercícios físicos bem controlados e seguros.

Sendo assim, este estudo visa comparar as variações hemodinâmicas que ocorrem entre obesos e eutróficos sedentários, durante o exercício aeróbico, avaliar o desempenho cardiovascular de indivíduos obesos e eutróficos, evidenciar as alterações hemodinâmicas com a correlação obesidade e eutrofismo em indivíduos sedentários, e por fim relacionar e comparar resultados encontrados nesse estudo com os de outras literaturas.

2 METODOLOGIA

2.1 TIPOS DE ESTUDO

Este trabalho trata-se de um estudo transversal, descritivo de abordagem quantitativa que visou avaliar e comparar as alterações hemodinâmicas que ocorrem entre indivíduos acadêmicos obesos grau I e eutróficos da Faculdade Barão do Rio Branco, durante uma sessão de exercício aeróbico.

2.2 LOCAL DO ESTUDO

Os dados foram coletados no laboratório de fisiologia humana da Faculdade Barão do Rio Branco, que se trata de uma instituição de ensino superior privado localizado na BR 364 km 02 – Alameda Hungria, 200. Bairro Jardim Europa II – CEP: 69915-497 Rio Branco- Acre.

2.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O estudo iniciou após aprovação do Comitê de ética em pesquisa através do Parecer nº 1.399.562 e foi composto por 20 voluntários acadêmicos dos cursos de saúde da Faculdade Barão do Rio Branco, os mesmos foram abordados na praça de alimentação da instituição citada acima e convidados pelas pesquisadoras a participarem do estudo, durante a abordagem foi explicado todo o método do estudo a cada um dos participantes, sendo então selecionados 10 indivíduos obesos, 5 do sexo masculino e 5 do sexo feminino e 10 indivíduos eutróficos, 5 do sexo masculino e 5 do sexo feminino, que foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

Os critérios de inclusão foram: Acadêmicos do curso de saúde da Instituição de ensino superior Faculdade Barão do Rio Branco, IMC de 30 a 34,9 Kg/m² para indivíduos considerados obesos grau I, e IMC entre 18,5 e 24,9 para indivíduos considerados eutróficos, (UMEDA, 2014) de ambos os sexos, com idade entre 18 e 30 anos, sendo todos sedentários.

Os critérios de exclusão foram: Obesos classificados em grau II e III, segundo o cálculo do IMC, indivíduos que estivessem fazendo uso de medicamentos, tabagismo, gravidez, histórico de doenças cardiovasculares, sistêmicas, metabólicas, alterações osteomioarticulares ou qualquer outra doença que pudesse alterar os resultados do teste.

2.4 PROCEDIMENTOS

A avaliação deu início a partir do preenchimento do roteiro estruturado de coleta de dados sócios demográficos elaborados pelas pesquisadoras, que continham perguntas a respeito dos dados pessoais, físicos, socioeconômico, histórico familiar, social, e hábitos diários.

Os participantes da pesquisa foram submetidos a um período de 5 minutos de repouso em ambiente tranquilo, e na sequência deu-se início a avaliação física que contou com a aferição da: pressão arterial sistólica (PAS), pressão arterial diastólica (PAD), saturação periférica de oxigênio (SPO2) e frequência cardíaca (FC) para que a partir desses dados pudesse ser feito o cálculo da frequência cardíaca de treino (FCT) através da escala de Karvonen ($F_{cmáxima} = 220 - \text{idade}$).

Também houve a verificação do peso e altura para realização do cálculo do IMC obtendo assim a confirmação e classificação de obesos e eutróficos, cálculo do duplo produto e escala de borg modificada que visa avaliar o nível de cansaço durante o exercício.

Foi explicado todo o procedimento ao participante, enfatizando que o mesmo deveria evitar conversar durante a aferição da PAS e PAD e que durante a avaliação caso houvesse qualquer intercorrência ou mal estar o teste seria prontamente interrompido. O preparo do paciente ocorreu com o mesmo sentado, com as pernas descruzadas, com os pés apoiados no chão, costas apoiado na cadeira e relaxado, o braço deveria estar apoiado e ficar na altura do coração, cotovelo semiflexionado, palma da mão em supino e livre de roupas.

Concluídas todas as fases de avaliação e aferição dos sinais vitais foi dado início ao exercício aeróbico com duração de 30 minutos na esteira ergométrica com um indivíduo de cada vez estando o mesmo utilizando roupas e calçados adequados, onde foram observados o seu desempenho físico, bem como o nível de cansaço que era relatado pelo indivíduo a cada 5 minutos (Borg5', Borg10', Borg15', Borg20', Borg25' e Borg30'), a FC e a pressão

arterial (PA) eram verificadas a cada 10 minutos durante o exercício (FCrepouso, FC10', FC20' e FC30'; PArepouso, PA10', PA20' e PA30'), e a escala de borg era avaliada a cada 5 minutos, assim como nesta mesma frequência aumentava-se a velocidade em 0,5 km/h, sendo que a velocidade inicial foi de 3 km/h e a velocidade final de 5.5 Km/h. Todos esses dados foram devidamente anotados durante todo o processo. Ao final do teste cada participante permaneceu em repouso por mais 10 minutos para uma reavaliação da PAS, PAD e FC.

Ao final da coleta, os dados foram tabulados no programa do Excel 2013, e para análise estatística com descrição das variáveis e análise utilizou-se o programa SPSS.

3 RESULTADOS

O estudo contou com 20 indivíduos selecionados aleatoriamente, sendo que destes, 1 participante não pode completar a avaliação, por conta do aumento exacerbado da PAS e PAD que em repouso foi de 130x90 e aos 10 minutos chegou à 170x100 caracterizando um risco de intercorrência no sistema cardiovascular, tendo em vista a pouca sobrecarga imposta até o momento, sendo feita então toda a análise estatística com 19 participantes.

Os 19 indivíduos avaliados tinham idade média de 23 anos ($\pm 3,11$) sendo 52,6% do sexo feminino (n=10) e 47,4% do sexo masculino (n=09).

Em relação ao estado nutricional o estudo contou com 52,6% da amostra eutróficos (IMC entre 18,5 kg/m² > 24,9 kg/m²) e obesidade nos outros 47,4% (IMC > 30 kg/m²) como mostra na tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização da amostra

Variáveis	N (%)
<i>Sexo</i>	
Feminino	10 (52,6)
Masculino	9 (47,4)
<i>Faixa etária</i>	
18- 25 anos	15 (78,9)
26 a 30 anos	4 (21,1)
<i>IMC</i>	
18,5-24,9	10 (52,6)
29,9-34,9	9 (47,4)

Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras

De acordo com a análise estatística não houve alterações significativas entre os grupos avaliados em relação à PAS e à FC como mostra a tabela 2.

Tabela 2 – Parâmetros da variação da PAS, PAD, FC, duplo produto e nível de cansaço (BORG).

Variáveis	Obesos Coeficiente de variação (%)	Eutróficos Coeficiente de variação (%)	p-valor
PAS			
PAS antes	7,08	9,26	0,069
PAS 10 min	8,03	9,89	0,51
PAS 20 min	5,62	9,85	0,083
PAS 30 min	4,03	8,00	0,076
PAS 10 min depois	5,58	7,26	0,54
PAD			
PAD antes	7,40	15,8	0,041*
PAD 10 min	7,59	11,09	0,21
PAD 20 min	5,55	11,42	0,007*
PAD 30 min	5,35	9,07	0,061
PAD 10 min depois	8,49	14,40	0,046*
FC			
FC antes	12,67	12,76	0,98
FC 10 min	11,05	11,75	0,81
FC 20 min	9,07	10,12	0,53
FC 30 min	8,13	9,92	0,38
FC 10 min depois	11,44	16,83	0,07
Duplo Produto (DP)			
Inicial	12,85	14,68	0,059
Final	11,80	18,32	0,049*
BORG			
5 min	111,80	316,2	< 0,001*
10 min	43,73	210,81	< 0,001*
15 min	20,10	135,52	< 0,001*
20 min	15,29	129,09	< 0,001*
25 min	17,54	132,41	< 0,001*
30 min	13,04	116,53	< 0,001*

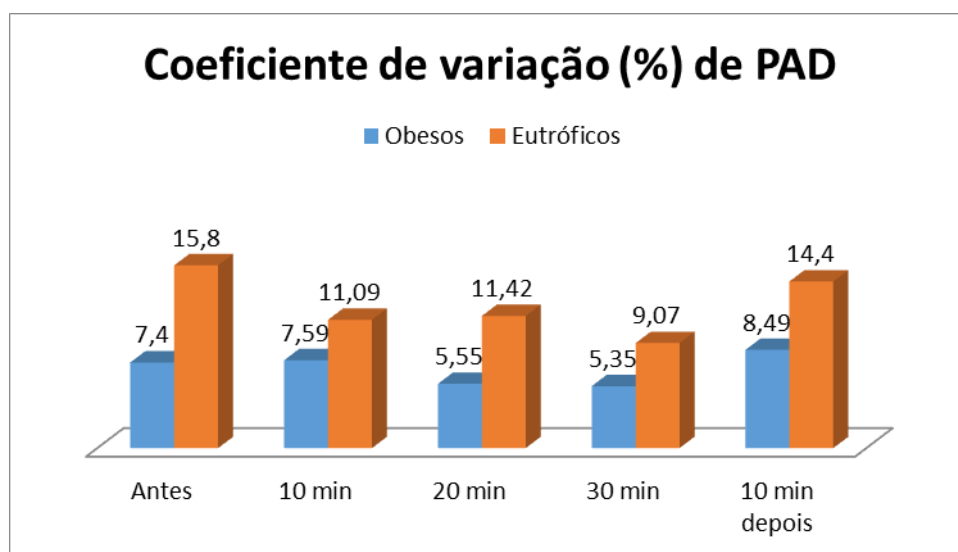
Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras

* Diferença estatisticamente significativa

Já na PAD observaram-se maiores variações nos participantes eutróficos em relação ao grupo de obesos na fase de repouso, aos 20 minutos de teste e nos 10 minutos de repouso pós-teste. Para melhor compreensão foi calculado o Coeficiente de variação através da fórmula (Gráfico 1):

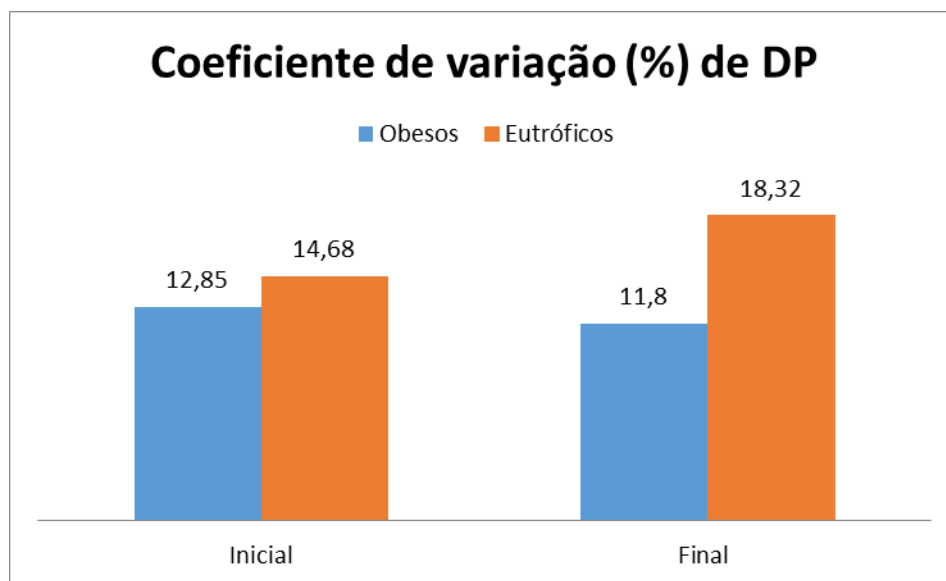
$$CV = \frac{\text{desvio padrão}}{\text{média}} \cdot 100$$

Gráfico 1



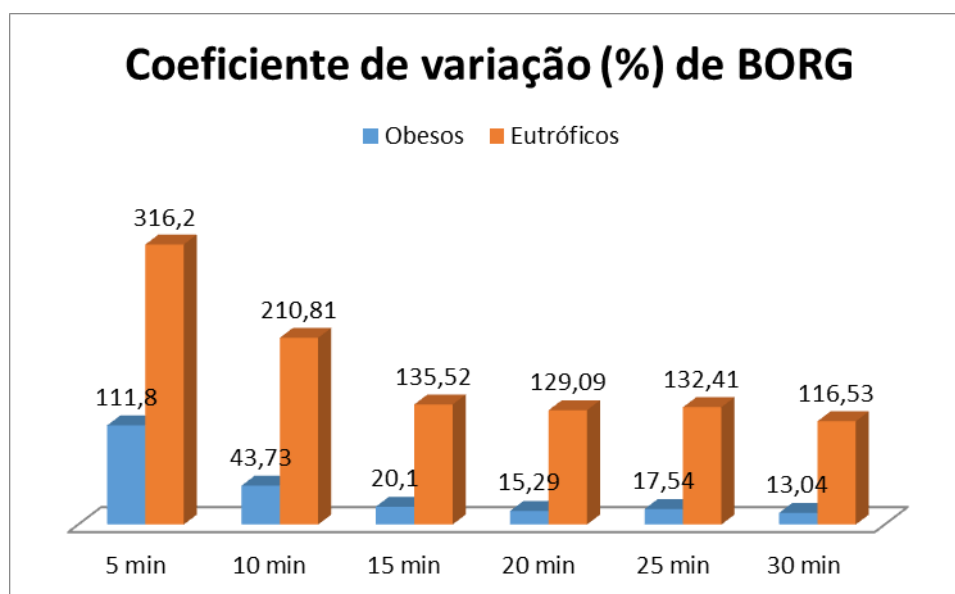
Em relação ao DP houve maior variação no DP final nos indivíduos eutróficos como mostra o gráfico 2.

Gráfico 2



Quanto ao nível de cansaço observou-se diferenças significativas de variação entre os grupos desde o início do teste até a conclusão do mesmo, como mostra o gráfico 3.

Gráfico 3



4 DISCUSSÃO

Ao analisar os resultados é possível observar que não houve alterações significativas no comportamento da PAS e FC ao teste. Já na PAD foram observadas variações significativas do grupo de eutróficos quando comparado com o grupo de obesos durante a fase de repouso ($p < 0,041$), nos 20 minutos de execução do exercício ($p < 0,021$) e nos 10 minutos após o esforço ($p < 0,046$).

Durante a prática de exercícios físicos a PAS aumenta e a PAD diminui, ou se mantém, enquanto a resistência vascular periférica tem um ligeiro declínio, esses eventos são explicados porque o sangue presente nas vísceras e músculos menos ativos são direcionados para os grupos musculares solicitados durante a prática de exercício, resultando no aumento da pós-carga, do débito cardíaco que associado à resistência vascular periférica resultará em elevação dos níveis pressóricos (BENINI et al., 2011). No caso dos indivíduos obesos não houve uma variação estatística significativa por conta da sobrecarga já existente, no caso o excesso de tecido adiposo visceral, diferentemente dos indivíduos eutróficos que tinham como único fator limitante o sedentarismo, sendo que a demanda de oxigênio bem como o débito cardíaco foi mais alto e eficiente no grupo eutrófico, no entanto não foram encontrados estudos que explicassem fisiologicamente os resultados encontrados acerca da PAD do grupo eutrófico.

Diferente dos resultados encontrados no presente estudo no que se refere à PAD, Faria e colaboradores (2014), realizaram um estudo transversal com 92 adolescentes entre 10 e 17 anos, com o objetivo de observar o comportamento funcional do sistema respiratório entre adolescentes obesos,

não mórbidos de ambos os sexos. Onde a PAD se mostrou muito maior no grupo de indivíduos obesos quando comparado com o grupo não obeso.

O DP final sofreu variações significativas no grupo de eutróficos em relação ao grupo de obesos ($p < 0,049$). O DP é um método confiável para analisar o esforço que o coração é submetido em repouso e durante atividade física identificando dessa forma o gasto de oxigênio pelo músculo cardíaco (GOBEL et al., 1999). Durante o exercício o coração envia oxigênio para os músculos e realiza reabsorção de metabólitos. Dessa forma observou-se que no grupo de eutróficos houve uma maior demanda de oxigênio pelo fato dos indivíduos eutróficos terem maior quantidade de massa magra em relação ao outro grupo. Já no grupo de obesos há um menor demanda de oxigênio por conta do acúmulo excessivo de gordura no organismo, onde o exercício vai atuar de maneira para catabolizar os adipócitos ao invés de condicionar a musculatura esquelética.

Ao observar a variação do DP entre os grupos, observou-se que houve uma maior variação no DP final ($p < 0,049$) nos indivíduos eutróficos, retratando um volume de oxigênio consumido pelo miocárdio durante esforço físico maior em indivíduos eutróficos, quando comparado com indivíduos obesos. Em parte isso ocorre porque tanto a taxa metabólica basal (TMB) quanto à taxa metabólica de repouso (TMR) são maiores em indivíduos eutróficos. Outro fator que explica o menor volume de oxigênio consumido pelo obeso durante a atividade física é a própria mecânica respiratória que está alterada na presença exacerbada de tecido adiposo (GUEDES, 2012), diminuindo a complacência da caixa torácica e empurrando para cima o diafragma, além da concentração muito elevada de leptina que é secretada pelo tecido adiposo e que no organismo tem efeito constritor nas vias respiratórias sendo responsável por causar alterações entre a relação ventilação perfusão exigindo um maior consumo de oxigênio para manter a homeostase (STIRBULOV, 2007).

O sistema respiratório do obeso é incapaz de eliminar quantidades aceitáveis de gás carbônico que entra nos pulmões, essa condição pode ocasionar hipercapnia com valores de pressão parcial de gás carbônico (PaCO_2) superior a 45 mmHg e consequente diminuição na pressão parcial de oxigênio (PaO_2) dentro dos alvéolos, e essas disfunções respiratórias são mais observadas em indivíduos com IMC superior a 30 Kg/m^2 . (SILVA, 2006)

Foi verificada um nível de dispneia mais elevado no grupo de obesos em relação ao grupo de eutróficos ($p < 0,001$). Isso ocorreu, pois os indivíduos obesos já começavam o exercício, cansados ou limitados hemodinamicamente e aos primeiros sinais de sobrecarga o cansaço aumentava significativamente, não interferindo na variação estatística do início ao fim da avaliação. Já os indivíduos eutróficos

começavam sem sinais de cansaço e evoluíam de acordo com o esperado, progressivamente, de acordo com o aumento da velocidade, esboçando pouco ou nenhum sinal de cansaço até a fase final do exercício, variando assim, muito mais que o outro grupo.

Indivíduos sedentários quando são submetidos a exercício aeróbico observa-se que durante a transição do estado de repouso ao esforço máximo o consumo de oxigênio aumenta em até dez vezes para suprir a necessidade de oxigenação adequada em níveis teciduais, é necessário que ocorra a interação adequada dos sistemas ventilatório, cardiovascular bem como da musculatura esquelética (GHORAYEB, 2004)

5 CONCLUSÃO

As variáveis pressão arterial diastólica, o duplo produto final e os valores de BORG apresentaram diferença estatística entre os grupos, sendo que o coeficiente de variação apresentou-se maior nos indivíduos eutróficos quando comparados com os indivíduos obesos, e a pressão arterial diastólica se comportou de forma pouco comum, com redução durante o exercício quando comparada com os valores iniciais.

Quanto ao comportamento apresentado pela pressão arterial diastólica observa-se a necessidade de mais estudos que elucidem a queda desta variável durante o exercício, fato não justificado na literatura.

Conclui-se, portanto, que os indivíduos obesos apresentam menor demanda de oxigênio pelo miocárdio, possivelmente pela diminuição da massa magra, e maior sensação subjetiva de esforço mesmo aos pequenos estímulos, pelos altos valores apresentados no início do exercício, retratando a necessidade da inserção deste público em programas que favoreçam o aumento da massa magra, melhora do condicionamento cardiovascular e da sensação subjetiva de esforço, reduzindo os fatores de risco deste público.

REFERÊNCIAS

- BATLOUNI, M. Hipertrofia cardíaca. Fatores determinantes e mecanismos moleculares. Arquivo Brasileiro de Cardiologia. v. 65, n. 6, p. 533-536, 1995.
- BENINI, R. et al., Respostas cardiovascular em grupos de condicionamento físico distintos e submetidos a diferentes intensidade de exercício resistido. Health Sciences Institute v.29, n. 2, p. 123-126, 2011.
- FARIA, A.G. et al., Effect of exercise test on pulmonary function of obese adolescents. Jornal de pediatria. v. 90, n. 3, p. 242-249, 2014.
- GHORAYEB N., BARROS T. O exercício: preparação fisiológica, avaliação médica, aspectos especiais e preventivos. 1º Ed. São Paulo: Atheneu. p. 8-11, cap. 1, 2004.
- GOBEL, F.L. et al., The rate – Pressure product as na index of myocardial oxygen consumption during exercise in patients whith angina pectoris. Circulation.v. 57, p.549-556, 1999.
- GUEDES P.D. Musculação estética e saúde feminine. 4º ed. São Paulo: Phorte. p. 59, cap. 1, 2012.
- PONTES, A. L. C.; SOUSA, I. A.; NAVARRO, A. C. O tratamento da obesidade através da combinação dos exercícios físicos e terapia nutricional visando o emagrecimento. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.v.3, n.14, p. 124-135, 2009.
- PRADO, W. L. et al., Obesidade e adipocinas inflamatórias: implicações práticas para a prescrição de exercício. Revista Brasileira Medicina Esporte.v. 15 n. 5, p. 378-383,2009. Disponível em: <<<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v15n5/12.pdf>>>, acesso em: 30 de jul. 2015..
- SOUZA, J. M. B. de et al., Obesidade e tratamento: desafio comportamental e social. Revista Brasileira deTerapiasCognitivas,v.1,n.1,p.5967,2005.Disponívelem:<<pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872005000100007&script=sci_arttext>>, acesso em: 30 jul. 2015.
- STIRBULOV R. Repercussões respiratórias da obesidade. Jornal Brasileiro de Pneumologia. v. 33, n. 1, p. 7-8, 2007.
- TENÓRIO, L. H. S.; LIMA, A. M. J. de; SANTOS, M. do S. B. Intervenção da fisioterapia respiratória na função pulmonar de indivíduos obesos submetidos à cirurgia bariátrica. Revista Portuguesa de Pneumologia.v. 16, n. 2, p. 307-314, 2010.
- UMEDA, I. I. K. Manual de Fisioterapia na Reabilitação Cardiovascular. 2 ed. Barueri: Manole, 2014.

Capítulo 16



10.37423/230507790

BARREIRAS PSICOLÓGICAS PODEM SER REDUZIDAS COM APRÁTICA DO ATLETISMO. MITO OU REALIDADE?

CELBY RODRIGUES VIEIRA DOS SANTOS

*FEDERAÇÃO DE ESPORTES
UNIVERSITÁRIOS DO RIO DE JANEIRO*

LAIZA DE SOUZA SEPULVIDA GONÇALVES

ISECENSA



Resumo: O estudo inicialmente mostra que há controvérsia feita entre mito e realidade, constatando as duas oposições feitas entre o real e o irreal, e com isso descreve que mito não foge do que é real e que de fato em algum momento aconteceu. Em contrapartida, foi feita uma revisão de literatura entre os autores que afirmam a influência da prática do esporte em pessoas com deficiência física e como o trabalho da psicologia do esporte pode contribuir também para atletas de alto rendimento.

Palavras-chave: Atletismo, fatores psicológicos e mito.

INTRODUÇÃO

MITO X REALIDADE

Para melhor entendimento do estudo abordado, foi de extrema importância a classificação do que é mito, que compreende em nossa literatura o significado de: Substantivo masculino 1. relato fantástico de tradição oral, ger. protagonizado por seres que encarnam as forças da natureza e os aspectos gerais da condição humana; lenda. "m. e lendas dos índios do Xingu" 2. narrativa acerca dos tempos heroicos, que guarda um fundo de verdade. ..."A saga dos argonautas descreve a perigosa expedição rumo a Cólquida em busca do Velocino de Ouro"

O mito que vem dos gregos, é uma forma de especificar algo relativo a uma história, de maneira narrativa a fim de explicar ou interpretar a realidade ou acontecimento. O mito defende a história que já foi contada e sustenta a realidade construída. Torna-se então, uma forma independente de pensar, por não precisar de uma comprovação exata de fatos, podendo interferir no meio em que o indivíduo nasceu. Determinando uma função social onde favorece a uma união de um grupo de pessoas. (SELEPRIN,2010).

Em contrapartida, nos dias atuais o mito é conhecido e interpretado como algo distante da realidade, que foge do contexto do que é verdade, partindo para que aquilo que determina como dúvida. Seleprin (2010) afirma que, para o homem entender o espaço em que vive, se faz necessário compreender o pensamento mítico para aprender as formas e símbolos que o faz integrante dele.

Por estas afirmações, Seleprin (2010) induz a importante interpretação do que se refere o que é simbolicamente dito "mito". Pois o homem não surge simplesmente no universo sem que haja uma leitura do que aconteceu. O mito não é somente algo que conta uma versão histórica presa a fatos acontecidos no passado, mas ele continua afirmando a condição de um acontecimento mesmo que a ciência ainda não tenha comprovado.

EM BUSCA DA INTEGRAÇÃO ESPORTIVA.

De origem grega Aethlos, que significa esforço, surgiu desde tempos ancestrais, vista por estudiosos como uma forma de sobrevivência dos povos contra a própria natureza. E hoje já existe uma diversidade de provas dentro dessa modalidade considerada como características básicas do homem. Sendo integrada não somente a resistência de força, mas também a habilidade física conforme a cada tipo de prova que são comportadas pelas provas de corridas, saltos e lançamentos. (RAMOS,2011)

No Brasil, os primeiros a realizarem a prática do esporte foram ingleses e alemães, mas praticavam de forma empírica, de hábito amador pelo esporte, não seguindo às normas estabelecidas na Inglaterra. (RAMOS, 2011 apud CBAt – CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE ATLETISMO 2003).

Em vista das propostas obtidas nas últimas décadas, a indústria do esporte tem aderido ao movimento uma maneira de divulgar sua marca através do atleta, com isso induzindo uma participação de grandes grupos. Além disso, o governo tem apoiado esse crescimento através de bolsa-atleta, que incentiva e motiva a vida esportiva da criança e jovem. Mesmo com esse avanço, quando falamos dos investimentos realizados no esporte ainda vemos que ainda é precário quando se trata ao grupo direcionado aos paratletas. (RAMOS, 2011 apud CBAt, 2003).

Kirsch (1983) e Ramos (2011), destacam que a cultura do Brasil interfere quando diz respeito ao esporte, mostra-se muito mais valorizado quando se trata dos esportes coletivos, problematizando a individualidade de um esporte que pode ser introduzido no meio cultural e educacional. Pois o que caracteriza a educação esportiva é aperfeiçoar a cultura física, levando em consideração uma didática coerente ao que pretende mudar. A integração do atletismo na escola tem que ocorrer conforme o contexto cultural que a envolve, e assim transcrever os valores da modalidade sem que perca o conteúdo proposto pelo processo educativo.

Devido a essa pouca valorização desse esporte no país, partindo desde escolas até grandes universidades, encontra-se uma gama enorme de barreiras para que essa modalidade conquiste equipe de padrão alto a nível internacional. Há uma diversidade de quesitos a serem atendidos para que essa situação mude, sendo uma delas a falta de pistas e campos, o pouco preparo especializado de técnicos e treinadores; o regime imposto ao atleta, a falta de orientação nas escolas e universidades, o reduzido apoio financeiro dos órgãos oficiais; a cobertura relativamente fria que a imprensa dá às competições amadoristas, valorizando quase sempre ao futebol. (RAMOS, 2011 apud CBAt, 2003).

Portanto Ramos (2011) destaca que, nada mais relevante do que afirmar a importância de uma vida ativa ao esporte, independentemente da idade sendo feito regularmente. Já é comprovado cientificamente que isso traz benefícios a saúde física e mental de quem pratica além de ter mais qualidade de vida. E para os praticantes com algum tipo de deficiência tem sido muito mais compensatório, tornando a vida deles com muito mais vigor a condições cardiovascular, força, agilidade, coordenação motora, equilíbrio e o repertório motor.

O esporte oportuniza as pessoas com deficiência a socialização que muitas vezes não é possível no seu dia a dia, integrando a socialização entre pessoas e suas diferenças. Tornando um fator essencial para crescimento social. Também se faz importante no aspecto psicológico, tornando possível alcançar os objetivos proposto no esporte e que acabam refletindo em quaisquer outras ações, trazendo melhora na vida física, autoestima e uma forma mais independente diante da sociedade. (RAMOS, 2011)

FATORES PSICOLÓGICOS DE UM TREINAMENTO.

Araújo e Gomes (2005) classificam como fundamental, as competências psicológicas para a preparação do atleta durante as fases da competição. Tendo resultados benéficos a partir do momento que são colocadas situações próximas a realidade. A partir do pressuposto, conta Vealey (1988) citado por Araújo e Gomes (2005), que é obtido resultados em atletas mais velhos e profissionais quando programas de treinamento aderem às suas trabalhadas competências psicológicas dentro da modalidade, dessa forma se forem trabalhadas em praticantes do esporte desde a iniciação, isso minimizaria as chances de ocasionar problemas psicológicos futuramente.

Greenspan e Feltz (1989) em colocação por Araújo e Gomes (2005), afirmam que a procura de estudos sobre investimentos na área desportiva com jovens e em crianças não passaram dos anos 80, a fim de encontrar maiores procedentes para que trabalhassem competências mentais. E com isso Araújo e Gomes (2005) juntamente á Weiss (1991), afirmam a necessidade de mais estudos que possam investigar a prática desportiva para crianças, a fim de maiores desempenhos por elas dentro dos padrões psicológicos de cada uma.

E por estas razões descritas pela falta de análise de estudos, jovens acabam entrando no mundo do desporto sem que haja um suporte adequado e impulsionados pela ansiedade competitiva, colocado como um conjunto de três razões: o desporto feitos desportivos, que é algo muito valorizado pelos mais novos; a tendência da prática desportiva possibilitar aos praticantes informações acerca das suas capacidades físicas através das comparações que estes fazem entre si; e a sujeição às avaliações externas por parte dos significativos (pais, treinadores e colegas) que frequentemente emitem opiniões e juízos de valor acerca das capacidades dos atletas. (ARAÚJO, GOMES, 2005 apud BRUSTAD, SCANLAN, 1996)

Os desportos nesses quesitos servem como meio atrativo ao sucesso para os que entram no esporte de alto rendimento, trazendo consigo alto nível de estresse. E com isso Smoll e Smith (1996) e Araújo e Gomes (2005) destacam ás diferentes capacidades de atleta para atleta, enquanto uns encaram

alguns fatores como desafios, outros encaram como dificuldade e incapacidade. Assim diferentes situações podem causar uma complexidade de fatores dependendo da competência psicológica de cada um.

Desta forma Smith (1986) e Araújo e Gomes (2005) salientam que para diferentes níveis de estresse seria indispensável a avaliação cognitiva juntamente com resultantes fisiológicas. Assim, o que geralmente causaria transtornos físicos e psicológicos passam a ser utilizadas como uma maneira de preparação para o rendimento desportivo, a partir da visão mental (VM). Através de situações que são criadas a partir de experiências mentais que o praticante determina como uma dificuldade, e assim diante disso é possível criar desafios que possam estes próximos a realidade. (ARAÚJO, GOMES, 2005 apud VEALEY, 1991)

Assim, é possível chegar a grandes potenciais deste atleta, alcançando as competências psicológicas, melhorando os níveis de atenção e concentração, percepção auto eficácia e de auto-confiança, maior motivação e emoções positivas e maiores resultados no desporto. E com isso, essa maneira de auto avaliar o treinamento ajuda na formação de atletas equilibrados psicologicamente, desde jovens atletas até atletas mais experientes, equivalente ao aperfeiçoamento de técnicas da modalidade e uma visão melhor de como se corrigir diante dos erros. (Araújo, Gomes, 2005 apud Blair, Hall & Leyshon, 1993; Callow & Hardy, 2001; Calmels, Berthoumieux & d'Arripe-Longueville, 2004; Feltz & Riessinger, 1990; Paivio, 1985; Short et al., 2002)

O ATLETISMO COMO POTENCIALIZADOR PSICOLÓGICO.

O atletismo além da sua ampla diversidade de provas ele proporciona a oportunidade de uma vasta participação sem que haja um público exclusivo que possa participar. No atletismo acontece a participação de atletas com deficiência física separando provas masculinas e femininas, em conformidade com o grau de mobilidade de cada um, dividindo-se em provas de corridas, saltos, arremessos e lançamentos. Mesmo com grandes mudanças nas últimas décadas do atletismo, o Brasil ainda necessita de grandes modificações no esporte adaptado, a começar pela população que tem toda a autonomia para mudar aspectos físicos e sociais. E frente a este assunto, faltam investimentos financeiros e tecnológicos para melhor desenvolvimento desse desporto. (RAMOS, 2011 apud BRAZUNA; CASTRO, 2001).

Brazuna, Castro (2001) e Ramos (2011) correlaciona esse esporte como fatores de interação e integração, quando trabalhado como alto rendimento exige-se do atleta boas condições para alcançar

ou sempre melhorar seu melhor rendimento pessoal. E de outra forma, o atletismo pode ser também trabalhado como processo de aprendizagem, dentro da educação física escolar, possibilitando a participação dos que possuem alguma deficiência ou não, sendo flexível a adaptação das regras conforme a classe de cada indivíduo.

O atletismo preconiza-se como uma modalidade de possíveis adaptações como um esporte adaptado, pois para os atletas ou iniciantes deste desporto que não possuem condições físicas de praticá-lo convencionalmente e que não possuem estabilidade para fazer as provas em pé, existem bancos com assentos especiais ou se necessários presos de uma maneira que priorize sua segurança. Assim sendo seguido certos adeptos desta modalidade adaptada, mudando as características dos implementos e alterando as próprias regras das provas que possam ser competidas entre eles. (Ramos, 2011 apud Moreira. et al 2007)

Feiten e Pergher (2010) é citado por Ramos (2011) que mostra a importância da prática de qualquer atividade física para aquele que possui alguma deficiência, e mesmo que seja apenas pela vivência do esporte, isso se trata a uma nova perspectiva de vida para ele, descobrindo no esporte uma visão de superação e prazer. Sendo assim, atletismo adaptado subjuga-se como uma das atividades a serem mais trabalhadas em muitas intuições de educação especial, pois tem desenvolvido neles melhorias na coordenação motora, motiva-os a sempre a persistir e induz a um convívio social. Ramos, 2011 apud Potrich, 1996; Moura et al., 2006)

Ramos (2011) destaca Lopez e Melo (2002) quando afirmam que para o deficiente as oportunidades de ele fazer algum esporte que goste são poucas, e a pratica da atividade física para eles possui um grande sindicato, ajudando-o a promover a integração social e minimizando complicações físicas ligadas à sua deficiência, sendo possível de ser feito esse trabalho dentro e fora da escola.

Ramos (2011) mantém-se diante das afirmações e compara o esporte como medida inclusiva dos praticantes com deficiência, e de fato melhora em diversos aspectos motores, suas valências físicas e uma melhor condição cardiovascular. Sendo um indispensável fator no aspecto social, trazendo a ele a convivência com pessoas com e sem deficiência, possibilitando a troca de experiências, torna-o mais independente nas suas tarefas diárias e faz visível para a sociedade. Já no aspecto psicológico a oportunidade do esporte os tornam mais perseverantes, confiantes e seguras, melhora sua autoestima e traz a eles autoconfiança no que fazem.

E assim são feitas as modificações e adaptações em cada grau de deficiência, pois a grande intenção do esporte adaptada é a participação de todos os deficientes que se envolvem na prática. É

interessante observar que o dia a dia de deficientes são restritas as diversas coisas que ele pode fazer, e com isso o esporte entra como uma via de alternativas á ele, podendo mudar a sua própria maneira de participar. RAMOS, 2011 apud LOPEZ; MELO, 2002)

Ramos (2011) salienta que o esporte de alto rendimento além de ser possível e aconselhável a ser praticado pelo deficiente sua competência psicológica também pode ser afetada como ocorre nos demais atletas que não possuem alguma limitação física. Pois além de superar seu limite físico, devem enfrentar tantos outros motivos que carregam em sua história de vida. E com isso, Brazuna e Castro (2001) citado por Ramos (2011) enfatiza que grande maioria dos deficientes poderiam estar praticando algum tipo de esporte, e que por muitas vezes isso não acontece devido a um bloqueio construído pela sociedade. O que acaba acontecendo uma competição entre si e os denominados “não deficientes”, pois sua conquista pessoal é ser reconhecido e visto por todos como um corredor, nadador, qualquer que seja sua modalidade.

Como se não bastassem todas as barreiras que os deficientes encontram para dar o seguimento a um determinado esporte, em nosso país é precário investimento para a prática do desporto adaptado e a acessibilidade dos locais de treinamento. Em algumas situações a iniciativa é tomada pela família, que por sua vez é o maior fator motivacional para aqueles que decidem iniciar ou recomeçar uma vida esportiva. (RAMOS, 2011)

A PSICOLOGIA NO ESPORTE.

Entre os estudos embasados da psicologia, Goulart (2010, p. 01) destacado por Silva (et al.,2010) nos afirmar que “esporte e psicologia começaram a ter uma relação mais estreita no final do século XIX, quando alguns estudiosos resolveram pesquisar os efeitos dos aspectos psicofisiológicos sobre as atividades físicas e esportivas”. Nos Estados Unidos os primeiros estudos sobre a psicologia do esporte tinham a preocupação de avaliarem os atletas em competições diante de outros competidores.

Já no Brasil, a psicologia começa a ganhar seu espaço em 1954, pela seleção de árbitros para a Federação Paulista de Futebol. Porém nessa época, estudiosos não tinham a dimensão da importância que a psicologia tinha quando referido ao esporte e principalmente o de alto rendimento. E a partir da década de 60 a psicologia teve um salto na área de pesquisas, o que possibilitou um trabalho diferenciado diante das diferentes situações encontradas nos esportes individuais e em equipes de alto rendimento. Assim o trabalho psicológico no desporto contribui para controlar os níveis de ansiedade, preocupação e motivá-los no desempenho. (SILVA et al.,2010)

Silva et al., (2010) afirma que o trabalho desenvolvido pela psicologia do esporte tem sido essencial para preparar este atleta a concluir etapas durante uma competição ou manter-se de forma confiável diante de algum obstáculo. E para isso, se faz indispensável o trabalho psicológico com atletas de determinado nível desportivo, e assim evoluindo as propriedades psíquicas do indivíduo. Com isso passa a ser o fator primordial a ser entendido pelos os profissionais da psicologia do esporte o que pode influenciar e como administrar as diferentes emoções que cada atleta ou equipe transmite. Acrescente-se ainda que “[...] a psicologia do esporte investiga como disciplina científica as causas e os efeitos dos processos psíquicos que acontecem com o ser humano antes, durante e depois de uma atividade esportiva ou de lazer” (FABIANI, 2010, p.08). Assim, o autor deixa claro que para manter-se equilibrado diante dos fatores psíquicos se faz necessário o acompanhamento da psicologia do esporte entre todas as fases da competição, afim de estudar as possíveis contribuições que podem interferir no resultado individual ou coletivo desse atleta.

Assim Silva et al., (2010) e Sousa Filho (2000), enfatizam que o objetivo de estudos feitos até hoje sobre a relevância da psicologia do esporte tem como principal quesito: ajudar atletas a usar os princípios psicológicos para melhorar o desempenho atlético; e compreender como a participação em atividades físicas, esportivas, de exercícios e jogos afeta o desenvolvimento psicológico, a saúde e o bem-estar ao longo da vida.

Portanto sobre julgo do estudo, Silva et al., (2010) deixam esclarecido que todo investimento feito em relação á pesquisas que possam contribuir para melhor desenvolvimento dentro do esporte sem que afete as competências psicológicas do atleta ou que possam melhorar sua vida esportiva tem sido indispensável, mostra-se então que, a preparação e suporte que a psicologia tem dado ao esporte tem alcançado melhores níveis de preparação física, técnica, tática e consequentemente o fator psicológico é o grande prestador dessas aquisições obtidas.

CONCLUSÃO

O principal objetivo do estudo foi colocar em entendimento que mito se faz presente em forma de algo que já aconteceu ou foi contado, e com isso trouxe como proposta ao título.

De acordo com as ideias expostas, o Atletismo é um grande influenciador e construtor de oportunidades, mesmo que haja uma individualidade entre os esportes, classificando atletas como “melhores” e “piores”, o atletismo consegue a integração de muitos na modalidade devido as possibilidades de adaptações que podem ser feitas.

Quando falamos em paradesporto, conseguimos visualizar a grande participação de pessoas deficientes disputando diferentes provas, mas a carência por essa modalidade ainda é muito grande, e com isso muitos paratletas e até mesmo atletas não evoluem diante dessa situação pela falta de acessibilidade e investimento.

Contudo, o **Atletismo** entra como um importante fator psicológico encorajando o indivíduo a romper obstáculos e acima de tudo vencer a si mesmo, seus próprios medos, com isso conta com a contribuição da psicologia do esporte. E que nos dias de hoje se faz indispensável para um desenvolvimento psíquico saudável, um bom trabalho realizado acompanhando a vida esportiva deste atleta resulta também em fatores pré determinantes para manter suas emoções e manter-se preparado diante de fatores que possam trazer algum desequilíbrio mental.

Assim declaro que o Atletismo se torna um importante veículo de inclusão para os deficientes independente de grau de dificuldade de cada um, tornando-os capazes diante tantas impossibilidades que já encontram no seu dia a dia.

REFEÊNCIAS

ARAUJO, S; GOMES, A. R. Efeitos de um programa de controle de ansiedade e de visualização mental na melhoria de competências psicológicas em jovens atletas: uma intervenção na natação. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*, 2005, v.2, p.211-225.

RAMOS, S. Benefícios promovidos pelo atletismo para os atletas da associação Judecri de Criciúma. 2011.

RIELLA JUNIOR, J. L. de C; BARTHOLOMEU NETO, J; SOUZA, M. J. G de; FARENCENA, E. Z. P. Acepção do esporte adaptado por competidores de atletismo nas olimpíadas especiais do Tocantins. *Rev. Ceres*, jan-abr./2017, v. 9, n. 1, p.132-145.

SELEPRIN, M. J. O mito na sociedade Atual. 2010

SILVA, L.V.L; SANTOS FILHO, W.G.; PINTO, A.V.L. Objetivos e contribuições da psicologia ao esporte de alto rendimento. *Id on Line Revista de Psicologia*, julho de 2010, vol.1, no.11,

NOTA

1 Me Bioética – Titular da Disciplina de Bioética – ISECENSA/RJ

2 Acadêmica, Trabalho de conclusão da Disciplina Bioética ISECENSA/RJ

Capítulo 17



10.37423/230607899

PERCEPÇÃO DAS MÃES DE CRIANÇAS COM LEUCEMIA SOBRE A DOENÇA E TRATAMENTO.

Antonio Inguisson Tharlison Pereira Lima

Faculdade Maurício de Nassau



Resumo: As leucemias são um tipo de câncer, mais comum em crianças e adolescentes em todo o mundo. No continente Europeu, é uma das neoplasias mais comum, seguido de outros tipos como tumores do Sistema Nervoso Central, acometendo crianças e adolescentes. Objetivo: O presente estudo objetivou compreender a percepção das mães em relação ao diagnóstico e tratamento da Leucemia Linfoblástica Aguda no ambiente hospitalar, enfatizando a importância da assistência de enfermagem no acompanhamento da doença. Método: Trata-se de uma revisão integrativa onde foram feitas buscas nas bases de dados SCIELO, LILACS e BIREME, optando-se por essas fontes por apresentar base de dados conhecida e de ampla divulgação. Para especificar a busca, empregou-se os descritores: câncer, mães, crianças, Leucemia, assistência de enfermagem. Nos critérios de inclusão, foram utilizados os artigos científicos nos anos de 2008 a 2018 indexados no banco de dados selecionados com os descritores em saúde expostos acima, nos idiomas inglês e português no período de Março e Abril de 2019. Excluíram-se artigos de base experimental, revisão bibliográfica e integrativa da literatura, artigos e periódicos incompletos, periódicos e artigos publicados anteriores a 2008. Para melhor exploração dos conteúdos, foram selecionados alguns pontos essenciais, levando em consideração as seguintes categorias: câncer no mundo e no Brasil, leucemia linfoblástica aguda e os fatores de risco, causas e consequências e seus impactos na família, tratamento e percepção das mães, assistência pré e pós-hospitalar. Conclusão: Através desse estudo conclui-se que é importante que novos estudos sejam realizados no intuito de avaliar o impacto dessas variáveis no resultado do tratamento e acompanhamento da criança com LLA, uma vez que há relatos na literatura de que crianças de países em desenvolvimento, quando expostas às condições ideais de tratamento, apresentam resultados semelhantes àqueles de países desenvolvidos na melhoria do quadro clínico destes pacientes. Os estudos apontam para novas intervenções e mais avanços no tratamento e diagnóstico da doença.

Descritores: Câncer. Mães. Crianças. Leucemia. Assistência de Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

Em referência ao documento World Cancer Report. (2014) da Organização Mundial de Saúde (OMS), é notório que o câncer é um problema de saúde pública e é esperado nos anos futuros que esta patologia atinja índices de 80% dos mais de 20 milhões de casos novos em todo o mundo, estimados para 2025; No Brasil, os registros são fornecidos por bases como Câncer de Base Populacional (RCBP), Registros Hospitalares do Câncer (RHC), bem como o Sistema de Informação sobre a Mortalidade (SIM) e o Departamento de Informática do Sistema de Saúde (Data SUS); estes sistemas formam uma rede de informações valiosas para avaliação e pesquisa sobre o câncer e suas complicações (INCA 2016).

As leucemias são um tipo de câncer mais comum em crianças e adolescentes em todo o mundo; no continente Europeu, é uma das neoplasias mais comuns, seguido de outros tipos como tumores do Sistema Nervoso Central, acometendo crianças e adolescentes, no Brasil há um predomínio dos tipos de leucemia com taxas percentuais de 29%. Entre as crianças, se destaca a Leucemia Linfocítica Aguda (LLA) com percentuais correspondentes a 80% dos casos diagnosticados (RUSCHEL et al., 2016).

Com a notícia do diagnóstico de câncer na criança, vem um grande impacto para família e também aos profissionais da saúde na luta pela superação da doença; A família, juntamente com a criança, passa por importantes mudanças em sua rotina; e com tantos fatores envolvidos, começa a luta pelo tratamento e melhoria no quadro clínico do paciente; no decorrer da internação, mesmo com avanços dos índices de sobrevivência do paciente, a Leucemia ainda continua sendo uma das doenças da infância que mais traz sofrimento, danos e perdas para a família (DANTAS et al, 2014).

Para Guimarães e Enumo (2015), independentemente da fase da doença, os impactos familiares geram sobrecarga e dificuldades no enfrentamento da patologia; Neste sentido, as mães criam estratégias como: adaptações das rotinas diárias e manejo entre a família para lidar com esta situação e as consequências da leucemia em seus filhos; estas estratégias minimizam os desgastes no acompanhante da criança e seus familiares.

Para o cuidador familiar da criança com Leucemia, as mudanças que acontecem na rotina de sua vida e da criança são bastante impactantes para ambos, pois o período de tratamento é longo e doloroso para a criança e sua família; desse modo, o cuidador assiste de perto os procedimentos, que são muito invasivos; todo esse processo traz para a criança um grande sentimento de angústia, dor e choro, fazendo com que sua fé arremeta a única certeza de melhoria para si (AMADOR et al., 2013). Segundo Macêdo et al., (2014), o tratamento quimioterápico e a fisiopatologia da Leucemia, predis põem a

fadiga no paciente; Há evidências de que este sintoma esteja associado a anormalidades no metabolismo energético do paciente; a associação da fadiga no doente com a depressão psicológica e a perda do apetite, leva o paciente a ter perda de massa muscular, associada com a diminuição dos exercícios físicos que remetem para fraqueza muscular generalizada, outro efeito observado da quimioterapia são os problemas pulmonares devido à toxicidade do tratamento.

Para Sousa e Favero (2012), a técnica utilizada pelos profissionais de saúde – em destaque para a enfermagem em ambiente hospitalar – para minimizar os impactos causados pelo tratamento da Leucemia em crianças é a utilização de brinquedo terapêutico; esta técnica traz pontos positivos por se perceber pelos membros da equipe na assistência, que os procedimentos de rotina são mais bem aceitos, tanto pela criança quanto pelo seu familiar; dessa forma, possibilita inclusive a diminuição do estresse e da ansiedade de familiares e criança.

As Leucemias em crianças e adolescentes tem se tornado um sério problema de saúde pública tanto para os países de primeiro mundo quanto para os menos favorecidos. Os avanços tecnológicos relacionados ao diagnóstico e tratamento tem se mostrado de grande importância no combate à doença. Este trabalho de revisão bibliográfica tem por objetivo compreender a percepção das mães em relação ao diagnóstico e tratamento da Leucemia Linfoblástica Aguda no ambiente hospitalar, enfatizando a importância da assistência de enfermagem no acompanhamento da doença e seu familiar.

O tratamento deve ser amplo para atender as necessidades dos mesmos incluindo uma assistência de qualidade para esclarecer todas dúvidas relacionada a doença e seus efeitos colaterais na criança, no sentido de fornecer suporte social na promoção da autoestima, destas crianças e adolescentes no enfrentamento da Leucemia, pois a mesma traz impactos, sobre todos envolvidos no processo de tratamento da doença (ISHIBASHI, 2001).

As consequências do tratamento da Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) em crianças trazem impactos dolorosos e consequências familiares psicossociais, mas podem ser menos dolorosas quando associado a uma boa adesão por parte das mães e familiares.

A pergunta de pesquisa desse estudo foi, Qual a percepção das mães em relação ao diagnóstico e tratamento da Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA), no âmbito hospitalar?

Este estudo tem por objetivo:

- ✓ Compreender a percepção das mães em relação ao diagnóstico e tratamento da LLA (leucemia linfoblástica aguda) em crianças, em âmbito hospitalar.
- ✓ Descrever segundo a literatura os fatores sócios demográficos e psicológicos das mães de crianças com leucemia.
- ✓ Relacionar os cuidados de enfermagem em crianças com LLA, respeitando os princípios da bioética.
- ✓ Indicar os avanços e recursos disponíveis no enfrentamento da LLA, segundo a literatura.

1 METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão bibliográfica descritiva, por meio do qual se procura compreender a percepção das mães em relação ao diagnóstico e tratamento da Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) em crianças em âmbito hospitalar, enfocando a importância dos cuidados de enfermagem a estes pacientes. A pesquisa foi realizada por meio de revisão de literatura e concretizada com a busca de artigos sobre Leucemia Linfoblástica Aguda em crianças. Como referencial teórico metodológico foi utilizado o método descritivo e a revisão bibliográfica. Quanto às sínteses dos resultados de pesquisas, foram estas relacionadas à percepção das mães de criança com Leucemia Linfoblástica Aguda acerca da doença e tratamento.

Foram feitas buscas na base de dados SCIELO (Scientific Eletronic Libraly Online) Brasil, LILACS (Literatura Latino-americano e do Caribe em Ciências da Saúde), BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde). Optou-se por essas fontes por apresentarem banco de dados conhecida e de ampla divulgação.

Para especificar a busca, empregaram-se como descritores as palavras chave: câncer, mães, crianças, Leucemia, assistência de enfermagem. Nos critérios de inclusão, foram utilizados, os artigos científicos indexados no banco de dados selecionados com os descritores em saúde exposto acima, nos idiomas inglês e português no período de 2008 a Dezembro de 2018. Foram excluídos artigos de bases experimental, revisão bibliográfica e integrativa da literatura, artigos incompletos, artigos publicados anteriores a 2008.

O estudo caracteriza-se como uma revisão bibliográfica de literatura, que é uma ampla abordagem metodológica dentre as revisões, visto que permite a utilização de estudos aprovados pelo comitê de ética, livros e periódicos de revista científica e artigos. Para a produção de dados, foi feita a interpretação do material nos meses de Março e Abril de 2019; finalizando com a produção do texto,

que obedeceu a similaridade, onde as temáticas foram agrupadas conforme semelhança de conteúdo e divididas em categorias para melhor fixação dos estudos.

O presente estudo de revisão foi elaborado criteriosamente, de forma que todas as publicações e autores incluídos são apropriadamente citados, respeitando os aspectos éticos previstos na lei 9.610/1998 referente aos direitos autorais, utilizando para citações e referências dos autores as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O trabalho aborda as evoluções da leucemia linfoblástica aguda e seus avanços no diagnóstico e tratamento em crianças e adolescentes, destacando os impactos na família e suas consequências, bem como o papel da assistência de enfermagem em âmbito hospitalar. A pesquisa em base de dados foi elaborada criteriosamente utilizando-se as palavras-chave: assistência de enfermagem, câncer, leucemia, mães, crianças. Na base LILACS foram selecionados o total de 5344 artigos; no banco de dados BIREME foram encontrados 689 artigos; e SCIELO rendeu total de 183 artigos e periódicos. Deste total, foram excluídos 6189 artigos e periódicos pelos seguintes motivos: estavam fora do ano preconizado pela pesquisa de 2008 a 2018; artigos de caráter experimental, periódicos e artigos não publicados em revista; revisão bibliográfica e integrativa da literatura; outros não estavam em afinidade com o tema proposto da pesquisa. Para este estudo foram selecionados 31 artigos no período de Março e Abril de 2017; todos utilizados e referenciados obedecendo às normas da ABNT em vigência no Brasil.

Para melhor exploração dos conteúdos, foram selecionados alguns pontos essenciais, levando em consideração as seguintes categorias. Divididos em resultado e discussão para melhor entendimento da temática exposta, os temas são: Câncer no mundo e no Brasil, Leucemia Linfoblástica Aguda e os fatores de risco, Causas e consequências e seus impactos na família, Tratamento e a percepção das mães, Assistência pré e pós-hospitalar.

2.1 CÂNCER NO MUNDO E NO BRASIL

O número de câncer em todo o mundo vem se mostrando através de índices crescentes e com mortalidade em adultos, mas com impactos maiores em crianças; Os países em desenvolvimento possuem doenças infecciosas, como a principal causa de morte, enquanto que nos países mais desenvolvidos e com condições socioeconômicas favoráveis, existe o predomínio das neoplásicas; A

estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS 2014) para o ano de 2030, é que 75 milhões de pessoas vivam com câncer em todo o mundo (MORAES et al., 2017; MARCHI et al., 2013).

Diante dos avanços e mudanças ocorridas no mundo, a progressão do câncer se mantém com altas taxas no contexto mundial, e em breve será a maior causa de morte em todo mundo; a demora no diagnóstico e posterior início do tratamento ainda é uma falha muito relevante, tanto nos países menos desenvolvidos como naqueles considerados da elite mundial (FREITAS et al., 2016).

O câncer no Brasil é um problema de saúde pública muito séria, e por este motivo, deve ser priorizado o controle, tratamento e diagnóstico precoce, primordialmente a prevenção dos casos de câncer em todo o país; O Ministério da Saúde tem intensificado os objetivos de prevenir novos casos, como o câncer de mama e colo do útero através de políticas públicas implantadas no país para prevenção e controle em todo o território brasileiro (FACINA 2014).

Segundo Bueno, Neves e Rigon (2011) o câncer em crianças no Brasil tem aumentado de índice, sendo em média 12 a 13 mil crianças diagnosticadas por ano; este crescente aumento é resultado de transformações globais nos últimos anos pela situação de saúde das populações alteradas pela urbanização e o crescimento desordenado da população, vivendo em alguma situação desfavorável de vida.

No Brasil, os casos de câncer ocupam o segundo lugar em casos de morte por doença, segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM): Neste sentido, o controle e prevenção devem ser priorizados no país, para que possa haver melhorias quanto ao diagnóstico e tratamento de novos casos da doença, evitando assim mortes prematuras e desnecessárias em todo o país (ALENCAR et al., 2017).

2.2 LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA E OS FATORES DE RISCO

A leucemia se caracteriza como um tipo de patologia, que tem sua origem na medula óssea, sendo o tipo de leucemia determinado pelo lugar de origem da doença; a Leucemia Linfoblástica tem a sua formação nos linfoblastos e se divide em vários grupos, nas formas aguda e crônica; De modo geral, a leucemia linfoblástica aguda acomete mais crianças e adolescentes (INCA 2016); a incidência de casos em todo o mundo é muito alta e a mortalidade para este tipo de câncer tem altos índices também; o prognóstico se reflete nas populações de menor nível socioeconômico.

A Leucemia é conhecida como um grupo de doenças que acomete o sistema hematopoiético, podendo se manifestar da forma crônica ou aguda. Como resultado do mecanismo do desenvolvimento tumoral, a Leucemia constitui um tipo de neoplasia maligna mais comum na infância, correspondendo de 25% a 30% dos casos de doenças cancerígenas; os sintomas mais comuns são: fadiga, perda de peso, hepatomegalia, dores musculoesqueléticas e artrite; a doença é classificada segundo o tipo de célula afetada, podendo ser linfóide ou mielóide (SOUSA et al., 2012).

Para Ibagy et al., (2013), o impacto causado pela leucemia em menores de um ano de idade tem características epidemiológica, biológica e clínica e está associado à hiperleucocitose e infiltrações no sistema nervoso central das crianças com leucemia; as alterações genéticas nesta faixa etária está associada a um mal prognóstico da doença.

As Leucemias são conhecidas como o tipo de câncer mais recorrente entre crianças e adolescentes, sendo a Leucemia Linfocítica Aguda (LLA) a forma de câncer que mais acontece na infância; esta patologia geralmente aparece entre a faixa etária dos dois aos quatro anos de vida, e é muito comum acontecer antes de um ano de idade; as queixas mais comuns da doença são: fadiga, febre, dor articular e óssea, bem como em 50% dos casos podendo haver aparecimento de hepatomegalia e esplenomegalia; também é comum a ocorrência de linfonodomegalias (RUSCHEL et al., 2016).

A Leucemia aguda apresenta-se com manifestações desordenadas dos glóbulos brancos, provocando desordem na medula óssea dos pacientes ao alterar as plaquetas e glóbulos vermelhos no organismo humano; enquanto que na Leucemia Crônica este evento ocorre de maneira lenta na multiplicação dos glóbulos brancos; este tipo de doença incide mais entre a faixa etária dos 60 anos, embora atinja também o público jovem. Já a forma aguda pode aparecer em qualquer faixa etária; a Leucemia ainda é dividida e classificada em mielóide e linfóide, de acordo com o subtipo de célula afetada (FORNAZARI et al., 2010).

Segundo Costa et al., (2011) um dos primeiros sinais e sintomas da Leucemia em crianças ocorre na boca, sendo mais comum na Leucemias Aguda; as manifestações clínicas da doença podem ocorrer em vários órgãos pela distribuição sanguínea; para o diagnóstico da doença, são identificadas células hematopoiéticas anormais no tecido sanguíneo periférico e na medula óssea do paciente.

De acordo com Soares et al., (2013) as leucemias se destacam por ser um grupo de doenças malignas e heterogêneo do sistema hematopoiético, que se desenvolve nas formas aguda e crônica como resultado de um tipo de mecanismo distinto do aceleração tumoral; tem aspecto clínico de variados

prognósticos da doença. Neste grupo de doenças, a leucemia linfoblástica aguda se destaca por ser um tipo de câncer frequente em pessoas menores de 15 anos de idade, afetando assim diretamente a família.

2.3 CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS E SEUS IMPACTOS NA FAMÍLIA

Diante da repercussão causada com a chegada da notícia de uma doença, que para os avanços científicos ainda não existe uma cura, apenas o tratamento, as mães se deparam às vezes com sentimentos abaladores de dor e perda perante estas situações, algumas questões são citadas por alguns autores a seguir.

As dificuldades enfrentadas pela família com filhos diagnosticados com Leucemia se torna um processo de intensas adaptações à nova rotina de vida; na convivência diária com o filho doente, a mãe passa por sentimentos de dor e desespero e sofre juntamente com o filho e sua família; neste longo processo de adaptação ao tratamento da doença, os profissionais da saúde tem papel importante e primordial no cotidiano da família (SOUSA; FAVERO, 2012; PRESTE et al., 2012).

O crescimento desordenado dos leucócitos na pessoa com leucemia é independente e os leucócitos perdem a sua função fisiológica com frequência, levando o paciente ao óbito; segundo pesquisas, as causas da doença são incertas, mas estudos destacam que na etiologia da doença existem fatores que contribuem, como as infecções virais, exposição a produtos químicos, alguns tipos de radiação eletromagnética e ionizantes – estes ligados diretamente à doença (COSTA et al., 2011).

Segundo Ferreira et al., (2013) em estudo realizado a partir da coleta de dados clínicos epidemiológicos no Brasil, foi identificado que o fato de durante a gestação de mulheres que, de algum modo ficaram expostas a substâncias químicas – relativo a exposições ambientais – em seu período gravídico, pode estar relacionado com o desenvolvimento de leucemia na infância.

Para Moraes et al., (2017) o ambiente de trabalho está sujeito a vários tipos de agente cancerígenos, e seus efeitos podem ser impactantes e danosos à saúde se relacionados a outros fatores de risco para o câncer, tais como: dieta rica em gorduras, uso de álcool e outras drogas e poluição ambiental – com destaque às exposições a produtos químicos – apontados como os principais fatores ao desenvolvimento da Leucemia em crianças.

A etiologia da Leucemia ainda é o fator a ser estudado e evidenciado, mas alguns estudos apontam que a existência de exposição a irradiantes ionizantes e também ao derivado do benzeno é responsável

pelo aparecimento da doença; em referência ao quadro clínico da Leucemia Aguda, esta se destaca por fadiga, fraqueza, hemorragias, hepatomegalia, palidez, febre, dentre outras complicações que podem estar presentes. O diagnóstico da Leucemia é reservado e o paciente pode evoluir a óbito em semanas ou meses, se não for realizado o quanto antes o tratamento (OLIVEIRA 2017).

De acordo com Sousa e Faveiro (2012), a internação hospitalar traz consequências variadas na vida dos familiares que tem crianças e adolescentes doentes com leucemia linfoblástica aguda; esta hospitalização muda completamente a rotina de vida dos familiares envolvidos, pois estes têm de lidar com a dor e sofrimento da criança; todas essas consequências trazem sentimento de conflito e estresse na família e às vezes cumula em sentimento de perda e desesperança.

2.4 TRATAMENTO E A PERCEPÇÃO DAS MÃES

As mudanças ocorridas após o diagnóstico e início do tratamento da leucemia em crianças e adolescentes, estão relacionadas ao progresso do tratamento e terapêutica do câncer, como também às modificações ao acesso desse tratamento: contudo, em alguns casos, as complicações levam a criança a ter recaídas e este cenário traz grandes impactos na saúde emocional, psicológico e físico da família; com o evoluir do estágio da doença, as reações familiares são muitas, passando por momentos de euforia, confiança e fé, a períodos tenebrosos de impotência e sentimento de perda (GUIMARÃES; ENUMO, 2015).

O tratamento da leucemia é bastante complexo e têm várias etapas em seu processo evolutivo, incluindo a quimioterapia, radioterapia e a cirurgia, ou ainda pela associação de duas ou mais destas terapias; a quimioterapia é a associação de um conjunto de drogas que atua em várias etapas do metabolismo celular, atingindo as células malignas – bem como as saudáveis; nesse estágio, podem ocorrer várias reações adversas em consequência do tratamento; por este motivo é importante que o paciente conclua o tratamento (RUBIRA et al., 2012).

De acordo com Nehmy et al., (2011) os obstáculos ao acesso a exames mais complexos no diagnóstico e tratamento da Leucemia Aguda (LLA) pelos dependentes do Sistema Único de Saúde no Brasil, é apontado pelos pais como uma falha muito séria e que precisa ser identificada como fator negativo. Nesse ponto, os índices de mortalidade da doença podem aumentar; o cuidado à saúde destas crianças deve ser humanizado e visto pelos gestores de saúde com mais seriedade nas possíveis intervenções quanto ao diagnóstico precoce do câncer.

A imunofenotipagem deve ser observada para o melhor tratamento da doença e as condições de saúde do paciente; o tratamento tem a função de restabelecer as taxas de glóbulos vermelhos, brancos e plaquetas nos padrões desejáveis para a doença; os sentimentos da mãe frente ao tratamento as vezes é muito doloroso e traz desgaste físico e psíquico por vezes devido à demora no atendimento de seu filho e dos procedimentos invasivos realizados na criança (RUSCHEL et al., 2016; SANTOS et al., 2018).

Segundo INCA (2016), o tratamento da leucemia de um modo geral, tem apresentado uma progressão nos últimos anos, e este considerável aumento de benefício do tratamento se dá por um método genômico, que tem influenciado diretamente no tratamento e prognóstico da doença, principalmente na leucemia mielóide aguda; este avanço tem melhorado as taxas de sobrevida da doença que mata muito rápido, principalmente crianças.

Segundo Preste et al., (2012) por ser a mãe a principal pessoa que desde a hospitalização e tratamento, é a pessoa que acompanha seu filho com toda dedicação, acaba cumulando em consequências abaladoras na vida e cotidiano desta mulher; em razão desta experiência de sofrimento e dor vivenciada por estas mães, se faz necessário que os profissionais de saúde – em especial o enfermeiro – sejam importantes apoiadores neste momento de sofrimento, prestando assistência de qualidade, pois o bem estar físico e emocional da mãe é importantíssimo no tratamento da criança com câncer.

A criança que inicia seu tratamento antineoplásico passa por um processo de repetidos procedimentos médicos invasivos, com vários efeitos colaterais; neste tratamento, há o afastamento da criança da rotina escolar, vivência social e atividade de lazer, alterações na sua alimentação e mudança da autoimagem da criança. Também são percebidos sentimentos de incerteza, e no decorrer do tratamento a criança é submetida a internações periódicas, surgindo nessas internações o sentimento de dor e incerteza ao passar por este momento tão difícil (KOHLSDORF; JUNIOR, 2011).

Para Barreto et al., (2013) no decorrer do tratamento antineoplásico é observado o desenvolvimento de algumas síndromes relacionadas à alimentação, como a anorexia, que é caracterizada pela perda do apetite, diminuição do tecido adiposo e muscular dentre outras alterações metabólicas; tudo isso está relacionado à alterações na ingestão e má absorção dos nutrientes no organismo do paciente com câncer infantil; deste modo, nestas crianças deve ser avaliado o estado nutricional com frequência, durante e depois do tratamento quimioterápico, para um maior controle nutricional.

O tratamento deve ser amplo para atender às necessidades destes, incluindo uma assistência de qualidade para esclarecer todas as dúvidas relacionadas à doença e seus efeitos colaterais na criança, no sentido de fornecer suporte social na promoção da autoestima destas crianças e adolescentes no enfrentamento da leucemia linfoblástica aguda (LLA), pois esta traz consequência e dor a todos os envolvidos no longo processo de tratamento da doença (AMADOR et al., 2013; RIOS et al., 2017).

Nas últimas décadas, houve um progresso no tratamento da LLA e cerca de 80% das crianças e adolescentes com diagnóstico recente da doença podem alcançar êxito na sobrevida e possível cura; o diagnóstico precoce influencia diretamente no prognóstico e tratamento do paciente com LLA (FREITAS et al., 2016).

2.5 ASSISTÊNCIA PRÉ E PÓS-HOSPITALAR

Ao acompanhar um paciente oncológico em tratamento seja em hospitais de porte elevado e/ou não os profissionais de saúde são tocados em seu psicológico e este fato se torna mais doloroso quando se trata de uma criança ou adolescente.

A assistência de enfermagem pelos profissionais de saúde em pacientes oncológicos é desenvolvida pelo modo de cuidar, preventivo, curativo e paliativo; em um processo do cotidiano os cuidados preventivos são aqueles realizados desde a gestação ao nascimento do bebê, e se estendem desde a infância com aconselhamentos genéticos e condutas para uma boa alimentação e qualidade de vida. Portanto, a assistência e o cuidado pelos profissionais de saúde a pessoas com leucemia requer uma dedicação em qualquer que for o estágio da doença e sua evolução (MUTTI et al., 2010).

Segundo Bueno, Neves e Rigon (2011), a equipe de enfermagem tem uma grande vivência com a clientela infantil que passa por tratamento de neoplasia, e sua conduta profissional é muito importante no acompanhamento destas crianças e no manejo e alívio da dor de modo seguro e correto; neste sentido, é necessário que os profissionais estejam atualizados para acompanhar os avanços tecnológicos e prestar uma assistência de qualidade a estes pacientes com leucemia.

Para Soares et al., (2013) os profissionais da saúde criam um laço de afetividade com o familiar e a criança no tratamento paliativo desta com Leucemia; essa assistência é importante nas várias etapas da doença nesse sentido, estes cuidados englobam também os familiares e cuidadores destas crianças, dando apoio e acolhimento aos familiares destas nos momentos de dificuldade que a doença arremete na vida da criança em ambiente hospitalar.

Os cuidados de enfermagem à criança com Leucemia é uma área que requer equilíbrio psicológico da equipe de saúde; por estar tratando a criança com cuidados paliativos, esta assistência deve ser humanizada, proporcionando para a criança diminuição da dor e consequentemente tendo impacto diretamente em família; Neste cenário existem momentos que a equipe tem de lidar com situações muito difíceis, então se vê a importância do equilíbrio emocional destes profissionais, que também devem estar qualificados para esta abordagem (NASCIMENTO et al., 2013).

Para Oliveira (2017), a assistência de enfermagem necessita de investimento na qualificação dos profissionais, em âmbito hospitalar no atendimento e acompanhamento da leucemia linfoblástica aguda (LLA), na diminuição dos índices epidemiológicos referente ao paciente hematológico em tratamento. Melhora-se assim a qualidade da assistência prestada a estes pacientes com maior prevalência de crianças e adolescentes.

O câncer é uma doença de repercussão social e psicológica, no entanto é necessário o empenho e os cuidados de enfermagem às crianças com leucemia linfoblástica aguda (LLA) e suas complicações; nesse intuito, os profissionais podem aplicar os cuidados e diagnóstico de forma holística, buscando dar uma atenção integrada e humanizada para o paciente, promovendo o seu bem estar físico, social e psicológico (BRUZI; MENDES, 2011).

Os cuidados de enfermagem a portadores de leucemia linfoblástica aguda em âmbito hospitalar englobam atividade de conhecimento técnico e superior, relativos ao cuidar desta clientela, respeitando os princípios éticos e bióticos estabelecidos; os profissionais ainda tem que lidar com o sentimento de dor do familiar, desempenhando um papel primordial no acompanhamento destes pacientes (MARANHÃO et al., 2012).

Seguindo este pensamento Alencar et al., (2017) relata que uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros e técnicos assistenciais nos centros oncológicos é ter que lidar com a morte, principalmente quando ocorre em crianças; é enfatizado que os profissionais deveriam ter um apoio institucional criando estratégias de apoio psicológico, evitando assim falhas no apoio assistencial às mães e suas crianças em âmbito hospitalar.

Segundo Santos et al., (2018) reconhecer as necessidades das mães e seus filhos com (LLA) é uma etapa dentro da assistência de enfermagem que requer dos profissionais um olhar humanizado e holístico para um bom acolhimento; a disponibilidade de uma apropriada escuta às mães e suas

crianças e a criação de um vínculo de afeto e confiança entre ambos, podem impactar diretamente no psicológico destes pacientes, refletindo na melhoria do seu quadro clínico.

De acordo com Batalha, Fernandes e Campos (2015), os seus estudos sugerem uma melhoria na qualidade da assistência de enfermagem, voltada às crianças com doenças cancerígenas – em especial a LLA – nos centros hospitalares, para a diminuição das queixas álgicas dos pacientes em tratamento; estes enfatizam que esta assistência deve ser de forma a estabelecer uma relação de confiança e ajuda tanto para os pais como para as crianças.

Os cuidados de saúde às crianças e adolescentes com LLA pelos profissionais de saúde é relatado por Nascimento et al., (2011) como um fator determinante no alcance dos índices de cura e sobrevida da doença; através da assistência, enfatiza a importância da capacitação profissional e psicológica no atendimento a esta clientela e seus familiares.

CONCLUSÃO

Nos dias atuais as evoluções da leucemia linfoblástica aguda e seus avanços no diagnóstico e tratamento em crianças e jovens, tem surtido efeitos positivos com a evolução tecnológica na assistência à saúde. Cada vez mais é apontada a importância dos cuidados e medidas de uma assistência qualificada, às crianças e adolescentes com esta patologia, em especial à família com criança em tratamento de doença aguda em ambiente hospitalar. Neste sentido, o familiar arremete sentimento de sofrimento e até mesmo de morte por conta da doença de seu filho. No entanto, aqui se vê a importância da assistência pelos profissionais da saúde a esta clientela.

Os resultados do tratamento em crianças com LLA podem ser o reflexo das condições de assistência à saúde, situação socioeconômica e/ou fatores genéticos associados. Através desse estudo conclui-se que é importante que novos estudos sejam realizados no intuito de avaliar o impacto dessas variáveis no resultado do tratamento e acompanhamento da criança com LLA, uma vez que há relatos na literatura de que crianças de países em desenvolvimento, quando expostas às condições ideais de tratamento, apresentam resultados semelhantes àqueles de países desenvolvidos na melhoria do quadro clínico destes pacientes. Ficou evidenciado que a assistência de enfermagem quando associada a cuidados paliativos e terapêuticos reflete diretamente no tratamento da LLA e consequentemente na melhoria do quadro clínico da criança.

REFERÊNCIAS

- AMADOR, D. D; GOMES, I. P; REICHERT, A. P. S; COLLET, N. Repercussões do câncer infantil para o cuidador familiar: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 66, n. 2, p. 264-270, 2013.
- ALENCAR, D. C., CARVALHO, A. T., MACEDO, R. L., AMORIM, A. M. N. E., MARTINS, A. K. L., GOUVEIA, M. T. O. Sentimentos de enfermeiros que atuam junto a pacientes com câncer em fase terminal. *Rev. pesqui. Cuid. fundam.* (Online), v. 9, n. 4, p. 1015-1020, 2017.
- BARRETO, A. B. R., HAACK, A., SANTOS, A. C. S., SILVA, A. P. R. Perfil nutricional de pacientes pediátricos portadores de câncer, internados no Hospital da Criança de Brasília. *Ciências e Saúde, Brasília*, v. 24, n. 4, p. 315-320, 2014.
- BATALHA, L. M. C., FERNANDES, A. M. CAMPOS, C. Qualidade de vida em crianças com câncer: concordância entre crianças e pais. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 19, n. 2, p. 292-296, 2015.
- BRUZI, L. M., MENDES, D. C. Importância da assistência de enfermagem no manejo de complicação relacionada ao cateter totalmente implantável. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. 2, p. 522-526, 2011.
- BUENO, P. C., NEVES, E. C., RIGON, A. G. O manejo da dor em crianças com câncer: contribuições para a enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, v. 16, n. 2, p.226-31, 2011.
- COSTA, S. S., SILVA, A. M., MACEDO, I. A. B. Conhecimento de manifestações orais da Leucemia e protocolo de atendimento odontológico. *Rev. odontol. Univ. Cid. São Paulo (Online)*, v. 23, n. 1, p. 70-85, 2011.
- DANTAS, M. S. A; PINHO, T. A. M., SILVA, D. A; TORQUARTO, I. M. B. ASSIS, W. D., SANTOS, S. R. Estratégias de enfrentamento familiar do diagnóstico de leucemia: aspectos sociais e religiosos. *Revista de enfermagem UFPE*, v. 9, n. 1, p. 137-142, 2014.
- FACINA, T. Estimativa 2014–Incidência de Câncer no Brasil. *Rev Bras Cancerol*, v. 60, n. 1, p. 63-64, 2014.
- FERREIRA, J. D., COUTO, A. C., ALVES, L. C., OLIVEIRA, M. S. P., KOIFMAN, S., Exposições ambientais e leucemias na infância no Brasil: uma análise exploratória de sua associação. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 29, n. 2, p. 477-492, 2013.
- FORNAZARI, E. V. S., SOUZA, C. A. O Sorriso da Esperança: Um livroreportagem sobre histórias de vida de crianças com Leucemia. Inter: Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação. Universidade Estadual de Ponta Grossa Paraná, PR, Brasil, - 2 a 6 de setembro, v. 33, n. 1, p. 1-14, 2010.
- FREITAS, G. S., MARIA, C. G., MORAIS, I. D. M. A Contribuição da fisioterapia nos cuidados paliativos em crianças com leucemia. *Revista UNIABEU Belford Roxo*, v. 9, n. 21, janeiro-abril, p. 182-192, 2016.
- GUIMARÃES, C. A; ENUMO, S. R. F; Impacto familiar nas diferentes fases da leucemia infantil. *Psicologia: teoria e prática, São Paulo- Brasil* v. 17, n. 3, p. 66-78, 2015.

IBAGY, A., SILVA, D. B., SEIBENC, J., WINNESHOFER, A. P. F. F., COSTA, T. E. J. B., DACOREGIO, J. S., COSTA, I., FARACO, D., Acute lymphoblastic leukemia in infants: 20 years of experience. *Jornal de Pediatria (Versão em Português)*, Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis, SC, Brasil, v. 89, n. 1, p. 64-69, 2013.

INCA 2016. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/index.asp?ID=1>>. Acesso em 10 de novembro 2017.

KOHLSDORF, M., JÚNIOR, A. L. C. Cuidadores de crianças com leucemia: exigências do tratamento e aprendizagem de novos comportamentos. *Estudos de Psicologia*, Universidade de Brasília, v. 16, n. 3, p. 227-234. 2011.

MACÊDO, T. M. F., CAMPOS, T. F., BARRA, M. T. M., FREITAS, D. A., CHAVES, G. S. S., MENDONÇA, K. M. P. P. Mobilidade torácica de crianças em tratamento quimioterápico para leucemia aguda. *ConScientiae Saúde*. UFRN, v. 13, n. 2, p. 267-273, 2014.

MARANHAO, T. A., VELOSO, Â. M. D. M. V., BATISTA, N. N. L. A. L. O cuidar da criança portadora de leucemia: uma visão da enfermagem. *Universitas: Ciências da Saúde*, Brasília, v. 10, n. 2, p. 101-107, 2012.

MARCHI, J. A., WAKIUCHI, J., SALES, C. A., MATHIAS, T. A. F., FERNANDES, C. A. M. Câncer infanto juvenil: perfil de óbitos. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Brasil, v. 14, n. 5, p. 911-919, 2013.

MORAES, E. S., MELLO, M. S. C., NOGUEIRA, F. A. M., OTERO, U. B., CARVALHO, F. N. Análise de indivíduos com leucemia: limitações do sistema de vigilância de câncer. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 10, p. 3321-3332, 2017.

MUTTI, C. F., PAULA, C. C., SOUTO, M. D. Assistência à saúde da criança com câncer na produção científica brasileira. *Rev bras cancerol*, v. 56, n. 1, p. 71-83, 2010.

NASCIMENTO, D. M., RODRIGUES, T. G., SOARES, M. R., ROSA, M. L. S., VIEGAS, S. M. F., SALGADO, P. O. Experiência em cuidados paliativos à criança portadora de leucemia: a visão dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 9, p. 2721-2728, 2013.

NEHMY, R. M. Q., BRITO, A. C., MOTA, J. A. C., OLIVEIRA, B. M. A perspectiva dos pais sobre a obtenção do diagnóstico de leucemia linfóide aguda em crianças e adolescentes; uma experiência no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 11, n. 3, p. 293-299, 2011.

OLIVEIRA, T. F. Perfil clínico epidemiológico de pacientes com leucemia aguda de um hospital público do Distrito Federal. *Revista de Enfermagem da FACIPLAC*, Brasília, v. 2, n. 3, Ago – Dez, 2017.

PRESTI, P. F., MACEDO, C. R. D., CARAN, E. M., RODRIGUES, A. H. D., PETRILLI, A. S. Estudo epidemiológico de câncer na adolescência em centro de referência. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 30, n. 2, p. 210-6, 2012.

RÍOS, D. I., TARRES, Z. M., GARCIA, V. D., CASTILLO, P. H., ACOSTA, D. E. M., VILLEGAS, J. L. E. Leucemias neonatales: experiencia en el Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG). *Acta Pediátrica de México*, v. 38, n. 6, p. 394-401, 2017.

RUBIRA, E. A., MARCON, S. R., BELASCO, A. G. S., GAÍVA, M. A. M., ESPINOSA, M. M., Sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores de criança e adolescentes com câncer em tratamento quimioterápico. *Acta paulista de enfermagem, Universidade Federal de São Paulo- UNIFESP- São Paulo SP, Brasil*, v. 25, n. 4, p. 567-573, 2012.

RUSCHEL, L; FAULHABER, F.R. S; SANTOS, P. P. A. SCHERER, F.F; Aumento renal bilateral como manifestação de leucemia linfocítica aguda. *Rev. AMRIGS, Porto Alegre*, v. 60, n. 4, p. 363-366, 2016.

SANTOS, A. F., GUEDES, M. S., TAVARES, R. C., SILVA, J. M. B., NET, W. B., SANTANA, J. B., MONTEIRO., E. M. L. M. Vivencias de madres con niños internos con diagnóstico de câncer. *Enfermería actual de Costa Rica*, v. 1, n. 34, p. 1409 - 4568 janeiro/junho 2018.

SOARES, M. R., RODRIGUES, T. G., NASCIMENTO, D. M., ROSA, M. L. S., VIEGAS, S. M. F., SALGADO, P. O., Sentimentos, acolhimento e humanização em cuidados paliativos às crianças portadoras de leucemia. *Rev. pesqui. Cuid. fundam. Care. (Online), Universidade Federal do Rio de Janeiro*, v. 5 n. 3 jul. /set. p. 354-363, 2013.

SOUZA, A., FAVERO, L. Uso do brinquedo terapêutico no cuidado de enfermagem à criança com leucemia hospitalizada. *Cogitare Enfermagem, Universidade Federal do Paraná Brasil*, v. 17, n. 4, p. 669-675, 2012.

CIÊNCIAS DA SAÚDE: ESTUDOS PARA MANUTENÇÃO E MELHORIA DA VIDA

VOLUME V

 conhecimentolivre.org/home

 contato@conhecimentolivre.org

 [editoraconhecimentolivre](https://www.instagram.com/editoraconhecimentolivre)



EDITORA CONHECIMENTO LIVRE