

CIÊNCIAS DA SAÚDE: ESTUDOS PARA MANUTENÇÃO E MELHORIA DA VIDA

VOLUME VII



EDITORA CONHECIMENTO LIVRE

Frederico Celestino Barbosa

Ciências da saúde: estudos para manutenção e melhoria da vida

7ª ed.

Piracanjuba-GO
Editora Conhecimento Livre
Piracanjuba-GO

7ª 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

253 f.: il

DOI: 10.37423/2023.edcl791

ISBN: 978-65-5367-397-7

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.edcl791>

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

EDITORA 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

Editora Conhecimento Livre

Piracanjuba-GO

2023

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	8
ATENDIMENTO A PACIENTES INFARTADOS EM UM SERVIÇO DE HEMODINÂMICA EM TEMPOS DE PANDEMIA DO COVID-19	
Alinne Albuquerque de Carvalho	
Davanice Barbosa dos Santos	
Adriana Meira Tiburtino Nepomuceno	
DOI 10.37423/230908145	
CAPÍTULO 2	16
A PRESENÇA DE CINESIOFOBIA EM PACIENTES COM FIBROMIALGIA	
Adriana Lucia Pastore e Silva	
Ana Luisa de Oliveira Palhari	
Carina Cassiana Pierobon	
DOI 10.37423/230908159	
CAPÍTULO 3	26
DISFAGIA PSICOGÊNICA: RELATO DE CASO	
Gabriela Simões Roso	
Bruna Xavier Ferreira	
DOI 10.37423/230908168	
CAPÍTULO 4	38
LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA EM PATOS DE MINAS: A CIÊNCIA DOS DADOS COMO ABORDAGEM	
MONIQUE MARTINS	
NATALIA DE FATIMA AMANCIO	
DOI 10.37423/230908174	
CAPÍTULO 5	49
ENFERMAGEM EM ESTÉTICA: MERCADO DE TRABALHO E EMPREENDEDORISMO	
Alinne Albuquerque de Carvalho	
Davanice Barbosa dos Santos	
Adriana Meira Tiburtino Nepomuceno	
Joana D`arc Miguel da Silva	
Kalianne Duda do Nascimento	
Rayana Pereira Feitosa	
DOI 10.37423/230908182	
CAPÍTULO 6	58
SÍNDROME DE BURNOUT E O ESTADO NUTRICIONAL DE ENFERMEIROS	
Edimara Solange Candido	
Carina Rossoni	
DOI 10.37423/230908190	

CAPÍTULO 7 73

HIPERTIREOIDISMO

Vinícius Chagas Madureira
José Hamilton Bráulio de Souza Junior
Rafael Vidaurre Xavier do Canto
Luana Vidaurre Xavier do Canto
Saulo Freitas Falcão
DOI 10.37423/230908191

CAPÍTULO 8 79

AVALIAÇÃO FÍSICA E FISIOLÓGICA DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

PATRICIA DA CONCEICAO ROCHA RABELO
ALINE ÂNGELA SILVA CRUZ
DOI 10.37423/230908194

CAPÍTULO 9 94

**ENSINO DA FELICIDADE EM PERÍODO PANDÊMICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM
EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA**

Maíra Cordeiro dos Santos
Simone Farias Moura Cabral
Liana Filgueira Albuquerque
Thais Emanuele Galdino Pessoa
DOI 10.37423/230908207

CAPÍTULO 10 113

**O CONTEXTO DO ABUSO SEXUAL INFANTIL, SUAS CONSEQUÊNCIAS E POSSÍVEIS
INTERVENÇÕES**

Aleksandra Alves Pais
Emanuely Buzuti Carnauba
Letícia Faleiros Lemes
Marcela Vargas Sampaio
Maria Fernanda Franceschini Canuto
Bruna Luzia Garcia de Oliveira
DOI 10.37423/230908212

CAPÍTULO 11	129
MUSICOTERAPIA E PESSOAS IDOSAS OCTOGENÁRIAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	
Magda da Silva Oliveira Menezes dos Santos	
Mariana Lacerda Arruda	
Liliane Martins Furtado Oliveira Lehtonen Souza	
Ana Caroline de Paula	
Jessica Alves da Silva	
Samantha Stefani Lino Nobre de Oliveira	
Lydio Roberto Silva	
Gislaine Cristina Vagetti	
DOI 10.37423/230908221	
CAPÍTULO 12	149
CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA TERAPIA NUTRICIONAL AOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EM USO DE SONDA NASOENTERAL (SNE)	
JAQUELINE JESUS DE ANDRADE PEIXOTO	
VALDENÍSIA TADEU BISPO SANCHES	
MARÍLIA DE JESUS SILVA MARTINS	
ETELVINA SOUZA RIBEIRO	
DOI 10.37423/230908222	
CAPÍTULO 13	160
O IMPACTO DA DOENÇA FALCIFORME NA ATIVIDADE LABORAL	
Valdenisia Tadeu Bispo Sanches	
Jaqueline Jesus de Andrade Peixoto	
Marília de Jesus Silva Martins	
Etelvina Souza Ribeiro	
DOI 10.37423/230908226	
CAPÍTULO 14	168
A CONTRIBUIÇÃO DO EXERCÍCIO FÍSICO NO COMBATE A DEPRESSÃO	
Reinilda da Cruz Guimarães	
DOI 10.37423/230908228	
CAPÍTULO 15	188
SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM NA EMERGÊNCIA	
JAQUELINE JESUS DE ANDRADE PEIXOTO	
VALDENÍSIA TADEU BISPO SANCHES	
MARÍLIA DE JESUS SILVA MARTINS	
ETELVINA SOUZA RIBEIRO	
DOI 10.37423/230908239	

CAPÍTULO 16 197

PLANTAS MEDICINAIS E O PODER DE TRATAMENTO DE INFECÇÕES URINÁRIAS: UMA REVISÃO

POLIANA CACHOEIRA SOUZA
MAURÍCIO NOGUEIRA DA CRUZ PESSÔA
JHONNATA WYLLIAN ALVES DE MORAIS
RANIELI CORDEIRO DE MORAIS FRAZÃO
HOZANA MARIA ROCHA CARDOSO
ANA LUÍSA BRITO SEIXAS BARBOSA
DAYVERSON KAÍQUE FREIRE DA SILVA
ISLA MIKAELE ALVES DOS SANTOS
AMANDA DE BRITO CAVALCANTI
GABRIELA MARIA DA SILVA
DOI 10.37423/230908245

CAPÍTULO 17 219

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA RELACIONADA AO CATETER VENOSO CENTRAL

Valdenisia Tadeu Bispo Sanches
Jaqueline Jesus de Andrade Peixoto
DOI 10.37423/230908266

CAPÍTULO 18 224

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE MICROBIOLÓGICA E PARASITÁRIA DE HORTALIÇAS MINIMAMENTE PROCESSADAS E AVALIAÇÃO ECOTOXICOLÓGICA DE SANITIZANTES CONVENCIONAIS

EDUARDA SPAGNOL SACILOTTO
ISADORA HELENA DE BRITO TORRES
GABRIELA ÁVILA DE MELO
PABLO HENRIQUE VIANA RAMOS
MATHEUS MANTUANELLI ROBERTO
NAYARA KASTEM SCHARLACK
DOI 10.37423/230908271

PREVALÊNCIA DA ICTERÍCIA NEONATAL E FATORES ASSOCIADOS EM RECÉM-NASCIDOS

Emilly Dayane Soares da Cruz

Esther Magalhães Becattini Miranda

Renata Souza Leite Vieira

Ivana Aparecida Mendes Veloso

Aleuza Pereira Alquimim Pires

Cleide Rocha Veloso

Thais de Oliveira Faria Baldo

Hanna Beatriz Bacelar Tibaes

Tatiana Almeida de Magalhães

Leticia Antunes Athayde Souza

DOI 10.37423/231008360

Capítulo 1



10.37423/230908145

ATENDIMENTO A PACIENTES INFARTADOS EM UM SERVIÇO DE HEMODINÂMICA EM TEMPOS DE PANDEMIA DO COVID-19

Alinne Albuquerque de Carvalho

Hospital Universitário Lauro Wanderley

Davanice Barbosa dos Santos

Hospital Universitário Lauro Wanderley

Adriana Meira Tiburtino Nepomuceno

Hospital Universitário Lauro Wanderley



Resumo: A pandemia da COVID-19 afetou o atendimento de diversas doenças, em especial o das doenças cardiovasculares. Objetivos: Identificar o perfil dos pacientes com infarto agudo do miocárdio atendidos durante o período de pandemia do COVID-19, no serviço de cardiologia intervencionista e hemodinâmica de um hospital escola, em João Pessoa-PB. Métodos: Este é um estudo do tipo transversal, descritivo, quantitativo, retrospectivo, utilizando dados secundários do livro de registro dos procedimentos do setor da hemodinâmica. Incluídos maiores de 18 anos com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. Os dados foram catalogados no Excel® e analisados por meio de estatística descritiva. Resultados: Observou-se que o perfil dos pacientes diagnosticados com isquemia miocárdica era predominantemente do sexo masculino (77,7%) e com faixa etária entre 51 a 60 anos (30,5%). Quanto a doença arterial coronariana obstrutiva significativa (>50%), a incidência no sexo masculino foi de 76%, sendo 32% triarterial ou tronco da coronária esquerda. Já nas mulheres cerca de 46% estavam com as coronárias livres de lesões. Conclusões: O presente estudo demonstrou que durante a pandemia da COVID-19 os pacientes hospitalizados que foram submetidos a cateterismo cardíaco apresentavam, em sua maioria, doença coronariana com acometimento multiarterial grave. Estes achados são ilustrativos de como a pandemia afetou o atendimento dos pacientes com doenças cardiovasculares e torna-se importante o adequado controle das doenças crônicas e melhor articulação na rede de emergência para diminuir a mortalidade por essa doença.

Palavras-chave: Síndrome Coronariana Aguda, Infarto do miocárdio, Perfil de saúde, Pandemia, Hemodinâmica.

INTRODUÇÃO

A situação vivenciada mundialmente com a chegada do vírus da família dos coronavírus (SARS-COV2) que, ao infectar humanos, causa a doença Covid-19 sobrecarregou o sistema de saúde, levando o Ministério da Saúde a declarar Emergência em Saúde Pública de importância nacional na data de 03 de fevereiro de 2020 (Ministério da Saúde, 2020) e como consequência, deixou em segundo plano a atenção para outras patologias, entre elas o tratamento de doenças cardiovasculares (DCVs). Isso pode ser especialmente importante no caso de atendimento de urgência para infarto agudo do miocárdio (IAM) que em nosso município é realizado inicialmente em hospitais portas abertas ou em Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), e quando indicado são regulados para serviços de atenção terciária, no caso as hemodinâmicas, para realização de angioplastia primária.

O IAM é uma das três formas das síndromes coronarianas agudas (SCA), é definido como a insuficiência de aporte sanguíneo para o músculo cardíaco e é considerado a principal causa isolada de morte no Brasil (Silva, *et al.*, 2020). Nessa pandemia, observou-se uma redução na procura por atendimento desses pacientes nos hospitais, possivelmente relacionada ao medo de contrair a infecção no ambiente hospitalar, que pode resultar em subdiagnóstico e tratamento inadequado, como também o risco de sequelas e mortes que poderiam ser evitáveis. Além disso, estudos tem relatado atrasos para angioplastia primária no atendimento pré-hospitalar, por relutância na procura ou por dificuldades de acesso, fazendo com que o paciente seja admitido em uma condição mais graves no hospital (Garcia, *et al.*, 2020). Há que frisar que o tratamento do IAM tem por objetivo diminuir as consequências da isquemia miocárdica e que a proporção das sequelas estão diretamente proporcionais ao tempo de atendimento (Goldman; Ausiello, 2009).

Todos esses desafios são impostos por modificações nos fluxos dos serviços decorrentes das barreiras de biossegurança imprescindíveis contra o coronavírus. Nesse contexto, a criação de rotas e fluxos voltados para o atendimento desses pacientes requerem ampla estruturação e divulgação. Imprescindível também a aquisição de equipamentos de proteção individual, tais como: protetores faciais, máscaras N95, gorros, aventais impermeáveis, entre outros para paramentação completa da equipe assistencial, além de seguir os protocolos instituídos pelas autoridades fiscalizadoras e institucionais (Brasil, 2022a).

Aliado a isso, é urgente alertar a população de que “o infarto e as doenças do coração não respeitam quarentena”. Campanhas dedicadas, como a Coração Alerta, patrocinada pela Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista, ações governamentais, sociais e comunitárias e espaços

para este fim na mídia leiga e literatura médica podem, como nunca, salvar vidas (Guimarães, *et al.*, 2020).

O setor de hemodinâmica e cardiologia intervencionista em tempos de pandemia tem como protocolo prioritário o atendimento em sua maioria às urgências e emergências com casos relacionados a IAM com supradesnivelamento do segmento ST (IAM CSST) e que se encontram hemodinamicamente instáveis. A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) preocupada com essa população e seguindo as recomendações dos órgãos fiscalizadores como a Organização Mundial de Saúde, Ministério da Saúde e vigilância sanitária, criou o protocolo de reconexão dos serviços, orientando-se pelas poucas experiências baseadas em evidências cardiológicas durante a pandemia do COVID-19, visando agilidade no atendimento aos pacientes nas urgências e emergências cardiológica nos hospitais e setor de hemodinâmicas (Guimarães, *et al.*, 2020).

O protocolo de reconexão atende os pacientes sem COVID-19 como os casos confirmados ou suspeitos. Fazendo uso das medidas de proteção individual com distanciamento físico, medidas de bloqueios de transmissão, identificação e isolamento de casos suspeitos ou confirmados (Brasil, 2022b). As medidas foram classificadas por níveis de atendimento para as diversas situações dentro da cardiologia: Nível-1 Médio risco, ambiente de contato moderado. Nível-2 alto risco, ambiente de contato próximo, Nível-3 Muito alto risco, contato invasivo de vias aéreas (Guimarães, *et al.*, 2020).

O setor de hemodinâmica entra na classificação de contato invasivo de vias aéreas, ou seja, o nível-3, Muito Alto Risco, uma vez que a SBC, alerta para não retardar o atendimento dos casos de IAM CSST. Assim, o treinamento da equipe de atendimento nas questões de triagem, biossegurança, escalas de trabalho, equipamentos de proteção individual, técnicas corretas de paramentação e observação nos processos de desparamentação se tornam imprescindíveis (Guimarães, *et al.*, 2020).

Nesse contexto, o estudo tem como objetivo identificar o perfil dos pacientes com infarto agudo do miocárdio atendidos durante o período de pandemia do COVID-19, no serviço de hemodinâmica de um hospital escola, em João Pessoa-PB.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa, utilizando dados secundários do livro de registro dos procedimentos realizados em uma unidade de hemodinâmica de um hospital terciário universitário, de assistência à saúde para pacientes do Sistema Único de Saúde, no período de março de 2020 a março de 2022.

Como critérios de inclusão temos todos os pacientes apresentando sinais e sintomas de IAM, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, que foram atendidos nesta hemodinâmica, procedentes das UPAs e demais hospitais da grande João Pessoa-PB para intervenção coronariana (cateterismo ou angioplastia) sendo excluídos os pacientes que se submeteram a procedimentos eletivos. Os pacientes selecionados foram internados com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio e catalogados com o Código Internacional de Doença CID-10 I21.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra do estudo verificou-se predominância do sexo masculino (77,7%), com idade entre 51 a 60 anos (30,5%), procedentes da UPA Bancários (25,0%). Quanto à classificação do infarto, 100% apresentaram IAM CSST. Quanto a doença arterial coronariana obstrutiva significativa (>50%), a incidência no sexo masculino foi de 76%, sendo 32% triarterial ou tronco da coronária esquerda. Já nas mulheres cerca de 46% estavam com as coronárias livres de lesões. O cateterismo foi realizado em todos os pacientes e a angioplastia foi realizada em 88% destes.

Os dados corroboram com estudos realizados em outras instituições brasileiras como no Distrito Federal, nos estados de Goiás e Alagoas (Silva, *et al.*, 2020; Nascimento, *et al.*, 2022; Silva, Melo, Neves, 2019). O predomínio de IAM em homens reitera o sexo masculino como fator de risco relevante para as DCVs (Velasco, *et al.*, 2021; Lima, *et al.*, 2019; Silva, *et al.*, 2019) e coincide com dados de dois estudos realizados em Maceió que encontraram predominância do infarto em homens (Silva, *et al.*, 2020; Ferreira, *et al.*, 2022). A prevalência de IAM nesse grupo está associada à dificuldade em procurar os serviços de saúde precocemente, buscando assistência nos estados avançados das doenças, além de maior exposição aos fatores de risco para DCV (Silva, *et al.*, 2020).

Estes achados corroboram de como a pandemia afetou o atendimento dos pacientes com doenças cardiovasculares.

O cateterismo cardíaco é primordial para decisão terapêutica, deve ser realizada para avaliar o grau de comprometimento das artérias coronárias e definir qual procedimento terapêutico será realizado (Nicolau, *et al.*, 2021).

CONCLUSÃO

A pandemia da COVID-19 afetou o sistema de saúde de forma intensa. É imprescindível o entendimento deste impacto nos sistemas hospitalares, para que futuramente o manejo dos doentes

durante períodos críticos possa ser melhorado. O infarto agudo do miocárdio se configura como uma urgência cardiológica que necessita de atendimento em serviço de hemodinâmica, não devendo ser suprimido esse atendimento mesmo em meio a uma pandemia.

Se faz necessário a construção de fluxos de atendimento seguro e estruturados para o atendimento dessas urgências e o seguimento dos protocolos institucionais vigentes, que haja treinamento e reciclagem das equipes de atendimento aos pacientes com SCA garantindo lhes uma melhor chance de sobrevivida.

É imprescindível o comprometimento das políticas públicas na realização do tratamento padrão-ouro em centros de cardiologia com hemodinâmica, na realização de cateterismo e angioplastia em tempo idealmente preconizado na literatura, reduzindo evasão e complicações decorrentes da isquemia miocárdica.

REFERÊNCIAS

Brasil. Anvisa. Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 07/2020 atualizada em 0/03;2022. Orientações para prevenção e vigilância epidemiológica das infecções por SARS-CoV-2 (COVID-19) dentro dos serviços de saúde, 2020a. Disponível em:

https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/2020/nt-07-2020_covid-em-servicos-saude_atualizada-em_09-03-2022.pdf/view.

Brasil. Protocolo de Manejo Clínico da COVID-19 na Atenção Especializada [recurso eletrônico] MS. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência, 2020b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid-19_atencao_especializada.pdf

Ferreira, Thainara dos Santos, *et al.* Estudo epidemiológico do infarto agudo do miocárdio no município de Maceió no período de 2010 a 2020. *Research, Society and Development*, 2022; 11(8). Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/31311>

Garcia Santiago, *et al.*. Reduction um ST – Segment Elevation Cardiac Catheterization Laboratory Activations in the United States during COVID – 19 Pandemic. *J AM Coll Cardiol*. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32283124/>

Goldman, Lee; Ausiello, Dennis (Ed.). *Cecil Tratado de Medicina Interna*. 23 ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier Saunders, 2009. 1v.

Guimaraes, Raphael Boesche, *et al.* Síndromes Coronarianas Agudas no Contexto Atual da Pandemia COVID-19. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 114, n. 6, p. 1067-1071, Jun 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/XzkRj6jm64pftBkZjRzhmw/?lang=pt#ModalHowcite>.

Lima, Maria Lucila Nobre Moraes, *et al.* Caracterização de Pessoas Jovens com Infarto Agudo do Miocárdio. *Rev baiana enferm.*, 2019, 33: e33591. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1098706#:~:text=Resultados%20predominou%20o%20sexo%20masculino,troponina%20e%20realizaram%20cateterismo%20card%C3%ADaco>.

Maier, Suellen Rodrigues de Oliveira, *et al.* Fatores de riscos relacionados ao infarto agudo do miocárdio: revisão integrativa da literatura. *Rev Saúde Sta. Maria*, 2020; 46(1). Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/43062>

Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº 188, de 03 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo coronavírus (2019-nCov). *Diário Oficial da União*. 04 fev 2020. Seção 1. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0188_04_02_2020.html

Nascimento, Larissa Lopes, *et al.* Perfil de pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio em um pronto socorro do Distrito Federal, *Rev Nursing*, 2022; 25(287): 7515-7521. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1372415>

Nicolau, José Carlos, *et al.* Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021. *Arq Bras Cardiol.*, 2021; 117(1): 181- 264. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/QvqxLFycJhLvNGFzPhsbZPF/?lang=pt>

Silva, Fabrício Lemes; Melo, Marlos Alevy Brito de; Neves, Roberpaulo Anacleto. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes internados por infarto agudo do miocárdio em hospital de Goiás. *Rev Bras Militar de Ciências*, 2019; 5(13): 8-14. Disponível em:

<https://rbmc.emnuvens.com.br/rbmc/article/view/15>

Silva, Katheryne Suellen Cavalcante, *et al.* Emergência cardiológica: principais fatores de risco para infarto agudo do miocárdio. *Braz. J. Hea. Rev.*, 2020; 3(4): 11252-11263. Disponível em: [https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/15845#:~:text=Os%20principais%20fatores%20de%20risco%20identificados%20foram%20hipertens%C3%A3o%20arterial%20\(64,diplidemia%20\(3%2C9%25\).](https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/15845#:~:text=Os%20principais%20fatores%20de%20risco%20identificados%20foram%20hipertens%C3%A3o%20arterial%20(64,diplidemia%20(3%2C9%25).)

Silva, Maria Stefânia Pereira da, *et al.* Fatores de Risco Associados ao Infarto Agudo do Miocárdio. *Rev. Interdisciplinar em Saúde, Cajazeiras*, 2019; 6(1): 29-43. Disponível em: https://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_23/Trabalho_03_R.pdf

Velasco, Irineu Tadeu, *et al.* Medicina de Emergência :abordagem prática. 16 ed., Ed. Barueri (SP): Manole, 2021, seção 3, (32 e 33): 410 - 436.

Capítulo 2



10.37423/230908159

A PRESENÇA DE CINESIOFOBIA EM PACIENTES COM FIBROMIALGIA

Adriana Lucia Pastore e Silva

Universidade Paulista - UNIP

Ana Luisa de Oliveira Palhari

Universidade Paulista - UNIP

Carina Cassiana Pierobon

Universidade Paulista - UNIP



Resumo: Objetivo: Avaliar o nível de cinesiofobia presente em pacientes com Fibromialgia de pessoas habitadas em diversas regiões do Brasil, comparando entre jovens, adultos e idosos. **Método:** Composta por 73 pessoas, na qual foram aplicadas os critérios de exclusão e participaram da pesquisa 67 pessoas com idade média de 16 a 80 anos que possuem Fibromialgia com sintomas de fortes dores crônicas. Foi aplicado a Escala de Tampa, que é o questionário mais utilizado para avaliação da cinesiofobia e um questionário para coleta de informações pessoais por meios digitais com a aprovação do Comitê de Ética. **Resultados:** Verificou-se que apresentam Fibromialgia a grande maioria das mulheres adultas com a faixa etária de 40 a 60 anos, onde apresentam também um alto nível de cinesiofobia com a pontuação média de 49,7 das respostas dadas através da Escala de Tampa. E a média geral das avaliadas foi de 46,7, sendo considerado um moderado score para cinesiofobia. **Conclusão:** Conclui-se que o subgrupo com maior nível de cinesiofobia e quantidade de participantes foi a faixa etária de 40 a 60 anos com a pontuação média de 49,7 sendo composta por 43 participantes do sexo feminino.

Descritores: Fibromialgia; Fibrosite; Reumatismo Muscular; Síndrome da Dor Miofascial Difusa.

INTRODUÇÃO

A fibromialgia é uma síndrome crônica caracterizada por queixa dolorosa músculo-esquelética difusa e pela presença de pontos dolorosos em regiões anatomicamente determinada, também conhecida como fibrosite.¹⁻³

Esta doença é uma das causas mais recorrentes de dor crônica, ficando atrás somente da osteoartrite.¹ No Brasil, dados apontam que a proporção de mulheres para homens é de 6 a 10:1 na idade de 30 a 50 anos, ou seja, o sexo feminino corre mais risco de desenvolver fibromialgia.³ Aparentemente essa patologia atinge de 2 à 3% da população mundial.^{1,4}

Atualmente, a fisiopatologia da fibromialgia sugere que o distúrbio primário desta doença seria uma alteração em algum mecanismo central de controle da dor, o qual poderia resultar de uma disfunção de neurotransmissores.² Tal disfunção neuro-hormonal incluiria uma deficiência de neurotransmissores inibitórios em níveis espinhais ou supraespinhais (serotonina, encefalina, norepinefrina e outros), ou uma hiperatividade de neurotransmissores excitatórios (substância P, glutamato, bradicinina e outros peptídeos). Possivelmente, ainda, ambas as condições poderiam estar presentes. Tais disfunções poderiam ser geneticamente predeterminadas e desencadeadas por algum estresse não específico, como uma infecção viral, estresse psicológico ou trauma físico. Nessa patologia existe o fator genético de 50% de suscetibilidade, na qual, há biomarcadores genéticos, são eles SLC64A4, TRPV2, MYT1L e NRXN.^{3,5}

Os sintomas presentes em todos os pacientes é a dor crônica difusa, envolvendo o tronco, membros superiores e inferiores.⁶ Geralmente, pelo menos seis locais do corpo humano estão envolvidos: cabeça, cada braço, torác, abdômen, cada perna e a parte superior e inferior das costas. A dor pode ser referida como queimação, pontada, peso ou como uma contusão, pode ser relatado inchaço na articulação, porém, sinovite não está presente na Fibromialgia. Fora isso, eles podem ter sintomas psicológicos, como déficits de atenção, alterações no humor, irritabilidade ou outros distúrbios psicológicos, como ansiedade e depressão.^{1,7} Em alguns casos também foi relatado a presença de distúrbios de equilíbrio associado a tonturas e quedas.⁸

O diagnóstico deve ser realizado em pacientes com períodos maiores de três meses de dor generalizada, e quando não houver outra causa que explique o motivo desta dor. A Sociedade Americana de Reumatologia (ACR), criou os critérios de diagnóstico preliminares da fibromialgia, que

devem estar associados ao exame físico com presença de dor em pelo menos 7 dos 18 pontos (tender points) que são sensíveis a pressão de 4kg que são eles:1

1. Suboccipital – inserção dos músculos occipitais;
2. Cervical baixo – atrás do terço inferior do esternocleidomastoideo, no ligamento intertransverso C5-C6;
3. Trapézio – ponto médio do bordo superior, numa parte firme do músculo;
4. Supraespinhoso – acima da escápula, próximo à borda medial, na origem do músculo supraespinhoso;
5. Segunda junção costo-condral – lateral à junção, na origem do músculo grande peitoral;
6. Epicôndilo lateral – 2 a 5 cm de distância do epicôndilo lateral;
7. Glúteo médio – parte média do quadrante súpero-externo;
8. Trocantérico – posterior à proeminência trocantérica;
9. Joelho – pouco acima da linha média do joelho.

O tratamento visa reduzir os sintomas gerados pela doença incluindo, dor generalizada, insônia, fadiga e disfunção cognitiva. Deve ser priorizado o tratamento sem o uso de medicamento, somente com equipe multidisciplinar, porém, em algum momento será necessário a terapia medicamentosa com amitriplina de 5 a 10mg, uma a três horas antes de deitar, a dose pode ser aumentada. Ou com uso de bloqueadores seletivos de recaptção de serotonina, analgésicos, antidepressivos, relaxantes musculares, anticonvulsivos, canabinoides, entre outros. ^{1,9}

Na fisioterapia os pacientes devem fazer treinamento aeróbico cardiovascular, pois as atividades aeróbicas de baixo impacto são mais eficazes, como ciclismo, caminhada ou terapia aquática, exercícios resistidos para fortalecimento muscular, alongamento, massoterapia e eletroterapia para analgesia.^{1,10,11} A acupuntura com estimulação elétrica é provavelmente melhor do que agulhamento sozinho para reduzir a dor e a rigidez e melhorar o bem-estar geral, o sono e a fadiga de pessoas com diagnóstico de fibromialgia.¹²

O termo cinesiofobia é o medo excessivo de movimento ou medo de atividade física, podendo gerar incapacidade em pacientes com dor crônica e difusa.¹³ O medo de movimento é definido com diferentes termos na literatura, como crenças de medo de evitar, medos relacionados à dor e cinesiofobia, os distúrbios psicológicos relacionados a fibromialgia pode aumentar os sintomas da síndrome primária.¹⁴ O modelo de evitação do medo (FAM) foi criado para descrever como a cinesiofobia afeta a cronicidade e a incapacidade em pacientes com problemas musculoesqueléticos.

Dois caminhos são definidos para os pacientes neste modelo: adaptativo e desadaptativo. Através de um estudo realizado em 2020, foi observado que os scores de cinesiofobia foram altamente maiores em pacientes com fibromialgia.¹³

Para melhor entendimento sobre a fibromialgia e seus sintomas relacionados de dor crônica difusa, sensação de queimação, pontada, peso e relatos de inchaço nas articulações (referente ao sistema musculoesquelético); Déficits de atenção, alterações no humor e irritabilidade, distúrbios psicológicos, como ansiedade e depressão, distúrbios de equilíbrio associados à tonturas e quedas (relacionado com o Sistema Nervoso), tornam-se necessários pesquisas sobre os escores de cinesiofobia com objetivo de conhecer a relação do seu medo e sua procura pelo tratamento fisioterapêutico, já que o mesmo engloba a cinesioterapia.

O objetivo deste trabalho foi identificar o nível de cinesiofobia presente em mulheres com fibromialgia.

MÉTODO

AMOSTRA

Trata-se de um ensaio clínico transversal no qual foi realizado uma pesquisa com mulheres que foram selecionadas através de divulgação nas redes sociais das pesquisadoras, com diagnóstico de fibromialgia e dentro dos critérios de inclusão: idade entre 16 a 80 anos, na qual foram divididas em subgrupos, sendo que o grupo 1 pertence a faixa etária de 16 a 39 anos contendo 18 pessoas, o grupo 2 a faixa etária de 40 a 60 anos

com 43 pessoas e o grupo 3 pertence as 6 participantes de 61 a 80 anos, ser do gênero feminino, não possuir outras doenças reumatológicas associadas (por exemplo artrite reumatóide, lúpus, gota...). As participantes deveriam ser capazes de responder um questionário virtual.

Foram excluídas as participantes que deixaram de responder mais de 30% do questionário ou que assinalaram mais de uma alternativa em questões determinadas e que preencheram incorretamente seus dados pessoais.

O projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Paulista Unip sob número de registro CAAE 47214521.1.0000.⁵⁵¹².

A realização do estudo foi feita após a ciência dos participantes pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

Foi aplicado um questionário para coleta de dados dos participantes, que constituiu na obtenção de dados pessoais como nome, telefone e e-mail, além da avaliação da cinesiofobia pela Escala de Tampa.

Diante da atual situação encontrada, na qual todos estão enfrentando uma pandemia da COVID-19, além do fato de estar se lidando com pessoas de diversos lugares do Brasil, teve-se como objetivo escolher um método fácil, seguro e rápido de solicitar os Termos de Consentimento para cada participante. Foi adotado o formato on-line para coleta de dados e envio de cada termo através da plataforma WhatsApp®.

A participante da pesquisa teve o direito de não responder qualquer questão, sem necessidade de explicação ou justificativa, podendo também se retirar da pesquisa a qualquer momento. Portanto, a mesmo teve o direito de acessar ao teor do conteúdo das questões abordadas antes de responder, porém após ser dado o seu consentimento, para uma tomada de decisão informada.

A Escala de Tampa possui 17 afirmações referentes à dor e intensidade dos sintomas para predizer os níveis de cinesiofobia que geram maior incapacidade nos pacientes com fibromialgia, a pontuação varia de no mínimo 17 pontos e no máximo 68, podendo ser respondido em casa por um celular ou computador.¹²

RISCOS E BENEFÍCIOS

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco foi avaliado como mínimo: alteração do estado emocional (choro, angústia, sentimento de incapacidade), porém o participante teria a autonomia de parar de responder o questionário à medida que se sentir desconfortável. Mesmo com o uso do ambiente virtual houve sigilo e confidencialidade de dados e todos os cuidados foram tomados.

O benefício da pesquisa foi contribuir para o conhecimento generalizável e deveria ter a possibilidade de responder às incertezas ou lacunas do conhecimento científico. Com a introdução do método virtual não foi necessário que as participantes se deslocassem para responder o questionário, podendo responder de forma fácil e segura, sendo assim, foi encaminhada uma cartilha de orientação às participantes após responderem a pesquisa.

Foi de extrema importância que as participantes da pesquisa guardassem os arquivos em uma cópia do documento eletrônico.

A análise foi feita através das respostas enviadas pelas participantes e computadas de acordo com a alternativa selecionada, variando de 1 a 4 pontos cada questão. A demonstração dos resultados foi apresentada em formato visual, através de gráficos, possuindo a pontuação de cada afirmativa escolhida pelo participante, na qual foi ser feita a somatória das 17 questões da Escala de Tampa chegando ao resultado final, apontando o nível de cinesiofobia em pessoas com fibromiagia.

RESULTADOS

A amostra desse estudo foi constituída com 73 participantes, na qual 6 destas faziam parte do critério de exclusão, então 67 mulheres de várias regiões do Brasil compuseram a amostra. Foram divididos em três subgrupos de acordo com a faixa etária, onde o grupo 1 varia de 16 a 39 anos (18 pessoas), grupo 2 de 40 a 60 anos (43 pessoas) e grupo 3 de 61 a 82 anos (6 pessoas).

A figura abaixo realiza a análise dos resultados do score da Escala de Tampa que foi feita entre a média de cada subgrupo e a média geral das participantes.

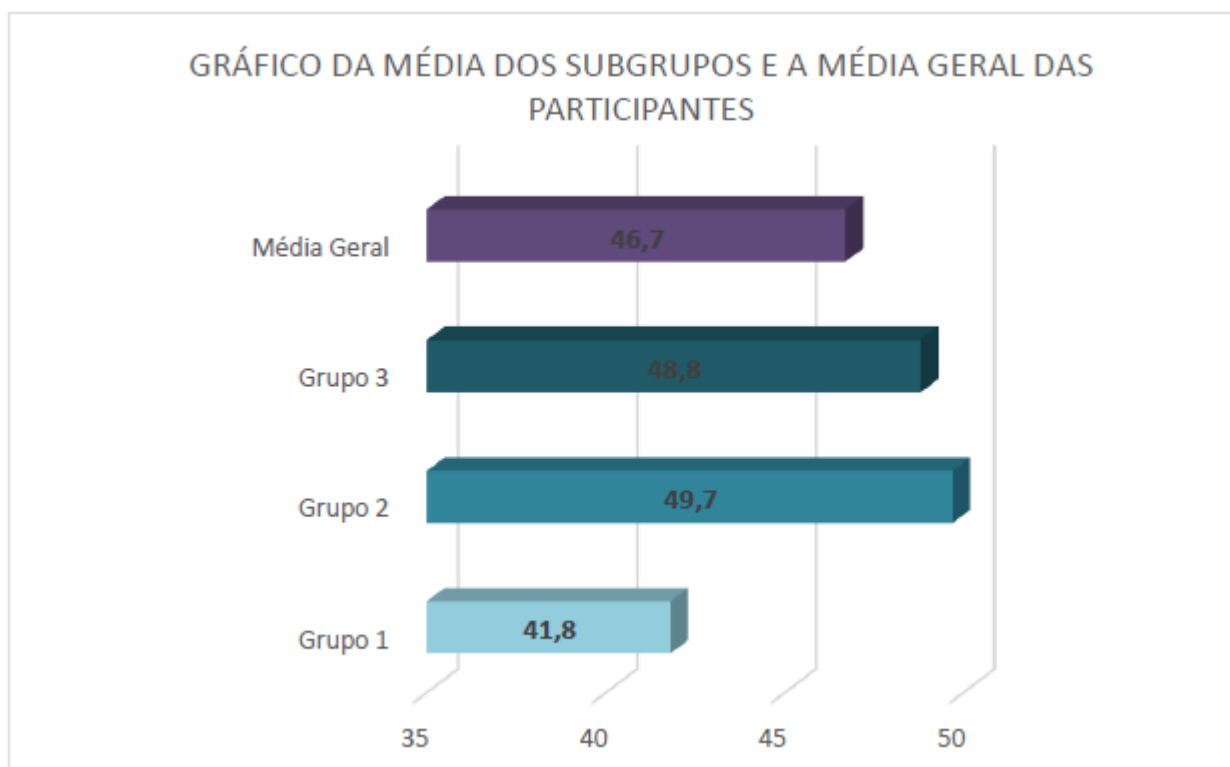


Figura 1. Média de resultados de cinesiofobia nos subgrupos e a média geral das participantes relacionados à Escala de Tampa.

De acordo com a figura acima, podemos observar que o grupo 2 apresenta um maior número de mulheres e também um nível maior de cinesiofobia quando comparado aos outros, com a pontuação

média de 49,7. O grupo 3 demonstra ter menos mulheres, porém com um moderado índice de cinesiofobia com a pontuação média de 48,8. Já o grupo 1 possui mulheres com pouco medo de se movimentar com a pontuação média de 41,8, mas apresenta mais mulheres que o grupo 3.

Considerando todas as avaliadas a média geral dos três subgrupos foi de 46,7 pontos na Escala de Tampa, sendo um índice moderado de cinesiofobia.

DISCUSSÃO

A fibromialgia (FM) é definida por uma síndrome caracterizada pela dor musculoesquelética crônica e difusa por todo o corpo. Tem maior prevalência em mulheres, com faixa etária entre 40 e 55 anos de idade, afetando 4,4% da população mundial.

No presente estudo foi avaliado o nível de cinesiofobia em mulheres com fibromialgia. Para isso participaram 67 indivíduos do gênero feminino com a faixa etária de 16 a 80 anos, na qual foram selecionadas para diferenciar os níveis de cinesiofobia entre jovens, adultos e idosos. Avaliadas com o questionário da Escala de Tampa. Este artigo buscou identificar a influência do medo na prática de exercícios em mulheres com fibromialgia.

Este assunto foi abordado devido a escassez de artigos relacionados a cinesiofobia na fibromialgia, e a importância da prática de exercícios nessas pacientes como principal forma de tratamento fisioterapêutico que fica impossibilitado devido o medo em realizar atividades físicas.

A Escala de Tampa é a mais utilizada atualmente para avaliar o nível de cinesiofobia, pois se trata de um questionário auto-aplicável, composto de 17 questões que abordam a dor e a intensidade dos sintomas. Com isso foi escolhido o método de questionário virtual devido a atual situação mundial de pandemia e para conseguir alcançar pessoas a nível nacional.

Como podemos observar a faixa etária mais acometida está dentro de 40 a 60 anos.^{14,15} Em relação a pontuação da Escala este subgrupo atingiu uma média de 49,7, porém, no artigo sobre a cinesiofobia em praticantes de dança e sedentários, a pontuação da mesma faixa etária nos não praticantes de dança foi uma média de 47,7 considerando um nível moderado de cinesiofobia.¹⁴ Já em outro artigo referente ao mesmo tema, a pontuação média chegou a 46,9 da mesma faixa etária.¹⁵

Quando comparada a outras doenças reumatológicas como o Lúpus Eritematoso foi possível observar que dos 67 participantes do estudo 2/3 alcançaram um grau elevado de pontuação na Escala de Tampa.¹⁶ Em relação a outro estudo transversal foram recrutados 120 pessoas com doenças reumatológicas diversas utilizando o método de avaliação da Escala de Tampa, Short-Form Health

Survey de 36 itens e e 96 desses pacientes realizaram o teste de caminhada de seis minutos e o teste de trinta segundos sentado, conforme os resultados o tempo semanal gasto em atividades físicas estiveram diretamente ligadas a cinesiofobia e indiretamente ligados à dimensão mental pela mediação da cinesiofobia.¹⁷

As limitações encontradas na elaboração deste estudo foram a quantidade de artigos relacionados ao tema, porém, não tivemos problemas na divulgação do questionário devido a escolha de ter sido virtual, portanto, conseguimos alcançar uma quantidade significativa de participantes.

Com este estudo a perspectiva é de que este passa a ser um início do debate sobre este assunto e preencha lacunas a respeito do tema abordado para complementar a base científica, e para que assim possamos buscar meios de conquistar esse público para realizar o tratamento fisioterapêutico adequado relacionado à esta patologia.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o subgrupo com maior nível de cinesiofobia e maior quantidade de participantes foi a faixa etária de 40 a 60 anos com a pontuação média de 49,7 na Escala de Tampa composta por 43 participantes do sexo feminino.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Provenza JR, Pollak DF, Martinez JE, Paiva ES, Helfenstein M, Heymann R, et al. Fibromialgia. *Rev Bras Reumatol.* 2004;44(6):443-49.
2. Chinn S, Caldwell W, Gritsenko. Fibromyalgia Pathogenesis and Treatment Options Update. *Curr Pain Headache Rep.* 2016;20(4):25.
3. White KP, Harth M. Classification, epidemiology, and natural history of fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep.* 2001;5(4):320-9.
4. Sarzi-Puttini P, Giorgi V, Marotto D, Atzeni F. Fibromyalgia: an update on clinical characteristics, aetiopathogenesis and treatment. *Nat Rev Rheumatol.* 2020;16(11):645-60.
5. D'Agnelli S, Arendt-Nielsen L, Gerra MC, Zatorri K, Boggiani L, Baciarello M, Bignami E. Fibromyalgia: Genetics and epigenetics insights may provide the basis for the development of diagnostic biomarkers. *Mol Pain.* 2019;15:1744806918819944.
6. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* 1990;33(2):160-72.
7. Schmidt-Wilcke T, Clauw DJ. Fibromyalgia: from pathophysiology to therapy. *Nat Rev Rheumatol.* 2011;7(9):518-27.
8. Peinado-Rubia A, Osuna-Pérez MC, Rodríguez-Almagro D, Zagalaz-Anula N, López-Ruiz MC, Lomas-Vega R. Impaired Balance in Patients with Fibromyalgia Syndrome: Predictors of the Impact of This Disorder and Balance Confidence. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(9):3160.
9. Oliveira J, Almeida M. O tratamento atual da fibromialgia. *BrJP.* Vol 1. 2018; 1(3): 255-62.
10. Lopez-Rodríguez MM, Fernandez-Martínez M, Guilherme A, Maratán P, Rodríguez-Ferrer ME, Granados-Gámez G, et al. Efectividade de la biodanza acúatica on la calidad del sueño, la ansiedad y otros síntomas en pacientes con fibromialgia. *Med Clin.* 2007;141(11):471-8.
11. Araújo FM, DeSantana JM. Physical therapy modalities for treating fibromyalgia. *F1000Res.* 2019;8:F1000 Faculty Rev-2030.
12. Deare JC, Zheng Z, Xue CC, Liu JP, Shang J, Scott SW, Littlejohn G. Acupuncture for treating fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;2013(5):CD007070.
13. Koçyiğit BF, Akaltun MS. Kinesiophobia Levels in Fibromyalgia Syndrome and the Relationship Between Pain, Disease Activity, Depression. *Arch Rheumatol.* 2020;35(2):214-19.
14. Batista A, Maia J, Souza C, Lins C, Souza M. Depression, anxiety and kinesiophobia in women with fibromyalgia practitioners or nor of dance. *BrJP.* 2021;3(4):2592-3192.
15. Lorente G, Bocchi L, Martins M. Kinesiophobia, adherence to treatment, pain and quality of life in fibromyalgia syndrome patients. *Rev Dor.* 2014;15(2):121-5.
16. Yentur SB. Kinesiophobia and related factors in systemic lupus erythematosus patients. *Turk J Med Sci.* 2019; 24;49(5):1324-31.
17. Courbalay, A. Direct and indirect relationships between physical activity, fitness level, kinesiophobia, and health-related quality of life in patients with rheumatic and musculoskeletal diseases: a network analysis. *J Pain Res.* 2021;14:3367-99.

Capítulo 3



10.37423/230908168

DISFAGIA PSICOGÊNICA: RELATO DE CASO

Gabriela Simões Roso

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO - UPF

Bruna Xavier Ferreira

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO - UPF



Resumo: O objetivo deste trabalho foi descrever um relato de caso de um paciente com disfagia psicogênica e disfonia patogênica, relatando sobre o que é essa patologia, assim como, suas causas, consequências e tratamento. O objetivo da terapia fonoaudiológica foi buscar uma maior resistência muscular, para melhorar o transtorno da deglutição do bolo alimentar. O caso é de um paciente do sexo masculino, 29 anos de idade, com queixa de dificuldades alimentares e alterações vocais, foi internado em um hospital de referência de uma cidade do interior do Estado do Rio Grande do Sul. O paciente foi submetido ao exame videodeglutograma, sendo constatado as estruturas faríngeas e laríngeas integras, sem alterações. Analisando os dados da anamnese com relação ao exame, concluiu-se que o mesmo necessitaria de acompanhamentos psicológicos e de fonoterapia. Conforme melhora psíquica, o paciente apresentava melhora do quadro clínico, assim, recebeu alta hospitalar em 15 dias. Após esse período o mesmo foi encaminhado para uma clínica de reabilitação para etilista, permanecendo em torno de uma semana. Posteriormente, retornou a sua casa não apresentando mais sinais das patologias apresentadas. Dessa forma, as patologias apresentadas surgiram por meio do estresse emocional, sistema afetivo e social, pois o indivíduo estava passando por problemas familiares no momento.

Palavras-chave: *transtornos de deglutição, fonoterapia, estresse emocional.*

INTRODUÇÃO

A deglutição tem a função de conduzir o alimento da cavidade oral até o estômago de forma segura, mantendo o estado nutricional e protegendo a via aérea⁽¹⁾. A deglutição é uma atividade complexa de ações voluntárias e involuntárias, cujo sincronismo entre essa função e a respiração é essencial para prevenir a aspiração pulmonar e para manter a nutrição e a hidratação adequadas⁽²⁾.

A disfagia se caracteriza por um transtorno de deglutição que pode acometer qualquer parte do trato digestório, desde a boca até o estômago, decorrente de causas psicogênicas, neurológicas e/ou estruturais gerando graves complicações, como desnutrição, desidratação, pneumonia aspirativa, podendo levar à morte⁽²⁾.

As patologias de origem orgânica podem estar associadas a desordens emocionais, como as disfonias psicogênicas. As desordens emocionais se caracterizam por uma perda parcial ou completa das funções normais de integração da consciência, da identidade, das sensações imediatas e do controle dos movimentos corporais⁽³⁾. Normalmente sua ocorrência é brusca e está associada a um acontecimento traumático, problemas insolúveis e insuportáveis ou relações interpessoais difíceis, tendendo a desaparecer após algumas semanas ou meses. Os exames complementares não colocam em evidência a alteração física⁽³⁾.

Para a avaliação da deglutição é importante compreender a forma como o bolo alimentar está sendo transportado da boca até o estômago, e também para auxiliar no raciocínio clínico e terapêutico. Esta avaliação pode ser dividida em duas etapas, clínica e instrumental. A avaliação clínica é composta por anamnese, exame estrutural da faringe e laringe e funcional das estruturas da fala e deglutição, bem como observação de sinais clínicos durante a alimentação⁽⁴⁾.

Também, pode ser utilizado o exame videofluoroscópico (VFS) que é considerado o melhor recurso para avaliação dos distúrbios da deglutição ⁽⁵⁾. É um recurso radiológico, no qual possibilitará a observação detalhada das estruturas anatômicas através de uma câmera de vídeo. Fornece uma imagem bidimensional, associando o raio-X às diferentes densidades das estruturas avaliadas. A utilização de um relógio acoplado ao equipamento é necessária, permitindo a mensuração das imagens em tempo real e possibilitando avaliar a duração dos eventos.

A atuação fonoaudiológica constitui-se em um trabalho tanto de manutenção da vida, quanto de qualidade de vida, uma vez que permite que o indivíduo volte a se alimentar por via oral com segurança⁽²⁾.

Com base na importância do exposto acima, o presente trabalho teve como objetivo buscar informações sobre a disfagia e disfonia psicogênica, ambas ocasionadas em virtude de incomodo emocional, podendo gerar consequências alimentares e alterações vocais. Devido essas alterações orienta-se a reabilitação do indivíduo quanto a seus fatores emocionais e o fortalecimento da rede de apoio familiar.

APRESENTAÇÃO CASO CLÍNICO

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) pelo número do parecer 4.050.852 da instituição. Após a sua aprovação, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, sendo autorizado a coleta dos dados e posteriormente a utilização dos mesmos, preservando o anonimato do entrevistado.

Em fevereiro de 2019, um paciente do sexo masculino, 29 anos de idade, compareceu a um hospital de referência de uma cidade do interior do Estado do Rio Grande do Sul, sendo encaminhado por um médico clínico para avaliações fonoaudiológicas.

ANAMNESE

Inicialmente, foram colhidos dados relativos ao estado clínico geral do paciente por meio da anamnese. O paciente apresentou como queixa principal tosse no momento da alimentação e a sensação de que o alimento não ultrapassava a região da garganta, tendo alteração na deglutição. Com relação aos hábitos de alimentação, referiu alimentar-se exclusivamente por via oral em todas as consistências. Informou apresentar perda de peso e percebeu sua voz mais rouca nos últimos dias; negou queixas respiratórias. Quanto às comorbidades, o paciente referiu apresentar quadro de epilepsia, estando em tratamento clínico medicamentoso. O indivíduo relatou ser etilista, sendo usuário de bebidas alcólicas durante um longo período, relatou ter interrompido o uso após apresentar quadro de epilepsia. Relatou também, que nesse período, estava enfrentando situações familiares difíceis, sem demonstrar interesse em detalhar sobre quais eram esses problemas familiares. Dentre as informações coletadas do paciente, faz-se necessário ressaltar que o indivíduo fez ingestão de álcool concomitantemente a sua medicação controlada para epilepsia, Oleptal 600mg um comprimido pela manhã e noite e no período da tarde, um comprimido de 300mg.

AValiação FONOAUDIOLÓGICA CLÍNICA DA DEGLUTIÇÃO

A avaliação fonoaudiologia clínica da deglutição foi realizada por meio de imagem, através da videodeglutograma. Esse exame analisa os órgãos e estruturas responsáveis por a nossa deglutição, assim, verificando se existe a presença de escape do alimento ou pequenos fragmentos para as vias respiratórias. A avaliação funcional da deglutição foi realizada com água espessada em três consistências, néctar, mel e pudim.

Em relação aos hábitos de higiene bucal, não foram constatados problemas dentários ou bucais, a sensibilidade intra e extra-oral mostrou-se preservada. Quanto a mobilidade e tonicidade dos órgãos fonoarticulatórios, encontravam-se preservadas. Em relação aos aspectos vocais, observou-se voz rouca e soprosa.

A partir dos dados obtidos através do exame videodeglutograma o paciente foi diagnosticado com disfagia psicogênica.

VIDEODEGLUTOGRAMA

Na primeira avaliação funcional da deglutição, analisada através da imagem obtida pelo exame chamado de videodeglutograma, realizada em fevereiro de 2019, foi utilizado para análise a consistência mel com iogurte contrastado com bário oferecido com colher de chá. Na realização do processo o paciente estava na posição sentado com imagem de perfil.

Foram avaliadas as três fases da deglutição: preparatória oral, oral e faríngea. Os resultados obtidos foram descritos, separados de acordo com a fase de deglutição. Durante a fase preparatória oral, a captação do bolo alimentar e a mastigação, estavam eficientes e adequadas. Não havendo nenhum escape anterior. Por outro lado, na fase oral, houveram algumas alterações como: tempo de trânsito oral alterado; escape posterior até as pregas vocais. Observou-se também a ejeção da língua eficiente e a função velofaríngea com fechamento completo com sustentação.

Quando analisado a fase faríngea, observou-se a reação da deglutição em valécula; elevação, anteriorização e sustentação de laringe reduzida sem sustentação. Possuiu estases em valécula, nos seios piriformes e parede posterior da faringe; foi observado também múltiplas deglutições, penetração laríngea e aspiração traqueal. Por meio desta avaliação foi confirmado que o paciente apresentava disfagia severa nível 1 segundo O'Neil et al. em 1999 (QUADRO II) demonstrado na Figura 1, apresentando escala de penetração e aspiração nível 7 (sete) conforme QUADRO I demonstrado na Figura 2.

A segunda parte da avaliação foi executada no início de março de 2019, trazendo bons resultados e consequentemente alta fonoaudiológica. Foi feito em cinco consistências, observando as três fases da deglutição, preparatória oral, oral e faríngea. Consistência mel com iogurte contrastado com bário oferecido com colher de chá; consistência pudim com creme contrastado com bário oferecido com colher de chá; consistência líquida com suco contrastado com bário, oferecido no copo; consistência semissólida (pedaço de banana) contrastado com bário; consistência sólida (pedaço de pão com casca) contrastado com bário. Executado na posição sentado com imagem de perfil.

Na fase preparatória oral foi analisado a captação do bolo alimentar no qual foi eficiente, mastigação adequada não ocorrendo escape anterior. Na fase oral o tempo de trânsito oral foi normal, ejeção da língua eficiente, sem escape posterior e função velofaríngea com fechamento completo sustentado.

Na fase faríngea a reação de deglutição ocorreu em valécua, elevação, anteriorização e sustentação de laringe reduzida com sustentação. Houve presença de estases em valécua, seios piriformes e parede posterior da faringe para as consistências mel, pudim, semissólida e sólida.

Ao finalizar o exame estava presente múltiplas deglutições para consistências sólidas, sem penetração laríngea e aspiração traqueal.

Por meio dessa avaliação, pode-se constatar a presença de deglutição funcional nível 6 (seis) segundo O-Neil et al. em 1999 no QUADRO 2 (conforme demonstrado na Figura 1), apresentando escala de penetração e aspiração nível 7 (sete) conforme QUADRO 1 demonstrado na Figura 2.

FONOTERAPIA PARA DEGLUTIÇÃO

A fonoterapia para deglutição teve início após a realização do primeiro exame de videodeglutograma, no qual norteou a reabilitação do paciente por meio da alimentação via oral. Para isso, foram selecionados exercícios específicos e orientações abaixo:

- Protrusão de língua com contra resistência: Movimento de deslocamento da língua para frente, utilizando força contra algum objeto, como um abaixador de língua;
- A manobra de Masako: consiste em deglutir com a língua entre os dentes, cujo objetivo é melhorar a passagem do bolo alimentar da boca para o esôfago, minimizando estase em recessos faríngeos;
- Exercício conhecido como Shaker: pode ser usado tanto como isotônico ou isométrico, trabalhando os músculos submentais e infra-hióideos através da elevação da cabeça. Seu

objetivo é melhorar a mobilidade hiolaríngea e abertura do esfíncter esofágico superior (EES). Desta forma, eliminando aspiração após a deglutição.

As sessões de terapia tinham em média duração de 30 a 40 minutos, tais exercícios foram realizados com uma frequência de 3 (três) séries com 15 repetições cada. O paciente também foi orientado a realizar exercícios diariamente, para obter um resultado mais efetivo e melhora em relação aos sintomas.

O paciente obteve uma melhora satisfatória da deglutição, caracterizado pela melhora progressiva dos engasgos e das estases na região faríngea, favorecendo a reabilitação do caso através da fonoterapia. Durante a sexta sessão fonoaudiológica, verificou-se que havia sido alcançado o objetivo de retornar à alimentação via oral normal em todas as consistências, ou seja, houve uma reabilitação total da disfagia e melhora espontânea na disfonia.

DISCUSSÃO

O paciente chegou em um hospital de referência da cidade de Passo Fundo, com queixa principal de tosse e sensação que o alimento não passava pela região da garganta durante a deglutição. Com isso, foi realizado a avaliação através de observações clínicas e com o auxílio do exame videodeglutograma.

Pelo fato do indivíduo, não apresentar nenhuma alteração significativa das estruturas orofaríngeas, foi considerado alguns dados obtidos na anamnese, em que o paciente referiu estar enfrentando alguns momentos de estresse devido a problemas familiares. Através desses dados e da avaliação, foi observado uma disfagia psicogênica, decorrente de um estresse emocional, em que o paciente estava passando no momento. Outro ponto importante, que confirma tal patologia, é a migração dos sintomas ocorridos na deglutição para o trato vocal.

A disfagia psicogênica é caracterizada pelo medo e subsequente a isso, evitar engolir, quando há ausência de uma origem orgânica, como um déficit neurológico ou anormalidade física⁽⁵⁾. As condições psiquiátricas associadas a queixas de deglutição incluem transtorno do pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, fobia social, anorexia nervosa, globus hystericus e transtorno do estresse pós traumático⁽⁵⁾.

Esses pacientes que relatam disfagia, mas não têm defeito físico detectável, são os quais, muitas vezes foram diagnosticados como tendo um transtorno alimentar ⁽⁷⁾. Pacientes com disfagia psicogênica frequentemente relatam ansiedade e / ou depressão comórbida ⁽⁵⁾. A disfagia psicogênica é extremamente angustiante e, se não for tratada, provavelmente levará a peso perda e desnutrição.

Portanto, o diagnóstico precoce e o tratamento são essenciais para manter uma boa qualidade de vida aos pacientes.

Pode-se afirmar que a disfagia psicogênica é um diagnóstico de exclusão exigindo uma intervenção multidisciplinar e uma abordagem envolvendo especialistas em ouvido, nariz e garganta, gastroenterologista, fonoaudiólogo, e profissionais de saúde mental. Anatomia ou causas neurológicas devem ser eliminadas antes de fazer um diagnóstico de etiologia psicogênica⁽⁵⁾.

No DSM 5, disfagia psicogênica é classificada na categoria de diagnóstico de alimentos evitativos / restritivo distúrbio de ingestão ou fobia específica⁽⁵⁾. Essa evitação ou restrição pode ser baseada em sensoriais características, como aparência, cor, cheiro, textura, temperatura ou sabor.

O objetivo do fonoaudiólogo no tratamento da disfagia é melhorar a deglutição, tornando-a eficiente e segura. Para tanto, utiliza mudanças posturais, manobras de deglutição e/ou modificações de textura. As mudanças posturais podem ter efeitos específicos na deglutição, geralmente em termos de como e onde o alimento faz sua passagem. Também, existem algumas mudanças voluntárias que podem ser feitas para auxiliar o paciente disfágico, denominadas manobras de deglutição⁽⁶⁾.

As manobras facilitadoras utilizadas pelo fonoaudiólogo auxiliam no tratamento para evitar possíveis episódios danosos da deglutição de diversas consistências, propiciando uma alimentação oral segura. A literatura demonstra que as manobras facilitadoras e posturais são de grande valia na reabilitação do paciente disfágico, já que parte do treino de retomada da alimentação por via oral será baseada nas manobras que se mostrarem mais efetivas. É importante ressaltar que a chave do sucesso de uma manobra está na seleção da postura que se ajuste à anatomia e fisiologia do indivíduo⁽⁸⁾.

A reabilitação do caso, ocorreu pela busca facilitadora da passagem do alimento, assim como, no fortalecimento das estruturas orofaríngeas. No decorrer do atendimento fonoaudiológico, a disfagia psicogênica foi restabelecida conforme a estabilidade emocional do paciente, obtendo uma melhora vocal espontânea, sem necessidades de terapia específica.

Uma das partes importantes do processo de reabilitação do paciente é sem dúvida a anamnese. Na anamnese, além de serem obtidas informações sobre a queixa, deve-se interrogar questões de ordem pessoal do paciente. Sendo assim, o profissional deve estar atento ao processo de identificação das situações de estresse, ansiedade, depressão, angústia e insegurança. Na avaliação clínica, deve-se obter dados referentes à anatomia e fisiologia complementados com as avaliações instrumentais quando necessário, descartando alterações anatomofisiológicas⁽³⁾.

De maneira geral, quando há suspeita de disfagia psicogênica, torna-se de extrema importância uma investigação detalhada da anamnese e da avaliação, para assim, investigar as origens orgânicas, funcionais e emocionais, com o intuito de proporcionar uma abordagem adequada para a tal patologia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho atendeu aos objetivos propostos no estudo. A disfagia psicogênica do relato de caso apresentado no estudo ocorreu devido um distúrbio emocional caracterizado por um momento de estresse em que o paciente estava passando. O diagnóstico foi conclusivo, pois não havia nenhuma alteração estrutural da laringe e faringe. Sendo assim, foi possível detectar a patologia e escolher a abordagem clínica mais adequada. Vale salientar, que o foco da fonoterapia sempre foi na disfagia, havendo uma melhora espontânea da disfonia no decorrer das sessões fonoaudiológicas.

Salienta-se a importância do acompanhamento da equipe multiprofissional nesses casos, enfatizando o papel do fonoaudiólogo que proporcionou um ganho na qualidade da deglutição do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Chaves RD, Carvalho CRF, Stelmach ACR, Andrade CRF. Sintomas indicativos de disfagia em portadores de DPOC. *J Bras Pneumol*. 2011;37(2):176-183.
2. Favero SR, Scheeren B, Barbosa L, Hoher, J. A., Cardoso, M. C. A. F. Complicações Clínicas da disfagia em pacientes internados em uma UTI. *Distúrb Comum*. 2017; 29(4): 654-662.
3. Rodrigues KA, Meneses FT, Neto ICO, Ledermam HM, Manrique D, Chiari BM, Gonçalves MIR. Disfagia associada à disfonia psicogênica: relato de caso. 2012, 24(3): 415-420.
4. Resende PD, Dobelin JB, Oliveira IB, Luchesi KF. Disfagia orofaríngea neurogênica: análise de protocolos de videofluoroscopia brasileiros e norte-americanos. *Rev CEFAC*. 2015; 17(5):1610-1619.
5. Anéas GCG, Dantas RO. A videofluoroscopia da deglutição na investigação da disfagia oral e faringiana. *GE J Port Gastreterol*. 2014;21(1):15-20.
6. Turra GS. Intervenção fonoaudiológica em Pacientes com Disfagia, Pós Intubados e Sem Morbidades Neurológicas [tese]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de Medicina. Departamento de Ciências Médicas; 2014.
7. Barofsky I, Fontaine KR. Do psychogenic dysphagia patients have an eating disorder? *Dysphagia*. 1998;13(1):24-27.
8. Logemann JA. Manual for the videofluorographic study of swallowing. Austin: Pro-Ed; 1993. p.170.
9. Kim TSY, Munishi T, Hussain M. Resolution of Severe Psychogenic Dysphagia With ECT in na Elderly Patient. *International Psychogeriatrics*. 2018;30(7):1081-1083.

FIGURA 1 QUADRO 2 ESCALA DE SEVERIDADE DAS DISFAGIAS DE O'NEIL ET AL.,1999

Quadro 2 - Escala de severidade das disfagias (O'Neil et al., 1999)	
V. O.: DIETA NORMAL	
nível 7	Normal em todas as situações. O paciente não necessita de estratégias ou tempo extra.
nível 6	<u>Deglutição funcional</u> . O pc pode ter discreto atraso oral ou faríngeo, estase ou vestígio cobrindo a epiglote, mas espontaneamente o limpa. Pode necessitar de tempo extra para as refeições, mas não há penetração e/ou aspiração em todas as consistências.
V. O.: DIETA MODIFICADA E/OU INDEPENDÊNCIA	
nível 5	<u>Disfagia discreta</u> . O pc pode necessitar de supervisão a distância, com restrição de uma consistência. Pode demonstrar aspiração somente a líquido, mas com forte reflexo de tosse; penetração acima das ppw; com uma ou mais consistências, ou sobre as ppw; com uma consistência, mas com clareamento espontâneo; redução da mastigação e/ou estase oral que limpa espontaneamente.
Nível 4	<u>Disfagia discreta/moderada</u> . O pc necessita de total supervisão (estratégias) com restrição a duas ou mais consistências. Pode ter estase moderada em faringe ou CO que demandem orientação para a limpeza; aspiração com uma consistência com reflexo de tosse fraco ou ausente; penetração em ppw. Com tosse com duas consistências; penetração em ppw. Em todas as consistências sem tosse.
Nível 3	<u>Disfagia moderada</u> . O pc necessita de total supervisão (estratégias) com restrição a duas ou mais consistências. Pode ter estase moderada em faringe e/ou CO com clareamento sob orientação; penetração em ppw. Sem tosse com duas consistências com reflexo de tosse fraco ou ausente; aspiração com uma consistência sem tosse na penetração.
V. O. SUSPENSÃO: NECESSIDADE DE NUTRIÇÃO ENTERAL	
nível 2	<u>Disfagia moderada/severa</u> . O pc necessita de supervisão contínua (estratégias) com VO parcial (treino). Pode ter estase severa na faringe, sendo incapaz de clarear ou necessitar de vários comandos; estase severa ou perda prematura do bolo na fase oral, sendo incapaz de clarear ou necessitar de vários comandos; penetração em ppw. Com uma ou mais consistências, sem tosse; aspiração com duas ou mais consistências sem reflexo de tosse ou tosse voluntária fraca.
Nível 1	<u>Disfagia severa</u> . O pc é incapaz de tolerar dieta VO com segurança. Pode ter estase severa na faringe, estase ou perda prematura do bolo em fase oral, incapaz de clarear; aspiração silenciosa com duas ou mais consistências e tosse voluntária não funcional; incapaz de conseguir executar a deglutição.

ppw: pregas vocais; pc: paciente

Figura 1. Escala de severidade das disfagias

FIGURA 2 QUADRO 1 ESCALA DE PENETRAÇÃO E ASPIRAÇÃO DE ROSENBEEK ET AL., 1996

Quadro 1 - Escala de penetração e aspiração (Rosenbek et al., 1996)		
Categoria	Pontuação	Descrição
Penetração	1	Contraste não entra em via aérea.
	2	Contraste entra até acima das ppw, sem resíduo.
	3	Contraste permanece acima das ppw, resíduo visível.
	4	Contraste atinge ppw, sem resíduo.
	5	Contraste atinge ppw, resíduo visível.
Aspiração	6	Contraste passa o nível glótico, mas não há resíduo no nível subglótico.
	7	Contraste passa o nível glótico com resíduo no nível subglótico apesar do pc responder.
	8	Contraste passa a glote com resíduo na subglote, mas o pc não responde.

ppw: pregas vocais; pc: paciente

Figura 2. Escala de penetração e aspiração

POLÍTICA EDITORIAL DA REVISTA DISTÚRBIOS DA COMUNICAÇÃO

A revista *Distúrbios da Comunicação* é uma publicação científica com periodicidade trimestral (semestral de 1986- 2003 e quadrimestral de 2004-2013) do Curso de Fonoaudiologia, Pós Graduação em Fonoaudiologia e DERDIC (Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP. Mantém circulação regular desde 1986 com acesso aberto exclusivamente *on-line* a partir de 2009. Está indexada na base de dados LILAC'S (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Latindex (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal) e classificada pela CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

Publica avanços científicos e tecnológicos produzidos no campo dos distúrbios da comunicação, fornecendo fundamentação teórica e atualização aos profissionais e estudantes da Fonoaudiologia e áreas afins. Um de seus diferenciais é a divulgação de estudos e pesquisas que fazem interface entre ciências da saúde e ciências humanas. Aberto a contribuições da comunidade científica nacional e internacional, é um periódico especializado arbitrado e divulgado em dois idiomas.

A revista DIC – Distúrbios da Comunicação tem as seguintes categorias de publicação: artigos originais, estudo de caso, comunicações, cartas ao editor e informes, sobre temas das áreas da Saúde e Educação relacionados aos Distúrbios da Comunicação.

As comunicações são textos sintéticos sobre experiências clínicas, revisão bibliográfica não-sistemática ou outros assuntos de interesse da Fonoaudiologia. Os textos não devem ultrapassar 20 páginas, incluindo as referências.

Na primeira parte do texto deve constar:

1. Título do artigo em português, inglês e espanhol;
2. Resumos de no máximo 250 palavras em português, inglês e espanhol;
3. Todos os resumos, que não precisam necessariamente ser estruturados, devem ser seguidos de três a seis descritores (nas três línguas), que são palavras-chave, e que auxiliarão a inclusão adequada do resumo nos bancos de dados bibliográficos; para tal, empregar a lista de "Descritores em Ciências da Saúde", elaborada pela Biblioteca Regional de Medicina e disponível nas bibliotecas médicas e no site <http://decs.bvs.br> ou no Thesaurus of Psychological Index Terms, da American Psychological Association.
4. O manuscrito deve ter até 20 páginas, incluindo-se as referências bibliográficas;

O texto deve conter, de forma estruturada ou não:

1. Introdução com apresentação da proposta;
2. Descrição e no caso de haver tabelas, quadros e/ou figuras (máximo de 10), essas devem ser colocadas na sequência, ao final do texto;
3. Considerações finais;
4. Referências bibliográficas: devem conter no máximo 30 citações, das quais, 70% devem ser de artigos publicados em literatura nacional e internacional, preferencialmente recentes.

Capítulo 4



10.37423/230908174

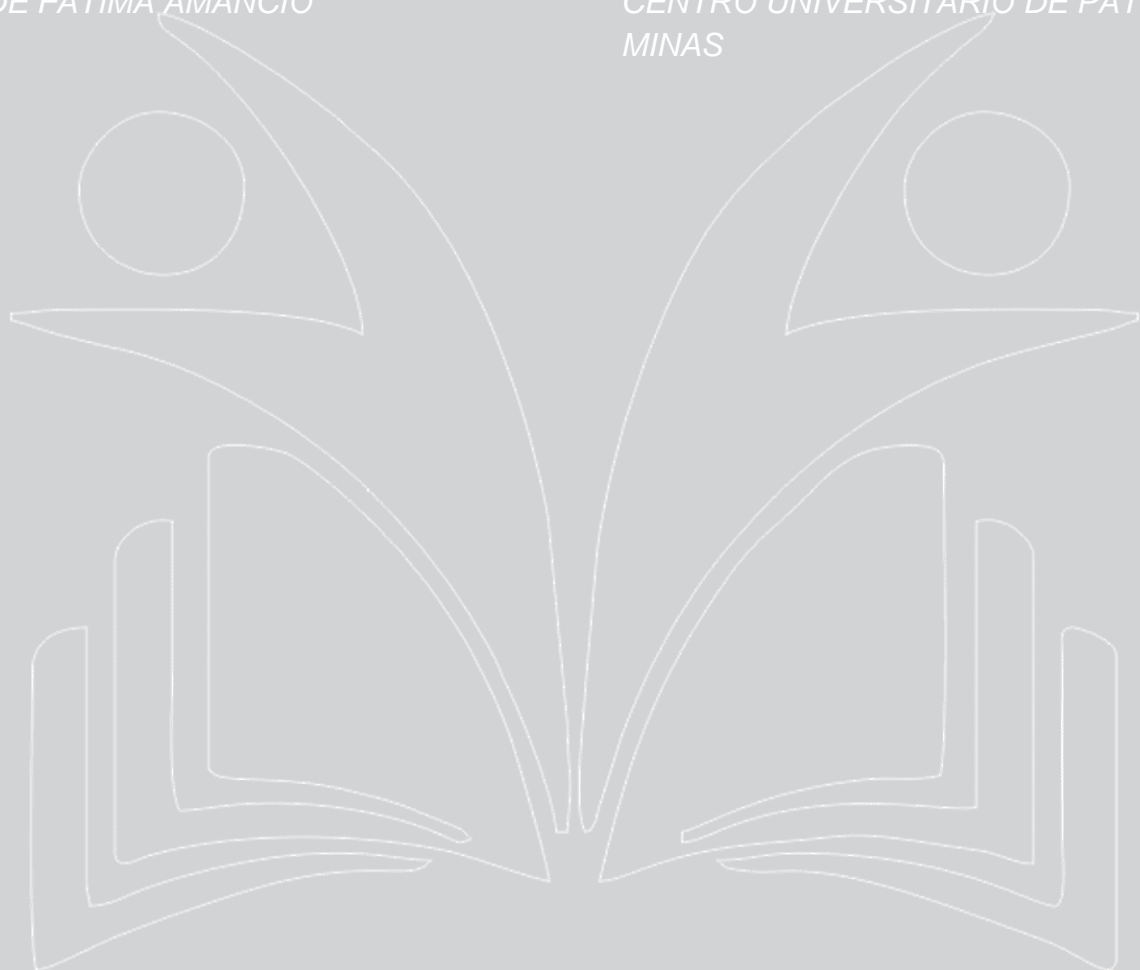
LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA EM PATOS DE MINAS: A CIÊNCIA DOS DADOS COMO ABORDAGEM

MONIQUE MARTINS

*CENTRO UNIVERSITARIO DE PATOS DE
MINAS*

NATALIA DE FATIMA AMANCIO

*CENTRO UNIVERSITARIO DE PATOS DE
MINAS*



Resumo

INTRODUÇÃO: A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é uma infecção crônica, não contagiosa, causada por protozoários do gênero *Leishmania*. É uma das infecções dermatológicas mais importantes, não só pela frequência, mas principalmente pelas dificuldades terapêuticas, deformidades e sequelas que pode acarretar. O Brasil está dentro dos 10 países mais acometidos pela leishmaniose e Patos de Minas está entre as 10 cidades de Minas Gerais com maiores índices de leishmaniose no ano de 2017. **OBJETIVO:** O presente estudo tem como objetivo geral identificar o perfil clínico e epidemiológico de pacientes com leishmaniose em Patos de Minas. **MÉTODOS:** Foi analisado dados epidemiológicos de LTA na cidade de Patos de Minas, através do SINAN no período de 2007 a 2017. **RESULTADOS PARCIAIS:** De acordo com a análise foi encontrado prevalência na faixa etária de 40 a 59 anos (46%), com predominância do sexo masculino (70%) e raça branca (66,7%). O tipo de entrada o número de casos novos (90%) sobrepôs as recidivas. A forma clínica cutânea predominou com 93% seguida da mucosa (7%). O critério confirmatório por meio clínico laboratorial (66%) prevaleceu sobre o clínico epidemiológico (34%) no ano de 2017. A classificação epidemiológica foi considerada indeterminada em todos os casos. De acordo com a evolução do caso a maioria progrediu para a cura (90%) e outros 3% para abandono, transferência e mudança de diagnóstico. **CONCLUSÃO PARCIAL:** A LTA é uma das infecções dermatológicas mais importantes, não só pela frequência, mas principalmente pelas dificuldades terapêuticas, deformidades e sequelas que pode acarretar. Dessa forma, é importante reconhecer o perfil epidemiológico para transmitir conhecimento e informação para a população sobre a doença, visando diminuir a incidência, evitar afastamentos e gastos públicos com a detecção precoce e melhora na qualidade de vida.

1 INTRODUÇÃO

As leishmanioses são infecções crônicas, não contagiosas, causadas por diversas espécies de protozoários do gênero *Leishmania* e transmitidas de animais infectados para o homem por fêmeas de flebotomíneos¹. Além disso, são antropozoonoses de distribuição mundial com elevada prevalência no Brasil e com crescente distribuição e urbanização em todas as regiões do país².

Mais de 20 espécies de *Leishmania*, conhecidas por infectar humanos, são transmitidas pela picada de fêmeas flebotomíneas. Há três tipos de leishmanioses, visceral, frequentemente conhecida como Calazar (VL), cutânea, a mais comum (CL) e mucocutânea². As leishmanioses tegumentares são divididas em: tegumentar oriental; tegumentar americana; e tegumentar difusa. Já as leishmanioses viscerais em: visceral indiana ou calazar; mediterrânea ou infantil; visceral neotropical ou americana; visceral meridional asiática; e visceral sudanesa¹.

A Leishmaniose Visceral (LV) é uma doença infecciosa de alta incidência e letalidade, que acomete principalmente crianças desnutridas e imunossuprimidos. A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é uma infecção dermatológica com grande potencial de gerar deformidades, podendo ser assintomática ou com uma variedade de manifestações clínicas e imunológicas³.

A doença cutânea manifesta-se clinicamente por pápulas, que evoluem para úlceras em pele e/ou mucosas que podem ser únicas, múltiplas, disseminada ou difusa, apresentando bordas elevadas e fundo granuloso, geralmente indolor. As lesões mucosas são mais frequentes no nariz, boca e garganta, apresentando-se como placas verrucosas, papulosas, nodulares, localizadas ou difusas. A LTA é uma das infecções dermatológicas mais importantes, não só pela frequência, mas principalmente pelas dificuldades terapêuticas, deformidades e sequelas que pode acarretar⁴.

A distribuição da LTA em todo o território brasileiro é resultado de baixas condições socioeconômicas existentes no país e que favorecem a ocorrência desta doença, associada a falha ao controle dos vetores, medidas preventivas e a detecção precoce da infecção em áreas de risco⁵.

O Brasil está dentro dos 10 países mais acometidos pela leishmaniose, segundo a Organização Mundial da Saúde. Patos de Minas adquiriu a 9ª posição dentre 283 cidades de Minas Gerais com maiores índices de leishmaniose no ano de 2017 de acordo com o DATASUS⁶. Dessa forma, é preciso um olhar ampliado aos casos de leishmaniose apresentados, para melhor prevenção da comunidade de acordo com o sexo e faixa etária, além da diminuição da incidência da doença. O objetivo do trabalho foi identificar o perfil clínico e epidemiológico de pacientes com leishmaniose em Patos de Minas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 LEISHMANIOSE

2.1.1 DEFINIÇÃO E FORMAS DE TRANSMISSÃO DA LEISHMANIOSE

As leishmanioses são infecções crônicas, não contagiosas, causadas por diversas espécies de protozoários do gênero *Leishmania* e transmitidas de animais infectados para o homem por fêmeas de flebotomíneos¹. O agente etiológico da LTA é o protozoário da ordem Kinetoplastida, família Tripanossomatidae, gênero *Leishmania*, que possuem ciclo de vida heteroxênico, envolvendo mamífero e vetor artrópode². No Brasil, sete espécies já foram reconhecidas como dermatrópicas ao homem: *Leishmania (Viannia) braziliensis*, *Leishmania (Viannia) guyanensis*, *Leishmania (Viannia) lainsoni*, *Leishmania (Viannia) naiffi*, *Leishmania (Viannia) lindenberg*, *Leishmania (Viannia) shawi* e *Leishmania (Leishmania) amazonenses*¹.

A transmissão da leishmaniose é feita por mosquitos flebotomíneos classificados em dois gêneros – *Lutzomyia* e *Psychodopygus*, conhecidos no Brasil por birigui, mosquito-palha ou tatuquira. Na Amazônia, os principais reservatórios são animais e mamíferos silvestres como roedores, marsupiais (gambá) e mamíferos desdentados, como o tamanduá e a preguiça. Também são reservatórios o macaco, a preguiça, o quati e o tatu. Em outras regiões do país, são também reservatórios animais domésticos infectados, como cães, cavalos e muares¹.

2.1.2 FISIOPATOLOGIA

No intestino dos insetos vetores, as formas promastigotas passam por um processo denominado metaciclogênese, que é o processo pelo qual estas formas deixam de se reproduzir e tornam-se infectantes (promastigotas metacíclicas), as quais migram para a faringe e cavidade bucal, de onde elas são transmitidas ao hospedeiro vertebrado, por meio da picada do inseto. No hospedeiro o parasito se adere à superfície dos macrófagos e células de Langerhans, passando para o meio intracelular através de fagocitose mediada por receptores, se transformando na forma amastigota. A localização das amastigotas no interior de macrófagos faz com que o controle da infecção seja dependente da resposta imune mediada por células. A principal célula efetora da eliminação das amastigotas é o próprio macrófago, após sua ativação por linfócitos T auxiliares (helper).

Mesmo com a diversidade de espécies de *Leishmania* envolvidas na LTA, a manifestação clínica da doença depende não apenas da espécie envolvida, mas também do estado imunológico do hospedeiro.

Na leishmaniose cutânea (LC) a imunidade celular está preservada, então as lesões são mais superficiais e tendem a cicatrizar. A leishmaniose cutânea difusa (LCD) é mais rara e acomete pacientes com imunodeficiência. Na ausência de uma resposta imune celular efetiva contra o parasito, este se multiplica sem controle, aumentando o número de lesões e expandindo sua distribuição na superfície corporal. Na leishmaniose mucosa, ocorre um exagero na produção das citocinas do tipo 1 associada a uma produção baixa de IL-10, que é capaz de inibir a ativação de macrófagos. A resposta imune que se desenvolve na LM não é capaz de controlar a doença, porém ela é capaz de conter a multiplicação parasitária, e os parasitos são escassos nas lesões mucosas⁷.

2.1.3 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E DIAGNÓSTICO DA LEISHMANIOSE

O período de incubação da doença no ser humano é, em média, de dois a três meses, podendo variar de duas semanas a dois anos⁷. Após esse período, surge a lesão inicial, constituída por pápula eritematosa, única ou múltipla, localizada geralmente na região exposta do tegumento, que corresponde ao ponto de inoculação. Nessa etapa, há, com relativa frequência, adenopatia regional e linfangite. Evoluindo, as lesões assumem aspecto papulovesiculoso, papulopustuloso e papulocrostoso e, finalmente, formam úlceras. Estas úlceras apresentam contornos circulares, bordas altas e infiltradas, em moldura de quadro fundo com granulações grosseiras, cor vermelho-vivo, podendo estar recobertas por exsudato seroso ou seropurulento¹.

No mesmo doente, podem ocorrer lesões em várias fases evolutivas, eventualmente surgindo lesões-satélite (satelitose). A lesão pode evoluir para cicatrização espontânea ou dar origem a placas vegetantes-verrucosas^{1,7}.

As lesões mucosas podem aparecer precocemente, porém geralmente surgem um ou dois anos após o início da infecção e decorrem, quase sempre, da disseminação hematogênica. Há, primeiro, eritema e discreta infiltração no septo nasal; depois, segue-se processo ulcerativo, que se desenvolve, acometendo a mucosa das faces laterais das asas do nariz e elementos contíguos. Ocorre a destruição do septo nasal, o nariz fica caído, levando a sua denominação de tapir ou “nariz de anta”. Na cavidade oral, especialmente no palato, as lesões são ulcerovegetantes com granulações grosseiras, às vezes

separadas por sulcos, que podem se entrecruzar formando a chamada “cruz da espúndia” ou cruz de Escomel, podendo evoluir com comprometimento da cartilagem e estrutura óssea da face^{1,7}.

A leishmaniose disseminada caracteriza-se por múltiplas lesões acneoides, em pelo menos duas regiões corporais, podendo surgir sintomas gerais, como calafrios, febre e mialgia durante o período de disseminação. O quadro surge semanas após a lesão inicial ulcerada característica. As lesões aumentam em número, podendo chegar a centenas, evoluindo para pápulas, nódulos e ulcerações¹.

O diagnóstico laboratorial pode ser realizado pelo exame de esfregaço, quase sempre positivo em lesões recentes e negativo em tardias; exame histopatológico, apresentando granuloma e alto número de plasmócitos; cultura; sorologia e a reação de Montenegro, a qual a sensibilidade e especificidade estão próximas de 100%, trazendo um alto valor preditivo positivo^{1,7}.

2.1.4 TRATAMENTO DA LEISHMANIOSE

Antimoniais – o antimonial atualmente empregado é a N-metil-glucamina (Glucantime®), pela maior atividade e menor toxicidade. Podem ocorrer náuseas, vômitos, tosse, artralgias, mialgias, elevação das transaminases, ureia e creatinina e alterações eletrocardiográficas. Os controles laboratoriais e o eletrocardiograma devem ser realizados antes e durante o tratamento, particularmente em doentes idosos⁸.

Anfotericina B (Fungison® 50 mg/frasco) – indicada para formas resistentes à terapia antimonial. Deve ser realizado controle de ureia, creatinina e eletrocardiográfico. A anfotericina B não deve ser usada em idosos, nefropatas, cardiopatas e gestantes¹.

Anfotericina B lipossomal (AmBisome®) – o custo elevado limita o uso. É eficaz e tem menor toxicidade do que a anfotericina B, indicada para formas graves ou resistentes¹.

Pentamidina – isotionato de pentamidina (Pentacarinat® 300 mg por ampola) – empregada como alternativa entre a glucamina e a anfotericina B. Tem sido usada com sucesso na leishmaniose cutânea pela *L. guyanensis*. Outras técnicas são a imunoterapia, Miltefosine, eletrocirurgia e criocirurgia^{1,7}.

2.2 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DA LEISHMANIOSE

2.2.1 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DA LEISHMANIOSE NO MUNDO

A leishmaniose afeta principalmente as pessoas pobres na África, Ásia e América Latina, e está associada com a desnutrição, comunidades pobres, sistema imune fraco e recursos limitados. Mais de 200 países e territórios reportam para a Organização Mundial da Saúde, 97 países e territórios foram endêmicos para leishmaniose em 2017².

Em 2016 mais de 90% dos casos de VL foram reportados em sete países: Brasil, Etiópia, Índia, Kenia, Somália, Sudão do Sul e Sudão. Os 10 países com maior número de CL reportados foram no Afeganistão, Argélia, Brasil, Colômbia, Iraque, Paquistão, Peru, Síria, Tunísia e Iêmen, os quais juntos somam 84% da incidência de CL².

2.2.2 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DA LEISHMANIOSE NO BRASIL

No Brasil, em 2016, a incidência da doença é de 13 casos a cada 100.000 habitantes, além disso, o índice composto de leishmaniose é classificado como intenso¹⁰.

Nos últimos 20 anos a incidência de LTA tem aumentado em praticamente todos os Estados. Surto epidêmicos têm acometido as regiões Sudeste, Centro-Oeste, Nordeste e, mais recentemente, na região Amazônica, relacionados ao processo predatório de colonização⁹.

2.2.3 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DA LEISHMANIOSE EM MINAS GERAIS

Segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação- SINAN/ DATA-SUS, Minas Gerais aumentou a fonte de infecção para a leishmaniose de 987 casos confirmados em 2016 para 1350 em 2017¹¹.

Leishmaniose tegumentar americana - casos confirmados notificados no sistema de informação de agravos de notificação - Minas Gerais

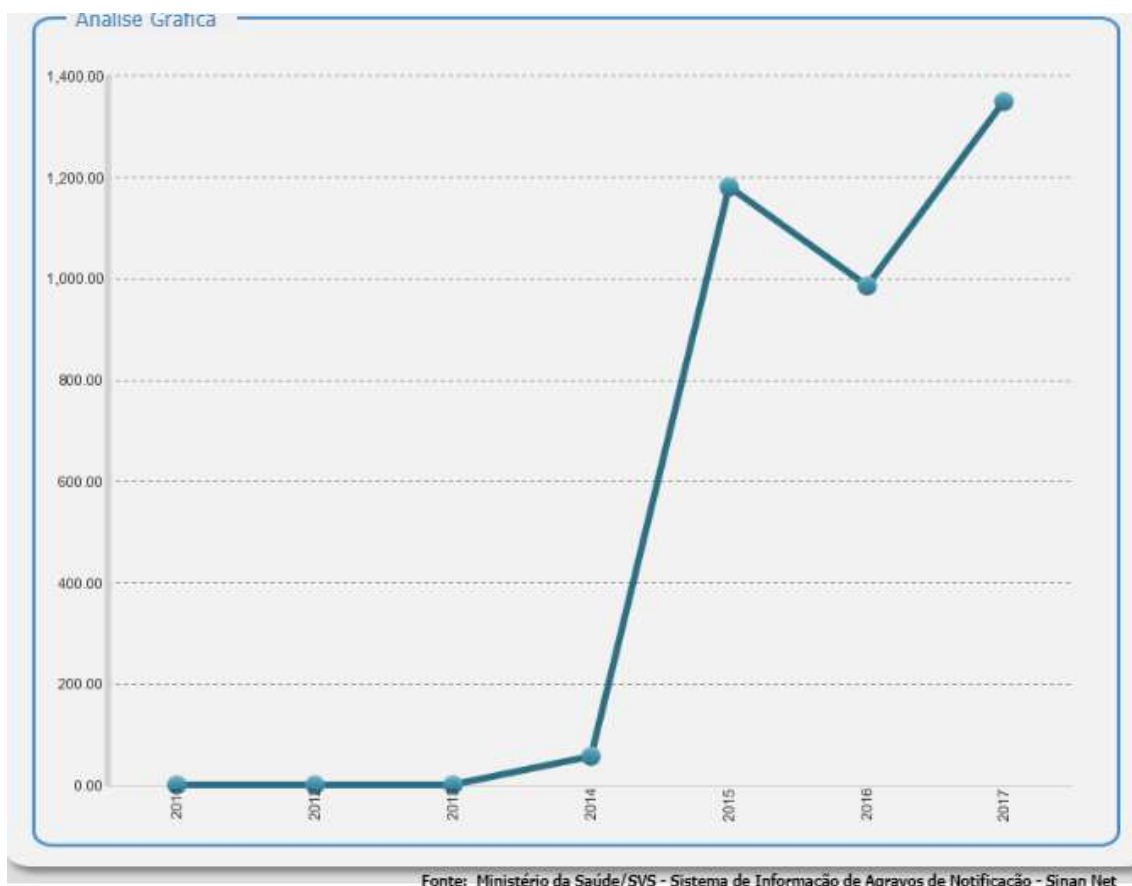


Figura1: Casos confirmados UF F.Infecção Minas Gerais, período 2011 a 2017.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Foi realizado um estudo epidemiológico transversal, com abordagem quantitativa, a respeito do perfil dos pacientes com Leishmaniose Tegumentar Americana na cidade de Patos de Minas que possui uma área territorial de 3.190,187km² e uma população de 149.856 habitantes segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Para a análise dos dados foi usada a fonte de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DATA-SUS) no período de 2007 a 2017. Os dados observados no sistema foram faixa etária, sexo, raça, tipo de entrada, forma clínica, número de casos novos, recidivas, critério confirmatório, classificação epidemiológica e evolução do caso. Para análise das pesquisas literárias estão sendo utilizadas a base de dados LILACS, SCIELO e MEDLINE. Os resultados encontrados têm a sua confiabilidade garantida, única e exclusivamente, para alcançar os objetivos propostos da

pesquisa. Essas informações serão utilizadas para construção de artigo e resumos direcionados à publicação em revista especializadas e em eventos (Congresso Médico do Unipam).

3.2 CRONOGRAMA

ETAPAS	MESES 2019												MESES 2020		
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar
Revisão da literatura	X	X													
Fichamento de material			X		X	X									
Coleta dos dados						X	X	X							
Descrição e análise dos resultados parciais obtidos							X	X							
Orientação da elaboração do relatório parcial							X	X							
Entrega do relatório parcial									X						
Revisão do trabalho e dos trabalhos obtidos										X	X	X			
Orientação na elaboração do relatório final													X	X	
Entrega do relatório final															X

4 RESULTADOS PARCIAIS

Patos de Minas está entre as 10 cidades de Minas Gerais com maior incidência da doença no ano de 2017 com 30 casos registrados, ficando atrás de grandes centros como Belo Horizonte (162), Caratinga (103) e Montes Claros (69) (**Figura2**).

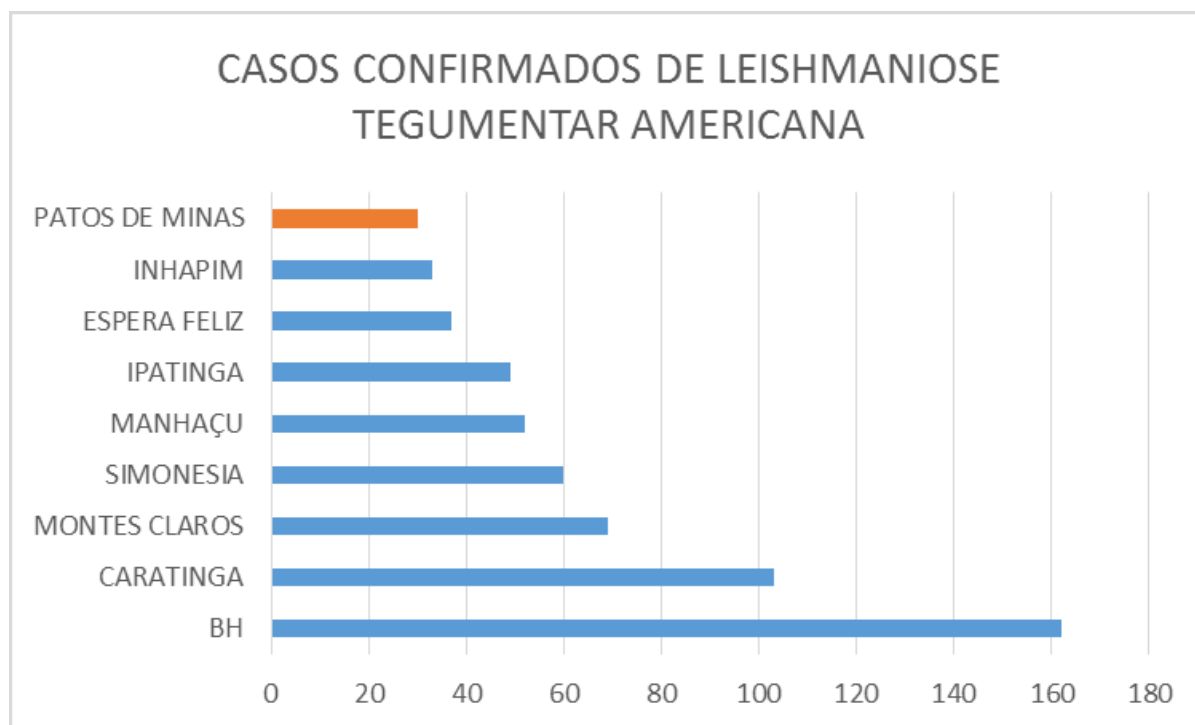


Figura 2: Casos confirmados de Leishmaniose Tegumentar Americana- SINAN 2017.

No presente estudo foi encontrado prevalência da Leishmaniose Tegumentar Americana na faixa etária entre 40 a 59 anos (46%), seguido de 20 a 39 anos (20%) em 2017. Na análise do período de 2007 a 2017 os anos de 2010 e 2017 foram os de maior incidência, sendo respectivamente um total de 88 e 30 casos.

Nos anos de 2007 a 2017 a raça branca prevaleceu com 109 casos, seguida da parda, preta e amarela. Da mesma forma, no ano de 2017 a raça branca incidiu em 20 (66,7%) casos e a parda 10 (33,3%). Houve predomínio no sexo masculino 70% sobre o feminino 30% (1 gestante) em ambos períodos analisados.

De acordo com o tipo de entrada o número de casos novos sobrepôs as recidivas. No intervalo de 2007 a 2017 foi observado 184 (95%) casos novos e no ano de 2017 com 27 (90%) de casos novos. Foi observado predominância da forma clínica cutânea (93%) seguida da mucosa (7%) no ano de 2017.

O critério confirmatório por meio clínico laboratorial (66%) prevaleceu sobre o clínico epidemiológico (34%) no ano de 2017. A classificação epidemiológica foi considerada indeterminada em todos os casos. De acordo com a evolução do caso a maioria progrediu para a cura (90%) e outros 3% para abandono, transferência e mudança de diagnóstico. Não houve nenhum óbito no período estudado.

5 CONCLUSÃO PARCIAL

A LTA é uma das infecções dermatológicas mais importantes, não só pela frequência, mas principalmente pelas dificuldades terapêuticas, deformidades e sequelas que pode acarretar. Dessa forma, é importante reconhecer o perfil epidemiológico para transmitir conhecimento e informação para a população sobre a doença, visando diminuir a incidência, evitar afastamentos e gastos públicos com a detecção precoce e melhora na qualidade de vida.

6 REFERÊNCIAS

1. SAMPAIO, SEBASTIÃO A. P.; RIVITTI, Evandro A. Dermatologia. 4ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 2018.
2. World Health Organization. Leishmaniasis: situation and trends. Genebra, 2015. Disponível em: https://www.who.int/gho/neglected_diseases/leishmaniasis/en/. Acesso em: 08 de janeiro de 2019.
3. VASCONCELOS, SILVA ALCÂNTARA. Identificação dos vetores da leishmaniose tegumentar americana em altos, estados do Piauí. 2017, 53 f. (Pós-Graduação em Medicina Tropical) – Instituto Oswaldo Cruz, Teresina, 03 de Abril de 2017.
4. CRUZ, GABRIELA SILVA. Leishmaniose tegumentar americana: aspectos clínicos, epidemiológicos e influência de fatores predisponentes. Acarape: Escola de Enfermagem da UNILAB, 2016. 20P. (Trabalho de aluno).
5. NEGRÃO, GLAUCO NONOSE; FERREIRA, MARIA EUGÊNIA MOREIRA COSTA. Considerações sobre leishmaniose tegumentar americana e sua expansão no território brasileiro. Rev. Percurso, Maringá, vol.6, nº1, p.147-168, 2014.
6. Ministério da Saúde. DATASUS. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defptohtm.exe?sinannet/cnv/ltamg.def>>. Acesso: 08/01/2019.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana. Brasília, 2010. 180 p.
8. PELISSARI, D. M.; CECHINEL, M. P.; GOMES, M. L. DE S.; JÚNIOR, F. E. F. DE L. Tratamento da leishmaniose visceral e Leishmaniose tegumentar americana no Brasil. v. 20 n(1). Brasília: Epidemiol. Serv. Saúde, jan-mar 2011. 107-111 p.
9. GONTIJO, BERNARDO; CARVALHO, MARIA DE LOURDES RIBEIRO DE. Leishmaniose tegumentar americana. Rev. Soc. Bras. Med. Trop., Uberaba , v. 36, n. 1, p. 71-80, Jan. 2003.
10. OPAS/OMS. Leishmaniose cutânea e mucosa 2016. 01 de Dezembro, 2017. Disponível em: <http://www.panaftosa.org/leish/inf2016_pt/INFO_BRA_PORTUGUES_2016.pdf> Acesso em: 10 de Janeiro, 2018.
11. Ministério da Saúde. DATASUS. Disponível em:
< <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/ltamg.def> >. Acesso: 09/01/2019.
12. LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília , v. 12, n. 4, p. 189-201, dez. 2003 .

Capítulo 5



10.37423/230908182

ENFERMAGEM EM ESTÉTICA: MERCADO DE TRABALHO E EMPREENDEDORISMO

Alinne Albuquerque de Carvalho

Hospital Universitário Lauro Wanderley

Davanice Barbosa dos Santos

Hospital Universitário Lauro Wanderley

Adriana Meira Tiburtino Nepomuceno

Hospital Universitário Lauro Wanderley

Joana D'arc Miguel da Silva

Hospital Universitário Lauro Wanderley

Kalianne Duda do Nascimento

Universidade Mauricio de Nassau

Rayana Pereira Feitosa

Hospital Universitário Lauro Wanderley



Resumo: A Enfermagem fundamenta sua história nos cuidados aos pacientes principalmente nas instituições de saúde, sendo líder em proporcionar estes cuidados. Há anos luta por melhorias em carga horária e salários justos, além disso, há o desrespeito nas instituições de saúde com as poucas contratações sobrecarregando o trabalho dos que ali estão. E, diante desses fatos, os profissionais estão migrando para outros setores em busca de melhores oportunidades, principalmente pós-vivências na pandemia da covid-19. Este trabalho teve como objetivo mapear a literatura acerca das possibilidades de empreendedorismo na enfermagem em estética com pouco investimento; e descrever a técnica da mesoterapia já praticada na enfermagem como um procedimento que necessita de reduzido investimento. Estudo bibliográfico, descritivo e qualitativo. Conclui-se que é possível empreender na enfermagem em estética investindo pouco e usando apenas uma técnica: a mesoterapia, porém foi observado a escassez de estudos sobre as competências assistenciais e procedimentos estéticos referentes à enfermagem nas bases de dados pesquisadas.

Palavras Chaves: Especialidades de enfermagem, Empreendedorismo em saúde, Mesoterapia.

1. INTRODUÇÃO

A profissão da enfermagem representa a maior classe de trabalhadores da área da saúde, é ascendente, uma das profissões mais antigas nos cuidados em saúde do mundo e líder em proporcionar o bem-estar do paciente. É consciente sobre seu papel como sujeito ativo, participando de formulações das políticas públicas na saúde e gestão do Sistema de Saúde. Dentre os profissionais que compõe a categoria, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) regulamentou que o enfermeiro poderia exercer atividades em estética, através da publicação da Resolução nº 715/2023 devido as suas habilidades e conhecimentos técnicos (Brasil, 2023).

O panorama dentro da enfermagem, segundo Teixeira *et al* (2020), é que a classe tem vivenciado a pior pressão física e mental dos profissionais com os desgastes árduos no trabalho, baixas contratações, alta carga horária e baixos salários. Razão pela qual, o órgão alertou uma evasão de profissionais qualificados e migração para outras área de trabalho mais valorizadas. A enfermagem, além da crise fortalecida com a pandemia da covid-19, foi mais vitimada, com perdas humanas e trabalhos triplicados, inferindo este um dos motivos da migração por outras áreas (Granemann, 2021).

O setor da estética, vem atraindo profissionais de várias áreas, objetivando a inserção no mercado de trabalho. Frente a este cenário físico e psicológico, surgiu o campo da estética com visibilidade de mudanças através do empreendedorismo, mostrando estatísticas econômicas de crescimento alto, com bons faturamentos e com alta expansão.

Sendo assim, a enfermagem foge aos padrões anteriores e cresce com possibilidades de expansão no empreendedorismo, evidenciando-se novos tempos para esta categoria, atraídos ou não, pelas notícias do equilíbrio econômico do setor da beleza em um momento de crise econômica (Granemann, 2021).

O empreendedorismo é uma forma promissora para expandir e dar visibilidade as profissões frente à sociedade, com criação de novos espaços e de acordo com as necessidades locais, principalmente na área da enfermagem em saúde e beleza, entrando como micros ou médios empresários, que para os pesquisadores: “a figura do empreendedor é concebida como o indivíduo autônomo com função dirigente, que produz por iniciativa própria, se envolvendo com a tomada de decisões” (Pereira; Kanaan, 2020).

O empreendedorismo na enfermagem tem demonstrado novos rumos e expansão da categoria em busca de conhecimentos por procedimentos e tecnologias a favor dos cuidados em saúde. O COFEN

vem atuando frente a essa questão, regulamentou a Resolução nº 568/2018, autorizando a abertura de consultórios e clínicas de enfermagem, proporcionando um marco para os profissionais, este ato, valorizou o caráter empreendedor do enfermeiro ao reconhecer a personalidade jurídica desses serviços (Brasil, 2018; Colichi; Lima, 2018).

O trabalho se justificou pela importância do empreendedorismo na enfermagem estética, abrindo possibilidades a estes profissionais em manter-se no mercado de trabalho, e incentivando-os a buscar atualizações com conhecimento técnico e científico nos conteúdos em estética acrescidos das inovações tecnológicas e dermocosméticos voltados para procedimentos seguros aos novos empreendedores da enfermagem em estética.

Diante o exposto, a pesquisa buscou responder a seguinte pergunta norteadora: Quais as possibilidades o profissional da enfermagem tem para iniciar no empreendedorismo frente a uma situação de crise econômica?

Para tanto o trabalho teve como objetivo geral: mapear a literatura acerca das possibilidades de empreendedorismo na enfermagem em estética com pouco investimento; e descrever a técnica da mesoterapia já praticada na enfermagem como um procedimento que necessita de reduzido investimento.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa baseou-se em uma pesquisa bibliográfica, descritiva com abordagem qualitativa. Fonseca (2002) cita que para explorar o tema abordado por outros pesquisadores: "...qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto...". Segundo a mesma autora, a abordagem qualitativa se preocupa com os aspectos da realidade que não pode ser quantificado, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica (Fonseca, 2002).

A busca dos dados se deu em artigos científicos publicados em artigos de revistas *online* indexadas nas plataformas da Biblioteca Virtual em Saúde, Scientific Electronic Library Online (*SciELO*) e Resoluções e Pareceres das páginas eletrônicas do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e Conselhos Regionais de Enfermagem (Corens). Para realizar as buscas dos artigos foram utilizados os descritores: especialidades de enfermagem, empreendedorismo e mesoterapia. Foram incluídos artigos de texto completo, escritos no idioma português, de acesso eletrônico gratuito.

3. RESULTADOS

O COFEN normatizou a atuação dos enfermeiros na área de estética através da Resolução n.º 529/2016 (Brasil, 2016), suspensa em seguida devido ações judiciais. Visto que o Conselho Federal de Medicina afirmava ser privativo da classe médica, considera o termo “estética” vago e não reconhece a medicina estética como especialidade (Jurado; Jurado, 2020).

O projeto de Lei nº 2717/2019 propõe reconhecer a saúde estética como área de atuação dos profissionais biólogos, biomédicos, enfermeiros, farmacêuticos, fonoaudiólogos e fisioterapeutas e alerta que os procedimentos referentes a atuação profissional em saúde estética somente poderão ocorrer dentro dos limites definidos pelas legislações de regência de cada profissão através dos respectivos conselhos de fiscalização profissional (Brasil, 2019).

Em fevereiro de 2020, foi publicada a resolução nº 626/2020 a qual reformulou o texto da resolução nº 529/2016, e traz que o enfermeiro habilitado poderá realizar diversos procedimentos na área da estética, dentre eles: carboxiterapia; dermopigmentação; drenagem linfática; terapia combinada de ultrassom e micro correntes; vacuoterapia, entre outros. E, finalmente, a especialidade foi regulamentada pela resolução nº 715/2023 (Brasil, 2023).

O empreendedorismo é amplamente disseminado no Brasil e há relativamente pouco tempo na área da enfermagem em estética. A legalização da abertura dos consultórios e clínicas de enfermagem permitiu maior visibilidade a esta categoria (Mocelin; Azambuja, 2017). Leite (2012) cita que a chave do sucesso do empreendedor é identificar as necessidades dos clientes antes dos concorrentes através do ajuste de duas coisas: necessidade e carência de serviços e conceitua o empreendedor como um indivíduo que tem uma ideia, é influenciado pelo ambiente que está inserido e gera bens e produtos que serão julgados pelo mercado.

Visando o bom desempenho dos profissionais no campo da enfermagem em estética, a Sociedade Brasileira de Enfermeiros tem contribuindo desde 2016, na promoção, ensino e divulgação deste seguimento no mercado de trabalho, cooperando com o crescimento e fortalecimento da área (Cardoso, 2019).

Uma terapia utilizada na área da estética é a mesoterapia. Esta realizada através da administração de fármacos na derme, foi descrita em 1984, por Guillaume; Jouffroy; Touraine como sendo a injeção intradérmica e com medicamento diluído próprio para essa via de administração. A técnica foi descoberta no ano de 1958, pelo médico Michel Pistor, que citou que a técnica no início tinha o nome

de intradermoterapia, constava da administração de fármaco fluido em pouquíssima quantidade no meio da epiderme com a derme, precisamente na derme reticular a 4mm de profundidade e recebeu o nome de mesoterapia, pela origem embriológica da derme (Pistor, 1976).

A técnica é executada de duas formas: uma através de um dispositivo mecânico e a outra manual, sendo esta a mais comum, conhecida como ponto a ponto e que envolve injeções de 0,02 ml a 0,05 ml de solução da droga perpendicular à pele. A técnica manual utiliza apenas seringa, agulha e o produto; já a técnica por dispositivo mecânico é mais sofisticado e caro e apresenta dificuldade de esterilização (Souza, Pereira, Bacelar, 2018; Damaceno, 2018).

A técnica de intradermoterapia foi amplamente disseminada em 1964 e atualmente é usada na estética com bons resultados em determinados procedimentos. Assim, é descrita como eficaz para o tratamento de redução de gordura localizada e afirma que demonstra melhores resultados em pacientes que estão perto do seu peso apropriado e buscam apenas a remoção de gordura em áreas específicas (Wappler, 2020). Esta mesma técnica é usada nos procedimentos para o tratamento de varizes ou escleroterapia, é realizada através da aplicação de injeção com substâncias esclerosantes nas varizes a fim de provocar o seu ressecamento pela destruição do endotélio e, conseqüentemente, a fibrose do vaso sanguíneo (Jurado; Jurado, 2020).

4. DISCUSSÃO

A enfermagem na busca de novas adequações no mercado de trabalho está desviando-se das instituições de saúde para o empreendedorismo, buscando um lugar que lhes sejam mais favoráveis ao desempenho profissional e econômico (COFEN, 2022). A enfermagem em estética vem ganhando espaço no empreendedorismo, após lutas do conselho da classe em conseguir que os profissionais possam atuar neste mercado.

Este fato também elevou a quantidade de ofertas de cursos com qualificação focando as necessidades dos novos profissionais na área da estética (Cardoso, 2019). A mesoterapia (ou intradermoterapia) é a técnica mais usada na estética para procedimentos minimamente invasivos, apresenta baixo custo para execução e tem apresentado bons resultados estéticos e, de acordo com Souza, Pereira e Bacelar (2018), observa-se um crescimento nos cursos nesta área.

5. CONCLUSÃO

Concluimos que a mesoterapia na enfermagem em estética é uma ótima possibilidade a ser trilhada, está sendo utilizada em vários procedimentos, tem demonstrado bons resultados, possibilitando ao profissional o ingresso no empreendedorismo e consegue unir a habilidade já adquirida pela técnica na administração de medicamentos, com o investimento reduzido para iniciar na área.

O campo da estética cresce, inova-se constantemente com produtos e novas tecnologias, porém foi observado a escassez de pesquisas focalizando a enfermagem em estética nas bases de dados pesquisadas sobre as competências assistenciais e procedimentos estéticos para melhor embasamento.

REFERÊNCIAS

Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei. Dispõe sobre o reconhecimento da Saúde Estética como área de atuação do profissional de Biologia, Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Fonoaudiologia. 2019. Disponível em:

https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1743179&filename=PL+2717/2019.39. Acesso em 08 ago. 2023.

Brasil. COFEN, Resolução Cofen nº 715/2023. Altera a Resolução Cofen nº 529, de 9 de novembro de 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-715-2023_105841.html. Acesso em 15 ago. 2023.

Brasil. COFEN. Resolução COFEN nº 568/2018. Regulamenta o funcionamento dos Consultórios e Clínicas de Enfermagem. Brasília, 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0568-2018_60473.html. Acesso em 10 ago. 2023.

Brasil. Resolução 529/2016 de 06 de novembro de 2016. Aprovar a normatização da atuação do Enfermeiro na área de Estética. Órgão emissor: COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no05292016_46283.html>. Acesso em 26 ago. 2023.

Brasil. Resolução COFEN- Nº 626/2020, altera a Resolução Cofen 529, de 9 de novembro de 2016, que trata da Enfermagem na área Estética e dá outras providencias. Online. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-626-2020_77398.html. Acesso em 07 ago. 2023.

Cardoso, Ana Caroline. Atuação dos enfermeiros na areia da estética: mercado de trabalho e empreendedorismo. Orientadora Jose Luís Guedes dos Santos, 2019, 65 f. TCC (Graduação em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2019. Online. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/202137/enfermagem%20estetica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 07 ago. 2023.

COFEN. Expostos e sem valorização, jovens podem desistir da Enfermagem. Afinal, por que estudantes vão escolher seguir em uma profissão que trabalha à exaustão e recebe salário mínimo? 2022. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/expostos-e-sem-valorizacao-jovens-podem-desistir-de-seguir-carreira-na-enfermagem_95964.html. Acesso em: 09 ago. 2023.

Colichi, Rosana Maria Barreto; Lima, Silvana Andrea Molina. Empreendedorismo na enfermagem: comparação com outras profissões da saúde. Revista Eletrônica de Enfermagem, [s.l.], v. 20, p.1-11, 27 jul. 2018. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/49358>. Acesso em 10 ago. 2023.

Damaceno, Débora Gonçalves de Sousa. Mesoterapia como tratamento para gordura localizada: Uma revisão da literatura. Orientadora: Prof.ª Dra. Leticia Paiva. 2018. TCC (Graduação Biomedicina). Uniceub, Centro Universitário de Brasília. Brasília D/F 2018. Online. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/13074/1/21550425.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2023.

Fonseca, J. J. S. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC, 2002. Online. Disponível em: <http://www.ia.ufrj.br/ppgea/conteudo/conteudo-2012-1/1SF/Sandra/apostilaMetodologia.pdf>. Acesso em 21 ago. 2023.

Granemann, Sara. Crise econômica e a Covid-19: rebatimentos na vida (e morte) da classe trabalhadora brasileira. Nota de Conjuntura, Trab. educ. saúde, 19, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/VqhBxrX6GWp7LhbNLPWWxYH/>. Acesso em: 08 ago. 2023.

Guillaume JC, Jouffroy L, Touraine R. Complications cutanées de la mésothérapie (2 observations). Ann Dermatol Venereol. 1984;111:701-2.

Jurado, Sonia Regina, Jurado Sandra Vânia. Enfermagem estética: avanços, dilemas e perspectivas. Glob Acad Nurs. 2020;1(1):e8. Disponível em:

<https://globalacademicnursing.com/index.php/globalcadnurs/article/view/17/15>. Acesso em: 20 ago. 2023.

Leite, Emmanuel. O fenômeno do Empreendedorismo – São Paulo: Saraiva, 2012. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-PT&lr=&id=ZStrDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT6&dq=artigos+sobre+empreendedorismo&ots=dK0UljZsE&sig=1GAqGNOF1E_dZmgqUOrjOAwQ3fl#v=onepage&q=artigos%20sobre%20empreendedorismo&f=false. Acesso em: 11 ago. 2023.

Mocelin, Daniel Gustavo; Azambuja, Lucas Rodrigues. Empreendedorismo intensivo em conhecimento: elementos para uma agenda de pesquisas sobre a ação empreendedora no Brasil. DOSSIÊ. Sociologias, Porto Alegre, ano 19, no 46, set/dez 2017, p. 30-75. Online. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/QncYYTkhBZg54PLz6g4RtTw/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 07 ago. 2023.

Pereira, Shirlei Paques; Kanaane, Roberto. Educação profissional e as contribuições para a formação de empreendedores do ensino técnico. Revista Brasileira da Educação Profissional e Tecnológica, [S. l.], v. 1, n. 18, p. e8841, 2020. DOI: 10.15628/rbept.2020.8841. Disponível em:

<https://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/RBEPT/article/view/8841>. Acesso em: 8 ago. 2023.

PISTOR M. What is mesotherapy? Chir Dent Fr. 1976; 46:59-60.

Souza, M.L; Pereira, L; Bacelar, I.A. Intradermoterapia – Revisão de Literatura. Revista Saúde em Foco – Edição nº 10 – Ano: 2018. Online. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/05/047_Maria-Luiza.pdf. Acesso em 14 ago. 2023.

Teixeira, Carmen Fontes de Souza *et al.* A saúde dos Profissionais de Saúde no enfrentamento da Pandemia do Covid-19. Ciênc. saúde coletiva 25, Set, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6J6vP5KJZyy7Nn45m3Vfypx/?lang=pt>. Acesso em: 09 ago. 2023.

Wappler, Patrícia Raquel. Intradermoterapia/Mesoterapia para o Tratamento de Gordura Localizada: Ênfase Farmacêutica. Orientador: Mateus Struecker da Rosa. 2020. TCC (Pós Graduação Saúde Estética) Universidade de Santa Cruz do Sul. Santa Cruz do Sul.

Online. Disponível em:

<https://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/3071/1/Patr%C3%ADcia%20Raquel%20Wappler.pdf> Acesso em: 14 ago. 2023.

Capítulo 6



10.37423/230908190

SÍNDROME DE BURNOUT E O ESTADO NUTRICIONAL DE ENFERMEIROS

Edimara Solange Candido

UNOESC - Universidade do Oeste de Santa Catarina - Joaçaba

Carina Rossoni

UNOESC - Universidade do Oeste de Santa Catarina - Joaçaba



Resumo: Objetivo: Caracterizar a Síndrome de Burnout e a possível relação com o estado nutricional de enfermeiros.

Método: Estudo transversal, exploratório, realizado com 78 enfermeiros, onde realizou-se a avaliação do estado nutricional através de métodos diretos.

Resultados: n = 54 (69,8%) gênero feminino, Índice de Massa Corpórea médio 27,9 kg/m², circunferência abdominal média 79,7 cm, n=72 92,3% dos enfermeiros eram praticantes de atividade física e n=46 58,9% caracterizaram a sua alimentação como saudável. Com relação a síndrome de Burnout os homens apresentaram score alto para despersonalização n=17 (70,9%) e mulheres altos scores em exaustão emocional e realização pessoal n=34 (62,9%). Encontrou-se relação estaticamente significativa entre as dimensões da síndrome de Burnout e o perfil alimentar o estado nutricional e o risco metabólico.

Conclusão: com essa associação fica evidente que precisam ser implantadas ações de enfrentamento do estresse assim como de incentivo a adoção de bons hábitos alimentares e a manutenção de bons hábitos de vida.

Descritores: Esgotamento Profissional; Enfermeiros; Estado Nutricional; Obesidade; Comportamento Alimentar.

INTRODUÇÃO

O profissional enfermeiro vivencia cotidianamente o processo de cuidar e está estreitamente envolvido em um processo de tensão emocional, pois está em constante alerta. Destaca-se ainda, a grande responsabilidade quanto à saúde do outro dentro de cada ação do cuidado desenvolvido, fica exposto a situações que acabam por favorecer o aparecimento de doenças psicossomáticas ligadas ao trabalho como a Síndrome de Burnout⁽¹⁾. De acordo com⁽²⁾ a Síndrome de Burnout é definida como uma resposta de forma prolongada à fatores estressantes, tanto emocionais como interpessoais que estão relacionados ao trabalho e que traz prejuízos a nível pessoal, familiar, social e profissional.

No Brasil ainda não há dados oficiais com relação a epidemiologia da Síndrome de Burnout, dados na literatura apontam uma prevalência entre 4 e 85,7%⁽³⁾. 63,3% na população de médicos⁽⁴⁾, 35,7% em enfermeiros⁽⁵⁾, 11,1% enfermeiros da atenção básica e 15,5% destes apresentaram alto risco para desenvolver a síndrome⁽⁶⁾.

Além disso, os problemas psicológicos, como estresse, ansiedade e depressão, influenciam o comportamento alimentar, podendo estar associados ao ganho de peso⁽⁷⁾. Segundo a teoria do Modelo Psicossomático da Obesidade, pessoas obesas, em especial do sexo feminino, comem de forma excessiva como mecanismo de compensação em situações de ansiedade, depressão, tristeza e raiva⁽⁸⁾. O indivíduo portador de obesidade, possui aspectos emocionais e psicológicos considerados causadores ou retro alimentadores de sua condição de obeso, de forma associada à uma condição clínica e comportamental por vezes alterada⁽⁹⁾.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi caracterizar a Síndrome de Burnout e a possível relação com o estado nutricional de enfermeiros, visando alcançar melhores condições de vida e de trabalho para esses profissionais, justifica-se esse estudo uma vez que a atuação do enfermeiro junto à questões de saúde contribui para a melhoria e/ou transformação da sociedade na busca por um mundo melhor.

MÉTODO

Este estudo é do tipo transversal, exploratório, descritivo e aplicado⁽¹⁰⁻¹¹⁾, realizado com enfermeiros que atuam nas áreas de saúde pública e hospitalar na Região Sudoeste do Paraná, no período de março a junho de 2017. A realização nestas áreas deve-se ao horário de trabalho diferenciado, nas em Unidades Básicas de Saúde à princípio permitiria que o profissional de enfermagem suas refeições e rotinas de exercícios, diferentemente do horário de trabalho hospitalar que é em regime de plantão;

Os critérios de inclusão: enfermeiros assistenciais e administrativos; atuação na área à mais de 6 meses e excluídos: auxiliares de enfermagem; técnicos de enfermagem e enfermeiros com vínculos em mais de um dos locais de estudo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Oeste de Santa Catarina, sob parecer nº 2.134.505.

A caracterização da Síndrome de Burnout foi realizada através do instrumento, *Maslach Burnout Inventory Human Services Survey* - MBI-HSS⁽¹²⁾, sendo dividido nas dimensões exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. Para a avaliação do estado nutricional foi realizada através da antropometria, os quais foram coletados os dados: o peso (em quilogramas), a altura (em metros) e a circunferência abdominal (em centímetros). A classificação destes foi através do índice de massa corporal (IMC) e risco de desenvolvimento de doença cardiometabólica de acordo com os pontos de corte propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Cuppari⁽¹³⁾. E o perfil alimentar foi caracterizado a partir de imagens fotográficas os quais irão apontar as características da sua refeição “saudável” ou “não saudável”⁽¹⁴⁾.

A análise das variáveis contínuas, foi realizada a partir de medidas de tendência central e dispersão: média e desvio padrão; as para variáveis categóricas utilizou-se a descrição na forma de valores percentuais. Para a análise das dimensões da Síndrome de Burnout frente o perfil alimentar, o estado nutricional (IMC) e na avaliação do risco de doenças metabólicas pela medida da circunferência abdominal foi utilizado o teste Qui-Quadrado para avaliar as. O nível de significância adotado foi de 95%. Os dados foram analisados com o programa SPSS 20.0.

RESULTADOS

A população estimada de 86 enfermeiros, no entanto, 78 (90,69%) optaram por participar do estudo, sendo que a maioria da amostra composta de mulheres com idade média de 40,4. A grande maioria dos enfermeiros, 37 (47,5%) atua na área entre 15 a 19 anos, com escolaridade modalidade pós graduação lato sensu na área de atuação, 56 (71,7%). O hábito tabágico e o etilismo não foram relevantes, assim como nenhum dos enfermeiros referiu apresentar medicações e doenças prévias como diabetes, hipertensão ou dislipidemia (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas dos enfermeiros. Francisco Beltrão, PR, Brasil, 2017

Características	Total (n=78; 100%)	Feminino (n=54; 69, 2%)	Masculino (n=24; 30,8%)
Idade (média em anos)	33 ± 0,7	33 ± 0,5	30 ± 0,9
Escolaridade			
Especialização em Enfermagem	71,8%	67%	80%
Especialização em Outra Área	18%	33%	11%
Mestrado	1,28%	0	9%
IMC- kg/m² (médio)	27,95	27,65	29,13
Circunferência Abdominal (cm)	79,7	75,9	84,85
Etilista	6,41% (5)	2,98% (2)	27,27% (3)
Tabagista	2,56% (2)	1,49% (1)	9,09% (1)
Diabete mellitus	0	0	0
Dislipidemia	0	0	0
Hipertensão arterial sistêmica	0	0	0
Atividade física			
Forte (%)	79,48% (62)	77,7% (42)	83,3% (20)
Média (%)	92,3% (72)	96,2% (52)	83,3% (20)
Perfil alimentar			
Prato Saudável	58,9% (46)	72,6% (39)	18,2% (2)
Prato Não Saudável	42,1% (32)	27,4% (15)	81,8% (22)

n – número de participantes; Média. Teste do Qui-Quadrado

Com relação a síndrome de Burnout, verificou-se que as mulheres, além de predominarem a área profissional, apresentaram score mais alto para despersonalização, enquanto nos homens predomina o médio score para despersonalização conforme a Tabela 2. Observa-se os homens apresentaram alto score nas três dimensões de Burnout, já as mulheres há alto scores nas dimensões exaustão emocional e realização pessoal.

Tabela 2 - Caracterização da Síndrome de Burnout dos Enfermeiros de acordo com o gênero.

Francisco Beltrão, PR, Brasil, 2017

Dimensões de Burnout	Geral*	Homens	Mulheres	p
Exaustão Emocional				
Alto (score ≥ 27)	51,28% (40)	66,6% (16)	62,9% (34)	p>0,05
Médio (score 19-26)	24,3% (19)	25% (6)	24,1% (13)	p>0,05
Baixo (score <19)	11,5% (9)	8,3% (2)	12,9% (7)	p>0,05
Despersonalização				
Alto (score ≥ 10)	35,8% (28)	70,8% (17)	20,3% (11)	P<0,05
Médio (score 6-9)	47,4% (37)	29,2% (7)	55,5% (30)	p<0,05
Baixo (score <6)	17,9% (14)		25,9% (14)	p<0,05
Realização Pessoal				
Alto (score ≤ 33)	62,8% (49)	62,5% (15)	62,9% (34)	P<0,05
Médio (score 34-39)	24,3% (19)	37,5% (9)	18,5% (10)	p<0,05
Baixo (score ≥ 40)	12,8% (10)		18,5% (10)	p<0,05
Total	100%(78)	100% (24)	100% 54	

*Geral - homens e mulheres juntos

n – número de participantes; Média; Teste do Qui-Quadrado

Ao analisar as características da síndrome de Burnout de acordo com as características das instituições (Unidades Básica de Saúde e Hospitalares) de atuação dos enfermeiros os profissionais que atuam em saúde pública apresentaram maior score exaustão emocional, enquanto que os profissionais da área hospitalar apresentaram scores altos em despersonalização e realização pessoal (Tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização da Síndrome de Burnout dos Enfermeiros de acordo com o turno de trabalho. Francisco Beltrão, PR, Brasil, 2017

Dimensões de Burnout				p
	Geral*	Noturno	Diurno	
Exaustão Emocional				
Alto (score ≥ 27)	51,28% (40)		56,41% (22)	p>0,05
Médio (score 19-26)	24,3% (19)	37,5% (15)	17,94% (7)	p>0,05
Baixo (score <19)	11,5% (9)	20% (7)	25,64% (10)	p>0,05
Despersonalização				
Alto (score ≥ 10)	35,8% (28)	35% (14)	41,02% (16)	P<0,05
Médio (score 6-9)	47,4% (37)	55% (22)	51,28% (20)	p<0,05
Baixo (score <6)	17,9% (14)	5% (3)	7,69% (3)	p<0,05
Realização Pessoal				
Alto (score ≤ 33)	62,8% (49)	85% (34)	43,58% (17)	P<0,05
Médio (score 34-39)	24,3% (19)	15% (6)	30,76% (11)	p<0,05
Baixo (score ≥ 40)	12,8% (10)		25,64% (10)	p<0,05
Total	100%(78)	100% (40)	100%(38)	

*Geral - homens e mulheres juntos. n – número de participantes; Média;

Teste do Qui-Quadrado

Quando observa-se pelo foco do turno de trabalho, os profissionais que trabalham a noite apresentaram score alto para realização pessoal e médio score em despersonalização, enquanto que os diurnos apresentaram alto score na exaustão emocional.

A partir desses dados realizou-se a análise entre as dimensões de Burnout e o e o perfil alimentar do enfermeiros, demonstrados na Tabela 4.

Tabela 4 - Relação entre as dimensões de Burnout e o perfil alimentar dos enfermeiros da Região Sudoeste do Paraná PR. Francisco Beltrão, PR, Brasil, 2017

Variáveis	Exaustão Emocional		Despersonalização		Realização pessoal	
	OR	P	OR	p	OR	p
Mulheres						
Prato Saudável	9,33	>0,05	20,148	<0,05	18,40	>0,005
Prato Não-Saudável					7	
Homens						
Prato Saudável	3,0	>0,05	10,667	<0,05	2,66	>0,005
Prato Não-Saudável						

OR – Oddis ratio; Teste do Qui-quadrado

Observa-se que há uma associação ($p < 0,05$) para esse população quanto a característica do perfil alimentar e a despersonalização, para ambos os gêneros. A partir deste resultados buscou-se analisar que se as dimensões de Burnout teriam uma possível relação com o estado nutricional, considerados IMC e para o risco de desenvolvimento de doença cardiometabólica por meio da circunferência abdominal (Tabela 5).

Tabela 5 - Análise da Síndrome da Burnout, do estado nutricional (IMC) e da Circunferência Abdominal dos enfermeiros da Região Sudoeste do Paraná. Francisco Beltrão, PR, Brasil, 2017

Variáveis	Exaustão Emocional		Despersonalização		Realização pessoal	
	OR	P	OR	p	OR	p
Índice de Massa Corpórea						
Mulheres						
18,5 a 24,9	1,41	>0,05	3,14	<0,05	4,87	<0,05
25 a 29,9						
30 a 34,9						
Homens						
18,5 a 24,9	1,27	>0,05	3,15	<0,05	7,49	<0,05
25 a 29,9						
30 a 34,9						
Variáveis Circ. Abdominal						
Mulheres-circ. Abdominal						
Risco muito aumentado ≥ 88 cm	0,127	>0,05	0,10	>0,05	0,789	<0,05
Risco aumentado ≥ 80 cm			0			
Sem risco < 80cm						
Homens-circ. abdominal						
Risco muito aumentado ≥ 102 cm						
Risco aumentado > 94cm	0,127	>0,05	0,31	>0,05	0,749	<0,05
Sem risco < 94cm			5			

OR – Odds ratio; Teste do Qui-quadrado

Houve relação entre a Síndrome de Burnout e o estado nutricional, especificamente, entre a dimensão de realização pessoal e o índice de massa corpórea ($p = 0,037$). Demonstrando que os profissionais de enfermagem do gênero feminino quando apresentam alteração do IMC (kg/m^2) tem 4,87 ($p=0,032$) mais chances de sofrer com realização pessoal e do gênero masculino 7,49 ($p=0,045$). As enfermeiras

apresentaram risco de desenvolvimento de doença cardiometabólica relacionado as dimensões de Burnout, sendo 0,789 mais chances de sofrer com a realização pessoal quando tem alguma alteração na circunferência abdominal ($p = 0,037$).

DISCUSSÃO

Os achados obtidos nesse estudo foram: os homens apresentaram scores altos para despersonalização e as mulheres nas dimensões de realização pessoal e exaustão emocional, tornando-se ainda mais evidente entre os profissionais da enfermagem, quando analisados o turno de trabalho diurnos e noturnos; houve relação entre as dimensões de Burnout com o perfil alimentar e o estado nutricional, demonstrando que os enfermeiros quando submetidos a alta carga mental, podem alterar os seus hábitos alimentares e de vida - exercícios físicos. Esses contribuem no aumento do peso corporal, nas distorções na imagem corporal e dessa forma no desenvolvimento e manutenção da síndrome de Burnout.

Observa-se que nesse estudo reforça-se a máxima da ampla participação feminina na carreira de enfermagem, tendo em vista que desde seus primórdios a atividade de cuidador de doentes era uma profissão marcadamente feminina. Demais estudos realizados no alcinho da profissão demonstram uma frequência semelhante a encontrada em nossa amostra^(15,16).

Além disso, pode-se incutir que há um reforço da questão relacionada a dupla ou tripla jornada de trabalho, em especial, quando tem-se um público expressivo do sexo feminino, cujo trabalho do lar acaba sendo acumulado com o trabalho realizado fora de casa gerando uma sobrecarga.

Considerando ainda as variáveis correspondentes a saúde dos enfermeiros, merece destaque a prática de atividade física em média intensidade, que foi observada em 96,15% da amostra o que corrobora com as Diretrizes do Colégio Americano de Medicina de Esportes que trazem em forma de alerta os benefícios advindos pela prática de exercícios regulares de média intensidade diária ou frequentemente pelo indivíduo, além de reforçar que é mais importante movimentar-se do que não fazê-lo⁽¹⁷⁾. Os autores^(18:234) destacam que o esporte “ajuda a liberar tensão física e moral, constituindo uma descarga natural que produz no individuo um aumento de energia”, podendo ser utilizada como forma de intervenção na Síndrome de Burnout. Além disso, a musculação, por exemplo, auxilia na manutenção da massa muscular, melhora a composição corporal e na postura podendo prevenir dores provenientes dos movimentos relacionados ao ato de cuidar e, segundo⁽¹⁹⁻²⁰⁾, o treino de força contribui efetivamente para diminuição dos riscos relacionados a síndrome metabólica.

As dimensões que caracterizam a Síndrome de Burnout nos enfermeiros participantes desse estudo, demonstram altos índices de exaustão emocional e despersonalização. Várias particularidades da profissão de enfermagem foram identificadas, estão presentes e fazem parte do cotidiano, de forma afetar a saúde mental de alguns profissionais, tornando seu trabalho cada dia mais fatigante e pesado. De acordo com⁽²¹⁾, as dimensões de exaustão emocional: nervosismo, estresse, cansaço mental, esquecimentos, insônia entre outros sintomas estão presentes em indivíduos que estão submetidos a exaustão emocional e a despersonalização.

Quando tem-se como foco a relação entre o perfil alimentar e as dimensões de burnout, as análises apontam uma associação entre estas, da mesma forma com o aumento de peso corporal e suas alterações no IMC e na circunferência abdominal entre os participantes, corroborando com dados encontrados por⁽²²⁾. Ao avaliar 78 enfermeiros, encontraram associação entre o Burnout e o comportamento alimentar, influenciado pelas mudanças no trabalho e, por sua vez, acaba por impactar no aumento de peso e no risco para desenvolvimento de doenças metabólicas como diabetes tipo 2 e doenças cardiovasculares.

No entanto, não se pode afirmar que o trabalho leve a obesidade, mas pode-se afirmar que quando submetidos a altas cargas de estresse, o que nos leva a refletir sobre o trabalho desempenhado na área de saúde, visto que suas atividades são marcadas por riscos e altas demandas emocionais, assim como a convivência cotidiana com questões como dor e morte, acontecem mudanças no comportamento alimentar dos profissionais que acabam por preferir alimentos ricos em açúcar, gorduras ou bebidas alcoólicas⁽²²⁻²³⁾. Além disso, mudanças no estilo de vida, incluindo hábitos alimentares, inclusão de exercícios físicos e controle do peso, podem auxiliar na redução dos níveis de estresse, pois a alimentação e as alterações de peso em conjunto com o estresse ocupacional podem ser fatores desencadeantes da hipertensão arterial sistêmica além de outros agravos a saúde do trabalhador⁽¹⁹⁾.

Portanto, com base nos resultados apresentados, argumenta-se que há um relação estreita entre as variáveis associadas a perfil alimentar, estado nutricional e risco metabólico, deixando evidente a ineficiência ou a maior suscetibilidade nas estratégias de enfrentamento para lidar com as situações de estresse no ambiente de trabalho. Ainda, os resultados vão ao encontro de estudos anteriores da literatura científica onde o estresse ocupacional está relacionado a adoção de hábitos alimentares inadequados⁽²⁴⁾.

Cabe ressaltar ainda que, as correlações encontradas entre as variáveis deram-se, especialmente, com dimensões de despersonalização e realização pessoal, o que demonstra que quando o profissional já não se encontra como um ser humano dentro do seu ambiente de trabalho que tem necessidades físicas, psíquicas e sociais a serem supridas somadas as condições de trabalho pode haver, conseqüentemente, mudanças no comportamento alimentar que acarretam em aumento de peso e alterações na imagem, impactando significativamente na dimensão de realização pessoal. Ressalta-se que atualmente, o estereótipo do corpo magro e de beleza sobressai a importância de estabelecimento de condições saudáveis de vida. Considera-se que tais implicações produzem repercussões relevantes que vão além do nível individual, podendo atingir grupos e contribuindo, assim, para o adoecimento do profissional frente a Síndrome de Burnout.

Este estudo apresenta como limitação o número de profissionais enfermeiros que compuseram a amostra, demonstrando apenas uma característica local. Dessa forma não permite-se realizar inferências de âmbito regional e nacional, assim sugere-se a realização de estudos futuros a ampliação da amostra de forma a obter scores e as suas relações.

CONCLUSÃO

Neste estudo, a prevalência de Síndrome de Burnout ficou evidente na população de enfermeiros que compuseram a amostra, sendo que as dimensões que mais se evidenciaram foram a despersonalização e a realização pessoal, deixando claro que há necessidade de maior acompanhamento e implantação de métodos de enfrentamento pessoal do estresse ocupacional.

A associação entre as dimensões da síndrome de Burnout com o perfil, estado nutricional e risco metabólico, mostrou que, os profissionais estão sob estresse constante em seus trabalhos podem ocorrer mudanças alimentares. Há uma tendência as escolhas de alimentos ricos em açúcares e gorduras, contribuindo no aumento de peso, maiores índices de IMC e circunferência abdominal, e conseqüentemente, dando vida a um círculo vicioso. O profissional estressado acaba por perder sua identidade e frustrando-se com sua imagem corporal, contribuindo para o desenvolvimento da síndrome, assim como as dimensões contribuem para as alterações nos hábitos alimentares e rotinas de exercícios.

A prevalência de excesso de peso, acúmulo de gordura corporal juntamente com o sedentarismo e a presença dos sintomas da síndrome de Burnout acabam por propiciar maiores riscos de desenvolvimento de co-morbidades como diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, hipertensão,

entre outras. Para tanto, faz-se necessário a implantação de políticas organizacionais que estimulem e possibilitem o indivíduo a realização de atividades físicas, além de adoção de um estilo de alimentação saudável que acompanhe sua rotina de trabalho e social.

Diante do exposto, enfatiza-se a importância de mudanças nas políticas organizacionais, assim como o incentivo a manutenção de estilos de vida saudáveis entre os profissionais de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. da Silva DCM, Loureiro MF, Peres RS. Burnout em Profissionais de Enfermagem no Contexto Hospitalar. *Psicol. hosp.* [Internet] 2008;6(1) [acesso em 17 jan 2017]. Disponível: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-74092008000100004&script=sci_abstract
2. Díaz-rodríguez L, Arroyo-Morales M, Cantarero-Villanueva I, Fernández-Lao C, Polley M, Fernández-de-las-Peña C. The application of Reiki in nurses diagnosed with Burnout Syndrome has beneficial effects on concentration of salivary IgA and blood pressure. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet] 2011;19(5) [acesso em 17 jan 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000500010>
3. Trigo TR, Teng CT, Halla JEC. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Rev Psiquiatr Clin* [Internet], 2007;34(5) [acesso em 01 mar 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000500004>.
4. Nascimento sobrinho CL, Barros D S, Tironi MOS, Marques Filho ES. Médicos de UTI: prevalência da Síndrome de Burnout, características sociodemográficas e condições de trabalho. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2010;34(1) [acesso em 12 abr 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000100013>
5. Moreira DS, Magnago R F, Sakae T M, Magajewski F R L. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. *Cad. saude publica* [Internet] 2009;25(7) [acesso em 18 out 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700014>
6. Holmes ES, Santos SJ, Alves FJA, Costa, MBS. Síndrome de burnout em enfermeiros na atenção básica: repercussão na qualidade de vida. *Revista de pesquisa: cuidado é fundamental Online* [Internet]. 2014;6(4) [acesso em 18 out 2016]. Disponível: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3311/pdf_655 DOI: 10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1384-1395
7. Jebb S A etiology of obesity. *Br. Med. Bull.* [Internet] 1997;53(2) [acesso em 18 out 2016]. Disponível: https://watermark.silverchair.com/532264.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAAbIwggGuBgkqhkiG9w0BBwagggGfMIIBmwIBADCCAZQGCSqGSib3DQEHTAEbglghkgBZQMEAS4wEQQMNIcJYNaBHNY1UVnjAgEQglIBZbgZ72yw2vUXZn2nhHp4WqTkHsoSkC8nEFow0SjFQGtZRmVKy1cygDGDNare7S75U7XjG5Ao9-fv4FVcuKr-PD4UWyLGsX3_p4wh9jUUDhOpZf8jRqLhGpwyhJ904rqgOqcY5eKnYmAH9_M7ozRDiad21G_8g9Q_khN0aK9LkbQtID4kwpKntI4s0YGnZb7IADmx-yUsiAQq_75Ld2UsQeDXt81qIBHVZmX1yizuSqxLDMZXKSZKYGA1kEEcTyXoick8zyV4UjPZRGMbqXGzYnHH0zohVDO6Z5BeC9cSuyAgNx8tSjNmucNHtGza0tAEZ6mCDq-rS47mv_mKr8OyKA8g3zk9UOTo6LnxXwKnWmCjROFWniJNptqFrJ6b_8N2hw-yyfOrfvmhYRBRdfIbmqy1qflil2EBjFJ7ZLxAuytd6Fck-EX5W3FZ9g-M4noOU6SDNqVQueclkkkunVpXYgJUFRVyrA

8. Match M, Gerer J, Ellgring H. Emotions in overweight and normal-weight women, immediately after eating foods differing in energy. *International journal of behavioral nutrition and physical activity* [Internet] 2003;80(2) [acesso em 21 mai 2017]. Disponível:

<https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2003.08.012>
9. Vasques F; Martins F C; Azevedo, A P. Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Revista brasileira de nutrição clínica* [Internet]. 2004 [Acesso em 17 ago. 2017] ; 31(4): 195-198. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832004000400013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832004000400013>.
10. da Silva EL, Menezes EM. *Metodologia da Pesquisa e Elaboração da Dissertação*. 4ª ed. Florianópolis: UFSC; 2005.
11. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas; 1991.
12. Maslach C; Jackson SE. The measurement of experienced of Burnout. *Journal of occupational behavior*, [Internet]. 1981 [Acesso em 04 março 2017] ; 2: 99-113. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.4030020205/pdf>
13. Carvalho, KMB.; Dutra, ES.; Araújo, MSM. Obesidade e síndrome metabólica. In: Cuppari L. *Nutrição nas doenças crônicas não-transmissíveis*. Barueir: Manole, 2009
14. Micali, FG; Diez-garcia, RW. *Instrumento imagético para orientação nutricional*. [dissertação]. Ribeirão Preto(SP): Universidade de São Paulo, 2014.
15. Sousa RMRP, Sobral DP, Paz SMR S da, Martins MCC e. Prevalência de sobrepeso e obesidade entre funcionários plantonistas de unidades de saúde de Teresina, Piauí. [Internet]. 2007 Oct [Acesso em 14 de ago 2017] ; 20(5): 473-482. Disponível em :

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732007000500003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732007000500003>
16. Pazza S.; Zanardo VPS; Zemolin GP. Avaliação nutricional de técnicos de enfermagem do turno da noite em um hospital público no norte do rio grande do sul. *Revista de Enfermagem* [Internet] 2012 [acesso em 08 jun 2017] 8(8):02-16. Disponível em: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/451/818>
17. ACSM – American College of Sports Medicine. *DIRETRIZES DO ACSM PARA OS TESTES DE ESFORÇO E SUA PRESCRIÇÃO* / traduzido por Giuseppe Taranto. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. 266 p.
18. Benevides-pereira AMT. O processo de adoecer pelo trabalho. In: Benevides-Pereira, AMT, organizadores. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002. 282 p.
19. Dumith SC., Domingues MR., Gigante DP. Epidemiologia das atividades físicas praticadas no tempo de lazer por adultos no Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. [Internet]. 2009

Dec [Acesso em 10 jan 2017] ; 12(4): 646-656. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000400014&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2009000400014..>

20. Gutierrez APM.; Marins JCB. Os efeitos do treinamento de força sobre os fatores de risco da síndrome metabólica. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. [Internet]. 2008 Mar [acesso em 13 out 2017] ; 11(1): 147-158. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000100014&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000100014>.

21. Lima MFEM.; Lima-filho DO. Work and health conditions of university professors. *Ciência & Cognição*. [Internet] 2009 [acesso em 16 out 2017] 14(3):62-82. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-58212009000300006&script=sci_arttext&lng=en.

22. Nevanperä NJ, Hopsu L, Kuosma E, Ukkola O, Uitti J, Laitinen J H. Occupational burnout, eating behavior, and weight among working women. *Am J Clin Nutr*. [Internet] 2012 [acesso em 02 maio 2017] 95(1):934-43. Disponível em: <http://ajcn.nutrition.org/content/95/4/934.long>.
<http://dx.doi.org/10.3945/ajcn.111.014191>

23. Silva AM, Guimarães LAM. Occupational Stress and Quality of Life in Nursing. *Paidéia*, [Internet] 2016 [acesso em 11 ago 2017] 26(63):63-70. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103863X2016000100063&lng=en&nrm=iso. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-43272663201608>

24. Sociedad Espanola de Dietética y Ciencias de la Alimentación (SEDCA). El estrés en el trabajo incita al consumo de comida rápida. [Internet] 2017. Madrid: SEDCA; [acesso em 14 jan 2017]. Disponível:

<http://www.webconsultas.com/dieta-y-nutricion/dieta-equilibrada/el-estres-en-eltrabajo-incita-al-consumo-de-comida-rapida-8701>

Capítulo 7



10.37423/230908191

HIPERTIREOIDISMO

Vinícius Chagas Madureira

Faculdade Metropolitana São Carlos - BJI

José Hamilton Bráulio de Souza Junior

Faculdade Metropolitana São Carlos - BJI

Rafael Vidaurre Xavier do Canto

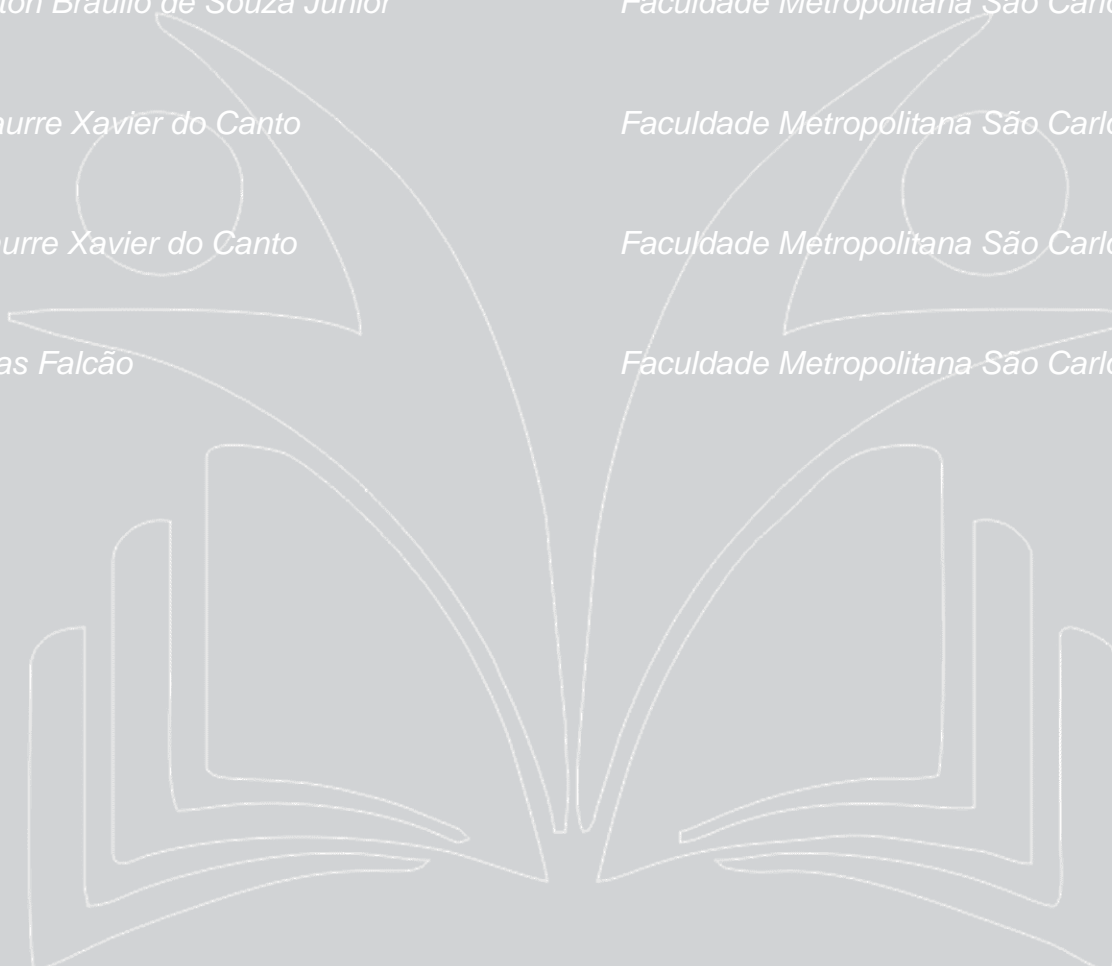
Faculdade Metropolitana São Carlos - BJI

Luana Vidaurre Xavier do Canto

Faculdade Metropolitana São Carlos - BJI

Saulo Freitas Falcão

Faculdade Metropolitana São Carlos - BJI



INTRODUÇÃO

O termo hipertireoidismo aborda a adição da síntese e a liberação dos hormônios tireoidianos pela tireoide. A tireotoxicose é uma característica clínica provocada através do fluxo de hormônios da tireoide circulantes, secundária ou não obstante ao hipertireoidismo. A tireotoxicose de T3 é causada por um acúmulo separado em graus séricos de T3 com a extinção de TSH. (VARELLA, Dráuzio, 2016).

O hipertireoidismo é considerado uma enfermidade autoimune que por sua vez acarreta substituições somáticas e metabólicas difundidas. O aprendizado das modificações na função muscular do esqueleto e o aglomerado dos elementos que geram a massa corporal em hipertireoideos possuem incontestável implicação prática, em observância que a doença vem auxiliada por alterações quantitativas, como a perda de massa muscular e a de peso, e as qualitativas, na qual é analisada a modificação do papel essencial da musculatura no corpo humano. (TENORIO, Goretti, PINHEIRO, Chloé, 2019).

Geralmente, em pacientes jovens com os níveis hormonais elevados, existe uma conexão no meio das declarações clínicas, os níveis hormonais e os vestígios e indícios (como ansiedade e taquicardia) secundários à adrenalina podem ser mais notórios. A diminuição de massa corporal é uma causa comum, mas em alguns pacientes, principalmente os pacientes mais jovens, podem descrever um aumento de peso em razão do aumento exacerbado do apetite. (MAIA, AL, VAISMAN, M, 2006)

Nos idosos, os sintomas cardiopulmonares como fibrilação atrial (ou taquicardia), edema e dispneia são os principais sintomas. O termo "tireotoxicose assintomática" é usado para representar pacientes idosos assintomáticos, com exceção de fadiga e fraqueza.

MATERIAL E MÉTODOS

Os métodos empregados no resumo são fundamentados em leituras bibliográficas. Considerando o assunto exposto, a elaboração do desenvolvimento fundamentou-se em artigos e buscas escolhidas da web.

Os recursos empregues para o desdobramento da pesquisa se baseiam em inspeções e leituras de artigos selecionados e fornecidos na web. Com o intuito de alcançar a conclusão final do aprendizado, todos os elementos coletados foram juntados e pode firmar o que se exhibe.

DESENVOLVIMENTO

A tireoide está situada na região do pescoço, embaixo das cordas vocais (laringe). Ela gera dois hormônios, T3 e T4 (triiodotironina e tiroxina), e os mesmos são carregados por intermédio do sangue para o corpo inteiro, na qual controlam o metabolismo, que é o modo como o corpo humano guarda e utiliza a sua carga e energia. (COOPER, David, MCDERMOTT, Michael, WARTOFSKY, Leonard, 2013).

A tarefa da tireoide é fiscalizada pela glândula pituitária (hipófise), uma pequena glândula situada na base do encéfalo. A hipófise gera o hormônio TSH (hormônio estimulante da tireoide), que incentiva a tireoide a fornecer T3 E T4. (COOPER, David, MCDERMOTT, Michael, WARTOFSKY, Leonard, 2013).

O hipertireoidismo é o estado em que a glândula da tireoide é estimulada realizando a retenção dos hormônios tireoidianos. Caso não seja cuidado, o hipertireoidismo pode encaminhar a determinadas complicações de saúde. Um dos piores circundam o coração, como a insuficiência cardíaca congestiva e batimentos cardíacos dissemelhantes e rápidos. Indivíduos com hipertireoidismo em um grau mais leve e os acima de 60 anos podem não apresentar sintomas e sinais. (TENORIO, Goretti, PINHEIRO, Chloé, 2019).

O maior motivo para ter o hipertireoidismo é a doença de Graves, a mesma acontece no momento em que o sistema imunológico ataca a glândula tireoide, ocasionando seu crescimento e incentivando-a fornecer a quantidade exacerbada de hormônios. (TENORIO, Goretti, PINHEIRO, Chloé, 2019).

Essa doença se permanece por um extenso período, ou seja, é crônica e, geralmente, acontecem em núcleos familiares com casos de doenças da tireoide. Em determinados indivíduos que possuem a doença de Graves, ocorre um inchaço na parte posterior dos olhos, ocasionando um deslocamento dos olhos para fora do globo ocular.

Diversos fatores são capazes de induzir na escolha do tratamento da hipertireoidismo da doença de Graves, como a gravidade do mesmo, a dimensão da tireoide, a idade do indivíduo, preferência do médico e do paciente, soluções acessíveis e realização médica local.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos dias de hoje são empregados 3 (três) procedimentos terapêuticos para se tratar da doença de Graves (hipertireoidismo), entre eles está o iodo radioativo, drogas antireoidianas e a cirurgia, porém, elas não são indicadas pelo fato de não agirem de modo direto na base/ patogenia da doença.

As drogas propiltiouracil e metimazol (antitireoidianas disponíveis) se incluem no grupo das tionamidas, onde tem sido aplicado no tratamento da doença de Graves há mais de meio século. O recurso de ato primário das DAT constitui na diminuição de síntese de T4 e T3 em células foliculares. Ainda que ocorram controvérsias nessas questões, suplica-se que as DAT mostrem da mesma forma atitudes em sua autoimunidade, servindo de intermédio por meio do resultado imunossupressor direto ou por meio de resultados primários na célula tireoidiana, com resultados secundários no sistema imunológico. O PTU (propiltiouracil) mostra um método de ação acrescentada que se constitui na diminuição da mudança de T4 para T3, por meio da interdição da deiodinase tipo 1, localizada na tireoide e em tecidos periféricos. (ANDRADE, V. A, GROSS, J.L, MAIA, A.M, 2003).

Os recursos terapêuticos com iodo radioativo geram uma tireoidite intensiva secundária à radiação, prosseguida por uma evoluída atrofia glandular e fibrose intersticial, ocasionando em rompimento da competência da síntese da tireoide. Ademais, os recursos terapêuticos com iodo radioativo podem conduzir as modificações de resultados imunizados aos antígenos tireoidianos, descrevidas como primeira e última. Primeiramente, acontece o óbito das células tireoidianas e isenção de antígenos na circulação sanguínea, relacionada com a progressão das imunoglobulinas e na imunorreação celular em desfavor do receptor do TSH. Futuramente, podem ocasionar a ablação do tecido completo da tireoide e a contínua falta de antígenos tireoidianos transportaria à diminuição da autoimunidade. (ANDRADE, V. A, GROSS, J.L, MAIA, A.M, 2003).

Nos dias atuais, o tratamento cirúrgico tem indicações restritas nos indivíduos com a doença de Graves, sendo visto como um recurso terapêutico de menos preferência. Ainda que comparado a altas chances de eutireoidismo em períodos longos, mostra um grande perigo de problemas cirúrgicos, referentes de modo direto com a vivência do cirurgião que pratica os procedimentos. Dentre as diversas pioras de casos descrevidas, está inserida lesões das glândulas paratireoides ou dos nervos laríngeos. Também é relatado o hipotireoidismo, insistência ou repetição do hipertireoidismo, fora as ameaças ligadas ao processo cirúrgico como o sangramento, ferimentos de vasos cervicais, de traqueia, infecções e o perigo de óbito. (ANDRADE, V. A, GROSS, J.L, MAIA, A.M, 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente resumo, apresentando como origem as referências e conhecimentos divulgados presentes no conteúdo em questão, compreende-se claramente que os resultados obtidos do trabalho, a importância de buscar o tratamento assim que o problema for identificado é essencial para

o cuidado com a saúde do paciente, visto que a doença é prejudicial para o bem-estar do paciente, podendo prejudicar o mesmo em várias áreas de sua vida. Ademais, o perigo da automedicação é alto e, por tanto, a busca por um médico para indicar os procedimentos e possíveis medicamentos deve sempre ser colocada como prioridade, ressaltando que por menor que seja os sintomas apresentados jamais deixe de procurar um médico especializado na área para evitar maiores complicações.

REFERÊNCIAS

- MAIA, AL, VAISMAN, M. Hipertireoidismo. SCIELO, 2006. Disponível em: <https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/hipertireoidismo.pdf> Acesso em: 15 set. 2020.
- COOPER, David, MCDERMOTT, Michael, WARTOFSKY, Leonard. Entendendo a tireoide: hipertireoidismo, Endócrino, 2013. Disponível em: <www.f.br/endocrino.org.br>. Acesso em: 15 set. 2020.
- VARELLA, Dráuzio. Hipertireoidismo. BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2016. Disponível em: <<http://bvsm.sau.de.gov.br>>. Acesso em: 15 set. 2020.
- TENORIO, Goretti, PINHEIRO, Chloé. O que é hipertireoidismo: causas, sintomas, prevenção e tratamento. VEJA SAÚDE, 2019. Disponível em: <www.saude.abril.com.br>. Acesso em: 15 set. 2020.
- HERSHMAN, J, M. MSD MANUALS. Hipertireoidismo, 2019. Disponível em: <www.msdmanuals.com.br>. Acesso em: 15 set. 2020.
- ZANINELLI, Daniele. O que o cirurgião deve saber sobre hipertireoidismo e hipotireoidismo? PEB MED, 2019. Disponível em: <www.pebmed.com.br>. Acesso em: 15 set. 2020.
- DEPARTAMENTO DE TIREOIDE DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIAE METABOLOGIA. Hipertireoidismo: sintomas. Disponível em: <www.tireoide.org.br>. Acesso em: 15 set. 2020.
- HOSPITAL NOVE DE JULHO. Você sabe o que é hipertireoidismo. Disponível em: <www.h9j.com.br>. Acesso em: 15 set. 2020.
- ANDRADE, V. A, GROSS, J.L, MAIA, A.M. Radioactive iodine therapy in Graves hyperthyroidism. SCIELO, 2003. Disponível em:
< https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302004000100017>. Acesso em: 15 set. 2020.

Capítulo 8



10.37423/230908194

AVALIAÇÃO FÍSICA E FISIOLÓGICA DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

PATRICIA DA CONCEICAO ROCHA RABELO

FACULDADE ANHANGUERA

ALINE ÂNGELA SILVA CRUZ

FACULDADE ESTÁCIO



Resumo: As informações resultantes da avaliação física e fisiológica do indivíduo permitem ao profissional de educação física definir metas específicas para o programa de exercício físico. Testes e planilhas para pessoas com deficiência ainda são escassas para essa população. Assim, o objetivo do presente estudo foi elucidar sobre a avaliação física e fisiológica de pessoas com deficiência. O profissional de educação física deve estar capacitado a realizar uma avaliação detalhada em pessoas com deficiência e também a realizar testes adaptados para as pessoas com deficiência visual, auditiva, intelectual e física. Pode-se concluir que o uma boa avaliação traz elementos fundamentais para direcionar adequadamente pessoas com deficiência para a o programa de exercício físico.

Palavras-chave: Pessoas com Deficiência. Educação Física. Avaliação em Saúde.

INTRODUÇÃO

A avaliação do estado geral de saúde é recomendada para todo indivíduo que pretende iniciar um programa de exercício físico (EF), independente de ter ou não alguma deficiência (GORLA, 2009; THOMPSON; GORDON; LINDA, 2010). Através da avaliação, o profissional de educação física adquire informações sobre as possibilidades e limitações do indivíduo, podendo com base nesses parâmetros e nos objetivos do aluno, traçar metas reais. Além disso, a reavaliação permite identificar se a estruturação do programa está adequada e se o aluno está evoluindo (GUEDES; GUEDES, 2006). No caso da avaliação de pessoas com deficiência, um dos grandes problemas observados é a escassez de testes e planilhas referenciais específicas para a população em questão. Com isso, considerando que muitos dos referenciais presentes na literatura da área de avaliação física foram desenvolvidos com base em pessoas sem deficiência, a avaliação deve ser realizada com ênfase na comparação intra-sujeito ao longo do tempo, a partir de testes e reavaliações (CERVANTES; PORRETTA, 2010; WRIGHT *et al.*, 2019).

Em relação ao conteúdo da área de avaliação física, algumas terminologias às vezes são utilizadas de forma equivocada como sinônimos. Como no caso de teste, medida e avaliação. Apesar de serem usadas como sinônimos, é importante que o profissional de educação física tenha a clareza de que cada uma dessas palavras remete a conceitos distintos. Assim, medida é a representação numérica da variável e os testes são os procedimentos padronizados a serem seguidos para a obtenção de resultados quantitativos e/ou qualitativos. Todas as medidas e testes selecionados devem conter os seguintes parâmetros: validade, fidedignidade e objetividade (GUEDES; GUEDES, 2006; MARINS; GIANNICH, 2003). A avaliação física pode ocorrer em momentos específicos com finalidades distintas, sendo classificadas em diagnóstica (para a avaliação inicial e caracterização do indivíduo), formativa (quando realizada no decorrer da intervenção com o intuito de verificar a evolução do aluno) e normativa (caracterizada como a somatória de todas as avaliações que permite ao profissional de educação física ter uma ideia geral do sujeito e de como ele está se adaptando ao programa de exercício físico) (GUEDES E GUEDES, 2006; MARINS E GIANNICH, 2003; THOMPSON; GORDON; LINDA, 2010).

Há inúmeros testes e medidas padronizados para a avaliação física; assim, a seleção de quais deles devem ser aplicados ao aluno deve levar em consideração fatores como: a formação e experiência do avaliador, os recursos e equipamentos disponíveis, as características do indivíduo e os objetivos a serem alcançados. De uma forma geral, para um sujeito que pretende iniciar uma rotina de EF,

recomenda-se a realização de uma bateria de coletas de medidas, testes e questionários, seguindo a seguinte sequência: anamnese, avaliação de parâmetros de repouso e testes psicomotores, físicos e fisiológicos (GUEDES; GUEDES, 2006; MCARDLE; KATCH; KATCH, 2015).

ANAMNESE

A partir da anamnese devem ser levantados dados sobre o histórico de saúde e a situação atual do indivíduo, através de questões sobre: diagnóstico da deficiência, quando adquiriu a deficiência, se já realizou procedimentos cirúrgicos e faz uso de medicamentos, apresenta alguma outra complicação de saúde como crises de epilepsia, presença de escaras e/ou infecção urinária (GORLA, 2009; MAUERBERG-DECASTRO, 2005; VAISBERG; MELLO, 2010). Além dessas perguntas iniciais, o American College Science Medicine (THOMPSON; GORDON; LINDA, 2010) recomenda que a anamnese seja dividida em 3 etapas que buscam investigar se o sujeito possui:

1º - alguma doença cardiovascular, pulmonar ou metabólica, tais como hipertensão arterial, diabetes, síndrome metabólica, etc.

2º - sinais ou sintomas que preconizem o aparecimento dessas enfermidades (tais como fadiga crônica, claudicação intermitente, apneia do sono, etc).

3º - fatores de risco para o desenvolvimento dessas enfermidades: pré-diabetes, obesidade, fumo, dentre outros.

Vale a pena destacar que para indivíduos que apresentam diabetes e fazem uso de insulina, é importante orientar o aluno a conversar com seu endocrinologista sobre a prática de exercícios para o reajuste do tipo, dose e local de aplicação da insulina (OLIVEIRA; VENCIO, 2019). Já para indivíduos hipertensos, que fazem uso de betabloqueadores, é necessário ter clareza de que a frequência cardíaca não poderá ser usada como parâmetro para quantificação do esforço aeróbico (BARROSO *et al.*, 2021). O mesmo ocorrerá com indivíduos com lesões medulares altas, que não possuem mais inervação simpática para o coração (CALDEIRA *et al.*, 2013; CLAYDON; KRASSIOUKOV, 2008).

COLETA DAS VARIÁVEIS FISIOLÓGICAS E ANTROPOMÉTRICAS

Após a obtenção dos registros iniciais, os sujeitos deverão ser submetidos a análises de parâmetros de repouso, sendo recomendadas as coletas das variáveis:

- fisiológicas: frequência cardíaca e pressão arterial, sendo que em alguns casos, como na atetose ou coréia, a pressão arterial poderá ser de difícil quantificação devido à movimentação constante dos membros. Nessa situação, o equipamento digital é o mais recomendado.
- antropométricas: massa corporal, estatura, dobras cutâneas para o cálculo do % de gordura e variáveis posturais.

Para a medida da massa corporal, no caso de indivíduos com próteses, órteses ou cadeira de rodas, recomenda-se pesar o sujeito com o uso do equipamento e depois pesar o material sozinho. Nos amputados, se a massa corporal for usada para o cálculo do índice de massa corporal, uma correção deverá ser efetuada no seu valor de acordo com o nível da amputação, por exemplo, para sujeitos com amputações acima do joelho, acrescentar 1/9 da massa corporal total para amputações acima do joelho e, já para amputações abaixo do joelho, acrescentar 1/8 da massa corporal total (GORLA *et al.* 2009). Em relação à estatura, em alguns casos que o sujeito não conseguir ficar na posição ortostática para a medição adequada, podem ser empregadas alternativas como a realização do registro na posição horizontal e a medição dos seguimentos separadamente, para depois serem somados – esta última, uma estratégia utilizada em indivíduos com quadros de espasticidade e/ou atetose graves (GORLA *et al.* 2009; WINNICK; SHORT, 2001). As dobras cutâneas não devem ser coletadas em locais sem função muscular, com escaras, ou em pontos que se fazem aplicações constantes de injeções. Com exceção desses locais, as dobras podem ser coletadas e os valores utilizados para o cálculo do percentual de gordura com base em fórmulas já validadas e apresentadas na literatura (GORLA, 2013; GORLA *et al.* 2009; GUEDES; GUEDES, 2006).

As avaliações posturais também são recomendadas para identificar possíveis desvios e assimetrias corporais. Kendall *et al.* (1990) apresentam um protocolo para análise do alinhamento corporal no qual uma linha central, presa ao teto da sala, perpassa o corpo do avaliado até o solo (no caso de ausência de uma simetrógrafo). Além disso, entre o avaliado e a linha central, na parede, é colocado um retângulo, de 1,9 x 1,10 m, quadriculado (10 x 10 cm) (adaptação para o simetrógrafo). Os pontos de contato da linha no corpo do sujeito são comparados com pontos de referência pelos quais a linha deveria passar, caso não houvesse problemas posturais. A análise em questão deve ser realizada com o sujeito posicionado de frente, de costas e lateralmente para o papel quadriculado. Assim, quanto maior as diferenças entre o ponto de contato da linha com o ponto de referência (exemplo: corpo das vértebras lombares), maiores os desvios posturais. Todos os pontos de referência estão descritos em Gorla *et al.* (2009).

A elaboração de programas de EF que busquem melhorar a qualidade de vida de pessoas com deficiência através da melhora do domínio e consciência corporal, independência, resistência geral, dentro outros parâmetros, deve ser realizada tendo como referências informações sobre o comportamento psicomotor e o condicionamento físico e fisiológico geral dos participantes (NOCE; SIMIM; MELLO, 2009). Para garantir que todos os indivíduos, independente da deficiência, sejam capazes de realizar os testes, algumas adaptações devem ser desenvolvidas, principalmente na forma de instruir o indivíduo em relação ao o que deverá ser executado. Para indivíduos com deficiência auditiva, recursos visuais deverão ser usados para indicar o início e o final do teste; além disso, o teste deve ser explicado através da demonstração e o uso da língua brasileira de sinais (LIBRAS). Já para indivíduos com deficiência visual, os testes de corrida podem ser realizados com o guia (dependendo da presença ou não de resquícios visuais) e sinais sonoros para indicar o início e o término do teste, além de auxiliar na orientação espacial (GREGUOL; COSTA, 2013; MELLO; PASETTO; SILVA, 2019). O ensino de determinados movimentos deverá ser efetuado usando a técnica de movimentação coativa e a exploração da percepção háptica do indivíduo. Já em sujeitos que apresentam deficiência intelectual, é importante que o teste seja ensinado quantas vezes for necessário, com ênfase na demonstração. Em alguns casos, será necessário “treinar” a execução do teste, ou seja, familiarizar o indivíduo com a tarefa antes da realização do registro dos resultados (GREGUOL; COSTA, 2013; MAUERBERG-DECASTRO, 2005; MELLO; PASETTO; SILVA, 2019).

A partir dessas poucas adaptações descritas acima, indivíduos com diferentes tipos de deficiência encontrarão, no ambiente de teste, um local mais acessível. Diante da descrição dessas estratégias gerais, serão citadas abaixo, sugestões de testes.

TESTES PSICOMOTORES

Os testes psicomotores têm como objetivo analisar, através da capacidade de coordenação do indivíduo, a relação estabelecida entre motricidade, cognição e afetividade (DA FONSECA, 2009). A condição de controle corporal está alterada em muitos casos de deficiência, sendo decorrentes de alterações estruturais e funcionais do organismo ou como fruto de uma estimulação insuficiente (DEWEY, D.; TUPPER). Assim, com base nos resultados, o profissional de EF pode intervir, amenizando possíveis déficits e melhorando inúmeros parâmetros, como: equilíbrio, capacidade de segmentação corporal, lateralidade, etc – o que dará ao indivíduo com deficiência maior independência e qualidade de vida (CORAZZA *et al.*, 2016; REZENDE *et al.*, 2015).

Vários testes vêm sendo descritos na literatura acadêmica acerca da avaliação da coordenação motora geral, como: Teste de Coordenação Corporal para Crianças - KTK, Teste de Desenvolvimento Motor Grosso - 2 (TGMD-2), Escala de Desenvolvimento Motor e Bateria psicomotora (IIVONEN; SÄÄKSLAHTI; LAUKKANEN, 2016; NETO *et al.*, 2010; GORLA *et al.*, 2009; VALENTINI *et al.*, 2008). Alguns dos testes de coordenação motora geral demandam instrumentos mais elaborados e tempo para aplicação, enquanto outros apresentam uma execução mais simples e rápida. Diante das várias possibilidades, cabe ao profissional avaliar qual protocolo atende aos seus objetivos e apresenta viabilidade para a sua aplicação. Um dos testes de simples execução é o KTK, que foi desenvolvido em 1974 pelos pesquisadores Kiphard e Schilling e, desde então, devido à sua praticidade, validade e confiabilidade (GORLA *et al.*, 2014), este vem sendo utilizado em inúmeros estudos que buscam analisar o desempenho motor coordenativo após vários tipos de intervenções físicas (MONTEZUMA *et al.*, 2011; DE SOUZA PENA; GORLA, 2010; SOUZA *et al.*, 2008).

O teste KTK é composto por 4 provas:

- marcha para trás na trave: o indivíduo deve realizar a marcha para trás para cada uma das 3 traves de madeira que apresentam larguras diferentes (6; 4,5 e 3 cm); para cada trave, ele possui 3 tentativas.
- saltos monopedais: os saltos devem ser realizados sobre blocos de espuma, dispostos uns sobre os outros, usado apenas um membro inferior. Na medida em que a tarefa for executada, deve-se a aumentar a altura a ser aumentada.
- saltos laterais: saltar de um lado para o outro de uma plataforma de madeira, o mais rápido possível durante 15 segundos.
- transferência lateral: deslocamento sobre plataformas dispostas no solo.
- Após a quantificação da pontuação obtida nos 4 testes, os valores são aplicados em fórmulas matemáticas e o resultado final pode ser comparado a valores de referência. O teste KTK tem uma duração aproximada de 20 minutos e é recomendado para indivíduos com faixa etária de 5 a 15 anos
- sendo o grau de dificuldade adequado à idade dos indivíduos através de modificações na altura dos obstáculos que devem ser ultrapassados nos salto, na largura e comprimento da trave e na precisão da execução para obter determinada pontuação. Por apresentar uma metodologia simples, além de demandar de poucos materiais, o teste KTK pode ser aplicado para indivíduos com diferentes deficiências e em contextos diversificados.

TESTES DE APTIDÃO FÍSICA

Visando uma avaliação física completa para o planejamento de um programa de condicionamento físico, o aluno também deve ser submetido a testes que analisam a aptidão física relacionada aos

parâmetros de saúde: flexibilidade, resistência muscular e capacidade cardiorrespiratória (THOMPSON; GORDON; LINDA, 2010). Com base nos resultados obtidos, as aulas devem ser estruturadas para respeitar os princípios do treinamento físico, com o foco nas potencialidades do aluno. Para a análise da capacidade cardiorrespiratória, recomenda-se o teste de 12 minutos de Cooper para adolescentes e adultos. A distância percorrida em metros pelos sujeitos no decorrer de 12 min deverá ser utilizada na fórmula para estimativa do VO₂máximo:

$VO_{2max} estimado = (distância - 504,094)/44,783$ (MARINS; GIANNICHI, 2003).

Uma adaptação do teste foi proposta para usuários de cadeira de rodas. Nesse caso, o valor da distância percorrida (em milhas), em uma quadra demarcada de 25 x 15 metros deverá ser aplicado na fórmula:

$VO_{2máx} estimado = (distância - 0,37)/0,0337$ (FRANKLIN *et al.*, 1990; GORLA, 2009).

É importante que o percurso seja realizado em cadeira de roda esportiva já que, se realizado em CR de vida diária, o que irá limitar o desempenho do avaliado não será a capacidade aeróbica, mas sim a biomecânica da cadeira. Para indivíduos com controle de tronco precário, recomenda-se o uso de velcros que estabilizem a posição do tronco na cadeira, o que aumentará a estabilidade. Já em crianças de até 12 anos, recomenda-se o teste de 9 minutos descrito em Paludo *et al.* (2012). Durante a realização do teste aeróbico, é interessante efetuar as medidas das variáveis fisiológicas: frequência cardíaca e pressão arterial. Através desses parâmetros é possível obter informações sobre o comportamento do sistema cardiovascular do indivíduo durante o esforço (MCARDLE; KATCH; KATCH, 2015). Além disso, a partir dos valores de frequência cardíaca é possível calcular a zona-alvo de treinamento (THOMPSON; GORDON; LINDA, 2010). No entanto, em algumas deficiências, como em LM altas, a frequência cardíaca não irá se alterar de forma proporcionar a intensidade do esforço, não podendo, portanto, ser utilizada como parâmetro para quantificação da carga; nesse caso, recomenda-se o uso da escala de Borg para avaliação da percepção subjetiva de esforço (GOOSEY-TOLFREY; PRICE, 2010; PAULSON *et al.*, 2013). É preciso ter clareza que os testes de campo, conforme os descritos acima, são medidas indiretas do VO₂max e, apesar de apresentarem coeficientes de validade classificados como bons (0,7 – 0,79; MARINS; GIANNICHI, 2003), existem erros embutidos nas variáveis coletadas. Com isso, se o objetivo é realizar uma avaliação fidedigna do VO₂máx do sujeito, recomenda-se o uso da medida de espirometria direta associada ao teste de esforço máximo para quantificação das trocas gasosas, que poderá ser realizado em esteira, bicicleta ergométrica ou

ergômetro de braços (para indivíduos com controle precário ou ausente de membros inferiores). O protocolo realizado em ergômetro de braços é iniciado com uma potência inicial de 25 watts, com acréscimos de 12,5 watts por minuto até o que o indivíduo atinja o esforço máximo. Vinculado à espirometria, os dados de lactatemia também poderão ser coletados para identificação do limiar de lactato (MCARDLE; KATCH; KATCH, 2015; THOMPSON; GORDON; LINDA, 2010).

Em relação à quantificação da resistência de força, os testes de abdominal de 1 minuto, puxada em suspensão na barra modificada, suspensão vertical na barra e o teste de sentar e levantar por 30 segundos (THOMPSON; GORDON; LINDA, 2010; MARINS; GIANNICHI, 2003) podem ser usados em indivíduos com deficiências auditivas, visuais, intelectuais e físicas. Apesar de ser um teste desenvolvido para idosos (JONES; RIKLI; BEAM 1999), o teste de sentar e levantar vem sendo utilizado em pessoas com deficiência para a quantificação (intra-sujeito, teste-reteste) da resistência de força de membros inferiores. Apesar de não se aplicar para cadeirantes, sua aplicação é recomendada para indivíduos que fazem uso de próteses e/ou órteses (GORLA, 2009). No teste de puxada em suspensão na barra modificada, uma prancha com apoio e cintos poderá ser usada em sujeitos com lesão medular ou amputações de membro inferior. Em casos de amputação de membro superior unilateral, o aluno pode ser colocado em decúbito ventral em um banco e para que este realize o movimento de flexão de cotovelo e abdução de ombros com pesos diferentes para, assim, determinar a força (GORLA, 2009). Para o teste de suspensão vertical na barra, indivíduos com comprometimentos dos membros inferiores podem iniciar o teste da cadeira de rodas com ajuda do avaliador tanto para a suspensão inicial quanto para o retorno à posição inicial. No teste abdominal, a única adaptação a ser feita é o local de aplicação do apoio pelo ajudante. Dependendo do controle corporal do aluno, o apoio poderá ser dado no quadril do avaliado, ao invés de ser aplicado no tornozelo (GORLA, 2009).

A flexibilidade pode ser quantificada através de testes que avaliam a amplitude de movimento observada nas articulações corporais, o que irá refletir na capacidade de alongamento dos grupos musculares envolvidos (ALTER, 2001). Um dos principais grupamentos musculares analisados é o dos isquiotibiais, através do teste de sentar e alcançar (WELLS; DILLON, 1952). Para a sua realização, o indivíduo sentado com os membros inferiores estendidos, através da utilização do banco de Wells (ou marcações feitas no solo), realiza 3 tentativas tentando levar ao máximo o tronco a frente. Pode ser aplicado para todos os tipos de deficiência. No entanto, em LM ou quadros de atetose/coréia, a estabilização de tronco deverá ser auxiliada pelo avaliador. O teste descrito acima analisa apenas um grupamento muscular, portanto, se o intuito for obter um diagnóstico de flexibilidade dos principais

grupos musculares, recomenda-se a aplicação do Flexiteste, composto por 20 movimentos realizados de forma passiva (ARAÚJO, 2005).

OUTROS TESTES

Além da análise dos componentes da aptidão física relacionada à saúde, outros testes também poderão ser utilizados visando obter mais informações do organismo do aluno, tais como potência muscular, agilidade e tempo de reação, dentre outros parâmetros (GORLA, 2009). A análise de componentes psicológicos e cognitivos também pode dar importantes informações ao profissional de educação física que pretende atuar com pessoas com deficiência. Através da aplicação de questionários e escalas é possível obter informações sobre o autoconceito, imagem corporal, motivação e níveis de aspiração do participante. Dentre alguns desses questionários e escalas, estão:

- a escala fatorial de autoconceito (TAMAYO, 1981): permite identificar a forma como o indivíduo se define.
- a escala tridimensional de silhuetas para DV (MORGADO; FERREIRA, 2011): permite ao DV identificar, através de silhuetas tridimensionais, a representação que ele possui de sua imagem corporal.
- a percepção do autoconceito infantil (SANCHES; ESCRIBANO, 1999) – esta escala, assim como a fatorial (descrita acima), também avalia o autoconceito, mas através de figuras, podendo ser utilizado para crianças e pessoas com deficiência intelectual.
- avaliação do estado de humor (POMS / BRUMS) (MCNAIR; LORR; DROPPLEMAN, 1971; PELUSO 2003; ROHLFS *et al.*, 2008): permite a avaliação do estado emocional e de humor.

No caso da aplicação de questionários, sua aplicação para deficiência visual poderá ser feita através do uso de BRAILE ou verbalmente. Já para deficiência auditiva, a aplicação dependerá do conhecimento que o aluno possui do português escrito. Caso seja ineficiente, o questionário poderá ser aplicado usando a LIBRAS. Para deficiência intelectual, recomenda-se a verbalização com associações de exemplos se necessário, para permitir o entendimento de conceitos, principalmente os mais abstratos.

AValiação DE ATLETAS PARADESPORTIVOS

Em atletas paradesportivos, que visam o alto-rendimento, complementando os testes descritos acima, são necessários testes específicos para a modalidade esportiva. Os resultados permitirão ao profissional de educação física estruturar um treinamento físico adequado, respeitando os princípios do treinamento: individualidade biológica, treinabilidade, continuidade, adaptação, sobrecarga, interdependência, volume-intensidade e especificidade (TUBINO, 1983; DANTAS, 2003).

Na literatura, algumas baterias e testes específicos já foram desenvolvidos para modalidades paradesportivas, como:

- bateria de Beck de habilidades para o rúgbi em cadeira de rodas (YILLA; Sherrill, 1998);
- teste de arremesso do goalball (GORLA *et al.*, 2009);
- teste de habilidades em CR (KIRBY *et al.*, 2004);
- teste de agilidade para o goalball modificado (MORATO e FURTADO, 2005);
- teste de agilidade em CR modificado (BELASCO; SILVA, 1998).

Todos os protocolos descritos acima visam dar ao profissional informações importantes para o desenvolvimento de programas de condicionamento físico, melhora do padrão motor e/ou alto-rendimento. Diante disso, cabe ao profissional escolher os testes que mais o atende; além disso, é importante que os resultados obtidos no decorrer das práticas físicas, através dos protocolos padronizados, sejam vinculados à análise do cotidiano do indivíduo, em relação à sua autonomia, à sua autoestima e à qualidade de vida (NOCE; SIMIM; MELLO, 2009; DA COSTA; SOUSA, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O programa de exercício físico para pessoas com deficiência contribui positivamente para a saúde física, mental, social, para o aumento da autonomia e conseqüentemente melhora da qualidade de vida. Para isso, antes da prescrições do exercício físico apropriado, deve-se conhecer as características físicas e fisiológicas do indivíduo e identificar as restrições através de uma avaliação detalhada.

REFERÊNCIAS

- ALTER, M. J. Ciência da flexibilidade. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE et al. Manual do ACSM para avaliação da aptidão física relacionada à saúde. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2011.
- ARAÚJO, C.G.S. Flexiteste: um método completo para avaliar a flexibilidade. Manole, 2005.
- BARROSO, W.K. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial-2020. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 116, p. 516-658, 2021.
- BELASCO J. D.; SILVA, A. C. Consistência dos resultados do teste de corrida em ziguezague de Barrow (modificado) em jogadores de basquetebol em cadeira de rodas. In: International Congress of Motor Rehabilitation, 1998.
- CALDEIRA, J. B. *et al.* Avaliação da função autonômica cardiovascular em portadores de lesão medular submetidos à variabilidade da frequência cardíaca. Motricidade. Vol. 9. Num. 2. 2013. p. 37-49.
- CERVANTES, C. M.; PORRETA, D. L. Physical activity measurement among individuals with disabilities: a literature review. Adapted Physical Activity Quarterly, Champaign, v.27, p.173-90, 2010.
- CLAYDON, V. E.; KRASSIOUKOV, A. V. Clinical correlates of frequency analyses of cardiovascular control after spinal cord injury. American Journal of Physiology-Heart and Circulatory Physiology, vol. 294, p. 668-678, 2008.
- CORAZZA, S. T. *et al.* Benefícios do treinamento funcional para o equilíbrio e propriocepção de deficientes visuais. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, vol. 22, n. 6, 2016.
- DA COSTA, A. M.; SOUSA, S. B. Educação física e esporte adaptado: história, avanços e retrocessos em relação aos princípios da integração/inclusão e perspectivas para o século XXI. Revista Brasileira de Ciências do Esporte, v. 25, n. 3, 2004.
- DA FONSECA, V. Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem. Artmed Editora, 2009.
- DANTAS, E H. M. A Prática da Preparação Física. 3ª edição. Rio de Janeiro: Shape, 1995.
- DE SOUZA, L. G.; GORLA, J. I. Coordenação motora em crianças com deficiência auditiva: avaliação e intervenção. Conexões, v. 8, n. 3, p. 104-123, 2010.
- DE SOUZA, A. N. *et al.* Análise da coordenação motora de pessoas surdas. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, v. 12, n. 3, 2008.
- DEWEY, D.; TUPPER, D. E. (Ed.). Developmental motor disorders: a neuropsychological perspective. New York: Guilford, 2004.
- FRANKLIN, B. A. *et al.* Field test estimation of maximal oxygen consumption in wheelchair users. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, v. 71, n. 8, p. 574-578, 1990.

GOOSEY-TOLFREY, V.; PRICE, M. Physiology of Wheelchair Sport. In: GOOSEY-TOLFREY, V. (Ed.). Wheelchair Sport: a complete guide for athletes, coaches, and teachers. Human Kinetics, 2010. cap. Chapter 3, p.47-62. GORLA, J. I. (Ed.). Educação Física Adaptada: o passo a passo da avaliação. Phorte Editora LTDA, 2009.

GORLA, J. I. *et al.* Fundamentos da avaliação motora em Educação Física e Esporte Adaptado. In: Gorla, J. I., Campana, M. B., et al (Ed.). Teste e avaliação em Esporte Adaptado. São Paulo: Phorte Editora, 2009, p.49-60.

GORLA, J. I.. Educação Física Adaptada: o passo a passo da avaliação. 2. ed. São Paulo: Phorte Editora, 2013. v. 1000. 160p.

GREGUOL, M.; COSTA, R. F. Atividade física adaptada: qualidade de vida para pessoas com necessidades especiais, 2013.

GUEDES, D. P.; GUEDES, J. E. R. P. Manual prático para avaliação em educação física. Barueri: Manole, 2006.

IIVONEN, S.; SÄÄKSLAHTI, A.; LAUKKANEN, A. A review of studies using the Körperkoordinationstest für Kinder (KTK). European Journal of Adapted Physical Activity, v. 8, 2016.

JONES, C. J.; RIKLI, R. E.; BEAM, W.C. A 30-s chair-stand test as a measure of lower body strength in community-residing older adults. Research Quarterly for Exercise & Sport, v.70, n.2, p.113-9, 1999

KENDALL, F. P.; MCCREARY, E. K.; PROVANCE, P. G. Músculos: provas e funções, 3. Ed. Barueri, Manoel, 1990.

KIRBY, R. L. *et al.* The wheelchair skills test (version 2.4): measurement properties. Archives of physical medicine and rehabilitation, v. 85, n. 5, p. 794-804, 2004.

MARINS, J. C. B.; GIANNICHI, R. S. Avaliação e prescrição de atividade física: Guia prático. 2 ed. Rio de Janeiro: Shape, 2003.

MAUERBERG-DECASTRO, E. Atividade física adaptada. Ribeirão Preto: Tecmedd, 2005.

MCARDLE, W. D.; KATCH, F. I.; KATCH, V. L. Fisiologia do exercício. Wolters Kluwer Health, 2015.

MCNAIR, D., M.; LORR, M.; DROPPLEMN, L. F. Manual for the profile of mood states (POMS). San Diego, CA: EITS / Educational and industrial testing servisse, 1971

MELLO, M.T.; PASETTO, C. V.; SILVA, A. Protocolos para avaliação física e fisiológica em pessoas com deficiência. In: Márcia Greguol; Roberto Fernandes da Costa. (Org.). Atividade Física Adaptada. 4ed.Barueri: Editora Manole, v. 1, p. 514-574, 2019.

MONTEZUMA, M. A. L. *et al.* Adolescentes com deficiência auditiva: a aprendizagem da dança e a coordenação motora. Revista Brasileira de Educação Especial, v. 17, p. 321-334, 2011.

MORATO, M. P. *et al.* Development and evaluation of an observational system for goalball match analysis. Revista Brasileira de Ciências do Esporte, v. 39, p. 398-407, 2017.

MORGADO, F. F. R; FERREIRA, M. E. C. Adaptação de Escalas de Silhuetas Bidimensionais e Tridimensionais para o deficiente visual. *Revista Brasileira de Educação Especial*, v. 17, p. 21-36, 2011.

NETO, F. R. *et al.* Análise da consistência interna dos testes de motricidade fina da EDM-Escala de Desenvolvimento Motor. *Journal of Physical Education*, v. 21, n. 2, p. 191-197, 2010.

NOCE, F.; SIMIM, M.A.; MELLO, M.T. A percepção de qualidade de vida de pessoas portadoras de deficiência física pode ser influenciada pela prática de atividade física? *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, São Paulo, v.15, n.3, p.174-8, 2009.

OLIVEIRA, J. E. P.; VENCIO, S. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2019-2020*. São Paulo: AC Farmaceutica, 2019.

PALUDO, A. C. *et al.* Aptidão cardiorrespiratória em adolescentes estimada pelo teste de corrida e/ou caminhada de 9 minutos. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, v. 14, p. 401-408, 2012.

PAULSON, T. A. *et al.* Differentiated perceived exertion and self-regulated wheelchair exercise. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 94, n. 11, p. 2269-2276, 2013.

PELUSO, M. A. M. Alterações de humor associadas a atividade física intensa, Tese de Doutorado: Universidade de São Paulo. (2003).

REZENDE, L. M. T. *et al.* Desempenho psicomotor de pessoas com deficiência após 12 semanas de um programa de Educação Física Adaptada. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, v. 23, n.3, p. 38-46, 2015.

ROHLFS, I. C. P. M. *et al.* A Escala de Humor de Brunel (Brums): instrumento para detecção precoce da síndrome do excesso de treinamento. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 14, n. 3, p. 176-181, 2008.

SÁNCHEZ, A. V.; ESCRIBANO E. A. *Medição do autoconceito*. Bauru: EDUSC, 1999.

SOUZA, A. N. *et al.* Análise da coordenação motora de pessoas surdas. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, v. 12, n. 3, p. 205-211, 2008.

TAMAYO, A. EFA: Escala fatorial de autoconceito. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 33, n. 4, p. 87-102, 1981.

THOMPSON, W. R.; GORDON, N. F.; LINDA, S. P. *Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição*. Rio de Janeiro: Ganabara Koogan, 2010.

TUBINO, M. J. G. *Metodología Científica do Treinamento Desportivo*, 3ª ed. São Paulo: Ibrasa, 1983.

VAISBERG, M; MELLO, M. T. (2010). *Exercícios na Saúde e na Doença*. 1ª ed. São Paulo: Editora Manole.

VALENTINI, N. C. *et al.* Test of gross motor development: Expert validity, confirmatory validity and internal consistence. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, v. 10, n. 4, p. 399-404, 2008.

WELLS, K. F.; DILLON, E. K. The sit and reach—A test of back and leg flexibility. *Research Quarterly. American Association for Health, Physical Education and Recreation*, v. 23, n. 1, p.115–118, 1952.

WINNICK, J. K.; SHORT, F. X. Testes de aptidão para jovens com necessidades especiais. Tradução de Márcia Gregol, São Paulo, Brasil, 2001.

WRIGHT, A. *et al.* Barriers and facilitators to physical activity participation for children with physical disability: comparing and contrasting the views of children, young people, and their clinicians. *Disability and rehabilitation*, v. 41, n. 13, p. 1499-1507, 2019.

YILLA, A. B.; SHERRILL, C. Validating the Beck battery of quad rugby skill tests. *Adapted Physical Activity Quarterly*, v. 15, n. 2, p. 155-167, 1998.

Capítulo 9



10.37423/230908207

ENSINO DA FELICIDADE EM PERÍODO PANDÊMICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Maíra Cordeiro dos Santos

*Secretaria de Educação do Estado da
Paraíba*

Simone Farias Moura Cabral

Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial

Liana Filgueira Albuquerque

Universidade Federal da Paraíba

Thais Emanuele Galdino Pessoa

Universidade Federal da Paraíba



Resumo: O presente trabalho visa trazer um relato de experiência do projeto de extensão universitária intitulado “Ensino da Felicidade” em contexto pandêmico de COVID-19. Para isso, a partir do método descritivo, relatou-se a experiência de extensão que ocorreu em dois módulos de um minicurso para a população de João Pessoa de forma *online*, em que o primeiro apresentou uma introdução ao campo de conhecimento da Psicologia Positiva e o segundo momento propiciou a prática do *Mindfulness*, a atenção plena. Ainda foi realizada uma análise de conteúdo temático-categorial de Bardin acerca de atividades diárias de encontro, também de relatos coletados ao final do projeto de alunos do minicurso, professores e extensionistas envolvidos na equipe interna. Sobre os resultados dessas análises qualitativas, observa-se que o minicurso contribuiu com o florescimento de emoções positivas no estado emocional da população de João Pessoa, em período pandêmico, logo após a vivência da Psicologia Positiva. Além disso, verifica-se, portanto, a partir dos relatos dos alunos, um novo despertar para um estilo de vida e o autoconhecimento, além de uma inspiração para novas formas de enfrentar as adversidades. Para a equipe interna da instituição, é evidente todo o aprendizado cidadão e acadêmico-profissionalizante que será refletido em suas atuações futuras.

Palavras-chave: Relato de Experiência, Extensão Universitária; Psicologia Positiva; Contexto Pandêmico.

1. INTRODUÇÃO

Raul Seixas, na década de 70, poderia ter cantado a realidade do ano de 2020. O novo coronavírus teve seus primeiros casos confirmados em dezembro de 2019, na China. Após três meses, a OMS (Organização Mundial da Saúde) declarou pandemia mundial, no dia 11 de março de 2020 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2019). Este foi o dia em que “*a terra parou*”.

Os primeiros efeitos da quarentena devido à pandemia da COVID-19 começaram a ser sentidos na economia e na saúde mental da população (BBC NEWS, 2020a; 2020b). Segundo De Queiroz, D. S., & Sobreira, D. A. (2020), entre os malefícios causados pelo isolamento social estão: sintomas de estresse pós-traumático, sintomas depressivos, tristeza, abuso de substâncias, estado confusional e irritabilidade. Essa realidade foi observada por um estudo pioneiro no Brasil, de Filgueiras e Kolehmainen, em abril de 2020, acerca do efeito da quarentena para os brasileiros. Nesse estudo, os resultados indicaram que os casos de depressão dobraram e as crises de estresse e ansiedade tiveram um aumento de 80% entre os entrevistados, nesse período inicial de quarentena.

Nesse contexto, a professora Liana Filgueira, vinculada à UFPB pelo departamento de Engenharia Sucroalcooleira, com sua equipe de professores e profissionais administrativos, elaborou o projeto “Ensino da felicidade *online* para moradores de João Pessoa visando proporcionar bem-estar e saúde emocional no período atual de mudança social”. A proposta teve como objetivo principal despertar o conhecimento da felicidade e do bem-estar, a partir dos princípios da Psicologia Positiva, para a comunidade acadêmica e para a sociedade em geral localizada no município de João Pessoa, na forma de minicurso *online*, possibilitando uma educação continuada para o florescimento da saúde emocional do indivíduo.

O projeto foi idealizado a partir de inquietações da coordenadora acerca do bem-estar e saúde mental estudantil. No entanto, devido ao início da pandemia do Coronavírus, essa preocupação se estendeu para o público externo à UFPB, surgindo então a oportunidade de submeter como projeto de extensão para toda a comunidade da Grande João Pessoa. Sendo assim, o objetivo do presente trabalho é realizar um relato de experiência do projeto de “Ensino da Felicidade”, por meio de uma análise de atividade diária de encontro, e apresentar suas contribuições para a sociedade, professores e extensionistas envolvidos.

2. MÉTODO

O presente estudo descritivo é de natureza qualitativa, com a utilização do método de relato de experiência, por meio da vivência de um minicurso, em diferentes módulos, a partir das contribuições da psicologia positiva para moradores de João Pessoa. A partir daí, foi proposto o projeto “Ensino da felicidade *online* para moradores de João Pessoa visando proporcionar bem-estar e saúde emocional no período atual de mudança social” do programa “UFPB no seu município” de Número 04 (UFPB, 2020) e coordenado pela professora/doutora Liana Filgueira, em João Pessoa-PB.

As atividades ocorreram no segundo semestre do ano de 2020, no período entre julho e dezembro, de forma remota em modalidades síncronas e assíncronas, com o auxílio de ferramentas digitais como *google meet*, *google forms* e *quizizz.com*, por exemplo, para assegurar a saúde e bem-estar de todos os envolvidos, alunos, extensionistas e professores, em tempos de pandemia de coronavírus.

Inicialmente, o projeto foi submetido e aprovado com a máxima excelência, considerado o melhor projeto do ano de 2020, referente ao programa “UFPB no seu município” do Departamento de Engenharia Sucroalcooleira. A posterior, as inscrições para o primeiro módulo do minicurso “A felicidade está aqui” foram divulgadas por meios digitais, como o *Instagram* do projeto @afelicidadeestaaqui, grupos de *WhatsApp* e *Facebook*. Além da divulgação em mídia digital, foram concedidas duas entrevistas televisivas com a coordenadora Liana Filgueira, em dois jornais locais de João Pessoa, afiliadas da Rede Globo e Rede SBT.

Devido ao grande número de inscritos no primeiro módulo do minicurso “A felicidade está aqui” - foram mais de 420 pessoas para apenas 200 vagas de participação com certificado - fez-se necessário mudanças no planejamento do minicurso. Dessa forma, foi aberta uma segunda turma para o primeiro módulo do minicurso, com um total de 200 inscrições, além de participantes em formato de ouvintes, sem certificação. Essas turmas aconteceram no período de 20 de julho a 1 de agosto e a segunda turma, entre 31 de agosto a 10 de setembro, respectivamente, totalizando oito (8) encontros consecutivos com média de duração de uma hora e trinta minutos em horário noturno, por meio da plataforma de reuniões *online Google Meet*. Ainda foram propostas atividades assíncronas durante todo o módulo visando praticar e refletir sobre o conteúdo expositivo, a exemplo de leituras, diário da gratidão, monitoramento diário da emoção, entre outras.

O conteúdo programado para o minicurso foi embasado nos pilares da Teoria do Bem-Estar de Seligman (2019a; 2019b; 2011): Emoção positiva (estar se sentindo agradável em uma situação);

Engajamento (viver intensamente o momento presente); Sentido (pertencer e servir a algo que se acredita ser maior que o eu); Realização (perseguir o sucesso, a realização, a vitória, a conquista e o domínio por eles mesmos) e Relacionamentos Positivos. Além dos pilares, foram utilizadas outras referências especializadas do campo da Psicologia Positiva, como Forças de Caráter (SELIGMAN & PETERSON, 2004.), Comunicação Não-Violenta (ROSENBERG, 2006) e Amor (SCHOLESSER & CAMARGO, 2014).

Esses conteúdos foram divididos entre a Coordenadora do projeto e outros colaboradores professores/doutores do campo da Psicologia Positiva, como Valdiney Gouveia, Simone Moura Cabral e Maíra Cordeiro, fundadoras do Núcleo de Paraibano de Psicologia Positiva. Abaixo, segue em **Tabela 1.** o programa de conteúdos por professor(a).

Tabela 1. Cronograma do Curso da Felicidade

Dia	Conteúdo	Professor
1º Dia	Introdução à felicidade	Profa. Dra. Liana Filgueira
2º Dia	Introdução à psicologia positiva e Emoções	Profa. Dra. Liana Filgueira
3º Dia	Emoções Positivas, Realizações e Metas	Profa. Dra. Liana Filgueira
4º Dia	Amor	Prof. Dr. Valdiney Gouveia
5º Dia	Engajamento, Mindfulness e Propósito	Profa. Dra. Liana Filgueira
7º Dia	Comunicação não violenta	Profa. Dra. Maíra Cordeiro
8º Dia	Forças de caráter	Profa. Dra. Maíra Cordeiro
9º Dia	Compaixão, Autocompaixão e Relacionamentos positivos	Profa. Dra. Liana Filgueira

Fonte: autoria própria, 2020.

Após a finalização do primeiro módulo, foi realizado um segundo módulo do minicurso, sendo exclusivamente para participantes do primeiro. Foram apenas 200 vagas de participação com certificado, restritas a uma turma. Esse módulo ocorreu por meio de aulas *online* semanais, iniciando no dia 30 de setembro e finalizando em 2 de dezembro do corrente ano, totalizando oito (8) encontros do mesmo formato estabelecido para o primeiro módulo.

O conteúdo programático foi baseado no protocolo do programa *Atenção plena para iniciantes*, proposto por Kabat-Zinn, J. (2017), de oito (8) semanas, com práticas semanais de meditação e atividades rotineiras de atenção plena e ainda liberadores de hábitos. Esse campo de estudo, fundamentado pela literatura especializada com fulcro na psicologia positiva, propõe realizar inferências e tecer comentários sobre os resultados obtidos no projeto de extensão, embasados teoricamente e categorizados. Para isso, foram feitos registros de expectativas iniciais e, ao término, foram colhidos depoimentos de alunos, extensionistas e colaboradores. Além disso, a cada encontro era realizada uma atividade de classe em que se era perguntando “Como você está se sentindo?”, antes e posteriormente a cada encontro síncrono. Esses instrumentos serviram como objetos para a análise de conteúdo temático-categorial sugerido por Bardin, especialista na área de análise de conteúdo (BARDIN, 2004).

2. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A experiência do projeto “EnsinO da felicidade” pode ser relatada a partir de categorias temáticas de discussão: a primeira categoria analítica discutirá acerca de uma atividade de rotina em sala de aula, visando categorizar as emoções dos alunos, e observar suas alterações, mediante a exposição do conteúdo programático do curso.

O segundo tópico de análise trata-se das contribuições do projeto para promoção da saúde mental e bem-estar para os alunos do minicurso *A felicidade está aqui*, a partir da análise de conteúdo de relatos no encerramento do curso. Por fim, a terceira categoria de discussão apontará para a experiência como processo de aprendizado acadêmico e profissionalizante, a partir de diferentes perspectivas, às contribuições na formação em psicologia.

Mais adiante será analisada com mais detalhamento às três categorias acima mencionadas. O primeiro denominado o impacto do “EnsinO da Felicidade” no estado emocional de alunos antes e depois das aulas. O segundo intitula-se a promoção da saúde mental em tempos de pandemia da COVID-19. Por fim, contribuições na formação em psicologia (bolsistas e extensionistas).

2.1 O IMPACTO DO “ENSINO DA FELICIDADE” NO ESTADO EMOCIONAL DE ALUNO

A primeira categoria analítica denominada: o impacto do “Ensino da Felicidade” no estado emocional de alunos antes e depois das aulas, teve como objetivo discutir acerca de uma atividade de rotina em sala de aula a partir da avaliação do Estado Emocional antes e após a exposição do conteúdo programático do minicurso do projeto. Essa atividade ocorreu em cada um dos encontros, entre os dois módulos, assim propõe categorizar as emoções, bem como identificar possíveis alterações emocionais durante a realização do mesmo. Para isso, foi utilizado como referencial teórico para o primeiro estudo a paleta das dez emoções positivas de Fredrickson (2009).

As emoções positivas segundo Fredrickson (2009) são: gratidão; serenidade; alegria; diversão; interesse; admiração; inspiração; esperança; orgulho; e amor. Já as emoções negativas pontuadas são raiva, aborrecimento, agitação, ansiedade, apreensão, arrependimento, desapontamento, desgosto, distração, dúvida, embaraço, enfado, frustração, irritação, negligência, ódio. Segundo a autora, todas as emoções são importantes, pois não existe uma emoção “errada”, pois todos sentem emoções positivas ou desconfortáveis. A grande questão está no comportamento que se tem diante de cada emoção. Os estudos dela demonstram que se necessita de uma proporção de três emoções positivas para uma emoção negativa.

No primeiro módulo, o método utilizado foi um questionário de autorrelato, composto com a pergunta: “Como você está?” (a resposta seria em uma palavra). Foram tabulados e analisados seguindo a análise de conteúdo temático-categorial de Bardin, com categorias criadas a posteriori no primeiro momento para analisar as respostas dos participantes, sendo essas Emoções Positivas e Emoções Negativas.

Nos resultados do primeiro módulo, já na aula inicial com a temática introdutória à psicologia da felicidade, houve um aumento de 91 % de EP, com a predominância da Emoção da serenidade (20%), referenciada como coparticipante da paleta das dez emoções positivas de Fredrickson (2009). Ao final desse módulo, houve uma diminuição na média geral com 36% na frequência das Emoções Negativas (EN), sendo assim um aumento nas Emoções Positivas (EP) após as aulas.

Quanto ao segundo módulo, foi utilizado o mesmo método de coleta de dados, porém com uma análise categorial a priori, as mesmas categorias analíticas do primeiro módulo. Os resultados foram semelhantes, apesar das diferenças temporais e de temática, ao apresentar uma diminuição decrescente das EN, com média de 30% menores que no início das aulas. Ainda ao final nos últimos

dois encontros as EN foram inexistentes, prevalecendo a emoção da gratidão. O interessante foi que no penúltimo encontro houve um registro de predominância da emoção da gratidão de 35% em relação às outras emoções pertencentes a paleta da positividade. Já no último encontro houve uma hegemonia de 88% no que se refere a gratidão.

Sendo assim, o Minicurso “Ensino da Felicidade”, contribuiu com o florescimento de emoções positivas no estado emocional da população de João Pessoa, em período de isolamento social causado pela pandemia mundial de COVID-19.

2.2 A PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19

A segunda categoria analítica foi a promoção da saúde mental em tempos de pandemia de COVID-19. Os encontros aconteceram na forma *online*, devido ao contexto de isolamento social, por meio da prática metodológica de *Educação Remota*, em que se deu mediante plataformas digitais, impactando no processo de ensino-aprendizagem na atualidade (DE OLIVEIRA MENEZES & FRANCISCO, 2020). As dificuldades inerentes ao método de ensino foram: a preparação superficial e deficitária, devido ao caráter emergencial, e os alunos e professores necessitaram adaptar-se às aulas nas plataformas *online*, isso porque a realidade interfere na utilização crítica e produtiva nos meios tecnológicos (THADEI, 2018). Os relatos apresentaram que, apesar desse formato de ensino, o projeto apresentou resultados eficazes na promoção do bem-estar, como será exposto a seguir.

Inicialmente, foi necessário destacar que o autoconhecimento foi recurso imprescindível para a qualidade de vida e relacionamentos, propiciando melhorias no ambiente de trabalho do sujeito (DE OLIVEIRA & LIMA ALVES, 2011). Isso pode ser constatado a partir do primeiro relato.

Relato 01: Sou profissional da área de contabilidade e sinto muito estresse no meu dia a dia de trabalho. Ter vivenciado o projeto, conhecendo as práticas que valorizam minha essência me possibilita ser uma pessoa mais feliz comigo mesmo e em meu trabalho. (ENTREVISTADO 1, 2020, informação concedida em 15/10/2020).

O autoconhecimento se dá por meio da interação social, isso porque essa consciência ocorre por meio do conhecimento com outros indivíduos, dado o caráter sociável dos seres humanos (MARTINS, DANTAS & PINHEIRO, 2011). Dessa forma, é inerente o potencial do projeto enquanto local de interação social, pois possibilitou a consciência de si a partir do convívio com os outros, além de reflexões e práticas acerca de vivências da psicologia positiva, que possibilitam um olhar para si baseado nos constructos de virtudes e potencialidades humanas.

Dentre as diversas práticas apontadas no relato, tem-se como exemplo os momentos de *mindfulness* que aconteciam no início e final de cada encontro. Apesar de possuir origens religiosas e espirituais, o *mindfulness* em contexto terapêutico dá-se por técnicas embasadas cientificamente em que o sujeito pratica a atenção plena, podendo ser por meditação, *bodyscan* (escaneamento corporal), observação e alimentação consciente, respiração consciente, dentre outras (CASTRO, 2014).

Para os budistas, o *mindfulness* permite ao sujeito um processo de autoconhecimento, por meio do acesso a um estado de consciência plena e, como consequência, essa “purificação mental” propicia felicidade e alegria (DA SILVA & HOMENKO, 1998). Mas, para além do contexto religioso, diversas pesquisas científicas apontam também para o caráter eficaz da prática para o bem-estar dos sujeitos envolvidos (OLIVEIRA, 2021; CASTRO 2014; MAHLO & WINDSOR, 2021), inclusive em ambiente organizacional (DECUYPERE, AUDENAERT & DECRAMER, 2021; MAYBERRY, ZAPATA, BYERS, & THURSTON, 2021), assim como na organização em contexto pandêmico (ŞAHIN, 2022). Nesse projeto, esses momentos se davam ao estimular os praticantes a irem se acalmando internamente, encontrando estados de atenção consciente e plena.

Dessa forma, pesquisas anteriores corroboram com os achados, coletados pelo relato 01 acerca da promoção de bem-estar e autoconhecimento a partir das práticas de *mindfulness*. Na verdade, a prática de *Mindfulness* é uma forma de exercitar a realidade do *slow moviment* que está presente na modernidade líquida, pois essa dificuldade de desacelerar e encontrar reabastecimento é uma fonte de estímulo a sensações de bem-estar. Já Bauman (2007) afirma que a modernidade líquida se dá por meio do imperativo da velocidade na sociedade de consumo na era pós-moderna, sendo assim, essa busca individual em se adaptar à realidade encontra-se em constante aceleração.

O *Slow Moviment* é um movimento revolucionário que busca combater a noção de que a rapidez é o melhor caminho. Segundo Honoré (2004), é uma filosofia que propõe, assim, o não fazer em baixa velocidade e sim na velocidade certa. Isso corresponde a realizar as atividades de forma satisfatória e com qualidade, propiciando uma nova forma de experienciar a vida em um tempo de vida líquido-moderno (BATISTA, GRISCI, GALLON E FIGUEIREDO, 2013). Dessa forma, práticas como o *Mindfulness* promovem essa desaceleração proposta pelo movimento em combate com o contexto líquido, buscando uma qualidade de vida aos sujeitos, como observado no relato 01, em meio a um contexto caótico mundial.

Dentre outros achados dos relatos, é possível pontuar o bem-estar como consequência do reconhecimento e manejo das forças de caráter dos sujeitos, ainda como intervenções para a

diminuição de sintomas depressivos e de ansiedade. Mas, para isso, faz-se necessário inicialmente conceituar de forma breve tais constructos psicológicos. O bem-estar, pode ser compreendido a partir de duas perspectivas científicas: o psicológico e subjetivo. Acerca do bem-estar subjetivo, esse compreende-se a partir de uma dimensão emocional (predominância de afetos positivos em detrimento de afetos negativos) e também dimensão cognitiva, a satisfação com a vida (SIQUEIRA & PADOVAM, 2008). A satisfação com a vida está alinhada à avaliação individual positiva e conscientização da realidade vivenciadas no transcorrer do dia a dia.

O constructo das forças de caráter deve ser compreendido como atributos inerentes a todo ser humano, pois propicia a sobrevivência da espécie (CSIKSZENTMIHALYI & SELIGMAN, 2000). O manuseio e conhecimento dessas, portanto, é uma oportunidade que se tem de enaltecer e valorizar as características positivas humanas e, que muitas vezes, se foca ‘apenas’ nas falhas e defeitos, cultivados ao longo de toda uma longa vida. Esse aspecto pode ser observado em resultados a partir do segundo relato 02, a seguir.

Relato 02: “Tenho sofrido de muita ansiedade e muitas vezes sinto que vou cair em uma crise maior de depressão, descobrir que tenho forças de caráter positivas chamou minha atenção para aspectos bons em mim” (ENTREVISTADO 2, 2020, informação concedida em 15/10/2020).

A ansiedade e a depressão acometem um percentual considerável de pessoas. A utilização da psicoterapia positiva consiste em possibilitar uma reorientação terapêutica, no modelo de 'construir o que é forte', mas também contemplando, da abordagem tradicional, de consertar o que tem de errado. As intervenções positivas também agem de forma direta com a prevenção e tratamento da psicopatologia. De fato, podem ser secretamente um componente central de uma boa psicoterapia, como é feito atualmente (LEE DUCKWORTH, STEEN, & SELIGMAN, 2005).

Portanto, o projeto, apesar de não possuir em seus objetivos a realização da psicoterapia, apresentou a discussão e prática de técnicas existentes na psicoterapia positiva. Assim, os resultados observados no relato 02 apontam a possibilidade do desenvolvimento de aspectos emocionais, que estimulam a melhoria de sintomas ansiosos e depressivos.

Já no terceiro relato analisado, é possível pontuar como o projeto desenvolveu emoções positivas por meio do engajamento dos alunos com a temática discutida, conforme verifica-se abaixo:

Relato 3: “A dedicação que tenho realizado nesses dias de curso tem me reabastecido de elementos positivos e indico a outras colegas que tenham a oportunidade de fazer” (ENTREVISTADO 3, 2020, informação concedida em 15/10/2020).

Como discutido e observado anteriormente no primeiro estudo, o projeto possibilitou o desenvolvimento de elementos positivos (FREDRICKON, 2009), além de, juntamente ao manuseio de conhecimentos e práticas para Engajamento e Propósito, concepções importantes para a felicidade autêntica, como pontuado por Seligman (2019a; 2019b; 2011). Pode-se observar a presença desses construtos, utilizados como base teórica do minicurso, nos resultados do projeto, como visto no relato 03.

Verifica-se, assim, a confirmação da literatura de que aumentar o exercício das emoções positivas no cotidiano, na repetição e na tentativa de mudança do *mindset* fixo para o de crescimento, possibilita um aumento na satisfação da vida e na positividade (DWECK, 2017). Percebeu-se, ainda, por meio dos relatos, que houve um aumento nos aspectos positivos e de tomada de decisão no enfrentamento diante das adversidades, inclusive envolvendo perdas irreparáveis que é a morte de um familiar, como pontuado pelo relato 04.

Relato 04: “Perdi meu filho há mais ou menos um ano e até esse curso, não tinha conseguido me sentir mais confortável comigo mesma, pois um vazio toma conta de mim o tempo inteiro. No curso, consegui aliviar um pouco essa dor interior”. (ENTREVISTADO 4, 2020, informação concedida em 15/10/2020).

O fenômeno do luto é inerente ao ser humano, que se dá por meio da perda de um familiar ou ente querido. Porém, esse processo de vivência pode variar conforme a cultura do sujeito. Segundo Bowlby (1998), existem quatro diferentes fases no processo de luto, de modo a superar a perda da vinculação com o outro: o estado de choque, de protesto, desespero e, por fim, aceitação. Essas fases ocorrem por um processo de adaptação entre a necessidade da pessoa perdida, mas também de investimento em relações (RAMOS, 2016). Portanto, a elaboração do luto é um aspecto necessário que aconteça, inclusive ao nível de resignificação para uma nova percepção de vida e reestruturação de propósito e sentido de se continuar vivo. Dessa forma, é possível observar a passagem entre fases a partir do relato 04, e como a formação de novos vínculos sociais possibilita a transição desse processo de luto. Esse resultado encontrado corrobora com uma pesquisa anterior realizada por Lima (2019), que observou a aplicação da psicologia positiva como importante construto na elaboração do luto e na autoproteção a fatores de risco à saúde mental durante esse fenômeno.

Por fim, vale ressaltar que essa modalidade *online* permitiu o encontro remoto de participantes (com certificados) e alguns ouvintes em diferentes cidades do entorno de João Pessoa, além de um público vindo de outros estados que participaram juntamente, mostrando que o projeto excedeu as expectativas indo além do proposto inicialmente no edital “UFPB no seu município”, permitindo a

troca de experiências e compartilhamento com pessoas de todo o Brasil, como relata abaixo a residente no Rio de Janeiro-RJ:

Relato 05: Na primeira aula fui submetida à imensa curiosidade e com o passar do tempo um encantamento pela metodologia, pela descoberta da teoria, pelos maravilhosos momentos de meditação vividos no início da aula, pela espontaneidade e confiança do grupo, pela atenciosa equipe de produção e imagem encantadora da professora Coordenadora. Perceber o quanto é libertador não nos preocuparmos em parecer ser, usar a inteligência para conduzir a emoção que nos assola, administrar os pensamentos conduzindo-os com respeito na caminhada de um olhar para si, desenvolver conhecimento para não cair nos gatilhos externos que nos retiram das metas, descobrir que a alegria é uma emoção e que a felicidade é um sentimento que depende de nós, ressignificou minha rotina, minhas escolhas, minha vida. E pensar: está tudo bem! ((ENTREVISTADO 5, 2020, informação concedida em 15/10/2020).

A alegria vem do termo “*alecritas*”, que significa fogo, ardor, vivacidade. É um sentimento de contentamento e de satisfação interior oriundo de algum fato positivo que a pessoa provou. Segundo Nunes (2008), “alegria, prazer, júbilo e contentamento ou felicidade representa um sentimento humano de bem-estar, euforia, empolgação e paz interna”. Desta forma, percebe-se que as contribuições para o equilíbrio humano desses constructos da psicologia positiva são essenciais para mudança de vida.

Sendo assim, é possível inferir que, apesar do isolamento social em decorrência da pandemia e distanciamento geográfico, o projeto cumpriu e excedeu suas expectativas ao mobilizar pessoas de João Pessoa, mas também de todo o Brasil, para o autoconhecimento a partir do estudo e prática da ciência da felicidade, ressignificando a experiência da pandemia como um local de aprendizado e promoção de bem-estar.

2.3 CONTRIBUIÇÕES NA FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA (BOLSISTAS E EXTENSIONISTAS)

A posteriori, foi possível compreender as contribuições do projeto para a formação acadêmica em psicologia para os extensionistas, visto que características importantes da atuação profissional foram trabalhadas durante a execução do curso, como relata a Extensionista:

O projeto me permitiu atuação prática no fazer do psicólogo, a universidade por si só é muito importante por permitir conhecimento teórico necessário à profissão, mas, além disso, a extensão permite aprender fazendo por meio do contato direto com o nosso objeto de estudo: o ser humano. Permite desenvolver características importantes do profissional psi, como o ser empático com o cliente/paciente, a habilidade de escuta, tão importante independente da área de atuação, visto que pelo senso comum somos conhecidos por essa técnica. Além de competências profissionais exigidas pelo mercado de trabalho, como a habilidade para lidar com momentos de percalços

e contratempos de maneira satisfatória ou ainda a habilidade social para o manejo de relações grupais de trabalho, entre outras. Uma experiência muito rica para minha experiência profissional! (ENTREVISTADO 6, 2020, informação concedida em 15/10/2020).

Como descrito pelo Conselho Federal de Psicologia (1992), entre as atribuições do profissional psicólogo no Brasil está a produção de conhecimento científico através da análise de aspectos do comportamento humano e sua dinâmica intrapsíquica e nas relações sociais. A partir disso, elaborar troca de experiências para comunidade científica e a população em geral possibilitando o acesso desses conhecimentos e recursos estudados. Dessa forma, o projeto permitiu essa experiência de produção científica e disseminação do conhecimento científico para a comunidade de João Pessoa.

Ainda como discutido por Cruz e Schultz (2009), na formação do psicólogo faz-se necessário o desenvolvimento de diversas competências, como profissionais, utilizar os conhecimentos adquiridos durante a formação; interpessoais, a capacidade de comunicar-se e trabalhar em equipe; participativas, a habilidade de ser cooperativo e solidário. Além disso, habilidades de organizar o seu trabalho e assumir suas responsabilidades, entre outras. Acerca do desenvolvimento dessas competências, pode ser analisado no trecho inicial do relato à medida que a extensionista compreende o projeto como um local para pôr em prática os conhecimentos adquiridos no processo de ensino-aprendizagem no curso de psicologia. Ainda é possível inferir também a presença das demais competências à medida que a extensionista relata sobre seu trabalho em equipe.

Sobre a inteligência emocional, Goleman (2012) compreende pilares que a constitui, entre essas a autogestão e o gerenciamento de relacionamentos. Esses pilares podem ser encontrados no relato da extensionista quando esta fala sobre a importância de habilidades para o manejo de imprevistos, compreendendo o pilar da autogestão e o trabalho em grupo, que abarca o gerenciamento de relacionamentos. Diversos estudos apontam a importância da inteligência emocional como primordiais em ambientes de trabalho e para o desenvolvimento profissional (SOUSA, 2021; FONSECA et al, 2021).

Por fim, outra questão a ser abordada é a escuta psicológica, como discutido por Braga, Daltro & Danon (2012), que é um instrumento do profissional psicólogo que está presente em diferentes contextos de atuação. Para Carl Rogers (2007), a escuta do psicólogo deve ser atenta e não-julgadora, para isso, é necessário ouvir de forma empática as experiências e perspectivas do outro, isso porque a escuta qualificada possui um poder curativo (Cavalcante, 2008). Dessa forma, está evidente a contribuição do projeto para o treinamento do instrumento da escuta psicológica e empática, para

impulsionar o processo de formação profissional como psicóloga, além das demais habilidades e competências praticadas no decorrer da extensão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto “Ensino da felicidade *online* para moradores de João Pessoa visando proporcionar bem-estar e saúde emocional no período atual de mudança social” foi considerado o de maior excelência para o combate ao COVID-19 na cidade de João Pessoa. Seu objetivo foi promover, para além dos muros da UFPB, bem-estar e saúde mental e emocional em tempos de pandemia e isolamento social, segundo o Edital “UFPB no seu município” nº 04/2020.

O projeto contemplou os três principais eixos da Universidade Federal da Paraíba - ensino, pesquisa e extensão - para produzir benefícios sociais para a população de João Pessoa, por meio da mobilização entre professores, extensionistas e colaboradores na assistência a uma parcela da população no município capital da Paraíba. Ademais, englobou estudos de interesse acadêmico de modo a contribuir para os conhecimentos científicos na área da Psicologia Positiva.

Sobre os resultados do presente trabalho, a partir dos relatos coletados, vê-se que as emoções positivas foram gradualmente tomando conta dos envolvidos, à medida que cada um permitiu o desenrolar dessas emoções, por meio do conhecimento da teoria e de práticas da psicologia positiva. Percebeu-se que, após o contato e prática da psicologia positiva, houve um aumento em emoções positivas, verificando assim, o desdobramento das virtudes e potencialidades que propiciaram a diminuição de sintomáticas ansiosas e depressivas ou a passagem do processo de luto. Observa-se, portanto, a partir dos relatos, um novo despertar para um estilo de vida e o autoconhecimento, além de uma inspiração para novas formas de enfrentar as adversidades.

Além disso, é evidente para a equipe interna, entre professores e extensionistas, todo o aprendizado cidadão e acadêmico-profissionalizante que desenvolveram a partir da experiência no projeto, o que certamente será refletido em suas atuações como profissionais.

Por fim, ressalta-se que os resultados evidenciam sucesso satisfatório da atuação de toda equipe do projeto, mas ainda reverberam em atuações paralelas a UFPB, a exemplo de encontros mensais, denominados pelos participantes de “Módulo III”, em que equipe interna e alunos se reencontram para estreitar as relações e continuar como rede de apoio e grupo de estudo acerca da ciência do bem-estar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARDIN, L. Análise de conteúdo. 3ª. Lisboa: Edições, v. 70, n. 1, p. 223, 2004.
- BATISTA, M. K. et al. Slow movement: trabalho e experimentação do tempo na vida líquido-moderna. *Psicologia & Sociedade*, Recife/PE, Brasil, v. 25, p. 30-39, Maio 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/q5nqRFvdPmx5MfrRQhqCqwC/> Acessado em: Dezem, 2020.
- BBC NEWS. Como o avanço do coronavírus já impacta economia do Brasil e do mundo - BBC News Brasil. 2020a. disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-51358563>>. acesso em: 30 mar. 2021.
- BBC News. Coronavírus: o efeito psicológico da quarentena forçada para tentar conter a covid-19 - BBC News Brasil. 2020b. Brasil, disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/geral-51800944>>. acesso em: 20 jun. 2021.
- BRAGA, A. A. NM; DALTRO, M. R.; DANON, C. A. F. A escuta clínica: um instrumento de intervenção do psicólogo em diferentes contextos. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, Salvador/Brasil, v. 1, n. 1, Dezem, 2012. Disponível em: <https://journals.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/44> Acessado em: Dezem, 2020.
- BOWLBY, J. Perda: tristeza e depressão. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- CAVALCANTE, F. S; SOUZA, A. F. Humanismo de funcionamento pleno: tendência formativa na abordagem centrada na pessoa: ACP. *Alínea*, Cap. 5, 2008. Disponível em: <https://seer.pgsskroton.com/renc/article/view/2512/2405> Acessado em: Dezem, 2020.
- CASTRO, F. S. et al. Atentando-se ao mindfulness: uma revisão sistemática para análise dos conceitos, fundamentos, aplicabilidade e efetividade da técnica no contexto da terapia cognitiva. 2014. 170. Dissertação em Psicologia na Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/17214> Acessado em: Dezem, 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Atribuições Profissionais do Psicólogo no Brasil. 1992. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2008/08/atr_prof_psicologo.pdf acesso em: 30 mar. 2021.
- CRUZ, R. M.; SCHULTZ, V. Avaliação de competências profissionais e formação de psicólogos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro/RJ, v. 61, n. 3, p. 117-127, out. 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2290/229016554013.pdf> Acessado em: Dezem, 2020.
- DIENER. Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American psychologist*, EUA, v. 55, n. 1, p. 34, fev 2000. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2000-13324-004> Acessado em: Dezem, 2020.
- DA SILVA, G. HOMENKO, R. Budismo, *Psicologia Do Autoconhecimento*. São Paulo: Editora Pensamento, 2002.
- DECUYPERE, A.; AUDENAERT, M.; DECRAMER, A. Leader mindfulness: Well-being throughout the organization. *The Palgrave handbook of workplace well-being*, p. 1-28, 2020. Disponível em:

https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-3-030-02470-3_73-1 Acessado em: Dezem, 2020.

DE OLIVEIRA MENEZES, S. K.; FRANCISCO, D. J. Educação em tempos de pandemia: aspectos afetivos e sociais no processo de ensino e aprendizagem. *Revista Brasileira de Informática na Educação*, Porto Alegre/RS, v. 28, p. 985-1012, julho 2020. Disponível em: <http://milanesa.ime.usp.br/rbie/index.php/rbie/article/view/v28p985> Acessado em: Dezem, 2020.

DE OLIVEIRA, G F.; DE LIMA ALVES, J. F. Discutindo o conceito de autoconhecimento com alunos de ciências sociais. *ID on line, Urca/Rj* v. 5, n. 15, p. 12-17, jan. 2011. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/16> Acessado em: Dezem, 2020.

DE QUEIROZ, D. S. et al. Efeitos psicológicos e psicofisiológicos causados pelo isolamento social durante uma pandemia. *Unesc em Revista, Espírito Santo*, v. 4. n2, p. 143-159, abril 2020. Disponível em: <http://200.166.138.167/ojs/index.php/revistaunesc/article/view/261> Acessado em: Dezem, 2020.

DWECK, C. *Mindset: a nova psicologia do sucesso*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2017.

FÁVERO, A. A.; PAGLIARIN, L. L. P. A Formação Continuada De Professores Da Educação Superior: Um Estudo Das Legislações Nacionais. *Práxis Educacional, Vitória da Conquista*, v. 17, n. 44, p. 1-20, março 2021 Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?pid=S2178-26792021000100324&script=sci_arttext Acessado em: Fev. 2021

FONSECA, B. S. et al. A importância da inteligência emocional do líder na eficácia da equipa: um estudo em empresas de recursos humanos. 2021. 157. Dissertação de Mestrado em Gestão de Recursos Humanos no Instituto Politécnico de Gestão e Tecnologia, Portugal, 2021. Disponível em: <https://recil.ensinolusofona.pt/handle/10437/11755> Acessado em: Fev. 2021

FILGUEIRAS, A.; STULTS-KOLEHMAINEN, M. The relationship between behavioural and psychosocial factors among Brazilians in quarantine due to COVID-19. Available at SSRN 3566245, Abril, 2019. Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3566245 Acessado em: Fev. 2021

FREDRICKSON, B. L. *Positividade: Como encontrar a orça oculta das emoções positivas, superar a negatividade e alcançar o sucesso*. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 2009.

GOLEMAN, D. *Inteligência Emocional: A Teoria Revolucionária que Redefine o que é Ser Inteligente*, trad. M. Santarrita. Rio de Janeiro: Ed. Objetiva, 1995.

HONORÉ, C. *In Praise of Slowness: How A Worldwide Movement Is Challenging the Cult of Speed*. Nova York : Harper Collins pub. 2004.

KABAT-ZINN, J. *Atenção plena para iniciantes*. Rio de Janeiro: Sextante, 2017.

LEE DUCKWORTH, A.; STEEN, T. A.; SELIGMAN, M. Positive psychology in clinical practice. *Annu. Rev. Clin. Psychol. Pensilvânia*, v. 1, p. 629-651, abril, 2005. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144154> Acessado em: Fev. 2021

LIMA, C. I. B. F. A importância da psicologia positiva na administração do luto nas atividades do CBMMA. 2019, 66, Monografia em Oficiais Bombeiros Militares na Universidade Estadual do Maranhão, São Luiz, 2019. Disponível em: <https://repositorio.uema.br/handle/123456789/954> Acessado em: Fev. 2021

MAHLO, L.; WINDSOR, T. D. Older and more mindful? Age differences in mindfulness components and well-being. *Aging & Mental Health*, EUA, v. 25, n. 7, p. 1320-1331, março 2021. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607863.2020.1734915> Acessado em: jul. 2021

MAYBERRY, K. et al. A Scoping Review of Well-being Assessment and Interventions in Student Pharmacists. *American Journal of Pharmaceutical Education*, EUA, Ags. 2021. Disponível em: <https://www.ajpe.org/content/86/6/8793.abstract> Acessado em: nov, 2021

MENDES, D. S. G.. O *kahoot* na educação a distância (ead): ferramenta potencializadora do engajamento dos estudantes do curso de licenciatura em física nos conteúdos pedagógicos. CONGRESSO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO E TECNOLOGIAS. 2020. Maceio. Educação como (re)Existência: mudança, conscientização e reconhecimento. Maceio: Realize, 2020. Disponível em: https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2020/TRABALHO_EV140_MD1_SA19_ID5357_31082020180733.pdf Acessado em: nov, 2021

NUNES P. *Psicologia Positiva*, 49. 2008. Trabalho de Licenciatura, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal, 2008.

OLIVEIRA, A. L. Intervir Positivamente no Processo de Envelhecimento: Mindfulness, Qualidade de Vida e Bem-estar. *Intervenções e Mediações com Idosos*, p. 33, 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Histórico da pandemia de COVID-19 - OPAS/OMS. 2020. Disponível em:

<<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19#:~:text=Em%2031%20de%20dezembro%20de,identificada%20antes%20em%20seres%20humanos>>. acesso em: 13 mar. 2021.

PETERSON, C. et al. *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. EUA: Oxford University Press, 2004.

RAMOS, V. A. B. R. O processo de luto. *Psicologia-Portal do psicólogo. Psicologia- O portal do psicólogo*. 2016. Disponível em:

https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?o-processo-de-luto&codigo=A1021 Acesso em: mar., 2021.

ROGERS, C. R. *Terapia centrada sul cliente*. Molffeta: Edizioni La Meridiana, 2007.

ROSENBERG, M. B. *Comunicação não-violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais*. São Paulo: Editora Agora, 2006.

ŞAHIN, S. Mindfulness-Based Well-Being Interventions in Organizations and the COVID-19 Pandemic. In: *Handbook of Research on Clinical Applications of Meditation and Mindfulness-Based Interventions in Mental Health*. Pennsylvania: IGI Global, 2022. p. 195-212.

SCHLÖSSER, A.; CAMARGO, B. V. Contribuições de pesquisas brasileiras sobre o amor e relacionamentos amorosos. *Temas em Psicologia*, v. 22, n. 4, p. 795-808, 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751530010.pdf> Acesso em: jun, 2021.

SELIGMAN, M. Felicidade autêntica (Nova edição): Use a psicologia positiva para alcançar todo seu potencial. Rio de Janeiro: Objetiva, 2019.

SELIGMAN, M. Florescer. Rio de Janeiro: Objetiva, 2011.

SELIGMAN, M. Aprenda a ser otimista: como mudar sua mente e sua vida. Rio de Janeiro: Objetiva, 2019.

SIQUEIRA, M. M. M.; PADOVAM, V. A. R. Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: teoria e pesquisa*, Brasília, v. 24, n. 2, p. 201-209, jun, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/ZkX7Q4gd9mLQXnH7xbMgbpM/> Acesso em: jun, 2021.

SOARES, S. R.; CUNHA, M. I. da. Formação do professor: a docência universitária em busca de legitimidade. EDUFBA, 2010. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/cb> Acesso em: jun, 2021.

SOUSA, Y. R. Inteligência emocional nas organizações. 2021, 24 Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Administração) - Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, Brasília, 2021 Disponível em:

https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/740/1/Yann%20Rodrigues%20Sousa_0012055.pdf Acesso em: jun, 2021.

THADEI, J. Mediação e educação na atualidade: um diálogo com formadores de professores. *In* BACICH, L.; MORAN, J. Metodologias Ativas para uma educação inovadora: uma abordagem teórico-prática. Porto Alegre: Penso, 2018.

UFPB. Edital UFPB no seu município 2020 - Resultado Final — Universidade Federal da Paraíba - UFPB Pró-Reitoria de Extensão. 2020.

VEIGA, I. P. A. Docência universitária na educação superior. *Docência na Educação Superior*. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, v. 1, p. 87-98, 2006. Disponível em:

<https://www2.fag.edu.br/professores/solange/PESQUISA%20EM%20EDUCACAO/BIBLIOGRAFIA/VEIGA,%20Ilma%20Passos%20Alencastro.%20Doc%C3%Aancia%20univesit%C3%A1ria%20na%20educa%C3%A7%C3%A3o%20superior.pdf> Acesso em: jun, 2021.

ENTREVISTAS CONCEDIDAS

Entrevistado 1. PESQUISA SOBRE ENSINO DA FELICIDADE EM PERÍODO PANDÊMICO. Entrevista concedida a Maíra dos Santos. João Pessoa, 15/10/2020.

Entrevistado 2. PESQUISA SOBRE ENSINO DA FELICIDADE EM PERÍODO PANDÊMICO. Entrevista concedida a Maíra dos Santos. João Pessoa, 15/10/2020.

Entrevistado 3. PESQUISA SOBRE ENSINO DA FELICIDADE EM PERÍODO PANDÊMICO. Entrevista concedida a Maíra dos Santos. João Pessoa, 15/10/2020.

Entrevistado 4. PESQUISA SOBRE ENSINO DA FELICIDADE EM PERÍODO PANDÊMICO. Entrevista concedida a Maíra dos Santos. João Pessoa, 15/10/2020.

Entrevistado 5. PESQUISA SOBRE ENSINO DA FELICIDADE EM PERÍODO PANDÊMICO. Entrevista concedida a Maíra dos Santos. João Pessoa, 15/10/2020.

Entrevistado 6. PESQUISA SOBRE ENSINO DA FELICIDADE EM PERÍODO PANDÊMICO. Entrevista concedida a Maíra dos Santos. João Pessoa, 15/10/2020.

Capítulo 10



10.37423/230908212

O CONTEXTO DO ABUSO SEXUAL INFANTIL, SUAS CONSEQUÊNCIAS E POSSÍVEIS INTERVENÇÕES

Aleksandra Alves Pais

Centro Universitário Ingá – Uningá

Emanuely Buzuti Carnauba

Centro Universitário Ingá – Uningá

Letícia Faleiros Lemes

Centro Universitário Ingá – Uningá

Marcela Vargas Sampaio

Centro Universitário Ingá – Uningá

Maria Fernanda Franceschini Canuto

Centro Universitário Ingá – Uningá

Bruna Luzia Garcia de Oliveira

Centro Universitário Ingá – Uningá



Resumo: Nacionalmente, violações sexuais contra crianças crescem significativamente a cada ano e, por isso, o abuso sexual é considerado uma questão de saúde pública. O abuso sexual consiste em qualquer ato sexual ou tentativa de execução desse ato de modo que viole sexualmente outrem. Embora o tema seja objeto de ampla discussão, a população ainda carece de conhecimentos sobre o manejo adequado dessas situações, o que dificulta o acesso às intervenções corretas. Nesse sentido, o presente estudo procurou elucidar os danos psicológicos deixados por essa forma de violência, descrevendo o cenário do abuso sexual infantil, com o intuito de disseminar informações acerca das estratégias adequadas para lidar com a situação e suas possíveis formas de intervenções. Desse modo, esse estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa, a qual foi desenvolvida por meio do delineamento da pesquisa bibliográfica. Assim, os resultados mostram que o abuso sexual infantil é relevante e requer atenção para proteger as crianças, pois os abusadores têm uma conduta manipuladora e, por essa razão, é crucial que as famílias estejam sempre atentas. Sabe-se que o abuso afeta a saúde mental das vítimas, gerando traumas em qualquer fase da vida. Portanto, intervenções como apoio psicológico, ação escolar e judicial são fundamentais para promover recuperação, prevenir danos a longo prazo e proteger contra revitimização. As conclusões resultantes da pesquisa destacam-se a importância de entender e combater o abuso sexual infantil, protegendo e apoiando as vítimas para que possam se recuperar e desenvolver uma vida mais saudável e resiliente.

Palavras-chave: Abuso sexual infantil. Consequências psicológicas. Intervenções.

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo possui o objetivo de compreender o cenário do abuso sexual infantil, com o intuito de apresentar informações acerca das estratégias adequadas para lidar com a situação e, mais especificamente, entender a respeito da conduta do abusador sexual das crianças e adolescentes, estudar quais são os traumas psicológicos causados às vítimas, além de apresentar possíveis formas de intervenções.

O abuso sexual é definido como uma forma de violência em que o agressor submete a vítima a atividades de natureza sexual, coagindo-a a realizar tais atos. Esse processo envolve o controle tanto físico quanto psicológico, geralmente exercido de maneira agressiva e dominadora pelo agressor (Campos & Faleiros, como citado em Penso, Costa, Almeida & Ribeiro, 2009).

Atos de abuso sexual infantil têm uma longa história, sendo registrados em muitas sociedades ao longo do tempo, porém com pouca discussão sobre o assunto (Blanchard, como citado em Amazarray & Koller, 2002). No entanto, nos tempos atuais, o abuso sexual emerge como uma questão de grande relevância, com foco particular na vítima.

Neste artigo, toma-se como foco da pesquisa a criança vítima de abuso. O abuso sexual infantil é uma preocupação que exige uma atenção urgente. Conforme relatos do Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2022 testemunhou o maior número de casos registrados de estupro e estupro de vulnerável na história do país, com um total de 74.930 vítimas. Isso equivale a aproximadamente um caso registrado a cada 7 minutos, revelando uma incidência significativa de casos (Rezende, 2023).

Conforme observado por Rezende (2023), o aumento acentuado nas estatísticas de estupros pode ser atribuído, em parte, à pandemia de Covid-19 e ao subsequente fechamento das escolas. Esses eventos criaram um ambiente propício para a prevalência de abusos no seio das famílias, que permaneceram ocultos até que o retorno das crianças ao ambiente escolar trouxesse à tona esses casos. Adicionalmente, o abuso sexual pode provocar impactos variados e de diferentes intensidades no desenvolvimento cognitivo, afetivo e social de crianças e adolescentes (Cogo, Mahl, Oliveira, Hoch & Battisti, 2011).

Os sintomas mais comuns em pré-escolares são: ansiedade, pesadelos, transtorno de *stress* pós-traumático e comportamento sexual inapropriado. Para as crianças em idade escolar, os sintomas mais comuns incluem: medo, distúrbios neuróticos, agressão, pesadelos, problemas escolares, hiperatividade e comportamento regressivo. (Amazarray & Koller, 2002, p. 9).

Nesse contexto, é importante destacar a presença de fatores que exercem influência sobre esses danos psicológicos, conforme detalhado por Amazarray e Koller (2002). Esses fatores incluem a idade da criança, a diferença de idade entre a criança e o agressor, o período de exposição ao abuso, o nível de violência envolvida, a proximidade do relacionamento entre o agressor e a vítima, a falta de figuras protetoras e sistemas de apoio, bem como o grau de sigilo e ameaças direcionadas à criança.

Dessa forma, o abuso sexual infantil configura-se como uma relação de controle desequilibrado, em que o agressor explora o sentimento de dependência e segurança que a vítima nutre em relação a ele para cometer o abuso. Por outro lado, a vítima assume uma posição de submissão, sendo, muitas vezes, incapaz de compreender verdadeiramente a natureza dessa relação no contexto de suas inúmeras outras interações com seus pais ou cuidadores (Penso et al., 2009).

Ainda, conforme explicado por Paixão (2011), o abuso sexual pode ser classificado como extrafamiliar ou intrafamiliar. A violência extrafamiliar se manifesta em situações que envolvem exploração comercial, estupro ou pornografia infantil, frequentemente com uma pessoa pouco conhecida ou totalmente desconhecida. Enquanto isso, a violência intrafamiliar ocorre quando o abuso é perpetrado por alguém diretamente ligado à vítima, ou seja, no contexto da família. De acordo com Rezende (2023, p. 1) “entre as crianças e adolescentes com até 13 anos de idade vítimas de estupro no ano passado, os principais autores são familiares (64,4% dos casos) e 21,6% são conhecidos da vítima, mas sem relação de parentesco”. Aliás, os dados refutam o senso comum, o qual sugere que os abusos sexuais ocorrem com maior frequência em espaços públicos, verifica-se, no entanto, que grande parte dos casos de estupro se dão na residência das vítimas.

É possível notar que o movimento dos direitos da criança vem crescendo bem como o conhecimento e preocupação com saúde física e mental dela. Porém, segundo Amazarray e Koller (2002, p. 2), infelizmente observa-se um "despreparo generalizado envolvendo desde os profissionais da área de saúde, educadores e juristas até as instituições escolares, hospitalares e jurídicas, em manejar e tratar adequadamente os casos surgidos". Por isso, o papel e o conhecimento do psicólogo são de suma importância, já que traz um melhor desempenho no âmbito profissional, ao mesmo tempo que melhora a qualidade das intervenções terapêuticas.

No que diz respeito às ocupações profissionais, alguns estudos sugerem que assistentes sociais, psicólogos e agentes policiais geralmente percebem casos de abuso sexual como mais graves em comparação com outros profissionais, como médicos e advogados. (Pereira, 2006). Para crianças que

são vítimas de abuso, como sugerido por Pelisoli e Piccoloto (2010), é essencial que a família mantenha uma comunicação regular com entidades como o Conselho Tutelar, Juizado da Infância e Juventude, Serviços da Política Pública de Assistência Social, Serviços de Saúde e instituições judiciais. Isso se deve à natureza multidisciplinar do acompanhamento, que tem como objetivo assegurar a proteção e o bem-estar da criança.

O abuso sexual de crianças é considerado, portanto, um problema de saúde pública, pois, além de ser prevalente, traz consigo repercussões que comprometem o social e psicológico, a curto e longo prazo. Nesse contexto, trata-se de um fenômeno prejudicial que acarreta uma série de impactos negativos no desenvolvimento, abrangendo não apenas o aspecto físico, mas também o comportamental, afetivo, de aprendizagem ou psicológico, envolvendo não só a vítima como também sua família. (Pelisoli, 2008).

A situação do abuso sexual apresenta-se como um motivo de grande preocupação, visto que dele advêm inúmeras consequências que repercutem ao longo da vida da criança. Embora o tema seja objeto de ampla discussão, a população ainda carece de conhecimentos sobre o gerenciamento adequado dessas situações, o que dificulta o acesso às intervenções corretas.

Desta forma, o presente estudo busca contribuir com informações que possam auxiliar os responsáveis no amparo e proteção das vítimas. A pesquisa visa ainda combater essa grave questão social, uma vez que também corrobora com a identificação das características do abusador, como em seu modo de agir direcionado às crianças.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa, a qual foi desenvolvida por meio do delineamento de pesquisa bibliográfica. De acordo com Amaral (2007), esse procedimento consiste em coletar, selecionar, catalogar e arquivar os dados e informações relevantes para a pesquisa. Além disso, segundo Gil (2002, p.44), “[...] a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”.

Este estudo seguiu as seguintes etapas: definição do tema e objetivos, estabelecimento dos critérios de inclusão dos artigos, definição da informação a ser extraída dos artigos selecionados, seleção dos artigos e apresentação da revisão relacionada aos objetivos do trabalho. Nesse sentido, o primeiro critério de inclusão dos artigos foi o idioma, em que se optou por restringir a pesquisa aos trabalhos em português, incluindo português de Portugal, e o segundo critério foi o ano dos artigos publicados,

no qual se optou por artigos a partir dos anos 2000 até a atualidade, artigos anteriores à esse período foram recusados.

Os materiais utilizados para a pesquisa foram matérias de sites e revistas, artigos científicos, dissertações e monografias publicados entre os anos de 2002 a 2023. Para coletar dados e elaborar a revisão bibliográfica, atingindo conhecimento acerca das questões envolvidas na temática, foi empregado a base de dados eletrônica *Scientific Eletronic Library online* (SciELO), Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC) e Google Acadêmico. Além disso, a pesquisa ocorreu durante os meses de março a agosto e, após a seleção dos textos para extrair as definições sobre o tema, foi realizada a leitura e interpretação deles. Os seguintes descritores de busca foram aceitos para compor o estudo: abuso sexual infantil, traumas psicológicos e intervenções.

3. RESULTADOS

3.1 A CONDUTA DO ABUSADOR SEXUAL RELACIONADA ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

O abuso sexual infantojuvenil envolve atos ou jogos de natureza sexual, nos quais um adulto submete crianças e/ou adolescentes a estímulos ou satisfação sexual, fazendo uso de sua autoridade, seja por meio de coerção física, ameaças ou manipulação, incluindo abordagens verbais ou uso de presentes. Além disso, pode manifestar-se como uma forma de exploração sexual, ao incentivar a prostituição, envolver em situações de escravidão sexual, promover o turismo sexual ou produzir pornografia infantil (Ministério Público de Santa Catarina [MPSC], 2022).

Desse modo, é preciso observar certas atitudes de alguns adultos quando estão próximos a crianças ou adolescentes, visto que “caracteriza e relaciona o molestador sexual como aquele que insiste em abraçar, pegar, beijar, fazer cócegas ou segurar a criança mesmo que não queira, conversa sobre atividades sexuais, dá presentes ou dinheiro sem razão” (Queiroz, como citado em Juvêncio, 2015, p.1). Além disso, a maioria dos casos de abuso sexual contra crianças e adolescentes são cometidos por conhecidos, ou seja, por familiares ou amigos próximos que convivem com a criança.

Em contraste com a concepção comum, os agressores sexuais não se destacam como indivíduos evidentemente violentos aos olhos de observadores externos. É importante reconhecer que, embora tais agressores existam, eles não constituem a maioria dos autores desses atos. Na verdade, a maioria dos agressores sexuais de crianças e adolescentes são homens heterossexuais que mantêm relacionamentos com outros adultos. (Xavier, como citado em Juvêncio, 2015).

No contexto dos pedófilos, por outro lado, a sua motivação reside na busca por corpos infantis para satisfazer seus desejos sexuais. Em outras palavras, é raro que um pedófilo sinta atração por adultos, embora possam manter relações sexuais com adultos, não experimentam o mesmo nível de satisfação sexual que obtêm quando envolvidos com crianças. É fundamental destacar essa distinção para diferenciar os pedófilos dos agressores sexuais que podem encontrar prazer em ambos os contextos (Libório & Castro, 2010).

Adicionalmente, os aliciadores sexuais exploram crianças e adolescentes com objetivos comerciais, obtendo lucro a partir dessa exploração, em vez de buscar satisfação sexual. Há também aqueles que abusam ou exploram crianças e adolescentes não apenas por um maior prazer proporcionado pela imaturidade física e emocional desses jovens, mas também pelo fato de estarem mais vulneráveis em determinadas circunstâncias para atividades sexuais. Além disso, não se deve ignorar os casos em que os abusadores realizam tais atos como forma de se aproveitar do poder que têm sobre as crianças e os jovens (Libório & Castro, 2010).

De acordo com Marques (2014), de modo mais detalhado, a exploração sexual de crianças está sujeita a diversas questões, isto inclui a propensão do agressor em escolher a vítima, compreender suas necessidades e atendê-las, o intervalo de tempo dedicado à ação e a habilidade do agressor em seduzir e controlar a vítima, isolando-a do entorno, o que dificulta qualquer reconhecimento do processo ou intervenção externa.

Ademais, outro fator relevante para ocorrência de casos de abuso é o aspecto familiar, visto que “as famílias onde ocorre o abuso sexual têm sido caracterizadas como menos coesas, mais desorganizadas e mais disfuncionais, quando comparadas com as famílias nas quais não ocorre o abuso” (Berliner & Elliot, como citado em Marques, 2014, p.12). Desse modo, nesse âmbito familiar, é comum que as crianças fiquem mais expostas ao indivíduo abusador, que adentra a família ganhando a confiança dela. Além disso, crianças que possuem pais adolescentes, pais substitutos (padrastos), pais que foram vítimas de abuso ou que utilizam substâncias ilícitas correm um maior risco de serem vítimas de abuso intrafamiliar, isto é, abuso cometido por familiares (Loiselle & Friedman, como citado em Marques, 2014).

Infelizmente crianças e adolescentes ainda ficam vulneráveis a esses indivíduos mal-intencionados, cuja intenção é satisfazer-se sexualmente ou explorá-los. Portanto, é de suma importância que a sociedade amplie o olhar para essa questão.

3.2 OS TRAUMAS PSICOLÓGICOS DEIXADOS PELO ABUSO SEXUAL EM CRIANÇAS

O abuso sexual infantil é um tipo de violência sexual realizada contra crianças, associado a danos de longo prazo, tanto para a saúde mental quanto para as relações interpessoais, podendo desencadear sofrimentos graves e transtornos psíquicos. Por isso, o abuso sexual infantil é facilitador para a manifestação de psicopatologias graves, prejudicando o âmbito psicológico, afetivo e social da vítima. Os efeitos do abuso na infância podem aparecer de várias maneiras, em qualquer idade da vida. (Landim, Miranda, Lira, Femoseli & Oliveira, 2021, p. 225).

De acordo com Couto, Luiz e Souza (2018), Freud descreve o trauma como algo que pode ser experimentado, imaginado ou apenas fantasiado, muitas vezes sem causar impacto imediato. Quando reprimido, pode emergir posteriormente na forma de sintomas. Isso ocorre porque situações traumáticas geralmente resultam em um excesso pulsional, deixando o indivíduo com recursos insuficientes para elaborar o evento. No caso do abuso sexual infantil, as crianças ainda não têm sua sexualidade completamente desenvolvida, o que cria dificuldades na simbolização e, conseqüentemente, pode levar ao trauma.

Nesse sentido, “a exposição a eventos traumáticos na infância, como o abuso sexual, pode intervir no processo de maturação e organização cerebral, devido à hiperativação dos sistemas neurais de respostas ao estresse” (Borges & Dell’aglio, 2008, p. 372). Por isso, para a psicanálise, os processos sexuais estão no centro dos traumas psíquicos.

De acordo com Oliveira e Santos (2006), o trauma pode ser mais acentuado nas seguintes situações: quando a criança possui uma interligação com o agressor; quando o abuso se estende por um período duradouro e se repete; quando envolve atos sexuais que incluem penetração; quando é conduzido por violência e agressão. Sendo assim, há diversos fatores que influenciam na experiência sexual traumática, como o tipo de experiência vivida, a relação entre eles, a força e o poder utilizados pelo abusador, influenciando também no grau de severidade dos traumas e no impacto do desenvolvimento emocional e cognitivo da criança, como a idade da criança, quando houve o início da violência, a duração e quantidade de vezes em que o abuso ocorreu, o grau de violência utilizado no momento da situação, a diferença de idade entre a pessoa que cometeu e a que sofreu o abuso, se existe algum tipo de vínculo entre o abusador e a vítima e o acompanhamento de ameaças (violência psicológica) caso o abuso seja revelado. Ainda para Oliveira e Santos (2006), um dos traumas mais

prejudiciais pode surgir em decorrência da reação dos adultos e dos profissionais ao lidar com a revelação.

Muitas vezes, há por parte da criança o sentimento de traição pois as pessoas (mãe, irmãos mais velhos, etc.) que a deveriam proteger não o fizeram. A criança procura meios para sair da referida situação, mas não vê meios, sendo submetida pelo adulto, tornando a situação ainda mais traumática. A criança vive com o estigma do abuso, bem como a pergunta de por que foi a escolhida. Esses fatores podem ser os preditores do impacto do abuso no desenvolvimento emocional e cognitivo da criança. O vínculo da criança, bem como os laços afetivos que ligam a vítima ao abusador, se relacionam com o impacto da situação traumática na vida da criança. (Couto et al., 2018, p.29)

Os sintomas podem se manifestar em todas as áreas da vida da criança, podendo ser vistos como a materialização, tanto no corpo quanto no comportamento, do que a criança ou adolescente enfrentou, ou seja, após vivenciar a violação de seu próprio corpo, há uma manifestação de respostas físicas ou corporais, independentemente de sua idade, uma vez que novas sensações foram despertadas e não puderam ser assimiladas. (Prado, como citado em Florentino, 2015).

Desse modo, “as consequências do abuso sexual em crianças estão presentes em todos os aspectos da condição humana, deixando marcas físicas, psíquicas, sociais, sexuais, entre outras” (Florentino, 2015, p. 140). Como Landim et al. (2021, p. 230) explicam:

Hiperatividade ou retraimento; baixa autoestima; dificuldade de relacionamento com outras crianças ou com adultos, acompanhada de reações de medo, fobia ou vergonha; culpa, depressão, ansiedade e outros transtornos afetivos; distorção da imagem corporal; enurese e/ou encoprese; amadurecimento sexual precoce, ou masturbação compulsiva; gravidez e tentativas de suicídio também estão associadas à violência sexual.

Para Bianco e Tosta (2021), traumas infantis que são intencionais, crônicos e surgem de relações interpessoais estão associados a uma maior probabilidade de desenvolver transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de personalidade borderline, depressão, ansiedade, comportamento antissocial e um aumento no risco de abuso de álcool e substâncias. Além disso, a exposição repetida a traumas na infância, em múltiplas ocasiões, resulta em consequências severas que afetam várias áreas do desenvolvimento, levando a sintomas e distúrbios que podem persistir até a idade adulta, inclusive aumentando o risco de suicídio.

Portanto, conforme as fontes mencionadas, pode-se inferir que o abuso sexual acarreta prejuízos significativos tanto à saúde física quanto à saúde mental dos indivíduos afetados. Dessa forma, sua potencialidade em desencadear complicações de longo prazo em múltiplos domínios da existência torna-se evidente. Este evento traumático, particularmente perpetrado por agressores em

proximidade direta, assume um impacto traumático mais substancial, ampliando as ramificações do trauma e suas subseqüências. Acrescenta-se que as sequelas deste ato ilícito podem manifestar-se em forma de transtornos e disfunções de natureza cognitiva, física e psíquica.

3.3 POSSÍVEIS FORMAS DE INTERVENÇÕES

O processo de revelação do abuso sexual é o principal elemento para compreendê-lo, relacioná-lo às suas possíveis consequências e para que seja possível buscar uma intervenção. Segundo Santos e Dell'Aglio (2010), é importante estudar tanto o que impede as vítimas de revelarem o abuso, como o que as encoraja a contar, a fim de ajudar a reduzir os impactos negativos após revelar o segredo do abuso. Isso é essencial para prevenir que voltem a ser vítimas ou que enfrentem problemas depois de denunciarem. De acordo com Silva, Oliveira e Santos (2021) a confiabilidade que a vítima recebe, assim como a existência de uma rede de apoio social e afetiva, desempenham um papel crucial no prognóstico favorável para a vítima. Além disso, após a exposição desse abuso, é fundamental que as medidas de intervenção sejam implementadas prontamente.

As intervenções dentro de famílias nas quais ocorreram o abuso sexual infantil podem vir de diversas formas e por diversos profissionais diferentes. No momento em que a intervenção ocorre em uma família na qual o abuso ocorreu, a autonomia da família é reduzida, uma vez que as responsabilidades legais e o compromisso com a proteção infantil exigem a intervenção de entidades externas, estabelecendo assim um sistema de colaboração entre a família e os profissionais (Furniss, como citado em Pereira, 2006).

Ademais, o momento da intervenção judicial é quando geralmente se tem o primeiro contato entre a família da vítima e o meio profissional, pois é onde ocorre a denúncia e as primeiras medidas protetivas em relação a criança, conforme Pereira (2006). No âmbito judicial, alguns tipos de intervenções realizadas são, por exemplo, investigações nas quais se coletam evidências do abuso realizado; processo criminal, caso haja provas suficientes sobre o caso; proteção a vítima, podendo haver ordem de restrição que impede contato entre agressor e vítima; acompanhamento psicológico dessa criança e também assistência jurídica à vítima e família durante todo o processo, sendo assim, os “operadores do Direito necessitam aplicar a lei maior (Constituição Federal) assim como o Estatuto da Criança e do Adolescente para garantir a sua proteção integral e responsabilizar o agressor” (Froner & Ramires, 2008, p. 270).

Além disso, a escola representa um ambiente propício para identificar e intervir em casos de abuso sexual infantil, devendo concentrar seus esforços na melhoria da qualidade de vida das crianças, na promoção da cidadania e, sobretudo, na capacitação contínua dos profissionais para lidar com situações de abuso (Brino & Williams, conforme citado em Pereira, 2006). Por isso, é importante que haja a formação dos profissionais que fazem parte da equipe escolar para detectar sinais e sintomas de abuso sexual, como também para saberem lidar, posteriormente, com as suspeitas ou revelações dessas crianças. Segundo Pelisoli e Piccoloto (2010, p. 124) o “uso de vídeos educativos, oficinas, palestras com profissionais de diferentes áreas (direito, psicologia, etc.) são algumas das alternativas que podem ser utilizadas” dentro da escola como intervenção/prevenção do abuso sexual infantil.

De acordo com Pereira (2006), em uma intervenção institucional, é essencial contar com uma equipe técnica interdisciplinar, visando proporcionar às crianças vitimizadas um desenvolvimento voltado para a cidadania. Dentro desse tipo de intervenção, “a criança é encaminhada a iniciar um acompanhamento psicossocial para restaurar e fortalecer o vínculo familiar enfraquecido e trabalhar para que as consequências do abuso sejam superadas ou amenizadas, para que futuramente não ocorra o rompimento dos vínculos” (Conceição, 2019, p. 105).

Sendo assim, também cabe a intervenção por parte dos psicólogos. Esse tipo de intervenção pode ocorrer em mais de um ambiente, podendo ser no contexto escolar, de saúde, jurídico ou na própria clínica privada, visto que as crianças vítimas de abuso sexual sofrem um impacto psicológico e emocional muito grande, necessitando de apoio psicológico especializado. De fato, a relutância das crianças em comunicar o abuso representa um dos principais desafios para a intervenção adequada. Portanto, destaca-se a relevância da intervenção psicológica, na qual o terapeuta se esforça para superar a síndrome do segredo que envolve o incidente, permitindo que os eventos relatados pela criança sejam estabelecidos com clareza (Manita, como citado em Pereira, 2006).

Em se tratando das intervenções desenvolvidas pelo psicólogo junto às crianças e adolescentes vítimas de abuso e exploração sexual, estas são embasadas no processo de escuta dos mesmos, considerando-os como sujeitos em suas realidades físicas e psíquicas, tendo como referência a especificidade do funcionamento e o nível de desenvolvimento e maturidade sexual em que se encontram. (Pacheco & Marques, 2009, p. 78).

Desse modo, outra forma de intervenção envolve profissionais da área da saúde, com destaque para os médicos legistas, que desempenham um papel crucial na fase inicial do processo de investigação. Eles desempenham funções importantes no diagnóstico e na identificação de casos de abuso, bem como na avaliação das necessidades das crianças envolvidas. Nesse contexto, os médicos têm a

responsabilidade de orientar sobre os cuidados necessários com a vítima, a fim de preservar quaisquer evidências que possam existir. Eles também devem discutir a situação com a entidade ou pessoa que solicitou o exame, enfatizando a urgência do caso. Além disso, é essencial obter a autorização do responsável legal da criança ou o consentimento dela para realizar o exame. Durante esse processo, é fundamental explicar o propósito do exame e as técnicas que serão utilizadas. O exame em si deve ser minucioso, incluindo uma avaliação abrangente do desenvolvimento psicomotor e sexual da vítima (Pereira, 2006).

Portanto, há também outra forma de ver as intervenções, segundo Pelisoli e Piccoloto (2010), as intervenções podem ser categorizadas de acordo com diferentes abordagens. Em primeiro lugar, temos as intervenções primárias, que se concentram na conscientização dos profissionais para medidas preventivas. Isso envolve a educação da população sobre questões de violência, visando melhorar a qualidade de vida e capacitar os profissionais para lidar com situações de violência, além de promover a cidadania por meio de pesquisas. Em seguida, as intervenções secundárias têm como principal objetivo a identificação precoce e intervenção em casos de violência infantil. Por fim, as intervenções terciárias estão centradas na promoção de serviços de saúde abrangentes para tratamento e reabilitação, geralmente envolvendo equipes multidisciplinares.

O abuso sexual infantil é uma questão grave e requer intervenções adequadas por diversas razões. Primeiramente, é uma violação séria dos direitos e segurança das crianças, com efeitos prejudiciais de curto e longo prazo em seu bem-estar físico, emocional e psicológico. Por isso, intervir precocemente é essencial para garantir a segurança das crianças e promover sua recuperação. As intervenções visam ajudar as vítimas a lidar com o trauma, reconstruir a autoestima e desenvolver habilidades saudáveis de enfrentamento.

É fundamental também responsabilizar os agressores e prevenir danos a outras crianças, sendo essencial também educar a comunidade sobre os sinais de abuso e combater o estigma associado às vítimas. A abordagem multidisciplinar, envolvendo profissionais das áreas judiciais, educacionais, sociais e de saúde é imprescindível para apoiar as famílias e crianças afetadas, visto que a detecção precoce, o rompimento do silêncio e a restauração dos vínculos familiares são cruciais nas intervenções. Sendo assim, ao atuar em diferentes níveis - prevenção, identificação precoce e tratamento - podemos fortalecer a capacidade de combater o abuso sexual infantil e criar um ambiente onde as vítimas possam recuperar sua dignidade, confiança e cidadania.

4. DISCUSSÃO

Mostra-se, então, a importância de se discutir o tema, para que cada vez mais pessoas obtenham conhecimento das consequências do abuso sexual em crianças com o intuito de protegê-las. É preciso manter uma atenta observação nas relações entre adultos e crianças, já que os abusadores, em geral, apresentam-se como pessoas carinhosas, que gostam de abraçar, fazer cócegas, pegar, beijar, presentear e se sentirem íntimos. É válido ressaltar também o seu poder de persuasão, pois os abusadores, em sua maioria, são manipuladores e conseguem disfarçar suas reais intenções. Por isso, é preciso que as famílias estejam atentas e procurem evitar que suas crianças fiquem expostas a abusadores e evitem que ele ganhe a confiança das crianças.

Ademais, em se tratando do abuso sexual em crianças, observa-se o impacto desse fato na vida psíquica, culminando em traumas e prejuízos à saúde e ao desenvolvimento da criança, pois há uma dominação física e psicológica de forma violenta em indivíduos mais vulneráveis e dependentes. Nesse sentido, o abuso sexual é um facilitador para manifestação de psicopatologias graves que poderão estar presentes em qualquer etapa da vida.

Para Borges e Dell'aglio (2008), o abuso sexual pode afetar o desenvolvimento e organização do cérebro, pois leva a uma ativação excessiva dos sistemas neurais responsáveis pelas respostas ao estresse. Nota-se que há vários fatores que influenciam na experiência traumática, como a simbolização do ocorrido, a relação entre abusador e vítima, a idade da criança, a duração do ato, entre outros. Além disso, um ponto relevante para ocasionar o abalo emocional é a reação dos adultos diante da revelação que a criança faz. Por exemplo, mães de meninas vítimas de abuso têm a possibilidade de adotar dois posicionamentos distintos após a revelação: a de colaboradoras para com a agressão ou de defensoras da criança. Elementos como a carência de conhecimento sobre recursos de apoio, a dependência econômica em relação ao agressor e um histórico de violência sexual podem impactar de maneira adversa a resposta das mães (Santos & Dell'Aglio, como citado em Bonfante, Polli & Hohendorff, 2023).

Além disso, não é apenas nos traumas psíquicos que se encontram as marcas do abuso sexual, mas também deixam marcas físicas, sociais e sexuais. Destaca-se ainda, sintomas que os traumas infantis estão conectados, como transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de personalidade borderline, depressão, ansiedade, comportamento antissocial e um aumento no risco de abuso de álcool e substâncias (Bianco & Tosta, 2021).

Por isso, torna-se necessário evidenciar a importância de conhecer as possíveis formas de intervenções, para lidar de maneira mais eficaz com a situação e implementar as medidas protetivas adequadas para a criança como um todo. Essas intervenções abrangem a facilitação da recuperação psicológica da criança, prevenção de consequências a longo prazo, fortalecimento da autoestima, apoio social e familiar mais sólidos, além de proteger contra a revitimização, capacitando a criança a identificar potenciais riscos no futuro. Portanto, a relevância das intervenções para crianças que sofreram abuso sexual é indiscutível, uma vez que desempenham um papel fundamental na promoção da recuperação, minimização do impacto dos traumas e no desenvolvimento de uma vida mais saudável e resiliente.

5. CONCLUSÃO

Este trabalho buscou destacar os traumas e prejuízos psicológicos enfrentados por crianças vítimas de abuso sexual bem como expor as inúmeras consequências dessa violência para as vítimas. Esse estudo não objetiva esgotar o debate sobre a violência sexual, mas visa oferecer uma reflexão sobre como o ato violento pode afetar o desenvolvimento infantil.

Além disso, pretendeu-se examinar o contexto do abuso sexual infantil, considerando-o como uma temática de extrema relevância social. Buscou-se, igualmente, identificar estratégias adequadas para lidar com essa problemática, incluindo as possíveis formas de intervenção, reforçando a imperativa responsabilidade coletiva de proteger crianças e adolescentes de quaisquer riscos e perigos.

Nesse sentido, percebe-se que a dinâmica do abusador consiste em identificar uma criança ou adolescente que esteja vulnerável para que, deste modo, seja mais fácil atraí-la e cometer os atos de violência sexual. Além disso, os traumas decorrentes do abuso sexual na vida das crianças ou adolescentes são graves para o desenvolvimento infantil e causam prejuízos físicos e psicológicos, como por exemplo, depressão, ansiedade, risco de abuso de álcool e substâncias, etc.

Por fim, entende-se que o abuso sexual tem o potencial de desestruturar a vida da vítima que o sofre, sendo assim, o cuidado é fundamental na vida dessas crianças e adolescentes, até porque os abusadores podem ser qualquer pessoa de seu convívio. Por isso, é imprescindível acreditar nas crianças, protegê-las e escutá-las para não deixá-las vulneráveis a este tipo de situação, recorrendo ao apoio dos serviços e intervenções adequadas, pois os danos para vida dessa criança e adolescente são extremamente prejudiciais e difíceis de serem corrigidos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, João J. F. (2007). Como fazer uma pesquisa bibliográfica. Fortaleza, CE. Recuperado de <http://200.17.137.109:8081/xiscanoe/courses1/mentoring/tutoring/Como%20fazer%20pesquisa%20bibliografica.pdf>
- Amazarray, M. R., Koller, S. H. (2002). Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. *Psicologia: Reflexão e Crítica* [online], 11(3), pp. 559-578. doi: 10.1590/S0102-79721998000300014
- Bianco, O. M. D., Tosta, R. M. (2021). Abuso sexual infantil, trauma e depressão na vida adulta: um estudo de caso. *Gerai, Rev. Interinst. Psicol.*, 14(2), pp. 1-25. doi: 10.36298/gerais202114e16251
- Bonfante, A. D. A. B., Polli, L., & Hohendorff, J. V. (2023). Reações de mães de meninos vítimas de violência sexual diante da revelação. *Psicologia em Estudo*, 28, pp. 1-16. doi: 10.4025/psicoestud.v28i0.53140
- Borges, J. Dell'aglio, D. (2008). Relações entre abuso sexual na infância, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e prejuízos cognitivos. *Psicologia em Estudo*, 13 (2), pp. 371-379. doi: 10.1590/S1413-73722008000200020
- Cogo, K. S., Oliveira, L. A., Mahl, A. C., Hoch, V. A., & Battisti, P. (2011). Consequências psicológicas do abuso sexual infantil. *Unoesc & Ciência-ACHS*, 2(2), pp. 130-139. Recuperado de <https://periodicos.unoesc.edu.br/achs/article/view/667/pdf>
- Conceição, da. G. P. (2019). Abuso sexual intrafamiliar: atuação do serviço social. *Revista Mundo Acadêmico*, 11(16), pp. 95-115. Recuperado de <https://multivix.edu.br/wp-content/uploads/2019/04/revista-mundo-academico-v11-n16-artigo-06.pdf>
- Couto, B. F., Luiz, B. M. J., & Souza, D. P. (2018). O trauma na criança vítima de abuso sexual intrafamiliar na perspectiva psicanalítica freudiana. (Trabalho de Conclusão de Curso em Psicologia). Faculdades Unificadas de Teófilo Otoni, Teófilo Otoni, MG.
- Florentino, B. R. B. (2015). As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. *Fractal: Revista de Psicologia*, 27(2), pp. 139-144. doi: 10.1590/1984-0292/805
- Froner, J. P., & Ramires, V. R. R. (2008). Escuta de crianças vítimas de abuso sexual no âmbito jurídico: uma revisão crítica da literatura. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 18(40), pp. 267-278. doi: 10.1590/S0103-863X2008000200005
- Gil, A. C. (2002). Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo, SP: Atlas.
- Juvêncio, F. (2015). Abuso Sexual: vulnerabilidade às situações de riscos em menores. *Revista Acadêmica Online*. Recuperado de <https://www.revistaacademicaonline.com/products/abuso-sexual-vulnerabilidade-as-situacoes-de-riscos-em-menores/>
- Landim, C. C., Miranda, I. C. A., Lira, I. S., Fermoseli, A. F. O., & Oliveira, J. S. (2021). Transtorno de personalidade borderline como consequência do abuso sexual em crianças. *Ciências Biológicas e de Saúde Unit*, 6(3), pp. 224-234. Recuperado de <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiossaude/article/view/9495/4527>

Libório, R. M. C.; Castro, B. M. de. (2010) Abuso, exploração sexual e pedofilia: as intrincadas relações entre os conceitos e o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes. In Melo, E. R., Libório, R. M. C., de Castro, B. M., & Castro, M. G. Criança e Adolescente Direitos, Sexualidade e Reprodução. (pp. 19-41). São Paulo, SP: ABMP.

Marques, C. I. S. (2014). Modus operandi dos abusadores sexuais: características identificadas nas crianças abusadas. (Dissertação de Mestrado). Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, Portugal.

MPSC - O que é abuso e exploração sexual infantojuvenil?. MPSC - Ministério Público de Santa Catarina, 2022. Recuperado de <https://www.mpsc.mp.br/combate-a-violencia-e-a-exploracao-sexual-infanto-juvenil/o-que-e-abuso-e-exploracao-sexual-infantojuvenil>.

Oliveira, L. H.; Santos, C. S. S. (2006). As diferentes manifestações do transtorno de estresse pós traumático (TEPT) em crianças vítimas de abuso sexual. Rev. SBPH, 9(1), pp. 31-53. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v9n1/v9n1a04.pdf>

Pacheco, F. C. P. d., Marques, S. P. (2009). Intervenção Interdisciplinar no atendimento às Crianças e Adolescentes vítimas de Abuso Sexual e seus Familiares. Revista Investigação. 9(1), pp. 73-80. doi: 10.26843/investigacao.v9i1.40

Paixão, G. P. d. (2011). Violência sexual e rede de atendimento: o olhar dos profissionais do CREAS. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Social). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.

Pelisoli, C. d. L. (2008). Entre o público e o privado: Abuso sexual, família e rede de atendimento. (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

Pelisoli, C., & Piccoloto, L. B. (2010). Prevenção do abuso sexual infantil: Estratégias cognitivo-comportamentais na escola, na família e na comunidade. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 6(1), 108-137. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872010000100007

Penso, M. A., Costa, L. F., Almeida, T. M. C., & Ribeiro, M. A. (2009). Abuso sexual intrafamiliar na perspectiva das relações conjugais e familiares. Aletheia, (30), pp. 142-157. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1150/115013591012.pdf>

Pereira, A. R. L. P. (2006). Intervenção Social em Casos de Abuso Sexual a Menores. (Tese de Graduação em Serviço Social). Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.

Rezende, L. (2023, 20 de julho). Estupros batem recorde no Brasil: um caso é registrado a cada 7 minutos. CNN Brasil, on-line. Recuperado de <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/estupros-batem-recorde-no-brasil-um-caso-e-registrado-a-cada-7-minutos/>.

Santos, S. S. do., & Dell'Aglio, D. D. (2010). Quando o silêncio é rompido: o processo de revelação e notificação de abuso sexual infantil. Psicologia & Sociedade, 22(2), 328–335. doi: 10.1590/S0102-71822010000200013

Silva, A. P. J. d.; Oliveira, A. J. d.; Santos, F. E. d. (2021). Impacto na saúde mental de crianças vítimas de abuso sexual. Diaphora, 10(3), pp. 39-44. doi: 10.29327/217869.10.3-6.

Capítulo 11



10.37423/230908221

MUSICOTERAPIA E PESSOAS IDOSAS OCTOGENÁRIAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Magda da Silva Oliveira Menezes dos Santos

Unespar, Campus Curitiba II

Mariana Lacerda Arruda

Unespar, Campus Curitiba II

Liliane Martins Furtado Oliveira Lehtonen Souza

Universidade Federal do Paraná

Ana Caroline de Paula

Universidade Federal do Paraná

Jessica Alves da Silva

Universidade Federal do Paraná

Samantha Stefani Lino Nobre de Oliveira

Universidade Federal do Paraná

Lydio Roberto Silva

Unespar, Campus Curitiba II

Gislaine Cristina Vagetti

Unespar, Campus Curitiba II



Resumo: **Contexto:** Dentro do grupo das pessoas idosas, os denominados mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada (idade igual ou maior que 80 anos), vêm aumentando proporcionalmente e de forma muito mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos. **Objetivo:** Investigar as contribuições da Musicoterapia para pessoas idosas octogenárias. **Metodologia:** Revisão sistemática. A identificação dos artigos relevantes para esta revisão foi feita por meio de busca nas bases de dados eletrônicas: PubMed/Medline, Web of Science, Lilac's (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Scopus, CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), Scielo (Scientific Electronic Library Online), Redalyc e revistas especializadas da área: Revista Brasileira de Musicoterapia (Brazilian Journal of Music Therapy), Voices e InCantare. Foram utilizados os operadores booleanos "AND" e "OR", e os descritores: musicoterapia, idosos de 80 anos ou mais, pessoa idosa, e seus correspondes em espanhol e inglês. Foram aceitos artigos originais no período de 2016 a 2021. **Resultados:** Foram eleitos 11 artigos para revisão sendo que no Brasil foram realizados dois estudos de intervenções. **Considerações finais:** A musicoterapia pode contribuir para qualidade de vida de idosos octogenários, porém existe a necessidade de mais pesquisas na área da musicoterapia voltadas especificamente para esta faixa etária da população.

Palavras-chave: Musicoterapia; Octogenário; Idoso; Envelhecimento humano

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, a população idosa representa aproximadamente 13% da população Brasileira (IBGE, 2018), com perspectiva de chegar até 2060 a 32% da população, sendo que o percentual da população com 65 anos ou mais de idade chegará a 25,5% (58,2 milhões de idosos). Importante ressaltar que no Brasil e em países em desenvolvimento, a pessoa é considerada idosa a partir dos 60 anos (CÔRTE, 2018).

A esperança de vida ao nascer para ambos os sexos deve atingir os 80,0 anos em 2041, chegando a 81,2 anos em 2060 (IBGE, 2013), a projeção indica que em 2013 chegou a 71,3 anos para homens e 78,5 anos para mulheres, em 2060, deve atingir 78,0 e 84,4 anos, respectivamente, o que representa um ganho de 6,7 anos médios de vida para os homens e 5,9 anos para as mulheres.

Pessoas idosas com 80 anos, octogenários, é a faixa etária que mais cresce no mundo. Esta população está numa fase delicada da sua vida na qual apresenta grandes dificuldades em seu cotidiano e necessita de grande atenção e serviços, de forma contínua, na qual profissionais irão ajudar a reestabelecer a sua saúde (OKUNO et al., 2019).

O índice de envelhecimento indica para mudanças na estrutura etária da população brasileira, fato que se deve pelos avanços da medicina, e melhoras nas médias gerais nas condições de vida do brasileiro, segundo projeção o país alcançará em 2050 a expectativa de vida ao nascer de 81,29 anos (SANTOS; ANDRADE; BARBOSA, 2021).

Baltes e Smith (2006) apresentam dados que em países europeus, constatam que pessoas idosas mais longevas, com idade superior aos 85 anos, apresentam maior risco de envelhecer acompanhados por múltiplas doenças crônico-degenerativas e outras patologias.

Para Teixeira (2018), o envelhecimento humano é um processo complexo, multidimensional, heterogêneo, experimentados de várias formas. O envelhecimento está relacionado com o declínio das funções orgânicas já definidos pelo código genético, e ocorrerão limitações nas etapas da vida. Envelhecer é um processo natural, dinâmico e irreversível, relacionados com fatores biológicos, psíquicos e sociais (FECHINE, 2012).

Conhecer e entender as pessoas mais idosas, é um fator importante que deveria ser papel da sociedade, e proporcionar possibilidades de uma vida com mais qualidade é algo de direito desta faixa etária da população, proporcionando a eles resgatar sua autonomia e autoestima.

A qualidade de vida é um importante componente para determinação do estado de saúde, principalmente durante o processo de envelhecimento. Elaborar programas que promovam a qualidade de vida pessoas idosas tem um enorme impacto na saúde, na interação social, melhorando sua estima e proporcionando maior confiança nesta fase da sua vida (VAGETTI, 2012).

A musicoterapia pode oferecer aspectos positivos na qualidade de vida das pessoas idosas, contribuindo para uma vida mais saudável. Pode-se usar a música como elemento terapêutico, em diferentes culturas pois possui um potencial curativo. Nos últimos 60 anos, a musicoterapia é uma disciplina científica que vem sendo utilizada como um tratamento clínico, realizado por profissionais graduados e pós-graduados, junto com outras profissões como a psicologia, a fisioterapia, a terapia ocupacional e a fonoaudiologia (VALENTIM, 2018).

A definição oficial de musicoterapia foi criada por musicoterapeutas do corpo diretivo da WFMT (Word Federation of Music Therapy), e diz: “A musicoterapia é o uso profissional da música e seus elementos como uma intervenção em ambientes médicos, educacionais e cotidianos com indivíduos, grupos, famílias ou comunidades que buscam otimizar sua qualidade de vida e melhorar seus aspectos físicos, sociais, comunicativos, emocionais, saúde intelectual, espiritual e bem-estar” (WFMT, 2011).

A musicoterapia começou a ser utilizada nos Estados Unidos, quando músicos profissionais começaram a ser contratados para distrair os egressos da guerra, que sofriam problemas de ordem física e emocional. Vendo os resultados positivos que a experiência musical provocou no estado clínico dos egressos, a equipe de saúde decidiu que a atividade poderia ter sucesso, mas que para isso o músico além de músico teria que ser terapeuta também (CHAGAS, 2008).

Segundo o que Bruscia escreve no livro “Definindo musicoterapia” de 2016, a musicoterapia é um processo que se desenvolve ao longo de um período de tempo. Para o cliente o tempo representa o processo de transformação, já para o musicoterapeuta é uma série de intervenções ao decorrer do tempo. Para os dois lados o processo pode ser considerado educativo, de desenvolvimento, interpessoal, artístico, criativo, musical ou científico.

Bruscia (2016) diz que a musicoterapia é uma combinação dinâmica de muitas disciplinas em torno de duas áreas: música e terapia. A musicoterapia estabelece melhores condições de comunicação, aprendizado, mobilização, expressão e organização (física, emocional, mental social e cognitiva) com o objetivo de melhorar o relacionamento inter e intrapessoal e proporcionar melhor qualidade de vida (ZANINI, 2009). A musicoterapia pode oferecer estímulos a liberação de sentimentos, proporcionar

acolhimento, colaborar com a recuperação física, mental e emocional do paciente. Diminui a ansiedade, o medo e a solidão (NEMES et al., 2017).

Podemos recorrer a musicoterapia como uma função compensatória, identificando as funções e habilidades preservadas nos pacientes e estimular para compensar as funções que apresentam déficit e poder ajudar na reabilitação (MOREIRA et al., 2012). Corroborando com os autores, Mozer, Oliveira e Portella (2011) a musicoterapia está associada à exercícios funcionais que podem atuar na transformação necessária para promover, aperfeiçoar e adaptar a manutenção da autonomia e independência funcional e social da pessoa idosa, auxiliando para um envelhecimento com melhor qualidade de vida. Dessa forma, percebe-se que a musicoterapia pode ser eficaz na melhora da qualidade de vida de pessoas idosas, auxiliando em sua saúde e bem-estar mantendo-os mais ativos e com a possibilidade de socializar com seus companheiros. Nesse sentido, faz-se necessário um levantamento do panorama nacional e internacional para mais informações acerca da musicoterapia para pessoas acima de 80 anos. Por tanto o objetivo desse estudo foi investigar a literatura sobre as contribuições da Musicoterapia para idosos octogenários.

2. CAMINHOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa é caracterizada como um estudo de revisão sistemática e será desenvolvida de acordo com os itens de relatório para revisões sistemáticas e meta-análise “Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)” (MOHER et al. 2009). A metodologia da revisão sistemática tem alto desempenho na identificação de evidências científicas.

2.1 ESTRATÉGIA DE BUSCA

A identificação dos artigos relevantes para esta revisão foi feita por meio de busca nas bases de dados eletrônicas: BVS, CAPES, PUBMED, REDALYC, SCIELO, SCOPUS e WEB OF SCIENCE, e revistas especializadas da área: Revista Brasileira de Musicoterapia (Brazilian Journal of Music Therapy), Voices e InCantare.

A busca de artigos foi limitada a partir do ano de 2016 até 2021, considerando artigos originais, de acesso aberto, publicados nos idiomas português, inglês e espanhol.

Os descritores foram selecionados pelas plataformas MESH, DeCS e Thesaurus. Foram realizadas combinações entre os descritores mediante a utilização dos operadores booleanos “AND” e “OR”. A string utilizada para as buscas nas bases de dados foi a seguinte: ((musicoterapia OR "music therapy")

AND ("pessoa idosa" OR idoso OR octogenário OR "aged, 80 and over" OR elderly OR "older people" OR "anciano de 80 o más años" OR anciano)).

2.2 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Os critérios de inclusão foram: artigos originais publicados em periódicos peer-reviewed a partir do ano de 2016, artigos originais e de acesso aberto, estudos de intervenção, de corte transversal e longitudinal.

Para compor os critérios de exclusão, a restrição considerou os documentos com temas não relacionados a intervenções musicoterapêutica, estudos produzidos por profissionais não habilitados na área, estudos que não trataram da população octogenária e documentos com mais de 6 anos e documentos duplicados. Não foram incluídas teses, dissertações e monografias, visto que a realização de uma busca sistemática das mesmas seria inviável logisticamente.

Todos os processos de seleção e avaliação dos artigos foram realizados por pares. O processo de desenvolvimento da revisão sistemática seguiu os passos demonstrados na figura 1.

Figura 1 - Fluxograma da revisão sistemática



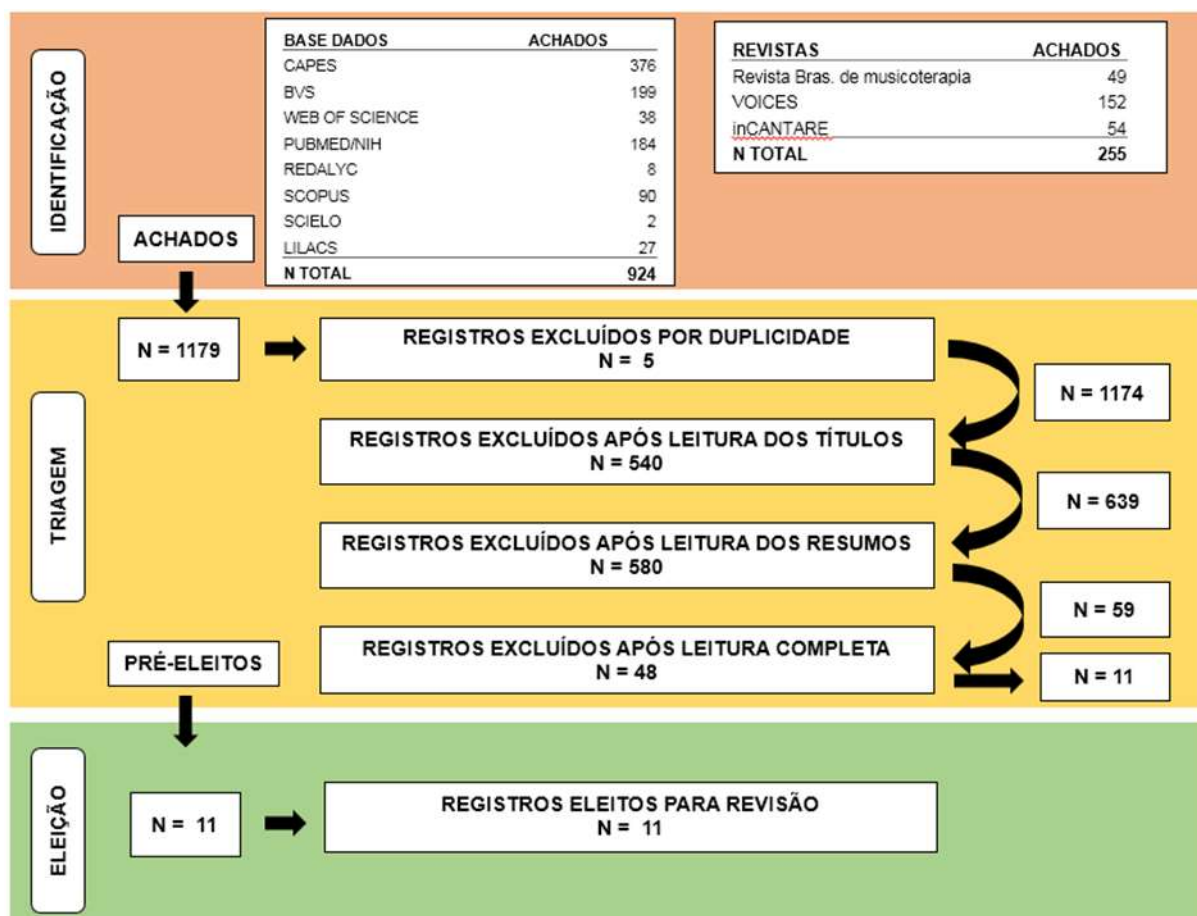
Uma análise inicial foi realizada com base na leitura dos títulos dos manuscritos; em seguida, outra avaliação foi realizada nos resumos. Após análise dos resumos, todos os artigos selecionados foram lidos na íntegra.

Também foi realizada uma busca manual em listas de referências dos artigos selecionados, bem como os primeiros autores dos manuscritos foram contatados, visando à identificação de outras publicações que preencham os critérios de inclusão.

1. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram apresentados na figura 2 de forma sistematizada com os quantitativos dos achados. Foram encontrados 1.179 estudos, após a leitura dos títulos foram excluídos 540; após a leitura dos resumos excluídos 580, excluídos por duplicidade 5, excluídos após leitura completa 48, eleitos para revisão 11 estudos.

Figura 2. Fluxograma da Busca



Quadro 1- Extração dos dados da busca nas bases de dados e periódicos

País Autor (Ano)	Título	Objetivo do Estudo	Intervenção	Instrumentos	Resultados
Canadá (2016) Thornley J. et al.	Music therapy in patients with dementia and behavioral disturbance on an inpatient psychiatry unit: results from a pilot randomized controlled study	Determinar a viabilidade e eficácia da MT no BPSD (Behavioral and psychological symptoms of dementia) em pacientes com demência em um ambiente de internação psiquiátrica aguda.	População: 16 idosos, $83,5 \pm 7,7$ anos. Intervenção: -4 Semanas, sessões quinzenais de uma hora. Eram incentivados a se envolver ativamente no processo musical, participavam cantando e tocando instrumentos simples (maracá e pequenos tambores). As músicas eram selecionadas de acordo com as preferências dos participantes.	MMSE BPSD CDR NPI-C CMAI	Ocorreram mudanças na gravidade do sintoma comportamental e psicológico, que foi avaliada usando o NPI-C e CMAI. No escore CMAI houve uma diminuição não muito significativa. Itens de comportamentos individuais, incluindo delírios, euforia e distúrbios motores, mostraram diferenças entre os grupos de tratamento; no entanto, foram inconsistentes tanto na direção do efeito quanto na relação com o tempo pelo fato dos participantes estarem bem comprometidos.
Espanha (2017) Gallego, J. G.; e Garcia, J.G.	Music therapy and Alzheimer's disease: Cognitive, psychological, and behavioural effects	Determinar o perfil de melhora clínica de pacientes com Alzheimer submetidos à musicoterapia.	População: 42 idosos, $84 \pm 8,3$ anos (demência suave) e $83,87$ anos (demência suave). Intervenção: Semanalmente, por 45 minutos, recebiam música e ritmo, acompanhavam batendo palma, mexendo braços e pernas, adivinhavam canções e interpretes, tocando música e tocavam instrumentos (triângulo, tambor e maracás).	MMSE CDR HADS NPI BI	Foram submetidos a avaliação cognitiva, neuropsiquiátrica e funcional. A MT aumentou significativamente os escores MMSE, domínios de orientação e memória; a função cognitiva melhorou progressivamente, melhoria na linguagem e diminuição acentuada nos escores totais do NPI. As pontuações nas subescalas de ansiedade e depressão HADS melhoraram, a MT não teve efeito nos escores de BI. Sintomas neuropsiquiátrico, delírios, alucinações e agitação melhoram significativamente no grupo de demência melhorada. O efeito nas medidas cognitivas foi apreciável após apenas 4 sessões de musicoterapia.
Japão (2019) Murabaya shia N, et al.	Effects of Music Therapy in Frail Elderlies: Controlled Crossover Study	Investigar se a musicoterapia melhora as funções cognitivas e físicas, os	População: 94 idosos, 2 grupos ($80,9 \pm 5,6$ e $81,7 \pm 5,5$ anos). Intervenção: Sessões de 45-50 minutos por 12 semanas, seguido por um período de espera de 12 semanas. Atendimento em 4 partes:-	TUG GDS GHQ GHD HADS BI	Após 12 semanas de MT, melhorias significativas foram observadas nos escores TUG (função física), GDS-15(escala de depressão) e GHQ-12 (saúde geral). A MT pode melhorar a função física, o humor depressivo e a

		estados de humor e qualidade de vida.	.Introdução, Exposição, Desenvolvimento e Fechamento. O MT acompanhava com teclado para marcar ritmo. Tocavam instrumentos como sinos e pequenos instrumentos de som ressonante.	YKSST LSA CGI-I VFT IADL	qualidade de vida em idosos frágeis. As pontuações do CGI-I (estado geral) revelaram os benefícios significativos da MT.
Itália (2021) D’Aniello, G.E.; et al.	Effect of a Music Therapy Intervention Using Gerdner and Colleagues' Protocol for Caregivers and Elderly Patients with Dementia: A Single-Blind Randomized Controlled Study	Avaliar o efeito de uma intervenção de MT adotando o protocolo de Gerdner e colegas na redução dos sintomas neuropsiquiátricos relatados por pacientes com demência e na redução da sobrecarga do cuidador.	População: 60 idosos, 89,5 ± 6,96 anos. Intervenção: 16 sessões de 30 min 2 vezes por semana durante 8 semanas. Escuta musical, seleção da música de preferência do paciente, preparação do arquivo mp3, intervenção do MT no quarto e em caso de agitação, a escuta da música era interrompida.	CBI NPI Beck Depression Inventory-II e o Penn State Worry Questionnaire,	Houve redução do BPSD (Sintomas comportamentais e psicológicos da demência) e amenizou a sobrecarga dos cuidadores. Diferença na gravidade de depressão (BDI).
Singapura (2016) Cheong C.Y., et al.	Creative Music Therapy in an Acute Care Setting for Older Patients with Delirium and Dementia	Examinar os efeitos da CMT (Impacto de um programa de musicoterapia criativa) na melhoria do bem-estar, particularmente humor e envolvimento, de PtDD em um ambiente hospitalar de cuidados agudos.	População: 25 idosos, 86,5 ± 5,7 anos. Intervenção: 3 meses observados por 90 min (30 min antes, 30 min durante e 30 min após a MT) em 3 dias consecutivos, primeiro sem música e depois com (CMT). Feito improvisação musical, com música espontânea e tocavam canções familiares à escolha do paciente.	MMSE CMT PtDD MPES OERS	MPES positivo (engajamento construtivo e passivo), mostrou ocorrências maiores estaticamente durante a sessão. OERS positivo demonstrou que durante as sessões os resultados foram prazer e alerta geral humor e envolvimento mais elevados. OERS negativo mostra raiva, ansiedade e tristeza foi estaticamente menor durante as sessões, OERS.
Estados Unidos	The Effects of Music Therapy-	Comparar os possíveis	População: 52 idosos, 85,06 anos.	SPSS; QOL-AD;	Dados analisados através da escala QOL-AD para determinar os efeitos da MT e

<p>(2018) Cho, H. K.</p>	<p>Singing Group on Quality of Life and Affect of Persons With Dementia: A Randomized Controlled Trial</p>	<p>efeitos de um grupo de musicoterapia-canto sobre a qualidade de vida e o afeto de pessoas com demência leve, moderada e grave que vivem em um estabelecimento de cuidados de longo prazo com os de uma medicina musical grupo de escuta e um grupo de controle de TV.</p>	<p>Intervenção: Uma sessão de 40 minutos, duas vezes semana, durante quatro semanas consecutivas. Elaborado uma lista de oito canções de preferência dos participantes, era fornecido partituras com letras e o canto era em grupo acompanhado pela terapeuta em um teclado.</p>	<p>BIMS; PANAS</p>	<p>apresentaram efeitos significativos no grupo de MT-canto na qualidade de vida de pessoas com demência. Apenas o grupo que cantava com MT aumentou significativamente as pontuações de afeto positivo (PANAS) e diminuiu as pontuações de afeto negativo. MT com canto ativo em grupo pode ser uma intervenção não farmacológica eficaz na melhoria da qualidade de vida e do afeto de pessoas com demência em ambientes de cuidados de longo prazo.</p>
<p>Israel (2020) Dassa, A.; Rosenbach M.; Gilboa A.</p>	<p>Towards sustainable implementation of music in daily care of people with dementia and their spouses</p>	<p>Encontrar uma maneira econômica de apresentar a música aos cuidadores, proporcionando-lhes atividades musicais administradas pelos cuidadores.</p>	<p>Participação 4 idosos (1 com 85 anos). Intervenção: A Mt. se reunia com o casal em sua casa por 12 sessões semanais de uma hora, e realizava sessões de aconselhamento por telefone de 30 minutos com o PC a cada duas semanas. A música era usada para a comunicação entre os casais e usada para aliviar a agitação, usavam pequenos instrumentos, smartphone e um amplificador.</p>	<p>Documentação de sessões de aconselhamento por telefone, e registro do pesquisador</p>	<p>As sessões de musicoterapia ajudaram a reviver papéis esquecidos da pessoa com demência, promover as capacidades dos cuidadores primários e melhorar o relacionamento dos casais. Cantar era uma atividade conjunta significativa, distraindo os casais de suas frustrações diárias. O programa incluiu apoio contínuo ao casal para que preservem as conquistas alcançadas durante as sessões de MT.</p>
<p>Taiwan (2017) Hsu T.J., et al.</p>	<p>Predictors of non-pharmacological intervention effect on cognitive function and</p>	<p>Investigar os preditores do efeito da intervenção não farmacológica para idosos veteranos com</p>	<p>População: 141 idosos, 84,4 ± 6,0 anos Intervenção: Uma vez por semana durante 6 meses com duração de 50 minutos cada vez. A MT incentivava a cantar, mover os braços e usar instrumentos de</p>	<p>NPI BPSD MMSE</p>	<p>Efeito significativo na redução da pontuação geral NPI, e na pontuação da sobrecarga do cuidador NPI e subdomínios, afetiva e comportamental em veteranos com demência. Os participantes com BPSD mais grave, depressivos e baixo desempenho</p>

	behavioral and psychological symptoms of older people with dementia	demência e BPSD.	percussão simples junto com as canções ou música, orientava as pessoas, tempo e lugar, auto-apresentação e saudação aos outros membros utilizava instrumentos de percussão.		cognitivo tiveram mais benefícios da intervenção.
Grécia (2017) Kampragk ou C. et al.	Effects of a 12-week aerobic exercise program combined with music therapy and memory exercise on cognitive and functional ability in people with middle type of Alzheimer's disease.	Examinar os efeitos do exercício aeróbico combinado com musicoterapia e exercícios de memória em pessoas (pacientes) que requeiram um tipo médio de Alzheimer.	População: 30 idosos, 80 a 89 anos Intervenção: Três vezes por semana, durante 12 semanas. Cada sessão utilizava 10 minutos de jogos de memória, atenção, fala e música.	MMSE ADAS AVD TESTE GET and OLST	O programa pode ser benéfico para o atraso da deterioração dos sintomas da doença. A pontuação do MMSE diminuiu significativamente. O escore ADAS no grupo de terapia experimental de intervenção foi significativamente baixo. No teste Get Up and Go e no OLST houve sinal de evolução dos resultados, enquanto nas AVD nenhuma diferença foi observada em nenhum grupo.
Brasil (2018) Miranda C.B., et al.	Análise de conteúdo de procedimentos musicoterapêuticos em pacientes idosos da atenção domiciliar.	Investigar os procedimentos musicoterapêuticos realizados durante os atendimentos de Musicoterapia domiciliar a idosos pacientes da empresa Captamed Cuidados Continuados Ltda. e correlacioná-los às dimensões da vida levadas	População: 10 idosos, média 84,12 anos: Intervenção: Sessões semanais de MT de 60 minutos durante 4 meses. Experiências musicais de audição, improvisação e recriação, ênfase especial a canções com estudos das letras, canto e gravações com individualização do repertório. Exercícios respiratórios, de relaxamento, meditação e imaginação guiada, utilizavam harpa celta de colo, sinos diatônicos, pequenos instrumentos de percussão, apitos, flauta doce e <i>tablet</i> com seleção de músicas.	Foram registrados em formulário próprio pelo Musico terapeuta,	Foram revelados potenciais da MT para beneficiar os pacientes nas áreas física, emocional, comunicacional, social, cognitiva, musical, espiritual e autoconsciência, através de exemplos de casos de pacientes atendidos e relações estabelecidas com as dimensões de vida identificadas.

		em consideração durante os atendimentos.			
Brasil (2020) Bollini, L.B.e Santos, H. S.	O tempo emocional e o tempo cronológico nos encontros de musicoterapia com idosas institucionalizadas.	Investigar o que expressam idosas institucionalizadas em interações verbais e musicais no decorrer de encontros de Musicoterapia, a respeito da dualidade entre o tempo emocional e o tempo cronológico	População: 5 idosas, sendo 2 (89,5 anos). Intervenção: Seis encontros de MT semanalmente, com duração de cerca de 1h30min. Experiências de Recriação Musical, onde aprende, canta, toca ou executa música composta previamente, audição musical, participante ouve a música e responde às experiências silenciosamente, verbalmente ou em outra modalidade, utilizaram violão, ovinhos e caxixis. O celular foi utilizado para a gravação dos encontros e para a reprodução de canções.	A coleta foi feita por assinatura de dois documentos: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e o Termo de Assentimento.	A MT se mostrou uma ferramenta facilitadora do acesso aos tempos emocional e cronológico da pessoa idosa, possibilitando dar visibilidade às memórias afetivas, canções, histórias vividas, auto percepção e outros aspectos emergentes do processo terapêutico, potencializando a autoestima e, conseqüentemente, contribuindo para a melhoria da saúde.

ADAS – *The Alzheimer`s Disease Assesment Scale Cognitive*

BI - *Barthel Index*

BPSD - *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*

BIMS – *Briel Interview for Mental Status*

CBI – *Caregiver Burden Inventory*

CDR -*Clinical Dementia Rating*

CMAI - *Cohen Mansfield Agitation Inventory*

CMT- *Creative Musica Therapy*

CGI-1 -*Clinical Global Impressions of Improvement*

GDS -*General Heath Questionnaire*

GHD - *General Heath Questionnaire*

GHQ -*General Health Questionnaire*

HADS -*Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão*

IADL- *Instrumental Activity of Daily Living*

LSA -*Life Space Assessment*

MT - *Musicoterapia*

MMSE - *Mini-Mental State Examination*

MPES- *Menorah Park Engagement Scale*

NPI-C -*Neuropsychiatric Inventory-Clinician*

Get Up and Go e no OLST -The One Leg Standing Balance Test

OERS – *Observed Emotion Rating Scale*

PANAS – *The Positive and Negative Affect Schedule*

PtDD – *The care of patients with delirium and/or dementia*

QOL-AD - *The Quality of life –Alzheimer`s Disease*

SPSS- *Statistical Package for the Social*

TUG -*Timed up And Go*

VFT -*Verbal Fluency Test*

YKSST -*Yamaguchi Kanji Symbol*

Doa 11 artigos elencados para esse artigo, 2 eram do Brasil, os demais eram, Canadá, Espanha, Japão, Itália, Singapura, EUA, Israel, Taiwan, Grécia.

Em seu estudo Thornley et al. (2016) colocam que alguns dos itens de comportamento individuais incluindo delírios, euforia e distúrbios motores mostraram diferenças entre o grupo de tratamento, no entanto eram inconsistentes tanto na direção do efeito quanto na relação com o tempo. Os resultados das intervenções musicoterápicas ficaram prejudicados pelo fato da amostra está bem comprometida quando avaliados na escala CMAI e NPI-C, o que fez os participantes não conseguirem se envolver de forma significativa nas intervenções, o tamanho da amostra também comprometeu o estudo. A amostra estava gravemente afetada conforme os escores CMAI e NPI-C basais, motivo do não envolvimento significativo das intervenções; o trabalho do MT teve que ser individual, não podendo ocorrer uma intervenção grupal, que seria de grande importância para o tratamento, o tamanho da amostra foi pequeno, a duração de permanência foi variável, motivos que segundo os autores dos estudos prejudicaram a maior eficácia dos benefícios da musicoterapia. Percebendo a necessidade de preservar as funções cognitivas das pessoas idosas, Moreira et al. (2012) relata que usar a musicoterapia como uma função compensatória, identificando as funções e habilidades preservadas nos pacientes e fazer estímulos para compensar as funções que apresentam déficit e poder ajudam na sua reabilitação.

Gallego e Garcia (2017) relatam que as intervenções proporcionaram uma melhora significativa quando observada a memória, orientação, depressão e ansiedade. O efeito nas medidas cognitivas foi apreciável após apenas 4 sessões de musicoterapia, onde os idosos foram estimulados a bater palma, batiam o pé, moviam os braços, tocavam instrumentos e acompanhavam o ritmo. Para Barcellos (2016) a quantidade de sessões não tem uma média, tendo em vista que cada paciente é diferente. Ainda para Luz (2015), as atividades musicais potencializam a atividade intelectual e melhoram a capacidade funcional diária, mesmo muitos apresentando dificuldades motoras e dependências, a musicoterapia, tem um efeito na qualidade de vida, na depressão e no funcionamento cognitivo de idosos institucionalizados.

A Intervenção musicoterápica no estudo de Murabayashia et al. (2019) foi capaz de reduzir o BPSD (Sintomas comportamentais e psicológicos da demência) e amenizar a sobrecarga dos cuidadores. A intervenção é breve, segura, de baixo custo e pode ser replicada em contextos semelhantes, sem gastos excessivos em recursos sanitários e humanos. É necessário ocorrer mudanças na estrutura social, para que pessoas idosas tenham suas vidas prolongadas, que eles possam fazer parte do espaço

social, não fiquem alienados, sem atividades, sem incapacidade física e dependência, mas que tenham oportunidade de buscar o bem-estar e ter uma melhor qualidade de vida (FERREIRA et al., 2012).

D'Aniello et al. (2021) verificaram a importância de sessões de musicoterapia para promover uma qualidade de vida, onde durante as sessões os resultados foram prazer e alerta geral, humor e envolvimento mais elevados, raiva, ansiedade e tristeza foi estaticamente menor durante as sessões. Ainda no seu estudo acrescentou algumas reflexões sobre os protocolos de TM, destacando o papel potencial da música na evocação de respostas emocionais associadas a memórias pessoais (ou seja, eventos autobiográficos) graças a uma abordagem individualizada capaz de contornar a gravidade do comprometimento cognitivo. Ruud (1991), relata que a música pode influenciar nos comportamentos, no humor, atitudes, aumento da vigilância, eficiência, produtividade, moral e segurança; reduz a tensão, fadiga, tédio, melancolia, solidão, entre outros. A música, segundo ele, permite o extravasar dos conflitos e emoções.

Cheong et al. (2016) durante os estudos constataram que apenas o grupo que cantava com MT aumentou significativamente as pontuações de afeto positivo e diminuiu as pontuações de afeto negativo. Sugerem que a MT com canto ativo em grupo pode ser uma intervenção não farmacológica eficaz na melhoria da qualidade de vida e do afeto de pessoas com demência em ambientes de cuidados de longo. Zanini (2002) em seu estudo sobre coro terapêutico com idosos verificou que cantar é uma terapia que contribui para uma construção cultural e desenvolve habilidades, sendo uma prática de expressão e de memória, e contribuem para a saúde dos idosos por serem terapêuticos.

Nos estudos de Cho (2018) verificou-se que após 12 semanas de MT, melhorias significativas foram observadas nos escores da função física (TUG) da depressão (GDS-15) e saúde geral (GHQ-12). A MT pode melhorar a função física, o humor depressivo e a qualidade de vida em idosos frágeis. As pontuações da memória (CGI-I) revelaram os benefícios significativos da MT. No entanto, nenhuma melhora foi observada em outras pontuações. A musicoterapia não é sempre a cura, mas sim uma possibilidade de uma qualidade de vida. Barcellos (2015) apresenta motivos para que a música seja considerada um potente elemento terapêutico, sendo um fenômeno ou expressão universal; e acompanha o homem por toda sua trajetória, desde o nascimento até sua morte, ao longo da história da humanidade; ser um elemento não verbal; possuir o ritmo como elemento propulsor e organizador de movimento

Dassa et al. (2020), durante as sessões de musicoterapia, verificou que as músicas ajudaram a reviver papéis esquecidos da pessoa idosa com demência, promover as capacidades do PC (cuidadores

primários) e melhorar o relacionamento dos casais, melhorando a comunicação, e aliviando a agitação. Cantar era uma atividade conjunta significativa, distraindo os casais de suas frustrações diárias. O programa incluiu apoio contínuo ao casal para que preservem as conquistas alcançadas durante as sessões de musicoterapia. O trabalho da Musicoterapia com idosos se dá através de atividades musicais, do resgate da memória autobiográfica, propiciando às lembranças de fatos e épocas vividas (GASTON, 1968).

Para Hsu et al. (2017) por meio de seus estudos concluiu que programas de intervenção não farmacológica não apenas exercem um efeito significativo na redução da pontuação geral NPI, mas também na pontuação da sobrecarga do cuidador NPI e subdomínios NPI - síndrome psicótica, afetiva e comportamental em veteranos com demência. Os participantes com BPSD mais grave, sintomas depressivos e baixo desempenho cognitivo no início do estudo tiveram mais chance de se beneficiar da intervenção. De Mello et al. (2012) relatam que o envelhecimento malsucedido, e sem qualidade de vida, torna a pessoa idosa o idoso vulnerável a apresentar comprometimento cognitivo, relata ainda que a preservação da capacidade funcional do indivíduo que envelhece, significa valorizar sua autonomia, tornando sua autoestima mais elevada, possibilitando uma senescência proveitosa. Isso pode ser proporcionado pelo estímulo mental e físico, pelas atividades que retardam um possível declínio cognitivo e/ou preservam habilidades cerebrais presentes.

Kampragkou et al. (2017) mostraram que os programas podem ser benéficos para o atraso da deterioração dos sintomas da doença. A pontuação do MMSE diminuiu significativamente para o grupo de controle verificado antes e após a intervenção, mas não para o grupo de intervenção. O escore ADAS (teste cognitivo) no grupo de terapia experimental de intervenção foi significativamente baixo. No teste Get Up and Go e no OLST houve sinal de evolução dos resultados, enquanto nas AVD nenhuma diferença foi observada em nenhum grupo. Notamos aqui a necessidade de maiores intervenções musicoterapêutica, Zanini, (2002) ainda reforça que é de grande importância o exercício mental para a pessoa idosa, ajudando no seu desenvolvimento cognitivo.

Foram revelados potenciais da MT nos diz Miranda et al. (2018) para beneficiar os pacientes nas áreas física, emocional, comunicacional, social, cognitiva, musical, espiritual e autoconsciência, através de exemplos de casos de pacientes atendidos e relações estabelecidas com as dimensões de vida identificadas. Atualmente o envelhecimento tem sido visto de uma forma diferente, os idosos vêm sendo estudados, e pessoa idosa idoso saudável tem sido uma realidade mais presente na sociedade, está ocorrendo várias formas de estimular a manutenção funcional de suas habilidades, e cada vez

mais os idosos tem buscado novos aprendizados e criando novas perspectivas em relação a sua vida (MORAIS, 2009).

Bollini e Santos, (2020) fala que a MT se mostrou uma ferramenta facilitadora do acesso aos tempos emocional e cronológico da pessoa idosa, possibilitando dar visibilidade às memórias afetivas, canções, histórias vividas, auto percepção e outros aspectos emergentes do processo terapêutico, potencializando a autoestima e, conseqüentemente, contribuindo para a melhoria da saúde.

Para Gallego et al. (2017) o uso das músicas estimadas, estimulam a memória por meio de melodias familiares e proporcionam para o paciente vivenciar e evocar memórias autobiográficas

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Objetivo deste estudo foi investigar na literatura sobre as contribuições da Musicoterapia para pessoas idosas octogenárias. Podemos 3ª pessoa concluir com esta revisão que existem possibilidades de se fazer intervenções musicoterápicas com pessoas idosas idosos com 80 anos ou mais, uma vez que esta faixa etária está em grande crescimento e necessita de um cuidado todo especial. Com estes estudos percebemos que itens comportamentais, como delírio, euforia e distúrbios motores tiveram melhoras, assim como o humor; prazer, melhoras cognitivas. Sentimentos de raiva, ansiedade e tristeza, agitações diminuíram significativamente.

A musicoterapia pode atuar em vários contextos, em escola, instituições, hospitais, empresas, comunidades, clínica, podendo atender todos os seres humanos em todas as suas fases de vida, desde a fase intrauterina, bebê, criança, adulto até quando envelhecer e chegar a finitude.

O musicoterapeuta é a pessoa qualificada que utiliza recursos específicos, desfruta da música como recurso terapêutico, proporciona benefícios para as pessoas na fase de envelhecimento. Não podemos deixar de destacar que as pessoas octogenárias, continuam com um potencial de aprendizagem, precisando serem vistas, e acompanhadas. Percebe-se que as pessoas idosas os idosos precisam de uma qualidade de vida, de cuidados, auxílio em sua saúde e bem-estar, auxílio nos seus aspectos físicos, emocionais, psicológicos, motor, cognitivos, eles necessitam de uma interação social, precisam pertencer a um grupo, melhorar sua autoestima, se manterem ativos, e serem acolhidos pela sociedade. Existe a necessidade de mais estudos sobre a importância da musicoterapia como auxiliar para um envelhecimento saudável, sendo de grande relevância um olhar cuidadoso e direcionado para a população dos idosos octogenários.

REFERÊNCIAS

BALTES, P.B.; SMITH, J. Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: a velhice bem-sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade. *A Terceira Idade*, v.17, n.36, p.7-31, 2006.

BARCELLOS, L.R.M. Musicoterapia em medicina: Uma tecnologia leve na promoção da saúde – a dança das poltronas. *Rev. Música Hodie, Goiânia*, v. 15, n. 02, p. 33-47, 2015.

BOLLINI, L.B.; SANTOS, H.S.; O tempo emocional e o tempo cronológico nos encontros de musicoterapia com idosas institucionalizadas *Revista InCantare, Curitiba*, v.12 n 1 jan. /jun. 2020.

BRUSCIA, K. E; Definindo Musicoterapia. Trad. Marcus Leopoldino. 3ª Ed., Rio de Janeiro, Enelivros, 2016.

CHAGAS, M.; PEDRO, R. Musicoterapia: desafios entre a modernidade e a contemporaneidade—como sofrem os híbridos e como se divertem. Rio de Janeiro: Mauad X Bapera, 2008.

CHEONG C.Y., et al. Creative Music Therapy in an Acute Care Setting for Older Patients with Delirium and Dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorder, Singapura*, v.6, p.268-275, maio/ago.2016.

CHO, H.K., The Effects of Music Therapy-Singing Group on Quality of Life and Affect of Persons With Dementia: A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Medicine, Geriatric Medicine*, v.5, out. 2018.

CÔRTE. B. “Com que roupa” eu vou envelhecer? *Mais60 –Estudos sobre o Envelhecimento, São Paulo*, v. 28, n. 70, 2018. Disponível em

https://www.sescsp.org.br/online/revistas/edicoes/698_COM+QUE+ROUPA+EU+VOU+ENVELHECER. Acesso em 19 nov. 2021.

DASSA A.; ROSENBACH, M.; GILBOA A. Towards sustainable implementation of music in daily care of people with dementia and their spouses *Elservier Public Health Emergency Collection Arts Psychother*, nov. 2020.

D`ANIELLO G.E. et al. Effect of a Music Therapy Intervention Using Gerdner and Colleagues' Protocol for Caregivers and Elderly Patients with Dementia: A Single-Blind Randomized Controlled Study. *Journal of Personalized Medicine*, Disponível em: < <https://doi.org/10.3390/jpm11060455>>. Acesso em: 13 nov.2021

FECHINE B.R.A.; TROMPIERI N. Processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos, *Revista Científica Internacional*. v.1, n.20, jan. /mar.2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.6020/1679-9844/2007>> Acesso em 13.nov.2021.

FERREIRA, O.G.L.; MACIEL, S.C.; COSTA S.M.G.; SILVA A. O.; MOREIRA M.A.S.P.; Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional, *Texto & Contexto-Enfermagem*, sep. 2012.

GALLEGO M.G.; GARCIA J.G., Music therapy and Alzheimer's disease: Cognitive, psychological, and behavioural effects. *Neurologia* v.32, n.5, p.300-308, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.nrleng.2015.12.001>>. Acesso em: 10.nov.2021

GASTON, T. Tratado de musicoterapia. Buenos Aires: Editora Paidós 1968

SANTOS, A.C.A.; ANDRADE, G.L.; BARBOSA, A.A.S.; Os benefícios do treinamento de força na melhoria da qualidade de vida de pessoas idosas. *Health & Society*. v.1, n.5, 2021.

HSU, T.J. et al., Predictors of non-pharmacological intervention effect on cognitive function and behavioral and psychological symptoms of older people with dementia, *Geriatrics Gerontology International*. p.28-35, abr.2017.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. População brasileira deve chegar ao máximo (228,4 milhões) em 2042. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/14462-asi-populacao-brasileira-deve-chegar-ao-maximo-2284-milhoes-em-2042>> Acesso em: 13.abr. 2021

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeção da população 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>>. Acesso em: 13.abr. 2021.

KAMPRAKOU C., et al. Effects of a 12-week aerobic exercise program combined with music therapy and memory exercises on cognitive and functional ability in people with middle type of alzheimer's disease, *International Journal of Physiotherapy*, Grécia, v.4, n.5, Grecia, 2017.

LUZ, L.T.D.; Musicoterapia na Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados, Faculdade de Medicina Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica Mestrado em Gerontologia Biomédica. Porto Alegre 2015.

MELLO, B.L.D.; HADDAD M.C.L.; GOMES, M.S.- Avaliação cognitiva dos idosos institucionalizados, *Acta Scientiarum. Health Sciences*. Maringá, v. 34, n. 1, p. 95-102, jan.-jun., 2012.

MIRANDA C.B., et al., Análise de conteúdo de procedimentos musicoterapêuticos em pacientes idosos da atenção domiciliar, *Revista Incantare, Curitiba*, v.9, n.2, jun. /dez. 2018.

MORAIS O.N.P., Grupos de idosos: Atuação da psicogerontologia no enfoque preventivo. *Psicologia, Ciência e Profissão* 2009, v.29, n.4, Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000400014>> Acesso em 13 nov.2021.

MOREIRA S.V., et al., Neuromusicoterapia no Brasil: Aspectos terapêuticos na reabilitação neurológica. *Brazilian Journal of Music Therapy*, v.12 (2), p.18-26. Jul./dez. 2012.

MOHER D.; LIBERATI A.; TETZLAFF J., Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses:

the PRISMA statement. *BMJ*. 2009; 6(7): e 1000097. DOI.10.1371/journal.pmed.1000097.

MOZER, Neuza Maria Sangiorgio; OLIVEIRA, Sheila Gemelli; Paula, PORTELLA, Marlene Rodrigues. Musicoterapia e exercícios terapêuticos na qualidade de vida de idosos institucionalizados. In: *Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento*. v.16, 2011.cap.2.

MURABAYASHI N. et al., Effects of Music Therapy in Frail Elderlies: Controlled Crossover Study, *Dement and Geriatr Cognitive Disorders* v.9, p.87-99, 2019.

NEMES, M.C.; et al. Revisão sistemática sobre intervenções com idosos na área da musicoterapia, *Brasilian Journal of Music Therapy*, v.22, p.48-67, 2017.

OKUNO, M. F. P; ROSA. A.S.; LOPES, M.C.B.T.; CAMPANHARO, C.R.V.; BATISTA, R.E.A.; BELASCO, A.G.S. Qualidade de Vida de Octogenários Hospitalizados Texto e contexto - *Enferm.v,28*. Florianópolis, 2019.

RUUD, Even. *Música e Saúde*; Trad. Vera Wrobel, Glória P. de Camargo, Mirian Goldfeder. São Paulo: Summus, 1991.

TEIXEIRA, S.M.; O Envelhecimento e as Reformas no Sistema de Seguridade Social no Brasil Contemporâneo. *Textos & Contextos* (Porto Alegre), v. 17, n. 1, p. 128, jan/ jul. 2018 DOI: 10.15448/1677-9509.2017.1.27635.

THORNLEY J. et al., Music thera patients with dementia and behavioral disturbance on an inpatient psychiatry unit: results from a pilot randomized controllled disturba study. *International Psychogeriatrics*, v.28, n.5, p.869-871,2016. doi:<https://doi.org/10.1017/S1041610215001866>

VALENTIM, F. Universidade de Brasília Instituto de Psicologia Programa de pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura “Não é porque sou eu pobre que não eu posso sonhar”: Contribuições da Musicoterapia em um grupo Multifamiliar vulnerado pela pobreza- Apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Brasília 2018.

VAGETTI, G.C.; Qualidade de Vida em uma Amostra de Idosas de Curitiba- PR Associação com variáveis sócio demográficas e a prática habitual de atividade física-Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutora em Educação Física do Programa de Pós-graduação em Educação Física, do Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná.- CURITIBA 2012.

WFMT - WORLD FEDERATION OF MUSIC THERAPY. What is Music Therapy? World Federation of Music Therapy. 2011. Disponível em: <http://www.wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/>.

ZANINI, C. R. O. Coro terapêutico - Um Olhar do Musicoterapeuta para o Idoso no Novo Milênio. Dissertação (Mestrado em Música). Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2002.

ZANINI C.R.O. O Efeito da Musicoterapia na Qualidade de Vida e na Pressão Arterial do Paciente Hipertenso. Universidade Federal de Goiás – Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. (Goiânia), 2009.

Capítulo 12



10.37423/230908222

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA TERAPIA NUTRICIONAL AOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EM USO DE SONDA NASOENTERAL (SNE)

JAQUELINE JESUS DE ANDRADE PEIXOTO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

VALDENÍSIA TADEU BISPO SANCHES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

MARÍLIA DE JESUS SILVA MARTINS

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ETELVINA SOUZA RIBEIRO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA



Alimentar-se é uma necessidade humana básica, sendo os nutrientes as fontes de energia essenciais para o crescimento e sobrevivência dos seres humanos. O tempo de hospitalização do paciente é condição preocupante por ser responsável pelos altos índices de morbimortalidade, pois várias serão as complicações que poderão ocorrer ao paciente, tais como a desnutrição hospitalar (DH) que deve ser prevenida e tratada (CASTRO et al., 2009).

A DH frequentemente acompanha o diagnóstico principal que gerou a internação, principalmente quando os pacientes são acometidos por doenças graves devido ao hipermetabolismo que contribui negativamente no processo de cicatrização e recuperação, fazendo com que os pacientes permaneçam mais tempo hospitalizados, gerando mais custo ao serviço de saúde, bem como maior sofrimento aos pacientes (CÔRTEZ et al., 2003; WATANABE et al., 2002).

O Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (IBRANUTRI) revelou 48,1% de desnutrição em pacientes internados e uma progressão durante a internação, chegando a 61,0% quando a permanência no hospital foi maior que 15 dias (GARCIA, 2012). A DH é uma condição preocupante e decisiva para o equilíbrio do estado de saúde do paciente. Com esse intuito, tem-se a Terapia Nutricional (TN) como parte integrante do cuidado ao paciente, demonstrada como uma estratégia que não pode ser negligenciada (RODRIGUES, BRITO, 2007), visto que a necessidade da TN é de fato relevante no fornecimento de substratos energéticos essenciais para a produção de proteínas na fase aguda e na manutenção do sistema imune (VASCONCELOS, 2002).

A Terapia Nutricional (TN) é definida como um conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional dos pacientes, por meio da oferta terapêutica de proteínas, minerais, vitaminas, energia e água adequados aos pacientes (COFEN, 2003; CÔRTEZ et al., 2003). Segundo Felanpe (2002), a TN compreende a nutrição enteral (NE), a nutrição parenteral (NP) por via intravenosa e a mista, quando o emprego dessas é simultâneo.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) por meio da Resolução nº 277 de 2003, cita que a equipe de enfermagem tem um papel importante na TN, não somente na administração e na sua monitorização, mas também na identificação de pacientes que apresentam risco nutricional. Isto requer do enfermeiro participação ativa no acompanhamento dos pacientes, além do treinamento da equipe e na elaboração de um plano de cuidado seguro na assistência de enfermagem humanizada.

A Terapia Nutricional Enteral (TNE) é definida como um conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio de NE. Pode ser realizada através de suplementos orais ou alimentação por sonda oroenteral (SOE), sonda nasoenteral (SNE),

gastrostomia ou jejunostomia com o uso do trato gastrintestinal (BRASIL, 2000; COFEN, 2014). A sonda nasoenteral é a preferível, pois oferece menor risco de complicações, desde que sejam adotados os devidos cuidados, sendo a mais utilizada com frequência em ambiente hospitalar (ARAÚJO et al., 2008; CÔRTEZ et al., 2003).

A equipe multiprofissional de terapia nutricional (EMTN) é grupo formal e obrigatoriamente constituído de pelo menos um profissional: médico, nutricionista, enfermeiro e farmacêutico, podendo ainda incluir profissional de outras categorias, habilitados e com treinamento específico para a prática da TN. (BRASIL, 2021).

O COFEN através da resolução nº 453 de 16/01/2014 aprovou norma técnica que dispõe sobre a atuação da equipe de enfermagem em TN. Por ser considerada uma terapia de alta complexidade, é vedada aos auxiliares de enfermagem a execução de ações relacionadas à TN podendo, no entanto, executar cuidados de higiene e conforto ao paciente.

A TNE tem se difundido rápida e progressivamente graças à precocidade na indicação de seu uso, com o intuito de oferecer nutrientes necessários a pacientes, sendo a primeira opção de escolha na prevenção da desnutrição hospitalar. Essa difusão está ocorrendo, em razão do aprimoramento do arsenal utilizado para sua administração, como a formulação enteral industrializada, cumprindo rigoroso controle no padrão microbiológico; o emprego de bombas de infusão específicas para a TNE, propiciando controle adequado do volume administrado e a qualidade das sondas para reduzir as intercorrências tanto na passagem como durante a manutenção destas (MATSUBA, 2013).

Felanpe (2002) relatou que a TNE é um método terapêutico de elevado interesse para o meio hospitalar devido ao baixo custo e a fácil operacionalização aliados à alta eficiência, menor incidência de complicações metabólicas e manutenção do trofismo. Em relação às indicações, a TNE é destinada principalmente quando a ingestão oral do paciente for inadequada para prover de dois terços a três quartos das necessidades diárias nutricionais, como por exemplo: algumas patologias gastrointestinais, intubação orotraqueal, distúrbios motores e neurológicos que impossibilitam a mastigação, além das condições na qual a ingestão está reduzida como na anorexia (CUPPARI, 2002; ITEZEROTE, FERSEIN, 2007; PACIORNIK, SOUZA, 2005).

A literatura também refere outras indicações da TNE, entre elas: terapia para o câncer, preparo pré-operatório com dieta elementar, convalescença, coma, semi-consciência, condições hipermetabólicas, alcoolismo, depressão crônica, cirurgia maxilofacial e cervical, paralisia esofágica ou orofaríngea e alguns casos de retardo mental (DINER, SILVA, TOMELIN, 2001; SMELTZER, BARE, 2006).

Marino (2000) cita como contraindicação as hemorragias digestivas altas e o ílio paralítico. As autoras Rodrigues, Brito (2003) referem como contraindicações de TNE por via SNE: agitação psicomotora, coagulopatia grave, trauma facial com fraturas, recusa do paciente, obstrução nasal e/ou esofágica.

Conforme Unamuno e Marchini (2002), a administração da dieta pode ser por infusão contínua na qual a dieta deve ser infundida em um volume máximo de 100-150 ml/hora, fazendo com que o volume total seja distribuído nas 24 horas, ajudando o intestino a se ajustar com a concentração constante. É considerado o método preferível para acesso intestinal. A infusão intermitente é o método utilizado para infundir de 200-400 ml de dieta de 4-6 vezes ao dia, por um período de 2 horas, por gravidade ou bomba de infusão, sendo comumente utilizado quando o paciente está em domicílio. A infusão em bolus é método que consiste na administração da dieta com uso de seringa de forma rápida (5-15 minutos).

Apesar de todas essas vantagens e benefícios citados, a TNE não é um procedimento isento de complicações, sendo necessário que os profissionais as reconheçam. As mais encontradas na prática são: diarreia, náusea, vômito, gases, plenitude gástrica, cólicas, síndrome de dumping, aumento do resíduo gástrico, pneumonia aspirativa, má colocação, obstrução da sonda, irritação nasofaríngea, hiperglicemias, desidratação, azotemia, obstipação, lesão nasal, sinusite, e desequilíbrio hidroeletrólítico (DREYER, BRITO, 2003; SMELTZER, BARE, 2006; WAITZBERG, 2006). Conforme Matsuba (2013), as complicações relacionadas com a TNE podem ser gastrintestinais, metabólicas, mecânicas, infecciosas, respiratórias e psicológicas.

A sonda nasoenteral (SNE) é um tipo de dispositivo utilizado para administração da alimentação em ambiente hospitalar. Conforme Maduro (2010), o termo SNE refere-se às sondas posicionadas pelo nariz no tubo digestivo para fornecer nutrientes. O termo sonda nasoentérica refere-se ao tipo de sonda que pode ser feita de silicone ou poliuretano (antigamente conhecida como sonda de DOBBHOFF). Muitos materiais foram utilizados para a fabricação de SNE, como por exemplo, borracha, polietileno, poliuretano e silicone (UNAMUNO, MARCHINI, 2002).

Com uma manutenção adequada, a SNE tem uma durabilidade de aproximadamente 30 a 60 dias quando em material de poliuretano e de 6 meses quando em silicone. Pode-se utilizar a SNE de número 8 ou 12, a qual a sonda de maior diâmetro (12) deve ser utilizada para pacientes recebendo além da alimentação, várias medicações pela sonda ou necessitando de controles frequentes do volume de resíduo gástrico (BRASIL, 2000).

A Resolução RDC nº 63/2000 determina que o enfermeiro possa estabelecer a passagem da sonda por via oral ou nasal. Este procedimento pode ter complicações graves como inserção inadvertida na árvore traqueobrônquica e pneumotórax.

Segundo a Resolução COFEN nº 277/2003, o enfermeiro deve assumir o acesso ao trato gastrointestinal (sonda com fio guia introdutor e transpilórica) assegurando o posicionamento adequado por avaliação radiológica.

É importante que a equipe de enfermagem se atente para possíveis complicações que possam existir durante a terapia enteral, pois tais complicações podem e devem ser prevenidas, sendo necessário o entendimento e o saber dos cuidados de enfermagem na terapia nutricional. Desse modo, percebe-se que as ações relativas ao cuidado dos pacientes em TNE precisam ser organizadas, bem elaboradas e individualizadas, o que requer a presença constante do enfermeiro durante esta terapêutica.

Segundo Brasil (2000), o enfermeiro é responsável pela administração da NE e prescrição dos cuidados de enfermagem. Os cuidados de enfermagem em TNE não devem ser entendidos apenas como a prevenção de complicações e condutas direcionadas aos aspectos biológicos, pois o conceito de cuidado e saúde amplia-se para os aspectos psicossociais, espirituais e culturais, exigindo do profissional uma postura humanizada.

É recomendável proporcionar ao paciente assistência de enfermagem humanizada, sendo um dos elementos para esta prática a comunicação. De acordo com Bites (2000), a comunicação é fundamental ao cuidado de enfermagem humanizado, não devendo se restringir à execução de técnicas ou procedimentos, mais que isso, deve-se buscar uma ação de cuidado que implica desenvolver a habilidade de comunicação sendo este um dos instrumentos básicos da profissão.

Cabe a equipe o preparo e a orientação do paciente e da família nesse processo. Estes devem ser orientados quanto aos riscos e benefícios da terapia, além da equipe fornecer um suporte emocional direcionado a minimizar receios e apreensões, bem como favorecer a participação do paciente e da família. As orientações devem ser realizadas também aos pacientes que recebem alta com NE (PACIORNIK, SOUZA, 2005).

O recebimento da solução enteral também deverá ser supervisionado pelo enfermeiro de forma a assegurar à inspeção visual antes de sua administração (COFEN, 2003). Conforme a Resolução nº63/2000, a conservação da NE após o recebimento na enfermaria é responsabilidade do enfermeiro, devendo este ao receber, verificar o aspecto da dieta, detectando alterações como a presença de

elementos estranhos, bem como a integridade do frasco. Manganaro (2006) cita como cuidado o controle da temperatura da dieta que deve ser infundida em temperatura ambiente.

A validade da NE manipulada é de 24 horas se adequadamente conservada em geladeira (4 a 8°C). Caso sua instalação seja postergada, em nenhum caso poderá permanecer em temperatura ambiente no posto de enfermagem, devendo ser armazenada na geladeira. A validade em temperatura ambiente é de 4 horas, incluindo o tempo de administração. Em relação à NE industrializada, devem ser consideradas as recomendações do fabricante (BRASIL, 2000).

Conforme Brasil (2000), a NE em sistema fechado pode ser armazenada em temperatura ambiente. A data de validade é indicada pelo fabricante no rótulo. Após a abertura do frasco, o prazo de validade é de 24 a 48 horas de acordo com a recomendação do fabricante. Segundo Unamuno e Marchini (2005), os sistemas fechados de dieta são bastante práticos e seguros, porque diminuem a necessidade de manipulação e o risco de contaminação.

As bombas de infusão com alarme são de grande valor, porque permitem o controle do fluxo da dieta e também acusam problemas como: obstrução, presença de ar no sistema, término da dieta ou bateria descarregada, entre outras. Cabe ao enfermeiro como cuidado zelar pelo perfeito funcionamento das bombas de infusão e participar do processo de aquisição de materiais utilizados na TNE (COFEN, 2003).

O enfermeiro e o médico são os responsáveis pelo acesso enteral assegurando o posicionamento no trato gastrointestinal para avaliação radiológica, sendo essa verificação um cuidado importante para que não haja risco de broncoaspiração devido ao deslocamento (BRASIL, 2000; COFEN, 2003).

É importante que a equipe de enfermagem atenda as recomendações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) para o controle de possíveis infecções, tendo como exemplo, a higienização das mãos e retirada de adornos antes de operacionalizar a administração da NE (BRASIL, 2000). Cruz et al. (2007) relatam que a adesão à higiene das mãos é maior após a execução dos cuidados e após o contato com fluídos corporais do que com a etapa antes do contato, revelando-se mais como uma ação de autocuidado do que de cuidado ao paciente.

Antes de instalar a dieta é fundamental, como cuidado de enfermagem, avaliar e assegurar essa administração, observando as informações contidas no rótulo, bem como a identificação do paciente, ou seja, conferir a beira leito se é o paciente certo, a via de administração correta, preenchendo o rótulo da dieta com o nome do paciente, o leito, o nome da dieta, a hora da instalação, a vazão da dieta e a assinatura de quem instalou (BRASIL, 2000; COFEN, 2003).

Outro cuidado relevante é datar o equipo de NE, na qual rotineiramente é estabelecida a sua troca a cada 24 horas. De acordo com Manganaro (2006) e Silva et al. (2004), os profissionais não datam o equipo de NE, sendo esse desprezado antes do prazo estabelecido e, portanto, onerando a terapêutica e determinando a falta de dispositivo próprio. A equipe de enfermagem deve conferir a prescrição nutricional dos pacientes para que dessa forma seja assegurada a vazão correta que eles necessitam para atingir o seu valor energético total (SILK, 2014).

A equipe de enfermagem deve atentar para os cuidados com os dispositivos e conexões, realizando a desinfecção da tampa conectora antes da instalação da dieta com álcool 70% ou swab, evitando assim possíveis complicações para os pacientes, como por exemplo, diarreia (MANGANARO, 2006). Ainda em relação aos dispositivos e conexões, Silk (2014) referiu à necessidade de se observar a extensão da SNE que se conecta ao equipo evitando possíveis trações, e conseqüentemente, diminuindo o risco de perda da sonda ou deslocamento da mesma. Ainda se possível, deve-se colocar o equipo da dieta do mesmo lado da narina sondada para evitar possíveis riscos de tração.

É necessário o supervisionamento e a manutenção da elevação da cabeceira (30º a 45º) para garantir a prevenção de broncoaspirações durante a administração da dieta, soluções, e/ou medicamentos via sonda enteral, pois decúbito elevado previne acidentes decorrentes de regurgitação e vômitos, com conseqüente aspiração pulmonar principalmente em pacientes inconscientes, idosos ou neurológicos (VASCONCELOS, 2002).

A lavagem da sonda é um dos cuidados de enfermagem para gerenciamento de prevenção para risco de perda de SNE devido à obstrução. Schull (2004) recomenda que essa lavagem seja feita com 50ml de água para manter a sonda pérvia pela remoção do excesso de solução que poderia obstruí-la. Conforme Brasil (2000), em caso de pacientes com restrição hídrica, deve-se realizar a lavagem da sonda com 10 a 20ml de água. Conforme Silk (2014) é necessário que a lavagem da SNE seja realizada antes da administração da dieta, pausas na bomba de infusão, após medição de resíduo gástrico, após administração de medicações, preparo do paciente para o jejum, entre outros. É importante que a equipe se atente para esse cuidado, pois a obstrução de SNE constitui uma das complicações na TN fazendo com que a dieta do paciente seja interrompida, prejudicando o seu estado nutricional.

A fixação da SNE constitui outro cuidado importante para que o paciente não tenha risco de perda do dispositivo e isso acarrete novo trauma de que essa sonda seja novamente passada e de outra exposição ao raio-x, então a enfermagem deve realizar uma correta fixação, tendo cuidado de evitar tração da narina que poderá ser ulcerada devido à umidade e ao atrito local, além de atentar para a

troca dessa fixação que pode ser feita diariamente ou quando houver necessidade (COFEN, 2003). A equipe deverá realizar a higiene nasal com álcool a 70% ou swab para favorecer uma melhor aderência do curativo na pele (SILK, 2014).

A verificação do resíduo gástrico (RG), antes de infundir a dieta, é um cuidado importante que possibilita conferir a posição da sonda, o volume e características como: coloração, odor e textura que são fundamentais para a tomada de decisão sobre a infusão da dieta. Volume residual alto tem sido considerado um marcador de intolerância gástrica à terapia nutricional. (RIDLEY, DAVIES, 2011). A medição do RG permite identificar os pacientes que apresentam algum comprometimento do esvaziamento gástrico, o que pode colocá-los em risco de pneumonia broncoaspirativa (BUZZO, 2004). Segundo Rohm, Bold, Piper (2009), os pacientes considerados elegíveis para medição do RG são aqueles com risco de broncoaspiração, distensão abdominal, rebaixamento do nível de consciência, idosos, doença do refluxo gástrico-esofágico, entre outros. Faz-se salientar que para a mensuração do RG é necessário que a cabeceira esteja elevada.

Conforme Masaoka, Tack (2009), só se deve medir RG em pacientes com a SNE posicionada a nível de estômago, sendo assim não se deve medir RG em pacientes em uso de dieta via oral, com gastrectomia total e em uso de SNE posicionada a nível de intestino.

O enfermeiro prescreve os cuidados de enfermagem e assiste aos usuários visando à prevenção de complicações e recuperação satisfatória. O plano de cuidados de enfermagem elaborado de acordo com o conhecimento científico tem importância fundamental na garantia da qualidade da assistência e na evolução do quadro clínico.

A equipe de enfermagem exerce um importante papel em todos os cuidados terapêuticos aos pacientes com SNE, pois quando realizados de forma segura, correta e baseados na prevenção dos riscos, reduz os traumas e complicações, permitindo dessa forma que o dispositivo permaneça bem posicionado e pérvio.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, F. F., et al. Terapia nutricional enteral em pacientes oncológicos: uma revisão da literatura. *Comunicação Ciências Saúde*, v.19, n.1, 2008.

BITES, A.; M. C. Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo: Atheneu, p.61-73, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde, RCD 503 de 06 de maio de 2021. Dispõe sobre os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2021. Disponível em: [rdc0503_27_05_2021.pdf](https://www.saude.gov.br/rdc0503_27_05_2021.pdf) (saude.gov.br). Acesso em: 20/09/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde, RCD 63 de 06 de julho de 2000. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos exigidos para a Terapia Nutricional Enteral. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2000.

BUZZO, C. A.; SILVA, A. L. N. D.; CARUSO, L. O refluxo na terapia nutricional por via enteral de pacientes graves. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*. v.19, n.4, p. 216-223, 2004.

CASTRO, D. L. L.; FREITAS, M. M.; ZAHAN, A. L. R. S. Terapia nutricional enteral e parenteral: complicações em pacientes críticos -uma revisão de literatura. *Revista Ciências de Saúde*, v.20, n.1, p.65-74, 2009.

COFEN, Resolução nº 277/2003 – Regulamentação da Terapia Nutricional. Disponível em: www.corenpr.org.br. Acesso em: 11/09/2023.

COFEN, Resolução nº 453/2014 – Atuação da Equipe de Enfermagem em Terapia Nutricional. Disponível em: ftp.saude.sp.gov.br. Acesso em: 13/09/2023.

CÔRTEZ, J. F., et al. Terapia nutricional no paciente criticamente enfermo. *Medicina Ribeirão Preto*, abr/dez, 2003. Disponível em: www.fmrp.usp.br/revista/2003/36n2e4/28terapia_nutricional_paciente_criticamente_enfermo.pdf. Acesso em 13/09/2023.

CRUZ, E. D. A., et al. Higienização de mãos: 20 anos de divergências entre a prática e o idealizado. *Ciencia y Enfermería*. v.15, n.1, p.33-38, 2007.

CUPPARI, L. Nutrição clínica no adulto. *Guias de medicina ambulatorial e hospitalar*. São Paulo: Manole; p.369-390, 2002.

DIENER, J. R. C.; SILVA, D. M.; TOMELIN, P. et al. Manual de Terapia de Nutrição Parenteral e Enteral. Hospital de Caridade, 2001. Disponível em: www.hospitaldecaridade.com.br/informativos/coluna/docs/terapianutricional.pdf. Acesso em 19/09/2023.

DREYER, E.; BRITO, S. Terapia nutricional: cuidados de enfermagem, procedimentos padronizados para pacientes adultos. UNICAMP, Dez/2003. Disponível em: www.hc.unicamp.br/servicos/emnt/manual_enfermagem_2004.pdf. Acesso em 19/09/2023.

FELANPE. Federação Latino-Americana de Nutrição Parenteral e Enteral. Curso Interdisciplinar de Nutrição Clínica. São Paulo, 2002.

GARCIA et al. Importance of nutritional support in older people. Nestle Nutr Inst Workshop Ser. v. 72, p.101-108, 2012.

ITEZEROTE, A. M.; SILVA, C. C. R.; FERESIN, C. Medidas na técnica de passagem do cateter nasoenteral pós-pilórica. Revista nursing. v.106, n.9, 2007.

MADURO, I. P. N. N. Manual prático de terapia nutricional enteral. Disponível em: http://www.cooperclim.com.br/ebichocliente/docs/2/TNE___Isolda_Maduro.pdf. Acesso em: 17/09/2023.

MANGANRO, M. M. Nutrição aplicada à enfermagem. São Caetano do Sul: Difusão, p.29-92, 2006.

MARINO, P. L. Nutrição enteral. Porto Alegre: Artmed, p. 589-560, 2000.

MASAOKA, T.; TACK, J. Gastroparesis: Current concepts and management. v.3, n.3, p.166-173, 2009.

MATSUBA, C. S. T. Enfermagem em terapia nutricional. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2013.

PACIORNIK, K. K.; SOUZA, V. H. S. Suporte nutricional. 2ª ed. Curitiba: Os autores, 2005.

RIDLEY, E. J.; DAVIES, A. R. Practicalities of nutrition support in the intensive care unit: The usefulness of gastric residual volume and prokinetic agents with enteral nutrition. v.27, p.509-512, 2011.

RODRIGUES, R. C.; BRITO, S. Manual de terapia nutricional. Disponível em: <www.hc.unicamp.br/servicos/emtn/manual_terapia_nutricional.pdf>. Acesso em: 11/09/2021.

ROHM, K. D., BOLD, J.; PIPER, S. N. Motility disorders in the UCI. v.12, p.161-167, 2009.

SCHULL, P. D. Enfermagem básica: teoria e prática. 3ª ed. São Paulo: Rideel, 2004.

SILK, D. B. A; PAYNE-JAMES, J. J. Complications of enteral nutrition. v.2, p. 510-531, 2014.

SILVA, L. D.; PEREIRA, S. R. M.; MESQUITA, A. M. F. Procedimentos de enfermagem: semiotécnica para o cuidado. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner& Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10ª ed. v.2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

UNAMUNO, M. R. D. L.; MARCHINI, J. S. Uso de cateteres venosos totalmente implantados para nutrição parenteral: cuidados, tempo de permanência e ocorrência de complicações infecciosas. Revista de Nutrição. Campinas, v.18, n.2, 2005.

VASCONCELOS, M. I. L. TIRAPGUI, J. Aspectos atuais na terapia nutricional de pacientes na unidade de terapia intensiva. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas. São Paulo, v. 38, n.1, p.23-32, 2002.

VASCONCELOS, M. I. L. TIRAPGUI, J. Aspectos atuais na terapia nutricional de pacientes na unidade de terapia intensiva. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas. São Paulo, v. 38, n.1, p.23-32, 2002.

WAITZBERG, D. L. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. 3ª ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

WATANABE, S., et al. Nutrição enteral precoce reduz tempo de internação hospitalar e melhora reembolso diário do Sistema Único de Saúde (SUS) ao hospital. Revista Brasileira de Nutrição Clínica. São Paulo, v.17, n.2, p.47-50, 2002.

Capítulo 13



10.37423/230908226

O IMPACTO DA DOENÇA FALCIFORME NA ATIVIDADE LABORAL

Valdenisia Tadeu Bispo Sanches

Universidade Federal da Bahia

Jaqueline Jesus de Andrade Peixoto

Universidade Federal da Bahia

Marília de Jesus Silva Martins

Universidade Federal da Bahia

Etelvina Souza Ribeiro

Universidade Federal da Bahia



A doença falciforme é uma condição genética hereditária caracterizada por uma alteração nos glóbulos vermelhos do sangue, sendo causada por uma mutação no gene HBB, que codifica a hemoglobina. Essa mutação faz com que a hemoglobina normal (HbA) seja substituída por uma forma anormal chamada hemoglobina S (HbS). Portadores de duas cópias da mutação HbS (homozygous) desenvolvem a doença falciforme, enquanto aqueles com apenas uma cópia (heterozigotos) são portadores da doença. A presença da hemoglobina S leva à formação de glóbulos vermelhos em forma de foice, em vez de sua forma normal de disco. Isso torna os glóbulos vermelhos mais rígidos e propensos a entupir os vasos sanguíneos, causando dor, anemia, danos aos órgãos e outras complicações (ADEKANYE et al., 2023).

Essa condição é mais comum em populações com ancestrais africanos, bem como em algumas áreas do Mediterrâneo, Oriente Médio e Índia, embora também possa afetar pessoas de outras origens étnicas. Isso ocorre devido à seleção natural, onde a presença de uma única cópia da mutação HbS oferece resistência à malária, o que aumentou a prevalência da doença em áreas onde a malária é endêmica (GALACTEROS; ETHGEN; BEILLAT, 2023).

Os sintomas da doença falciforme variam de pessoa para pessoa e podem incluir dor intensa, anemia, infecções frequentes, icterícia, danos aos órgãos e acidentes vasculares cerebrais. As complicações a longo prazo podem ser graves e impactar significativamente a qualidade de vida dos afetados (FILAN et al., 2023).

Haja vista a complexidade dessa enfermidade, a contextualização teórica da doença falciforme é crucial para entender sua origem, mecanismos subjacentes, epidemiologia e abordagens terapêuticas. Isso é essencial para avançar na pesquisa, diagnóstico e tratamento da doença. A descoberta da doença falciforme é atribuída a vários pesquisadores ao longo do tempo, e o conhecimento sobre ela foi se acumulando gradualmente (SONG et al., 2020).

Esse tipo de anemia começou a ser mais bem documentada no início do século XX. Em 1910, o médico americano James B. Herrick relatou pela primeira vez a observação de glóbulos vermelhos em forma de foice em um paciente de ascendência africana em Chicago. Ele publicou sua observação em um artigo chamado "Peculiar elongated and sickle-shaped red blood corpuscles in a case of severe anemia" (Glóbulos vermelhos alongados e em forma de foice peculiares em um caso de anemia grave) (LOPES; MOREIRA; GOMES, 2023).

Na década de 1940, pesquisadores conseguiram identificar a relação entre a forma anormal dos glóbulos vermelhos e os sintomas clínicos da doença. Foi também nessa época que a hemoglobina S

(HbS) foi identificada como a principal hemoglobina anormal responsável pela doença falciforme. Nesse sentido, em 1950 os pesquisadores Linus Pauling e Harvey Itano fizeram importantes contribuições ao determinar que a doença falciforme era causada por uma mutação genética específica que afetava a estrutura da hemoglobina. Eles identificaram a substituição de um aminoácido na cadeia beta da hemoglobina, que levou à formação da HbS em vez da hemoglobina normal (HbA) (MOREIRA, 2019).

Durante a década de 1970, as técnicas de biologia molecular permitiram uma compreensão mais profunda da genética da doença falciforme. Foi identificado que a mutação específica ocorre no gene HBB, que codifica a cadeia beta da hemoglobina. Desde então, a pesquisa sobre a doença falciforme continuou a avançar, levando a uma compreensão mais completa dos mecanismos subjacentes, o desenvolvimento de testes genéticos e a busca por tratamentos mais eficazes (MARTINS et al., 2019).

Dessa forma, a descoberta da doença falciforme foi um processo gradual que envolveu a observação clínica, avanços na biologia molecular e a dedicação de vários pesquisadores ao longo do tempo. Atualmente, o conhecimento sobre a doença falciforme continua a crescer, contribuindo para melhores cuidados e tratamentos para aqueles que vivem com ela (GALACTEROS; ETHGEN; BEILLAT, 2023).

Em virtude dos impactos dessa enfermidade, é essencial compreender a epidemiologia da doença falciforme, que envolve a análise da distribuição da doença em diferentes populações e áreas geográficas. Embora também ocorra em outras áreas do mundo devido à migração e miscigenação. É comum em países da África subsaariana, algumas regiões do Oriente Médio, Índia, Caribe e nas populações afrodescendentes das Américas, incluindo os Estados Unidos e o Brasil (ADEKANYE et al., 2023).

A epidemiologia da doença falciforme é complexa e influenciada por fatores genéticos, geográficos, culturais e socioeconômicos. Compreender a distribuição e os fatores de risco associados à doença é crucial para implementar estratégias de prevenção e tratamento eficazes. A prevalência da doença falciforme varia de região para região dentro dos países e continentes. Por exemplo, em algumas áreas da África, a prevalência é muito alta, enquanto em outras regiões é menor (SONG et al., 2020).

A doença falciforme tem um impacto significativo nas populações afetadas, incluindo alta morbidade e mortalidade, bem como custos de cuidados de saúde substanciais. Isso pode sobrecarregar sistemas de saúde em áreas com alta prevalência (GALACTEROS; ETHGEN; BEILLAT, 2023).

Estima-se que a doença falciforme afete milhões de pessoas em todo o mundo. É mais comum em regiões com uma alta taxa de malária, como a África subsaariana. A região da África subsaariana tem a maior prevalência da doença falciforme no mundo. Aproximadamente 1 em cada 200 a 300 nascimentos na região são afetados pela doença. Isso se deve à alta frequência de portadores da mutação HbS, que oferece resistência à malária. No Estados Unidos, é mais comum em pessoas de ascendência africana, estima-se que aproximadamente 100.000 a 150.000 americanos vivem com a doença falciforme, e cerca de 1 em cada 365 bebês de ascendência africana nascem com a doença (FOSTER, 2018). No Brasil também tem uma alta prevalência de doença falciforme, especialmente nas regiões norte e nordeste, sendo que cerca de 1 em cada 1.000 nascimentos é afetado pela doença no país (MARTINS et al., 2019).

Logo, o diagnóstico e tratamento da doença falciforme são fundamentais para melhorar a qualidade de vida das pessoas afetadas. Muitos países realizam a triagem neonatal para a doença falciforme, o que permite identificar bebês afetados logo após o nascimento. Isso é crucial para iniciar o tratamento precoce. O diagnóstico definitivo da doença falciforme é feito por meio de testes genéticos que identificam a mutação no gene HBB. Esses testes podem ser realizados em indivíduos de todas as idades para confirmar o diagnóstico. Além dos testes genéticos, os médicos avaliam os sintomas clínicos, como crises de dor, anemia e outros problemas de saúde, para confirmar o diagnóstico e monitorar o progresso da doença (APOLOT et al., 2023).

No que tange ao tratamento, não existe cura, sendo realizadas intervenções para aliviar os sintomas, prevenir complicações e promover qualidade de vida. O tratamento da doença falciforme é multidisciplinar e deve ser personalizado com base nas necessidades de cada paciente. É importante que os pacientes com doença falciforme tenham acompanhamento médico regular para monitorar sua saúde e ajustar o tratamento conforme necessário (GALACTEROS; ETHGEN; BEILLAT, 2023).

Esse tratamento consiste em manter-se bem hidratado para evitar a falcização dos glóbulos vermelhos e as crises de dor. Beber bastante água é importante, especialmente em climas quentes. Uso de analgésicos, como paracetamol e anti-inflamatórios não esteroides, podem ajudar a aliviar a dor durante as crises. Em casos graves ou complicados, podem ser necessárias transfusões de sangue para aumentar o número de glóbulos vermelhos saudáveis no corpo (APOLOT et al., 2023).

Em algumas situações, a terapia de troca de sangue é usada para substituir o sangue doente por sangue saudável. Isso é feito para reduzir o número de glóbulos vermelhos falciformes no corpo. Além

disso, o transplante de medula óssea é uma opção curativa para a doença falciforme, mas é um procedimento complexo e arriscado, geralmente reservado para casos graves (MOREIRA, 2019).

Novos medicamentos, como a hidroxiureia, têm sido usados para reduzir as crises de dor e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Outros medicamentos específicos para a doença falciforme estão em desenvolvimento. Devido ao sistema imunológico comprometido, as pessoas com doença falciforme podem ser mais suscetíveis a infecções. Portanto, vacinações e antibióticos profiláticos podem ser recomendados. Outrossim, para pessoas com doença falciforme e suas famílias, o aconselhamento genético pode ajudar a entender o risco de ter filhos com a doença e explorar opções (APOLOT et al., 2023).

É fundamental destacar que pessoas com doença falciforme podem enfrentar várias limitações físicas devido às características da doença. A dor é um sintoma característico da doença falciforme, resultante da obstrução dos vasos sanguíneos por glóbulos vermelhos em forma de foice. Isso pode limitar a capacidade da pessoa de realizar atividades diárias. Somado a isso, a anemia causada pela doença falciforme pode levar à fadiga crônica, tornando difícil a participação em atividades extenuantes. Episódios de crise de dor aguda podem ser debilitantes e levar a hospitalizações frequentes, o que impacta significativamente a qualidade de vida. Algumas pessoas com doença falciforme podem ter problemas de mobilidade devido à dor nas articulações e à ocorrência de lesões ósseas (FILAN et al., 2023).

A doença falciforme pode afetar vários órgãos, incluindo os rins, fígado, pulmões e coração, o que pode levar a limitações significativas. A função imunológica pode ser comprometida, tornando as pessoas com doença falciforme mais suscetíveis a infecções, o que pode resultar em hospitalizações. Crianças com doença falciforme podem ter atrasos no crescimento e desenvolvimento devido à doença (ADEKANYE et al., 2023).

É importante destacar que os sintomas e a gravidade da doença falciforme podem variar amplamente entre os indivíduos. O tratamento adequado, incluindo a hidratação, o controle da dor e a prevenção de infecções, pode ajudar a gerenciar essas limitações físicas e melhorar a qualidade de vida das pessoas com essa condição. Além disso, o aconselhamento médico regular é essencial para monitorar e tratar os aspectos físicos da doença falciforme (APOLOT et al., 2023).

A doença falciforme não apenas afeta o corpo fisicamente, mas também tem um impacto significativo no bem-estar psicossocial das pessoas que a têm e de suas famílias. Pessoas com doença falciforme podem enfrentar estigma social e discriminação devido à falta de compreensão sobre a doença. Isso

pode afetar sua autoestima e autoimagem. Devido à necessidade de gerenciar sintomas imprevisíveis e frequentes hospitalizações, as pessoas com doença falciforme podem se sentir isoladas e ter dificuldade em participar de atividades sociais normais (LOPES; MOREIRA; GOMES, 2023).

Além disso, a dor crônica e outros sintomas podem limitar a capacidade de trabalhar, estudar e realizar atividades diárias, levando a sentimentos de impotência e frustração. Dessa forma, a carga emocional da doença, juntamente com a incerteza sobre o futuro, pode contribuir para o desenvolvimento de depressão e ansiedade. Somado a isso, as famílias de pessoas com doença falciforme muitas vezes enfrentam estresse adicional devido às preocupações com a saúde de seus entes queridos. Isso pode afetar a dinâmica familiar e as relações interpessoais (LIRA, 2019).

É importante reconhecer que o apoio psicossocial é fundamental para enfrentar esses desafios. Isso pode incluir aconselhamento psicológico, grupos de apoio, educação sobre a doença e intervenções para melhorar a qualidade de vida. Além disso, o apoio da família e da comunidade desempenha um papel vital no enfrentamento eficaz da doença falciforme e na promoção do bem-estar emocional das pessoas afetadas por ela (APOLOT et al., 2023).

No que tange as atividades laborais, a doença falciforme pode ter vários impactos no trabalho das pessoas afetadas por ela, devido aos sintomas imprevisíveis e à necessidade de gerenciamento constante da condição. Alguns dos impactos no trabalho incluem ausências, pois as crises de dor aguda e outras complicações da doença falciforme podem levar a faltas frequentes no trabalho, o que pode afetar a produtividade e a estabilidade no emprego. Além disso, a dor crônica e a fadiga podem reduzir a capacidade de uma pessoa com doença falciforme de realizar tarefas físicas ou mentais exigentes. Devido às limitações físicas, algumas pessoas com doença falciforme podem ter dificuldade em manter empregos regulares e em tempo integral. A preocupação constante com a saúde e a incerteza sobre quando ocorrerão crises de dor podem causar estresse e ansiedade, o que pode afetar o desempenho no trabalho (MOREIRA, 2019).

Para gerenciar sua condição, muitas vezes as pessoas com doença falciforme precisam de flexibilidade no trabalho para acomodar consultas médicas, hospitalizações e recuperação após crises. Alguns indivíduos com doença falciforme podem enfrentar estigmatização ou discriminação no local de trabalho devido a falta de compreensão sobre sua condição (FOSTER, 2018).

Apesar desses impactos no trabalho, muitas pessoas com doença falciforme têm carreiras produtivas e bem-sucedidas. No entanto, isso frequentemente requer um ambiente de trabalho compreensivo e flexível, bem como o acesso a cuidados médicos adequados. Os empregadores podem desempenhar

um papel importante ao criar um ambiente de trabalho inclusivo e ao fornecer acomodações razoáveis quando necessário para apoiar funcionários com doença falciforme. Além disso, leis de igualdade no emprego em muitos países podem proteger os direitos dessas pessoas no local de trabalho (LIRA, 2019).

As pessoas com doença falciforme têm direitos e proteções legais no trabalho para garantir igualdade de oportunidades e tratamento justo. Esses direitos podem variar de acordo com o país e a legislação específica, mas geralmente muitos países têm leis que proíbem a discriminação no local de trabalho com base em deficiência, o que inclui a doença falciforme. Isso significa que os empregadores não podem tomar decisões de emprego com base na condição de saúde de um indivíduo. Em muitos lugares, os empregadores são obrigados a fazer acomodações razoáveis para funcionários com doença falciforme. Isso pode incluir ajustes nas horas de trabalho, flexibilidade na programação para acomodar consultas médicas ou aquisição de equipamentos ou tecnologia assistiva (LOPES; MOREIRA; GOMES, 2023).

A lei geralmente protege os funcionários de retaliação por buscar acomodações ou fazer reclamações de discriminação no local de trabalho. Dependendo da legislação local, os funcionários podem ter direito a licença médica remunerada ou não remunerada para tratar da doença falciforme ou para cuidar de um membro da família com a condição. Além disso, têm a proteção de dados médicos e seguro de saúde (LIRA, 2019).

É importante que as pessoas com doença falciforme estejam cientes de seus direitos e proteções legais no trabalho e estejam dispostas a buscar orientação jurídica se acharem que esses direitos estão sendo violados. Além disso, a comunicação aberta com o empregador sobre as necessidades relacionadas à doença falciforme é muitas vezes fundamental para garantir um ambiente de trabalho inclusivo e colaborativo.

REFERÊNCIAS:

Adekanye, AG; Akaba, K; Umana, ANU; Mgbe, RB; Francis, PM; Okoi-Obuli, J. Demographics of Tonsillar Hypertrophy among Sickle Cell Disease Patients in Calabar. *Nigerian Journal of Clinical Practice* 26(7):p 1023-1028, July 2023. | DOI: 10.4103/njcp.njcp_59_23

Galacteros F, Ethgen O, Beillat M. Modeling the public health impact of voxelotor in the management of sickle cell disease in France. *PLoS One*. 2023;18(9):e0291211. Published 2023 Sep 13. doi:10.1371/journal.pone.0291211

Filan C, Song H, Platt MO, Robles FE. Analysis of structural effects of sickle cell disease on brain vasculature of mice using three-dimensional quantitative phase imaging. *J Biomed Opt*. 2023;28(9):096501. doi:10.1117/1.JBO.28.9.096501

Song H., et al., "Sickle cell anemia mediates carotid artery expansive remodeling that can be prevented by inhibition of JNK (c-Jun N-Terminal Kinase)," *Arterioscl. Thromb. Vasc. Biol.* 40, 1220–1230 (2020). 10.1161/ATVBAHA.120.314045

Apolot C, Obakiro SB, Mukunya D, Olupot-Olupot P, Matovu JKB. Caregivers' use of herbal and conventional medicine to treat children with sickle cell disease at Jinja Regional Referral Hospital, Eastern Uganda: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2023;18(9):e0291008. Published 2023 Sep 8. doi:10.1371/journal.pone.0291008

Lopes WSL, Moreira MCN, Gomes R. A experiência de adoecimento falciforme pelas lentes qualitativas. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2023Sep;28(9):2489–500. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023289.03812023>

Lira A. Doença falciforme: invisibilidade e racismo nas práticas de cuidado. In: Pinheiro R, Asensi FD, Hebert F, Barros MEB, organizadores. *Amor mundi, políticas da amizade e cuidado: a integralidade e a polifonia do cotidiano da saúde*. Rio de Janeiro: FGB/Pembroke Collins; 2019. p. 143-149

Moreira MCN. Trajetórias e experiências morais de adoecimento raro e crônico em biografias: um ensaio teórico. *Cien Saude Colet* 2019; 24(10):3651-3661.

Martins LA, Silva TCC, Santos HAS, Aguiar ACSA, Whitaker COM, Camargo CL. Itinerário terapêutico de crianças quilombolas com doença falciforme. *Cien Cuid Saude* 2019; 18(2):e45177.

Foster N, Ellis M. Sickle cell anaemia and the experiences of young people living with the condition. *Nurs Child Young People* 2018; 30(3):36-43.

Capítulo 14



10.37423/230908228

A CONTRIBUIÇÃO DO EXERCÍCIO FÍSICO NO COMBATE A DEPRESSÃO

Reinilda da Cruz Guimarães

Centro Universitário Leonardo da Vinci



Resumo: *A depressão ou languidez é disfunção psíquica muito presente atualmente, capaz de provocar uma desordem emocional em qualquer idade, sexo, classe social ou cultural. Portanto, o atual estudo aborda como é importante a busca da prática regular de exercícios físicos como medida preventiva e como também auxiliar no combate e tratamento do alquebramento (depressão). Para isso, foi realizado um levantamento bibliográfico com opinião, pensamentos e conceitos de diversos autores, os dados obtidos foram das seguintes embasamentos de dados: Scielo, Google acadêmico, artigos e revistas. Com a utilização das seguintes palavras depressão, exercício físico, transtornos. Os resultados permitiram concluir que a técnica regular do exercício físico, influência positivamente no nível de depressão, mostrando que o mesmo é capaz de atenuar e/ou reverter os efeitos nocivos da depressão.*

Palavras-chave: Exercício Físico; Depressão; Transtornos.

1 INTRODUÇÃO

O sedentarismo é um dos grandes problemas para o indivíduo em toda sua amplitude, fazendo com que a saúde entre em declínio e esteja mais suscetível ao aparecimento de enfermidades degenerativas tais como, a hipertensão arterial, obesidade, diabetes, doenças coronárias, entre outras.

O Exercício físico quando praticado com frequência consegue melhorar a saúde e a sensação de bem-estar, englobando um processo de hábitos preventivo tornando um remédio eficaz para essas patologias e também para a saúde mental, principalmente a depressão. Para que uma pessoa seja ativa e saia completamente do sedentarismo é preciso manter uma rotina de treinamento físico periodicamente, tornando-se fundamental para a melhoria da condição de vida e evitar o surgimento de doença tanto física quanto psicológica.

Consequentemente quando realizado regularmente o exercício físico apresenta inúmeros efeitos benéficos, sua prática é essencial em qualquer idade e tem sido considerado um meio de preservar e melhorar a saúde e a qualidade de vida do ser humano. A condição física encontra-se diretamente ligada ao bem-estar, a saúde mental, social. Quando feito quase todos os dias da semana previne problemas cardíacos e obesidade, além de proporcionar outros benefícios como maior resistência ao estresse, melhoria na autoestima e no relacionamento interpessoal, aumentando a disposição e estabilidade emocional. Desse modo, também é recomendado no tratamento de doença do estado emocional nociva bem como depressão.

A Languidez é uma patologia que tem um grande impacto social, pois influencia na habilidade individual, social e no peso familiar. Na saúde pública a depressão é um problema comum e importante. Os transtornos depressivos estão unidos aos valores da assistência médica, período de trabalho perdido e redução da qualidade de vida. As perturbações depressivas são situações tratáveis, e as opções terapêuticas têm nos últimos anos crescidos muito. (LIMA, 1999, p. 37).

O impacto da enfermidade mental na qualidade de vida dos baianos foi divulgado na última semana, durante o lançamento dos resultados da primeira edição da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde (MS). Pesquisa realizada pelo IBGE (2013), em anexo Gráfico 1 - Cenário da doença mental - depressão na Bahia, a PNS estimou que 11,2 milhões de adultos foram diagnosticados com depressão e somente 46,4% deles receberam assistência médica. Já no Gráfico 2, como era de se imaginar, os maiores índices da doença estão nas áreas urbanas (8,0%), no Sul (12,6%) e Sudeste (8,4%), nas mulheres (10,9%) e na faixa de 60 a 64 anos de idade (11,1%). Por níveis de instrução, prevalecem as

peças com ensino superior completo (8,7%) e as sem instrução e com fundamental incompleto (8,6%). No Gráfico 3 a pesquisa traz maiores informações e dados sobre a depressão.

Diante disso, o exercício físico é uma importante ferramenta não farmacológica que coopera para o desenvolvimento da autoestima e da veracidade do indivíduo. Através de um alto análise de literatura sobre a influência da prática de exercício físico no tratamento da depressão sendo assim, a justificativa que irá nortear a pesquisa em questão surgiu a partir da curiosidade de investigar sobre os benefícios causados a partir dos exercícios físicos.

De modo, que esse benefício contribua para a melhoria dos aspectos físicos, mental, psíquico, além do convívio social, como também da importância que proporciona ao indivíduo, os quais se sentem cada vez mais ativos e independentes. Portanto, o presente estudo tem como medida de prevenção\combate no tratamento da depressão o objetivo abordar a importância da prática regular de exercícios físicos. Diante do exposto, a problemática que conduziu a pesquisa foi como o exercício físico pode auxiliar no controle da depressão?

2 A DEPRESSÃO OS SEUS EFEITOS E CAUSAS

A depressão é desordem mental frequente e uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo. De acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018, p. 34), estima-se que a depressão afeta mundialmente mais de 350 milhões de pessoas, sendo mais prevalente nas mulheres. O indivíduo apresenta-se com tristeza, falta de interesse ou prazer, culpa a si mesmo, baixa autoestima, distúrbios do sono e/ou do apetite, fadiga e falta de concentração.

A OMS (2018, p. 32), acrescenta ainda que episódio depressivo pode ser categorizado como leve, moderado ou grave, a depender da intensidade dos sintomas. Um sujeito com um episódio depressivo leve terá alguma dificuldade em continuar um trabalho simples e atividades sociais, mas sem grande prejuízo ao funcionamento global. Durante um episódio depressivo grave, é improvável que o indivíduo afetado possa continuar com atividades sociais. Podendo ser uma das principais causas de incapacitação, apresentando diversos sinais e sintomas sendo eles isolados ou somatórios. Acontece uma interpretação distorcida e negativa da realidade, tudo é visto sob a ótica depressiva, um tom “cinzento”. Desencadeando sentimentos de medo, desânimo, irritabilidade, angústia e ansiedade.

Nesse sentido, o indivíduo pode desenvolver depressão em decorrência do grande tempo de exposição às tensões adquiridas durante a vida cotidiana. “O termo depressão foi apresentado em dicionário médico a partir de 1860 [...]” (CORDÁS, 2002, p. 22). A Languidez ou depressão [...] “é

uma condição frequente e crônica, que é associada com altos níveis de incapacitação funcional, isto é, o indivíduo não consegue se enquadrar perante a sociedade [...] (FILHO, *et. al.*, 2006, p. 56).

Segundo Conte (2000, p. 22), “o indivíduo desde a sua concepção até a idade adulta, sofre inúmeras e complexas transformações, sendo que estas estão ligadas aos aspectos fisiológicos, ambientais, sociais, psicológicos e aos hábitos de atividades do dia a dia”. As transformações sofridas ao longo da vida podem levar a várias doenças, tanto físicas quanto psicológicas, e dentre elas a depressão, comumente conhecida como “Mal do Século”, por se encontrar em forte evidência na atualidade. Afirma (CORDEIRO, 2013, p. 45) “Estimativas que o ano 2020 indica que a depressão será a maior causa de doença no mundo, seguida da doença coronária, isso porque não existe um tratamento que resulte de maneira igual e uniforme em todos os pacientes portadores desta doença.”

Além de ser um transtorno de humor caracterizado por manifestações afetivas anormais, que variam em relação à sua intensidade, frequência e duração na ocorrência dos sintomas, e podem incluir desde sentimentos como tristeza, crises, choro, angústia e desesperança, baixa autoestima e baixa capacidade de sentir prazer, visões pessimistas, culpa, isolamento social e perda de interesse, até alterações somáticas, envolvendo o sono, o apetite, a atividade motora e a função sexual, sendo esses ainda mais acentuados em deprimidos idosos do que em deprimidos jovens, contribuindo para o declínio cognitivo e cardiorrespiratório nessa faixa etária (HOLLENBERG; HAIGHT, 2003, p. 33).

Nota ainda, que seja um estado reduzido do desempenho psicológico e mental frequentemente associado a sentimentos de infelicidade (DEL PORTO, 1999, p. 34). Seu desenvolvimento pode ter relação com outros membros da família, com a perda de entes queridos, perda de relações, redução da capacidade de adaptação e suporte social e também o aparecimento de enfermidades. (VITAL, *et. al.*, 2010, p. 45). Além disso, pode estar associada à diminuição de mediadores químicos como noradrenalina, serotonina e dopamina, além de outros elementos psicossociais, já mencionados acima, e à falta de recursos sociais e financeiros, principalmente frente à saúde prejudicada, ou seja, o alquebramento é um processo multifatorial, desencadeada por fatores sociais, psicológicos e biológicos (MAZO, *et. al.*, 2004, p. 23).

De modo mais abrangente, a tristeza reflete na resposta humana geral, nas situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades. Com isso a depressão distinguir-se por um grande desinteresse pela vida, falta de vontade de viver, existindo, por vezes, medos, sejam de enfrentar algo, sejam apenas de viver alguma situação. É uma doença tão séria, que em qualquer das situações a pessoa com depressão sente-se incapaz de lidar com coisas básicas do seu dia-a-dia, ou sente que não

vale a pena viver ou lutar, e isso leva a afastar de tudo e de todos, podendo levar ao suicídio, incapacidade de convívio, ou a uma agir naturalmente. “O impacto negativo ultrapassa os limites do cotidiano do depressivo, e adentra a vida de seus familiares”. (SIMON, *et. al.* 1995, p. 27).

Esta enfermidade é um problema neuroquímico, que provém da deficiência de duas importantes substâncias: serotonina e noradrenalina, conhecidas como neurotransmissores e que são produzidas pelo sistema nervoso central. De acordo com especialistas, a diminuição destas substâncias é uma das principais causas da depressão (CLUA, *et. al.*, 1998, p. 67).

Os sinais da depressão afetam completamente a qualidade de vida. É uma das enfermidades que causam maior índice de incapacitação psico-físico-social à população em geral. É a patologia que adquire um grande impacto social, visto que, uma vez exposta, conjectura na aptidão individual e no convívio familiar. Enquanto síndrome o termo depressão, é definida por Campbell (2009) como:

Síndrome clínica que consiste em” um rebaixamento do humor (sentimentos de abatimento doloroso ou humor irritável), falta de interesse ou prazer em comparação com o estado pré-mórbido do indivíduo, retardo ou agitação psicomotora e dificuldade no pensamento ou na concentração. Queixas de fadiga ou perda de energia e de sentimentos de inutilidade e culpa são comuns. O paciente deprimido com frequência tem pensamentos de morte recorrentes, e um número significativo deles tenta o suicídio ou planejam fazê-lo. (CAMPBELL, 2009, p. 28).

Apontada como um grande problema de saúde pública muito comum atualmente, e para seu tratamento na maioria das vezes é indicado medicamentos ou psicoterapias. Nos últimos anos, pesquisas têm constatado que a pratica de exercícios físicos podem contribuir na precaução e tratamento de quadros depressivos. Provocando uma vida mais saudável, com atitudes comprometedoras e escolhas de hábitos saudáveis, sem dúvida proporcionará melhor condição de vida e maior longevidade.

Existe um avanço da incidência de distúrbios psicológicos nos dias atuais. Diversos fatores tentam justificar tal aumento, dentre eles a tecnologia, a modernidade e o avanço médico-científico entre outros que transformam a vida humana ao mesmo tempo em que atenta certa pressão social e procede em enfermidades de ordem psicológica (CHEIK, *et. al.*, 2003, p. 23). Neste cenário, são muitos os transtornos como depressão, ansiedade, distúrbios e comportamentos compulsivos. Que podem desenvolver muitas evidências que as doenças mentais estão se tornando a “doença do século XXI”, principalmente nos países desenvolvidos e em desenvolvimento.

2.1 FATORES DE RISCOS PARA DESENVOLVER A DEPRESSÃO

Pessoas com baixa autoestima, inseguras e que veem o mundo e a si mesmas com pessimismo ou que são facilmente influenciadas por episódios de estresse, estão mais propensas a desenvolver depressão. Nesse sentido, a forma como as pessoas buscam resolver seus problemas e encaram a vida faz muita diferença no desenvolvimento psicológico. Frequentemente, uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e ambientais, está envolvida no desenvolvimento dos transtornos depressivos, bem como de outros problemas psicológicos. São diversas as causas da depressão não completamente esclarecidas, sendo resultado provavelmente da combinação de fatores genéticos, biológicos e ambientais. Para Rocañin (1997),

A depressão pode estar relacionada com a existência de fatores genéticos, que levariam a predisposição do transtorno. Sujeitos com personalidade previa tipo melancólico (ordenados, super, responsáveis, escrupulosos, auto exigentes, trabalhadores, dependentes dos demais) seriam mais vulneráveis a desenvolver depressão. (Rocañin, *et. al.* 1997, p. 65)

Os resultados biológicos podem estar associados aos efeitos da endorfina, Nicoloff (1995) apontam que,

O cérebro e outros tecidos produzem várias endorfinas que tem efeito similar à morfina, que podem reduzir a sensação de dor e produzir um estado de euforia. Outra hipótese biológica é que melhora do afeto, associada ao exercício físico, é obtida através da alteração de uma ou todas as monoaminas cerebrais (dopamina, serotonina, noradrenalina). (NICOLOFF, *et. al.* 1995, p. 45)

Diversos fatores psicológicos parece estar relacionado ou ter um papel que contribui no desenvolvimento de depressão. Sendo eles sexo, idade, histórico familiar, status socioeconômico entre outros. A depressão é mais frequente em mulheres. “A prevalência de depressão é 2 a 3 vezes mais frequente em mulheres do que em homens.” (FLECK, 2003, p. 34)

Estima-se que, em qualquer momento de suas vidas, cerca de 5% a 9% das mulheres apresentam um episódio depressivo, comparada a uma porcentagem de 1% a 3% entre os homens. Além desse maior risco de desenvolvimento de depressão, em comparação aos homens, as mulheres são mais propensas a desenvolver múltiplos tipos de transtornos depressivos, como a disritmia e o transtorno depressivo maior. Contudo, a um maior índice em idosos apresentarem episódios de depressão, estima-se que aproximadamente um terço apresente esse transtorno. (BIBLIOMED, 2012).

Outro fator relevante está associado ao histórico familiar, pois quando a casos de depressão, na família, aumenta o risco de depressão nos outros membros. Há relatos que a ocorrência de episódio depressivo com duração de um a dois meses é capaz de aumentar significativamente o risco de depressão nos filhos. Quanto mais grave a depressão materna, maior o risco de desenvolver na criança. Em um ciclo reprodutor, ter depressão durante a infância aumenta o risco de depressão na idade adulta. Além disso, sabe-se que os companheiros de pacientes deprimidos também apresentam risco aumentado de desenvolver essa doença. (BIBLIOMED, 2012, p. 22).

A depressão é um transtorno recorrente. Aproximadamente 80% dos indivíduos que receberam tratamento para um episódio depressivo terão um segundo episódio depressivo ao longo de suas vidas, sendo quatro a mediana de episódios ao longo da vida (FLECK, 2003, p. 56). A ocorrência de episódios estressantes pode desencadear e agravar momentos deprimentes como também situações de tristezas sejam elas fim de relacionamentos, problemas sexuais, como a falta de interesse, perdas, dores, mudança no apetite, levando ao ganho ou à perda de peso e outros como pensamentos de morte, suicídio, automutilação. Contribuem de modo severo com a depressão.

Diante do exposto, fica evidente que a melhor forma de prevenir a depressão é cuidando da mente e do corpo, de modo geral, juntamente com hábitos saudáveis como aprender coisas novas, ter hobbies, viajar e se divertir ter boa alimentação e método de exercícios regulares. Essas práticas mantêm a cabeça ativa e a ocupam com pensamentos positivos. Saber lidar com o estresse e compartilhar os problemas com amigos ou familiares é uma alternativa, que pode ser aliada à prática de alguma atividade integrativa e complementar, ajudam a prevenir a depressão. Que uma vida ativa melhora a saúde mental e física consequentemente promove integração social, melhora a convivência proporcionando bem-estar, longevidade e maior condição de vida.

3 EXERCÍCIOS FÍSICOS NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO

O exercício físico diz respeito a qualquer movimento corporal ou atividade em que existe um consumo energético superior ao gasto em repouso ou a realizar alguma atividade cognitiva que favoreça a saúde. A partir do período em que se adotam comportamentos ao nível da realização de exercício físico como parte do estilo de vida, está-se a cooperar para a prevenção e para a redução do risco de desenvolvimento de doenças crônicas. Além de que têm também efeitos positivos ao nível da regulação emocional, diminuindo a ansiedade, tensão e a depressão, promovendo um aumento na sensação de bem-estar (SOTO, 2011, p. 23).

Ressalta ainda que, o autocuidado engloba vários aspectos, mas refere-se aos comportamentos realizados para benefício à saúde. Dentro destes comportamentos incluem-se o cuidado com saúde

com a realização de exames médicos, o cuidado em manter um padrão estável e conveniente de sono, de forma a recuperar a energia vital do organismo e ter cuidados ao nível da sexualidade, realizado práticas orientadas para dar e receber prazer envolvendo o próprio corpo e o dos outros, tendo em conta as precauções necessárias para que não existam riscos para a saúde (RIBEIRO, 2004, p. 34; SOTO, *et. al.*, 2009, p. 44). “Com a prática destes comportamentos é possível detectar precocemente doenças, facilitando a recuperação em vários casos, existindo uma maior responsabilidade pessoal.” (SOTO, *et al.*, 2009, p. 27).

Segundo Stella (2002)

[...] o apoio do exercício físico ao bem-estar geral do organismo tem sido amplamente reconhecido pela população geral e pela comunidade científica. O empenho tem sido volvido para o âmbito psicológico, no qual se procura distinguir os efeitos psicológicos do exercício físico e sua ampliação na precaução e no tratamento dos transtornos mentais. (STELLA, *et. al.*, 2002, p. 45)

A atividade física e o exercício físico proporcionam benefícios variados ao corpo humano, a prática da atividade física relacionada à saúde proporciona menor risco de desenvolver doenças ou condições crônico-degenerativas que são associados com níveis de atividade físicos baixos (NAHAS, 2003, p. 34).

Deste modo, para que o indivíduo se mantenha ativo em todas as idades, seus comportamentos e escolhas estão intimamente ligados à manutenção e prevenção de sua capacidade física, adoção de estilos de vida saudáveis e a participação ativa no cuidado da própria saúde são importantes em todos os estágios da vida. Como também o envolvimento em atividades físicas adequadas, alimentação saudável, podem prevenir doenças e o declínio funcional, aumentando a longevidade e a condição de vida do indivíduo.

Além dos benefícios fisiológicos há também benefícios sociais e psicológicos que contribuem para a saúde mental do ser humano. A atividade física regular também pode auxiliar na diminuição dos sentimentos de ansiedade e estresse, bem como o aumento da autoestima (KAISER, 2001, p. 29).

Os resultados positivos provenientes do exercício físico são evidenciados através da redução dos sintomas de ansiedade, da elevação da autoconfiança, favorecendo e motivando as mudanças dos hábitos de vida em indivíduos com indícios depressivos e depressão diagnosticada. (BLUMENTHAL, *et. al.*, 1999; DALEY, *et. al.*, 2008, p. 45).

A prática regular e planejada do exercício físico que leva o indivíduo a uma maior participação social, resultando em um bom nível de bem-estar biopsicofísico, fatores esses que contribuem para a melhoria de sua qualidade de vida. (CHEIK, *et. Al.*, 2003, p. 11).

O exercício físico é essencial em qualquer idade, já que atua diretamente para uma melhor condição de vida, promoção e manutenção da saúde. Portanto, Matsudo (2000, p. 67), “ressaltam que os melhoramentos à saúde proveniente da pratica da atividade física refere-se aos aspectos antropométricos, neuromusculares e psicológicos.”

Nieman (1999, p. 56) enfatiza que indivíduos em estado depressivo, apresentam uma inibição dos hormônios Noradrenalina e Serotonina (hormônios responsáveis pelo bem-estar), e que, dependendo dos casos, o exercício físico é capaz de normalizar as concentrações destas substâncias, atuando diretamente sobre esses hormônios. Oliveira (2014) diz que,

A atividade física pode influenciar de duas maneiras na depressão: com valor preventivo e como "tratamento", através dos mecanismos psicológicos e/ou biológicos. Entre os fatores psicológicos a atividade atua na distração dos estímulos de estresse, maior controle sobre seu corpo sua vida e a interação social proporcionada pelo convívio com outras pessoas. Já os fatores biológicos estão relacionados ao efeito da endorfina. Onde, a mesma tem efeito similar à morfina, que pode reduzir a sensação de dor e produzir um estado de euforia. (OLIVEIRA, 2014, p. 34)

Destaca ainda, que a depressão também está relacionada a uma transmissão prejudicada em algumas sinapses aminérgicas centrais, por defeitos na produção, na transferência ou na perda de amins. Há também a hipótese biológica que o exercício físico associado ao tratamento promove a melhora da alteração de uma ou de todas as monoaminas cerebrais (como exemplo a serotonina e noradrenalina), uma vez que essas substâncias são neurotransmissoras (assim como a dopamina e a endorfina) e estão relacionadas respectivamente à satisfação, ao prazer, sono, humor. Segundo o que afirma Golfetti,

Portanto, os benefícios decorrentes da prática de exercício físico em pessoas com ou sem depressão, ocorrem em função da liberação da endorfina e da dopamina pelo organismo, propiciando um efeito tranquilizante e analgésico que o realiza com frequência, se beneficiando de um efeito relaxante pós-esforço e, de modo geral, consegue manter-se em um estado de equilíbrio psicossocial mais estável frente às ameaças do meio externo. (GOLFETTI, *et. al.*, 1995, p. 12).

Baseado nas evidencias, ficam cada vez mais concretas as indicações de que a atividade física se mostra eficaz na redução de sintomas da depressão, impactando, portanto, de maneira positiva tanto na saúde física quanto na saúde psicológica.

Segundo Cordeiro (2013, p. 45), a atividade física pode ser entendida como um tratamento psicossocial para a depressão (languidez) que envolve mecanismos da autoconfiança e do autocontrole, contribuindo cada um deles para a melhoria dos diferentes componentes da síndrome depressiva. O autor destaca ainda, três razões que justificam as benfeitorias da atividade física em pessoas com depressão. A primeira delas se remete à condição física. Segundo o exercício regular e frequente aumenta os níveis de condição física dos participantes, o que por sua vez reduz o desconforto físico e assim a sessão de exercício passa a ser mais prazerosa. De que a atividade física pode ser indicada de maneira conjunta às terapias farmacológicas e psicoterapias, e alguns estudos trazem inclusive a ideia de que a atividade física possui benefícios comparáveis aos da psicoterapia (RIBEIRO, 1998, p. 44).

Logo, o estilo de vida ativo representa um importante componente da saúde, contribuindo para melhoria na condição de vida e do bem-estar, o que tende a reforçar a importância de se desenvolver políticas públicas e programas em dimensão populacional, com intuito de encorajar as pessoas a adotarem um estilo de vida ativo. Isso poderá contribuir não só com melhoramentos à saúde, como deverá favorecer a aquisição de hábitos de atividades físicas que poderão ser mantidos ao longo da vida. (NAHAS, 2001, p. 34).

Para que se tenha uma melhor qualidade de vida é importante conhecer os benefícios da atividade física, tanto na prevenção quanto no retardo das doenças crônicas, que são cada vez mais frequentes no indivíduo da sociedade moderna. No entanto, os níveis de atividade física no trabalho vêm caindo nas últimas décadas devido às inovações tecnológicas e suas praticidades. Desta forma é de suma importância o conhecimento da população sobre os benefícios do exercício físico regular na prevenção da saúde como um todo. O que poderiam ser priorizados, em diversos setores da sociedade moderna, ainda é muito baixo. (KNUTH; *et. al.*, 2009, p. 41).

4 MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa em questão se caracteriza como sendo bibliográfica e para a elaboração da pesquisa foi realizada um levantamento bibliográfico a partir da consulta aos seguintes alicerces de dados como Scielo, Google acadêmico e acervo eletrônico de artigos e revistas na Internet. Com a utilização das seguintes Palavras-chave: Depressão, Exercício físico, Benefícios à saúde, e outros materiais localizados de modo indireto a partir de referências encontradas na literatura a respeito da temática.

Os critérios utilizados para a inclusão dos estudos nesta revisão incluem declarações incluídas ao tema em questão, sendo que o de exclusão analisavam os benefícios do exercício físico, mas não diretamente relacionados com depressão e sim outros distúrbios psicológicos. Tipo de estudo foi através dos artigos originais, onde os participantes foram de ambos os sexos e de todas as faixas etárias.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estudos que têm como objetivo analisar o possível efeito do Exercício físico no tratamento da depressão.

AUTOR	OBJETIVOS	MÉTODOS	CONCLUSÃO
Vacini, et al (2017)	Comparar os efeitos do treinamento com Pilates e caminhada sobre os níveis de qualidade de vida, depressão e ansiedade.	63 participantes, Controle (n = 20), Caminhada (n = 21) e Pilates (n = 22). Os grupos Pilates e caminhada realizaram oito semanas de sessões de exercício de 60 minutos 3 vezes/semana. Foram avaliados antes e após 8 semanas de treinamento.	Concluindo que os escores de qualidade de vida, depressão e ansiedade-traço melhoraram nos grupos Pilates e caminhada. O Pilates e a caminhada impactam positivamente os níveis de qualidade de vida, depressão e ansiedade.

AUTOR	OBJETIVOS	MÉTODOS	CONCLUSÃO
Costa, et al (2007)	Discutir a importância da prática regular de exercícios físicos como medida de prevenção e como adjuvante do tratamento da Depressão, sendo o exercício físico uma importante abordagem não farmacológica que contribui para o desenvolvimento da autoestima e da confiança do indivíduo.	Levantamento bibliográfico	O tratamento padrão para depressão psicoterapia e prescrição medicamentosa é extremamente efetivo, porém a prática de atividade física é uma terapia adjuvante altamente benéfica.

AUTOR	OBJETIVOS	MÉTODOS	CONCLUSÃO
Mazo, et al (2005)	Verificar a tendência de estados depressivos em idosos praticantes de atividade físicas.	A amostra foi composta por 122 idosos. O instrumento utilizado foi à escala de depressão adaptada de Stoppe e Louzã (1999)	A maioria dos idosos praticantes de atividade física (91%) não apresenta tendência a estado depressivo.

AUTOR	OBJETIVOS	MÉTODOS	CONCLUSÃO
Cheik, et al., (2003)	Verificar a influência do exercício físico e da atividade física nos aspectos psicológicos (índices indicativos para depressão e ansiedade) em idosos.	54 idosos saudáveis (66,85 ± 4,42 anos), de ambos os sexos, subdivididos em 3 grupos: Grupo A - controle (indivíduos sedentários), n=18; Grupo B – grupo de desportistas (indivíduos sedentários que passaram a praticar exercícios físicos regularmente), n=18; Grupo C – grupo de lazer (indivíduos que participam de programas de atividade física. Não sistematizada) n=18.	A prática regular de exercício físico orientado com parâmetros fisiológicos, pode contribuir na redução dos escores para depressão e ansiedade em indivíduos com mais de 60 anos.

AUTOR	OBJETIVOS	MÉTODOS	CONCLUSÃO
Cruz, et al, 2013	Conhecer o processo de liberação da endorfina durante a atividade física e como esse hormônio auxilia na melhora da depressão e ansiedade	Levantamento Bibliográfico	Durante a atividade física os níveis plasmáticos de endorfinas aumentam dependendo da intensidade do exercício, ressaltando diversos benefícios que possibilitam uma vida mais saudável, essa atitude acaba por induzir a endorfina atuando em seu desenvolvimento físico e mental.

AUTOR	OBJETIVOS	MÉTODOS	CONCLUSÃO
<p>Silva et al (2011)</p>	<p>Destacar os benefícios dos exercícios físicos na prevenção e tratamento da depressão.</p>	<p>Foi realizada uma revisão sistemática de ensaios clínicos, randomizados ou não, publicados entre os anos de 2002 a 2012</p>	<p>Os exercícios físicos podem trazer bem-estar, melhorar a autoestima e autoconfiança. Em razão de ser um excelente libertador de endorfinas, o exercício físico pode criar a boa dependência quando praticado continuamente e pode ser associado a qualquer outra substância relacionada ao prazer</p>

Diante disso, o estudo feito por, Vacini, *et. al.* (2017, p. 46) com o objetivo de comparar os efeitos do treinamento com pilates e caminhada sobre os níveis de qualidade de vida, depressão e ansiedade. Realizou a pesquisa com Sessenta e três participantes com sobrepeso/obesidade foram divididos aleatoriamente em grupos: Controle (n = 20), Caminhada (n = 21) e Pilates (n = 22). Os grupos Pilates e caminhada realizaram oito semanas de sessões de exercício de 60 minutos 3 vezes/semana. Os níveis de qualidade de vida, depressão e ansiedade traço e estado foram avaliados antes e após oito semanas de treinamento. Concluindo que os escores de qualidade de vida, depressão e ansiedade-traço melhoraram nos grupos Pilates e caminhada. Os níveis de ansiedade-estado melhoraram apenas no grupo caminhada. O Pilates e a caminhada impactam positivamente os níveis de qualidade de vida, depressão e ansiedade. O método Pilates pode ser usado como um método alternativo para distúrbios do humor em indivíduos com sobrepeso e obesidade.

Um estudo feito por Mazo, *et. al.* (2005, p. 34), através de um questionário com idosos praticantes de atividade física apresentou que 91% deles não apontam tendências a estados depressivos, o que nos mostra que a atividade física é indispensável para melhorar a saúde mental do idoso e conseqüentemente sua qualidade de vida. Entretanto, é essencial assimilar que a prática de atividade física no idoso acarreta algumas limitações devido às modificações fisiológicas e psicológicas previamente explanadas.

Corroborando da mesma ideia, William, *et. al.* (2007, p. 23) relata no seu estudo que do ponto de vista psicológico, o exercício aumenta a sensação de domínio e autoestima, proporciona também distração terapêutica que desvia a atenção dos sentimentos de angustias e culpas. Do ponto de vista fisiológico o exercício age sobre a neuroquímica da regulação do humor.

Pesquisa realizada por Cruz, *et. al.* (2013, p. 66) Benefícios da endorfina através da atividade física no combate a depressão e ansiedade. Destacou que durante a atividade física os níveis plasmáticos de endorfinas aumentam dependendo da intensidade do exercício, ressaltando a importância de um profissional da área.

Reforçando estas ideias Meeusen & De Meirleir (1995, p. 33), afirmam que a realização de exercícios físicos resulta numa série de alterações fisiológicas e bioquímicas envolvidas com a liberação de neurotransmissores e ativação de receptores específicos, auxiliando na redução de depressão e ansiedade. Estes autores referem também que, nos seus estudos não foram realizadas as dosagens dos neurotransmissores, noradrenalina e serotonina, mas, que a revisão de literatura por eles realizada indica alterações dos mesmos com a prática do exercício físico.

Segundo Paffenbarger *et. al.* (1994 apud MESQUITA, 2004, p. 44) a prática regular de exercícios está associada tanto à prevenção quanto à melhora dos sintomas da depressão. As conclusões destes e demais estudos evidenciam que a prática regular de exercícios está associada tanto à prevenção quanto à remissão dos sintomas da depressão.

Então, constatou-se que a maior parte dos estudos mostrou que o exercício é capaz de atenuar e/ou reverter os efeitos deletérios do estresse crônico. Apontaram uma melhora significativa dos quadros de depressão. Podemos perceber que as vantagens do exercício físico vão desde uma maior positividade psicológica, melhoria na estabilidade do humor e diminuição da tensão e do estresse, as melhoras somáticas, envolvendo uma maior disposição e energia diárias, um melhor desempenho intelectual e convívio social. A literatura enfatiza que a prática regular de exercício físico traz resultados positivos não somente ao físico, mas também aos aspectos psicológicos e no combate aos seus possíveis distúrbios, transtornos de humor, a ansiedade e a depressão, e aos aspectos cognitivos, como a memória e a aprendizagem.

Portanto é notório que o exercício físico é um dos tratamentos não farmacológicos essenciais para o tratamento de pessoas acometidas por distúrbios mentais e principalmente com a depressão, pois estudos garantem e sustentam que praticar exercício em intensidade moderada é benéfico não só para a melhora geral da saúde, pois visa não apenas a melhora fisiológica e estética, mais também os

efeitos promovidos no aspecto familiar e social, no estilo de vida mais saudável, assim como na adoção de hábitos saudáveis vão levar a uma melhora do corpo e a mente.

6 CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos, constatou que o exercício físico é eficaz no tratamento da depressão, além de oferecer oportunidade de envolvimento social, elevação da autoestima e aprimoramento das funções cognitivas, diminuindo o quadro depressivo e também auxiliando na redução de recaídas.

Além disso, a prática regular melhora a qualidade de vida das pessoas de maneira geral, seja no aspecto físico, social e psicológico, mostrando-se, mais uma vez, como um item fundamental no tratamento e prevenção da depressão. Contribuindo de forma significativa no humor, comportamento, convívio familiar, e nas suas relações sociais.

Diante da realidade aqui apresentada, espera-se que esse estudo possa contribuir de forma positiva para que novas pesquisas sejam realizadas, a respeito da temática, visando um estudo mais aprofundado e pensando sempre em melhores condições de vida da população. Existe uma lacuna de estudos sobre a temática na literatura espera-se que novas pesquisas possam ser realizadas na área.

REFERÊNCIAS

- BLUMENTHAL, J. A. et. al. Exercício e Farmacoterapia no Tratamento do Transtorno Depressivo Maior. *Psychosom Med.* 2007; 69 (7): 587-596.
- CAMPBELL, R. J. Dicionário de Psiquiatria. 8ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 824p.
- CHEIK, N. C. Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. *R. bras. Ci. e Mov.* 2003; 11(3): 45-52.
- CRUZ, J. R. *et.al.* Benefícios da endorfina através da atividade física no combate a depressão e ansiedade. *EFDeportes.com. Revista Digital Buenos Aires, Ano 18, Nº 179, Abril de 2013. Buenos Aires, ano 18, nº 179, Abril de 2013.*
- CORDÁS, A. T. Depressão: da Bile Negra aos Neurotransmissores - Uma introdução histórica. São Paulo. Lemos Editorial, 2002.
- CORDEIRO, D. Relação entre Atividade Física, Depressão, Autoestima e Satisfação com a Vida. Mestrado em atividades físicas em populações especiais. Instituto Politécnico de Santarém - Escola Superior de Desporto de Rio Maior. Rio Maior, Portugal; 2013.
- PORTO, DEL J. A. Conceito e diagnóstico. *Ver. Bras. Psiquiatr*, v. 21, mai.1999.
- GOLFETTI, B. C. M. R; *at. al.* Atividades físicas: “remédio” cientificamente comprovado? *A Terceira Idade*, 1995 10(6), 34–43.
- GOODWIN, R. D. Associação entre atividade física e transtornos mentais entre adultos nos Estados Unidos. *Preventive Medicine*, 36: 698-703 2003.
- HOLLENBERG, M, H, T; A depressão diminui a aptidão cardiorrespiratória em mulheres idosas. *J. Clin Epidemiol.* n. 56, v. 11, p. 1111-1117, nov.2003.
- KAISER, R. C. Saúde Mental. Exercício Físico e Reabilitação. Porto Alegre: Artmed, 2001. P. 311-330.
- KNUTH, A. G. Prática de atividade física e sedentarismo em brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). 2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (9): 3697-3705, 2011.
- LIMA, M. S. Epidemiologia e impacto social. *Rev. Bras. Psiquiatr*, v. 21, mai.1999.
- NAHAS, M. V. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf. (2001).
- NAHAS, M. V. Atividade física, saúde e qualidade de vida: Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 3. Ed. Londrina: Midiograf, 2003. 278 p.
- NIEMAN, D. C. Exercício e Saúde. São Paulo: Manole, 1999.
- OLIVEIRA, H. F. R. Esporte e qualidade de vida. Disponível em:
<http://www.oliveiras.com.br/sos/mat_pos_eqv/eqv.pdf>. Acesso em: 20/11/18.

NICOLOFF, G. Usando o exercício para afastar a depressão, o médico e o sportmedicine. V. 23, N. 9, P. 241-251, 1995.

MAZO, G. Z.; BENEDETTI, T. B. Atividade Física e o Idoso: Concepção Gerontológica. Porto Alegre: Sulina, 2004.

MEEUSEN, R. (1995). Exercício e neurotransmissão cerebral. Medicina Esportiva, 20 (3), 160-188. 1995.

OLIVEIRA, V. I. M. Depressão e Atividade Física: revisão de artigos. Mar/2014.

PAFFENBARGER, *et. al.* Programas de exercícios aeróbicos como intervenção complementar no tratamento da depressão: influência da estratégia de aplicação. Projeto de pesquisa aprovado pela Fundação de Amparo a Pesquisa (FAPESP); São Paulo, 2004.

RIBEIRO, Suzana Neves Pessi. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde: Atividade Física e sua intervenção junto à depressão. vol. 3, n. 2, pg.73-79. 1998.

ROCAÑIN, J. C. F. Loucura ou normalidade uma fronteira fácil de ultrapassar, Madri; Feafes, 1997.

SENA FILHO, J. G. *et. al.* Antidepressivos e ansiolíticos utilizados na terapêutica de problemas relacionados à saúde mental: sugerindo terapias alternativas para fatores cognitivos e emocionais. Informa, v. 18, n. 3/4, p. 3-5, 2006.

SILVA, G, C. Contribuições do exercício físico na prevenção e tratamento da Depressão. Campinas, SP, 2011.

SEVERINO, A. J. Metodologia do Trabalho Científico. São Paulo: Cortez, 2007.

STELLA, F, G. Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. Motriz, Rio Claro, Ago/Dez 2002, Vol. 8, n. 3.

SOTO, L. (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción com o estilo de vida. Pensamiento Psicológico, 2015.

VACINI, L. R. *et. al.* Arq. Neuro-Psiquiatr. Vol. 75. no. 12. São Paulo Dec.2017.

VITAL, T. M. *et. al.* Atividade física sistematizada e sintomas de depressão na demência de Alzheimer: uma revisão sistemática. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 59 (1): 58-64, 2010.

WILLIAM, D. M. Fisiologia do Exercício Energia, Nutrição e Desempenho Humano. Doenças e Distúrbios cognitivo-emocionais. 2007, 80-979.

Disponível em: Copyright © 2012 Bibliomed, Inc. Publicado em 17 de Janeiro de 2011 Revisado em 27 de agosto de 2012, acessado em 08/12/2018.

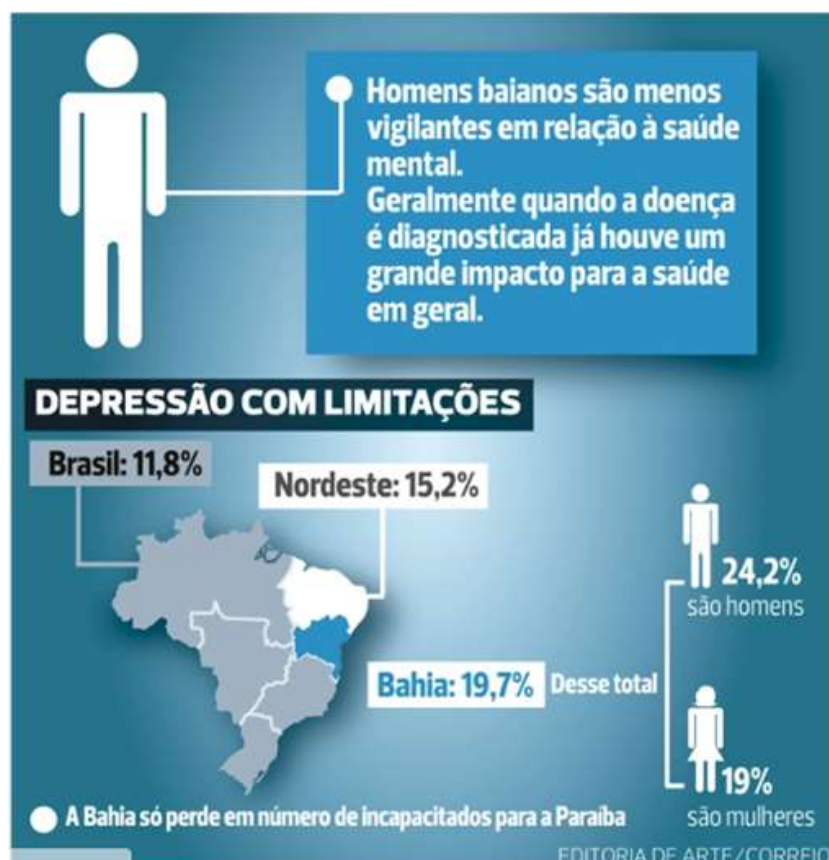
ANEXOS

Gráfico 1: Cenário da doença mental na Bahia, Depressão – IBGE



Disponível em: <<https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/bahia-tem-alto-indice-de-pessoas-com-depressao-aponta-ibge/>>

Gráfico 2: Cenário da doença mental na Bahia, Depressão – IBGE



Disponível em: <<https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/bahia-tem-alto-indice-de-pessoas-com-depressao-aponta-ibge/>>

Gráfico 3: Infográfico sobre Depressão - IBGE



Disponível em: <[https://www.telavita.com.br/blog/wp-content/uploads/2017/04/infografico_depre-](https://www.telavita.com.br/blog/wp-content/uploads/2017/04/infografico_depre-02.jpg)

02.jpg

Capítulo 15



10.37423/230908239

SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM NA EMERGÊNCIA

JAQUELINE JESUS DE ANDRADE PEIXOTO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

VALDENÍSIA TADEU BISPO SANCHES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

MARÍLIA DE JESUS SILVA MARTINS

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ETELVINA SOUZA RIBEIRO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA



Em todas as profissões há situações que podem desencadear estresse, o que compromete a saúde e o bom desempenho do colaborador. Essa situação está atrelada ao fato de que cada vez mais a competitividade e a busca por melhores resultados estão presentes na vida do trabalhador, seja de forma motivadora e/ou como um agente estressor (GOMES; CARVALHO; MAGALHÃES, 2011).

Como consequência desse modelo social competitivo e excessivamente dinâmico, surgem problemas de ordem emocional e física que acabam afetando a integridade de sujeito que responde conforme suas especificidades a cada estímulo que surge em sua demanda profissional (DEJOURS, 2010).

A síndrome de Burnout é definida como o estresse laboral que se caracteriza pelo esgotamento emocional e físico do trabalhador, ocorrendo quando há uma frustração com o ambiente de trabalho ou com o próprio profissional e quando situações de conflito não possuem mais estratégias para serem enfrentadas. (TRINDADE; LAUTERT, 2010).

O termo “Burnout” pode ser conceituado como incendiar-se, deixar-se queimar (Burn = queimar e out = exterior), ou seja, o termo se refere à queima das energias físicas e emocionais do trabalhador que faz com que este perca o entusiasmo e o interesse pelo trabalho, prejudicando assim, o seu desempenho nas atividades que exerce. Algumas denominações como estresse profissional, estresse assistencial, estresse ocupacional, neurose profissional ou de excelência, síndrome do esgotamento profissional e síndrome de queimar-se pelo trabalho também são utilizadas para definir Burnout, porém a existência de muitos termos pode dificultar as pesquisas em sua área. (RUVIARO, 2010).

Trata-se de uma síndrome multidimensional, caracterizada por três componentes: exaustão emocional, diminuição da realização pessoal e despersonalização. O primeiro refere-se a sentimentos de fadiga e redução dos recursos emocionais necessários para lidar com a situação estressora. O segundo refere-se à percepção de deterioração da auto competência e falta de satisfação com as realizações e os sucessos de si próprio no trabalho. O terceiro componente refere-se a atitudes negativas, ceticismo, insensibilidade e despreocupação com respeito a outras pessoas. Esses fatores são preocupantes e suscetíveis a causar danos, tanto nos indivíduos acometidos quanto nos que recebem cuidados daqueles. (LORENZ et al., 2010).

Assim, a Síndrome de Burnout pode ser considerada como uma consequência do desequilíbrio presente em algumas organizações, haja vista que não raramente, surgem os casos de trabalhadores que sofrem com essa Síndrome, tendo seu diagnóstico relacionado ao estado de tensão emocional e

estresse crônico os quais são ocasionados em virtude de problemas e conflitos relacionados às condições de trabalho desgastantes (RISSI, 2015).

Logo, entende-se que os agentes estressores quando surgem de forma intensa e continuamente são a causa da Síndrome de Burnout, uma vez que essa Síndrome é considerada como uma doença ocupacional decorrente de grande nível de estresse, ou ainda como estresse crônico que acomete o indivíduo (RUVIARO, 2010).

O indivíduo acometido pelo Burnout pode ser visto pelos clientes e pelos próprios colegas de trabalho como maus profissionais, frios e indiferentes diante do sofrimento e da morte, o que pode refletir de forma negativa na assistência prestada aos usuários nos serviços de saúde, tendo em vista que atualmente a humanização da assistência é de suma importância e relevância. (SILVA et al., 2008).

Os sintomas que fazem parte do diagnóstico da Síndrome vão desde distúrbios físicos até transtornos emocionais que comprometem a saúde e o bem-estar do trabalhador. Os casos mais frequentes da Síndrome de Burnout são entre profissionais que atuam, sobretudo nas áreas de educação, assistência social, saúde, recursos humanos, bombeiros, policiais, advogados e jornalistas (ANDRADE; VIEIRA, 2009). Em relação ao aspecto físico do indivíduo, os sintomas mais comuns são dores de cabeça, enxaqueca, cansaço, sudorese, palpitação, pressão alta, dores musculares, insônia, crises de asma e distúrbios gastrointestinais, respiratórios e cardiovasculares, sendo que nas mulheres além desses sintomas, há também a presença de alterações hormonais que afetam diretamente o ciclo menstrual (DEJOURS, 2010).

Os sintomas iniciais da Síndrome de Burnout podem ser inicialmente confundidos com sintomas depressivos, o que revela a importância do diagnóstico preventivo e eficiente. Sinais de esgotamento profundo associado à agressividade e irritabilidade, assim como às oscilações frequentes de humor, agressividade, perda de concentração, ansiedade, tristeza, baixa autoestima, fadiga são indícios de que o indivíduo pode estar com a Síndrome de Burnout (SANTOS; CARDOSO, 2010).

Os sintomas mais comuns nos casos da Síndrome de Burnout ocasionados pelo estresse extremo são fadiga, cansaço constante, transtorno do sono, dores musculares, cefaleia, irritabilidade, variações de humor, perda de memória, problemas de concentração, perda de apetite, depressão, despersonalização e apatia (CARNEIRO, 2010).

Esse quadro de estresse contínuo pode ocasionar a Síndrome de Burnout a qual se caracteriza como o estado máximo do estresse que acomete o estado físico e emocional de alguns profissionais, mais frequentemente, identificados em profissões relacionadas à área da saúde, da comunicação, do direito e da educação (BORGES et al., 2007).

Os agentes externos que favorecem a incidência de fatores estressores máximos são variáveis, entretanto os mais comuns são os problemas decorrentes das relações interpessoais, uma vez que o atendimento às exigências dos pacientes e chefes, assim como a individualidade e a alta competitividade que, muitas vezes, existem no desenvolvimento das atividades laborais e no convívio social contribuem para que o indivíduo perca a sua autonomia e capacidade de resolução de problemas, o que gera grande angústia e insegurança, e conseqüentemente, se torna uma situação de alto estresse vivenciada diariamente (CARLOTTO, 2010).

Para que se possa diagnosticar se o indivíduo está acometido pela Síndrome de Burnout é preciso considerar o seu histórico profissional, avaliando se este é constituído por situações positivas quanto à autoestima do sujeito, o que é avaliado conforme o seu estado clínico e emocional, assim como a observação das informações obtidas através do relato profissional, através de técnicas psicométricas e a adoção de questionários baseados na Escala Likert os quais permitem estabelecer um diagnóstico com mais precisão (FASCINA et al., 2009).

As formas de tratamento para que o sujeito possa superar os sintomas relacionados à Síndrome de Burnout podem incluir o uso de antidepressivos e psicoterapia, bem como a realização de atividade física e terapias de relaxamento para minimizar os sintomas (GOMES; CARVALHO; MAGALHÃES, 2011).

Desse modo, entende-se que é preciso considerar as situações que fazem parte do ambiente laboral, buscando implementar ações que permitam uma melhor qualidade de vida dentro das organizações, a fim de que os agentes estressores possam ser atenuados, evitando que a saúde física e emocional do trabalhador seja comprometida, visto que essa ação oportuniza melhores resultados tanto para o empregado como para o empregador (DEJOURS, 2010).

Nesse sentido, vale ressaltar que a atuação do enfermeiro em Unidade de Emergência é reconhecida como desencadeadora de estresse e de desgaste físico e emocional já que esta é uma unidade apropriada para o atendimento aos pacientes em situações agudas específicas, o que exige um trabalho em equipe a qual deve ser formada por profissionais especializados (SILVA, 2006).

Por isso, acredita-se que a instituição hospitalar deve reconhecer que o profissional é um ser humano e é necessário investir na sua capacitação, reconhecendo o seu potencial e limitações, assim, estará fornecendo o suporte necessário para que a assistência prestada pelo enfermeiro seja executada com humanidade, visto que o cuidador só poderá prestar uma assistência humanizada por meio de sua própria humanização e de sua valorização como ser humano (SANTOS; CARDOSO, 2010).

Com base nessa afirmação, pode-se dizer que a Síndrome de Burnout compromete a qualidade de vida do sujeito, uma vez que os sintomas interferem diretamente em sua personalidade e comportamento, seja em virtude dos problemas psicológicos ou físicos associados ao estresse crônico.

As consequências psicológicas associadas à Síndrome de Burnout são diversas, sendo que algumas apresentam casos de alcoolismo, bem como o uso de outras substâncias psicoativas o que acelera ainda mais a incidência de quadros ansiosos, depressivos e comportamento suicida, visto que os pacientes portadores da Síndrome de Burnout tem o espírito desgastado pelo desânimo, a vontade reduzindo vagarosamente, até atingir os gestos mais banais, minimizar as vitórias mais significantes, a beleza, a força da missão, dando lugar ao mesmo irritante cotidiano, por mais diferentes que sejam os dias de labor. (CARNEIRO, 2010).

Neste contexto, a Síndrome de Burnout faz com que o sujeito perca a capacidade de envolver-se com outras pessoas, seja com colegas de trabalho ou até mesmo de seu meio social, visto que ele deixa de se interessar por outras situações que não sejam as que se referem às interações pessoais, agindo como se fosse uma pessoa sem interesses ou motivações pessoais, pois ele perde o prazer de manter-se socialmente ativo (SILVA, 2006).

Esta Síndrome leva à deterioração dos sentimentos de autoestima e bem-estar do sujeito, fazendo com que ele se sinta sempre excessivamente cansado, desmotivado e sem estímulo para enfrentar a situação que o deixa dessa forma, é como se ele não tivesse condições emocionais e física para lidar com os próprios conflitos e problemas decorrentes da existência dos agentes agressores (RUVIARO, 2010).

Os trabalhadores de enfermagem que atuam em unidade de emergência estão expostos a várias situações de estresse; suas condições de saúde estão comprometidas e, possivelmente, algumas das alterações de saúde que apresentam são decorrentes de sua exposição a tais riscos (BIANCHI, 2009).

Tal contexto favorece o surgimento das alterações de saúde que prejudicam tanto o trabalhador quanto a classe patronal, pois o adoecimento leva estes profissionais ao afastamento de suas

atividades laborais, prejudicando o andamento do trabalho, acumulando as tarefas não realizadas aos demais empregados (DALRI; ROBAZZI; SILVA, 2010).

Assim, a forma como o trabalhador compreende e lida com os problemas que fazem parte de suas atividades laborais interfere no seu desempenho profissional, o que implica a maneira como ele age e se desenvolve no seu processo de trabalho, bem como no seu estilo de vida, refletindo diretamente na sua qualidade de vida (SÁ, 2007).

O nível de barulho na unidade representa um fator bastante estressante. Os efeitos adversos do ruído são proporcionais ao tempo de exposição. Quando o ruído é inesperado provoca no organismo uma reação de alarme pelo aumento de corticóides, adrenalina e noradrenalina e a repetitividade desse processo pode levar a uma situação de estresse. Nestes casos, os sintomas são náuseas, cefaleia, irritabilidade, instabilidade emocional, ansiedade, sonolência ou insônia, diminuição da produtividade e aumento do número de acidentes (PEREIRA, 2010)

O trabalho da enfermagem propicia situações de estresse, causa sofrimento e adoecimento. Ainda que o trabalho possa ser uma fonte de prazer, de bem-estar e de saúde quando existem condições favoráveis à livre utilização das habilidades e o seu controle pelos trabalhadores, por outro lado, pode ser origem de sofrimento psíquico quando desprovido de sentido, sem suporte social, não reconhecido ou em situações que se constituem em fonte de ameaça à integridade física e/ou psíquica do trabalhador (DALRI; ROBAZZI; SILVA, 2010).

Dentre as funções da equipe de enfermagem destacam-se as relações contínuas com o outro, as quais podem influenciar o estilo de vida de quem cuida, bem como serem avaliadas como desgastantes, pois, muitas vezes, esses profissionais passam por privações de sono em virtude das múltiplas jornadas de trabalho sob pressão, com déficit de trabalhadores de enfermagem no serviço, com a insuficiência de recursos e com a superlotação de doentes. As características do enfermeiro são associadas a um trabalho fortemente normatizado e fragmentado em virtude da divisão das tarefas e de técnicas como um sistema de turnos, em rotatividade (ADAMI, 2007).

Diante do exposto, nota-se que o enfermeiro da unidade de emergência está suscetível a ficar estressado, causando, assim, alterações que podem prejudicar a saúde e o bem-estar do trabalhador. Nesta trajetória, eles enfrentam dificuldades, as quais repercutem tanto no seu trabalho, quanto na sua vida pessoal. O aparecimento dos sintomas de estresse torna-se evidente mesmo o trabalhador não admitindo, causando, assim, sofrimento e adoecimento, essa realidade decorre de situações que ocorrem constantemente em uma unidade hospitalar (BARRETO, 2015).

O estresse na equipe de enfermagem que atua no setor de emergência configura-se como um fator que remete à preocupação em relação às condições de trabalho e ao atendimento realizado, evidenciando que todos os profissionais são seres humanos que apresentam limitações, e como tais, necessitam ter condições dignas para o desenvolvimento de suas atividades, vislumbrando o cumprimento de sua missão, a qual se estabelece em promover a saúde e o bem-estar de todos os pacientes que dependem de seus conhecimentos e práticas para continuarem a sua vivência (BIANCHI, 2009).

Portanto, observa-se que os enfermeiros emergencistas em suas atividades laborais estão submetidos às situações que demandam sentimentos que vão desde os que envolvem emoção até os que trazem desconforto físico, já que as atividades exigem a capacidade de lidar com problemas psicológicos, socioeconômicos e físicos (FASCINA, 2009).

REFERÊNCIAS

- ADAMI, N. P. Melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. São Paulo: Acta Paulista de Enfermagem, v. 13, número especial, parte 1, 2007.
- ANDRADE, J. S.; VIEIRA, M. J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.58, n.3, p.261-265, mai./jun. 2009.
- BARRETO, S.A. et al. Síndrome de Burnout: Sistemática de um problema. Rev. Enfermagem Revista . v.16. n.3. 2015.
- BIANCHI, E. R. F. Enfermeiro Hospitalar e o Stress. Rev. esc. enferm. USP, v.43. 2009.
- BORGES, et al. A síndrome de Burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. Psicol. Reflex. Crit., Porto Alegre, v.15, n. 1, 2007.
- CARLOTTO, M. S. Síndrome de Burnout: Um tipo de estresse ocupacional. Cadernos Universitários. Canoas, v.18, n.1, p. 4-11, 2010.
- CARNEIRO, R. M.C. Síndrome de Burnout: um desafio para o trabalho do docente universitário. Centro Universitário de Anapólis, Unievangélica, 2010.
- DALRI, R. C. M. B.; ROBAZZI, M.L.C.C.; SILVA, L.M. Riscos Ocupacionais e Alterações de Saúde entre Trabalhadores de Enfermagem Brasileiros de Unidade de Urgência e Emergência. Rev. Cienc. Enferm. v.16 n.2. Concepción. 2010.
- DEJOURS, C. A Loucura do Trabalho. 5ª edição. São Paulo: Cortez, 2010.
- FASCINA, L.P. et al. Avaliação do Nível da Síndrome de Burnout Na Equipe De Enfermagem Da UTI-Adulto. XXXIII Encontro da ANPAD. São Paulo; 2009.
- GOMES, C.; CARVALHO, I.; MAGALHÃES, S. R. M. et al. Síndrome de Burnout e suas consequências nos profissionais de enfermagem. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, v 9, n.1, p.200-210. 2011.
- GOMES, C.; CARVALHO, I.; MAGALHÃES, S. R. M. et al. Síndrome de Burnout e suas consequências nos profissionais de enfermagem. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, v 9, n.1, p.200-210. 2011.
- LORENZ et al. Burnout e estresse entre enfermeiros terciário de um hospital universitário. Rev. Latino Am. Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, dez. 2010.
- PEREIRA, A.M.T.B. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador. 1 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010.
- RISSI, V. Síndrome de Burnout: a doença das pessoas extremamente dedicadas ao trabalho. *Escola de Psicologia IMED, 2015.*

RUVIARO, M.F.S; BARDAGI, M.P. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais da área de Enfermagem do interior do RS. Barbarói. [Internet]. Santa Cruz do Sul; n. 33, 2010. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/1555/13173>

SÁ, A.C. O cuidado do emocional em enfermagem. São Paulo; Robe Editorial, 2007.

SANTOS, A. F. O.; CARDOSO, C. L. Profissionais de saúde mental: estresse e estressores ocupacionais stress e estressores ocupacionais em saúde mental. Psicologia em Estudo, 2010.

SILVA, D.C.M et al. Burnout em profissionais de enfermagem no contexto hospitalar. Psicol. hosp. (São Paulo). v.6, n.1, p.39-51, 2008. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092008000100004. Acesso em: 26 set 2023.

SILVA, F. P. S. Burnout: um desafio à saúde do trabalhador. Universidade Complutense de Madrid., 2006.

TRINDADE, L.L; LAUTERT, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. Rev. Esc. Enferm. USP. v.44, n.2, p.274-279, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/05.pdf>. Acesso em: 26 de set 2023.

Capítulo 16



10.37423/230908245

PLANTAS MEDICINAIS E O PODER DE TRATAMENTO DE INFECÇÕES URINÁRIAS: UMA REVISÃO

POLIANA CACHOEIRA SOUZA

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO

MAURÍCIO NOGUEIRA DA CRUZ PESSÔA

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO

JHONNATA WYLLIAN ALVES DE MORAIS

AUTARQUIA DE ENSINO SUPERIOR DE ARCOVERDE

RANIELI CORDEIRO DE MORAIS FRAZÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO

HOZANA MARIA ROCHA CARDOSO

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO

ANA LUÍSA BRITO SEIXAS BARBOSA

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO

DAYVERSON KAÍQUE FREIRE DA SILVA

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO

ISLA MIKAELE ALVES DOS SANTOS

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO

AMANDA DE BRITO CAVALCANTI

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO

GABRIELA MARIA DA SILVA

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO

Resumo: As plantas medicinais fazem parte da sociedade humana para combater doenças desde os primórdios da civilização e o presente estudo consiste de um levantamento etnobotânico das plantas utilizadas como tratamento de infecção urinária, já que as mesmas têm propriedades que auxiliam no tratamento/cura de diversos problemas. Entretanto, destaca-se que as plantas medicinais, apesar de causarem menos efeitos colaterais, elas também podem causar interações com outras substâncias e causar problemas. As plantas mais citadas nos artigos foram: Quebra-pedra (*Phyllanthus niruri*-phyllanthaceae), Cavalinha (*Equisetum hyemale* L- equisetaceae), Aroeira (*Schinus terebinthifolius*-anacardiaceae), Pata de vaca (*Bauhinia forficata*- fabaceae), Cranberry/oxicoco (*Vaccinium macrocarpon*- ericaceae), Tansagem (*Plantago major* L- plantaginaceae.), Milho (*Zea mays*-gramíneas), Uva-ursi (*Arctostaphylos uva-ursi* L- ericaceae.), Gengibre (*Zingiber officinale*-zingiberaceae) e Camomila (*Matricaria recutita*- asteraceae). As plantas medicinais Quebra-pedra, Cranberry/oxicoco e Aroeira foram as mais citadas como forma de prevenir e auxiliar no tratamento das infecções urinárias.

INTRODUÇÃO

As plantas medicinais contribuem para além do uso medicinal, desenvolvimento comunitário e preservação da cultura de um povo (QUEIROGA, 2015). Os princípios ativos e extratos de plantas há muito tempo têm servido de base para diversas aplicações na medicina popular, entre elas, a produção de antissépticos tópicos, logo, esse benefício serve para muitos tratamentos e investigações (ALMEIDA et al., 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem incentivado fortemente desde 1977 o estudo de plantas medicinais, com o intuito de avaliar os benefícios do uso de fitoterápicos (SOUZA, 2016) e entrou em vigor a Lista de Medicamentos Fitoterápicos de Registro Simplificado que é uma modalidade de registro que assegura a qualidade, segurança e eficácia. Segundo os dados da OMS, cerca de 65 a 80% da população mundial não tem acesso ao atendimento primário de saúde e recorre à medicina tradicional, especialmente às plantas medicinais, na procura de cura e tratamentos (SPÉZIA et al., 2020).

Além do benefício para a saúde, essas plantas ajudam a entender mais sobre a capacidade produtiva do país (QUEIROGA, 2015). Essas plantas medicinais ajudam no tratamento de infecções urinárias, principalmente em populações carentes e inova a tecnologia e ajuda na ciência, uma vez que as plantas medicinais produzem uma variedade de substâncias com propriedades antimicrobianas. Assim, espera-se que programas de triagem possam descobrir compostos candidatos para o desenvolvimento de novos antibióticos (AHMAD & BEG, 2001).

A infecção urinária é um problema de saúde ocasionada por alguns tipos de bactérias, e as principais são: *Escherichia coli*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Klebsiella pneumoniae* e *Proteus mirabilis* (HADAD E FERNANDES, 2019) e por muito tempo as plantas foram usadas como forma de medicação (UNESCO).

As infecções do trato urinário se caracterizam pela resposta do organismo diante uma invasão e multiplicação bacteriana e o tratamento através de plantas medicinais tem se mostrado eficaz na prevenção de patologias, pois elas são comuns no mundo todo (LOPES E ZANCHETT, 2021). É estimado que 150 milhões de pessoas sejam afetadas por ano, mas infelizmente não é toda a população que têm acesso às medicações alopáticas, principalmente as mais carentes, em determinados locais no Brasil o único recurso disponível são as plantas medicinais que podem atuar como uma prática complementar para determinadas doenças do trato urinário (DI STASI, 2007).

A crescente utilização de antibióticos é responsável pelo desenvolvimento de organismos resistentes aos tratamentos convencionais já aplicados na saúde pública e a alta incidência de resistência bacteriana, entre outros fatores, favorece a busca de novas formas terapêuticas válidas, a fitoterapia é uma delas (TEIXEIRA, 2012). Por outro lado, os antibióticos são fármacos que revolucionaram o tratamento de doenças infecciosas causadas por bactérias (CALDAS, OLIVEIRA E SILVA, 2022). Entretanto, o mau uso desses fármacos acelera o processo natural de resistência das bactérias contra os antibióticos (COSTA E SILVA JÚNIOR, 2017).

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada a revisão da literatura sobre as plantas medicinais utilizadas na prevenção e tratamento das infecções urinárias nas bases de dados da Scielo, Science Direct, Google Scholar e Scopus nos idiomas português, inglês e espanhol. Não foi contemplando publicações entre datas específicas. A pesquisa incluiu artigos científicos e documentos oficiais.

Os descritores que foram utilizados são: “planta medicinal” e “infecção urinária”, “fitoterápicos” e “infecção urinária” e “plantas medicinais”. Os trabalhos científicos foram selecionados a partir das 10 primeiras abas em cada base de dados e selecionados aqueles de maior interesse.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram selecionados 20 artigos que abordam sobre plantas medicinais no tratamento de infecção urinária, desses artigos foram selecionadas as 10 plantas mais discutidas nos trabalhos, a saber: Quebra-pedra (*Phyllanthus niruri*- *phyllanthaceae*) (9),

Cavalinha (*Equisetum hyemale* L- *equisetaceae*) (6), Aroeira (*Schinus terebinthifolius* *anacardiaceae*) (6), Pata de vaca (*Bauhinia forficata*- *fabaceae*) (4), Cranberry/oxicoco (*Vaccinium macrocarpon*- *ericaceae*) (3), Tansagem (*Plantago major* *plantaginaceae*.) (3), Milho (*Zea mays*- *gramíneas*) (3), Uva-ursi (*Arctostaphylos uvaursi* L- *ericaceae*.) (2), Gengibre (*Zingiber officinale*- *zingiberaceae*) (2) e Camomila (*Matricaria recutita*- *asteraceae*) (2), descritas abaixo.

ESPÉCIES	AUTORES
Quebra-pedra	(BATTISTI et al., 2013); (SOUZA et al., 2014); (LIMA, NASCIMENTO, SILVA, 2016); (OLIVEIRA E LUCENA, 2015); (SOUZA E FELFILI, 2006); (ALBERTASSE, THOMAZ E ANDRADE, 2010); (VÁSQUEZ, MENDONÇA E NODA, 2014); (PILLA, AMOROZO E FURLAN, 2006); (OLIVEIRA, BARROS, MOITA, 2010).

Cavalinha	(SOUZA et al., 2016); (BATTISTI et al., 2015) (SOUZA et al., 2014); (BAG, BHATTACHARYYA e CHATTOPADHYAY ,2008); (PIANA, KUPSI E POSSEBOM, 2021); (LIMA, NASCIMENTO, SILVA, 2016), (SOUZA et al.,2016)
Aroeira	(PAIVA et al., 2017); (RÊGO, 2023); (LIMA, NASCIMENTO, SILVA, 2016); (OLIVEIRA E LUCENA, 2015); (SOUZA E FELFILI, 2006); (OLIVEIRA, BARROS, MOITA, 2010).
Pata de vaca	(SOUZA et al., 2014); (PIANA, KUPS E POSSEBON, 2021); (LIMA, NASCIMENTO, SILVA, 2016); (SOUZA E FELFILI, 2006).
Cranberry/ oxicoco	(BAG, BHATTACHARYYA e CHATTOPADHYAY, 2008); (VENTRIGILA, 2012); (PIRES et al., 2021).
Tanchagem	(PAIVA et al., 2017); (SOUZA et al., 2014); (VÁSQUEZ, MENDONÇA E NODA, 2014).
Milho	(BAG, BHATTACHARYYA e CHATTOPADHYAY, 2008); (SOUZA et al., 2015); (SOUZA et al.,2016).
Uva- ursi	(BAG, BHATTACHARYYA e CHATTOPADHYAY ,2008); (LOMBARDO, 2018).
Gengibre	(BAG, BHATTACHARYYA e CHATTOPADHYAY, 2008); (SILVA et al., 2027).
Camomila	(PIANA, KUPSI; POSSEBON, 2021); (BRANDÃO, FREIRE E VIANNA, 1998).

QUEBRA- PEDRA (PHYLLANTHUS NIRURI- PHYLLANTHACEAE)

Quebra-pedra (*Phyllanthus niruri- phyllanthaceae*) é uma erva heliófila de haste direta e remosa com 10 a 40 cm de altura, além de ter folhas pequenas, amplamente distribuída em países tropicais e subtropicais e encontra-se no Brasil (QUEIROGA, 2015). Por conter flavonoides e lignanas (QUEIROGA, 2015 E DOMINGUES et al., 2015) ela ajuda na eliminação de cálculos renais (BATTISTI et al., 2013; SOUZA et al., 2014; TAUFNER, FERRAÇO E RIBEIRO, 2006; LIMA, NASCIMENTO E SILVA,

2016; OLIVEIRA E LUCENA, 2015; SOUZA E FELFILI, 2006; ALBERTASSE, THOMAZ E ANDRADE, 2010; PILLA, AMOROZO E FURLAN, 2006; OLIVEIRA,

BARROS, MOITA, 2010) e inflamação dos rins (VÁSQUEZ, MENDONÇA E NODA, 2014; PILLA, AMOROZO E FURLAN, 2006) ao utilizar seus ramos em forma de chá (TAUFNER, FERRAÇO, RIBEIRO, 2006; ALBERTASSE, THOMAZ E ANDRADE, 2010; VÁSQUEZ, MENDONÇA E NODA, 2014) ou suas folhas (AITA et al., 2009; VÁSQUEZ, MENDONÇA E NODA, 2014).

Figura 1: Quebra- pedra (*Phyllanthus niruri- phyllanthaceae*)



Fonte: Horto didático – UFSC.

CAVALINHA (EQUISETUM HYEMALE L- EQUISETACEAE)

A cavalinha (*Equisetum hyemale* L- equisetaceae) é uma planta de pequeno porte que dificilmente atinge um metro de altura e possuem folhas pequenas e caule aéreo com nós e entrenós de 0,7 a 4mm (ALVES, 2015) e é endêmica da América do sul sendo encontrada no Brasil (FLORA E FUNGA DO BRASIL, 2023). A mesma auxilia na amenização da Infecção de urina (LOPES, ZANCHETT, 2019 E SOUZA, 2014) desmancha pedra no rim pois ajuda a eliminar cálculos renais (SOUZA et al., 2014; SOUZA et al. 2015; BATTISTI et al., 2015; LIMA, NASCIMENTO, SILVA, 2016; SOUZA et al., 2016), além de tratar a infecção na bexiga (SOUZA et al., 2015; SOUZA et al., 2016).

A parte usada da planta são suas folhas de forma seca (PIANA, KUPSKI, POSSEBOM, 2021; SOUZA et al., 2015) em forma de decocto (SOUZA et al., 2016). A mesma foi aprovada na Alemanha como terapia de ITUS (Infecções no Trato Urinário) (BAG, BHATTACHARYYA, CHATTOPADHYAY, 2008), pois seu óleo possui ação contra as bactérias *Staphylococcus aureus* (CUNHA et al., 2010 E NAVARRO, 2014) *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* (CUNHA et al., 2010 E PIANA, KUPSI e POSSEBON, 2021)

Pseudomonas aeruginosa, *Salmonella enteritidis*, *Candida albicans* e *Aspergillus niger* que invadem o trato urinário (CUNHA et al., 2010).

Figura 2: *Equisetum hyemale* L- *equisetaceae*



Fonte: Ferreira, 2001.

AROEIRA (*SCHINUS TEREBINTHIFOLIUS*- ANACARDIACEAE)

Aroeira (*Schinus terebinthifolius*- *anacardiaceae*) é uma espécie de porte arbóreo, copa grande e caducifólia, tronco retilíneo e madeira de alta densidade sendo nativa não endêmica do Brasil. (CARVALHO, 2003; MAIA, 2004), ela é indicada para o uso de inflamação do útero, descontrole de menstruação (LIMA, NASCIMENTO, SILVA, 2016) Infecção urinária (OLIVEIRA E LUCENA, 2015; SOUZA E FELFILI, 2006;

OLIVEIRA, BARROS, MOITA, 2010) útero baixo e inflamação dos ovários (OLIVEIRA, BARROS, MOITA, 2010). Usa-se em forma de chá, banho de assento (LIMA, NASCIMENTO E SILVA, 2016) ou pomada (PAIVA et al., 2017). Para a

obtenção de seus compostos é utilizado a raiz, folha (PAIVA et al., 2017; RÊGO, 2023) ou caule (OLIVEIRA E LUCENA, 2015).

Figura 3: Schinus terebinthifolius- anacardiaceae

Fonte: Horto didático- UFSC

PATA DE VACA (BAUHINIA FORFICATA- FABACEAE)

Pata de vaca (*Bauhinia forficata*- fabaceae) possui uma altura de 2,5 a 3,5m de altura da copa (CARTAXO et al. 2001; ALMASSY JÚNIOR, 2005) desenvolve-se em torno das matas e pode ser encontrada sob forma de arbusto ou árvore sendo nativa do Sul do Brasil, Paraguai, Argentina e Uruguai (CORON et al., 2014). Ela atua como uma prática complementar para determinadas doenças do trato urinário (SOUZA et al., 2014; SOUZA et al., 2015). Há estudos que relatam a utilização potencial de extratos dessas espécies vegetais com ações diuréticas e anti-inflamatória (PIANA, KUPSI E POSSEBON, 2021) além de ser indicada para pedra nos rins (LIMA, NASCIMENTO E SILVA, 2016; SOUZA E FELFILI, 2006). O preparo se dá por meio do chá que é preparado com suas folhas (SILVA, 2002; FERRERES et al.,2012) ou casca (LIMA, NASCIMENTO E SILVA, 2016).

Figura 4: Bauhinia forficata- fabaceae

Fonte: Horto didático – UFSC

CRANBERRY/OXICOCO (*VACCINIUM MACROCARPON*- ERICACEAE)

A famosa Cranberry/Oxicoco (*Vaccinium macrocarpon*- ericaceae) é composta por 88% de água, ácido orgânico, frutos, vitamina C, flavonoides, catequinas e antocianidinas (BONADIMAN E CIMADON, 2021). É endêmica da América do norte, porém vem sendo popularizada nos últimos anos no Brasil via importação tornando-se conhecida popularmente por oxicoco (LEE, 2019). Essa planta medicinal pode ser ativo contra infecções do trato urinário porque evita que a *Escherichia coli*, a bactéria que causa a maioria das infecções do trato urinário, se prenda às paredes da bexiga (LOPES 2019) e pode ser tomada tanto em suco, compressa ou cápsula (VENTRIGIA, 2012). É comum o uso dessa planta pelas gestantes, que é um grupo que necessita desses cuidados com relação a utilização dessas ervas (ALMEIDA PIRES et al., 2021). Contudo, o Cranberry não é um substituto de antibióticos no tratamento de infecções urinárias agudas (BAG, BHATTACHARYYA E CHATTOPADHYAY 2008).

Figura 5: *Vaccinium macrocarpon*- ericaceae.



Fonte: The cranberry institute

TANCHAGEM (*PLANTAGO MAJOR* L- PLANTAGINACEAE)

Tanchagem (*Plantago major* L- *plantaginaceae*) é uma planta perene podendo atingir 15 cm de altura com folhas que crescem em rosetas e são ovais a elípticas com venação paralela (SAMUELSEN, 2000). Popularmente conhecida como tanchagem é nativa da Europa e, no Brasil, é encontrada na região Sul e Centro-Oeste (KISSMANN & GROTH, 2000). Essa planta medicinal contribui para a solução de problemas como a candidíase (YIGIT D, YIGIT N, OZGEN U, 2009; PAIVA et al., 2017) e também ajuda em corrimento, ferida uterina, inflamação pélvica e infecção urinária. Usa-se suas folhas em forma de decocção (PAIVA et al., 2017) servindo como antibiótico (VÁSQUEZ, MENDONÇA E NODA, 2014).

Entretanto, pode causar interações com outras substâncias e muitas devem ser utilizadas com cautela, diante de determinadas doenças (SOUZA et al., 2014).

Figura 6: *Plantago major L- plantaginaceae*



Fonte: Horto didático - UFSC

MILHO (ZEA MAYS- GRAMÍNEAS)

O milho (*Zea mays- gramíneas*) possui uma altura que varia de 1,30 a 2,50m, caule ereto, cilíndrico, fibroso com folhas médias e grandes com cores verde-escuro e verde-claro, e sua origem se dar na América Central sendo produzida em todas regiões do Brasil (KWIATKOWSKI E CLEMENTE, 2007; QUEIROGA, 2015). O milho é

utilizado para problema dos rins e das vias urinárias, e cistites (QUEIROGA, 2015; SOUZA et al., 2016) além de atuar como diurético (BAG, BHATTACHARYYA E CHATTOPADHYAY, 2008; ALVES et al., 2008; SOUZA et al., 2016). Para obter seus compostos é utilizado o estigma em forma de infusão (SOUZA et al., 2016).

Figura 7: *Zea mays- gramíneas*



Fonte: Horto didático - UFSC

UVA- URSI (*ARCTOSTAPHYLOS UVA-URSI L- ERICACEAE*)

A uva-ursi (*Arctostaphylos uva-ursi L- ericaceae*) é um arbusto e suas folhas se encontram na substância arbutina que é atribuída ao sucesso de sua ação antimicrobiana (LOPES, ZANCHETT, 2019 E SOUZA, 2014) já que é rica fonte de fitoquímicos, especialmente compostos fenólicos, ácido ursólico, ácido tânico, ácido gálico, ácido p- cumárico, entre outros (STEFANESCU, 2019). A planta medicinal encontra-se no Norte da Europa, Ásia, temperado e América do Norte (LOMBARDO, 2018). Em relação aos seus benefícios, as folhas secas, inteiras ou fragmentadas são as partes utilizadas (CUNHA et al., 2014) onde florescem entre março e junho e são retiradas para o uso de cistite (NUNES, 2021; LOMBARDO, 2018) disúria, uretrite, e cálculos renais e bexiga (NUNES, 2021) e esse efeito é intensificado ao misturar com marshmallow (BAG, BHATTACHARYYA E CHATTOPADHYAY, 2008).

Figura 8: *Arctostaphylos uva-ursi L- ericaceae*



Fonte: UFMG

GENGIBRE (*ZINGIBER OFFICINALE- ZINGIBERACEAE*)

O Gengibre (*Zingiber officinale- zingiberaceae*) pode atingir 1,50 m de altura, possui caule articulado, rizoma horizontal, comprido lateralmente, com ramificações situadas num mesmo plano (NICÁCIO et al., 2018). É originária do sul da Ásia, porém atualmente é espalhada pelo mundo (JÚNIOR E LEMOS, 2010). Pode atuar como um anti-inflamatório (BAG, BHATTACHARYYA E CHATTOPADHYAY, 2008) e analgésico (UNUOFIN et al., 2021; YSLAYNE, 2023). O óleo é feito do rizoma sendo lavado, seco à sombra e após duas horas é processado em forma de fatia e triturado (NICÁCIO et al., 2018). A planta medicinal apresenta comprovação científica para o tratamento das ITUs (SILVA et al., 2017).

Figura 9: Zingiber officinale- zingiberaceae

Fonte: Horto didático – UFSC

CAMOMILA (MATRICARIA RECUTITA- ASTERACEAE)

A camomila (*Matricaria recutita*- asteraceae) é uma planta herbácea, anual, aromática, com 10 a 30 cm de altura, caule ereto e ramificado, compreendendo 12 a 20 flores brancas. (ARRUDA et al., 2013). A mesma é originária da Europa, cultivada em todo o mundo inclusive na região centro sul do Brasil (Matos, 1998). Destaca-se, pois é uma das poucas plantas medicinais avaliada farmacologicamente como em testes clínicos, além de seus efeitos antimicrobianos devido sua fórmula conter zuleno, matricina e alfa - (-) – bisabolol (BRANDÃO, FREIRE E VIANNA, 1998). De acordo com PIANA, KUPSI E POSSEBON (2021), não há resposta às bactérias em concentrações de extratos em 100,500 e 1000 g, porém destaca que vários estudos relatam utilização potencial de extratos dessas espécies vegetais com ações diuréticas e anti-inflamatórias. A parte utilizada dessa planta são suas folhas secas por conter essas substâncias que contribuem para seu efeito. (VAZ E VIEIRA, 2021; BRASILEIRO et al., 2008).

Figura 10: *Matricaria recutita*- asteraceae

Fonte: Infoteca/ Embrapa.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As plantas mais citadas para o tratamento de infecções urinárias foram: Quebrapedra (*Phyllanthus niruri*- phyllanthaceae), Cavalinha (*Equisetum hyemale* Lequisetaceae), Aroeira (*Schinus terebinthifolius*- anacardiaceae), Pata de vaca (*Bauhinia forficata*- fabaceae), Cranberry/oxicoco (*Vaccinium macrocarpon*- ericaceae), Tansagem (*Plantago major* L- plantaginaceae.), Milho (*Zea mays*- gramíneas), Uva-ursi (*Arctostaphylos uva-ursi* L- ericaceae.), Gengibre (*Zingiber officinale*- zingiberaceae) e Camomila (*Matricaria recutita*- asteraceae). Diante desse resultado, percebe-se a riqueza do conhecimento popular, dessa forma é sábio a integração da saúde com as plantas medicinais.

As plantas medicinais Quebra-pedra, Cavalinha e Aroeira obtiveram maior destaque relativo ao número de citações. Essas plantas ajudam no tratamento de infecções urinárias como dito anteriormente. A planta medicinal Cavalinha foi aprovada na Alemanha como terapia de ITUS (Infecções no Trato Urinário) (BAG, BHATTACHARYYA, CHATTOPADHYAY, 2008), assim como ela, é necessário a avaliação clínica para validação e comprovação da eficácia das demais espécies de plantas medicinais.

6. REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P.; CÁTIA, A.; GABRIELA, B.; OLIVEIRA, O. L. S. O uso de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais por gestantes. *Revista Fitos*, v. 15, n. 4, p. 538-549, 2021.
- ALVES, C. F. S. Composição fitoquímica e atividade biológica do extrato bruto e frações da *Equisetum hyemale*. UFSM: Universidade Federal de Santa Maria, 2015.
- ARRUDA, J.T.; APPROBATO, F.C.; MAIA, M.C.S.; SILVA, T.M.; APPROBATO, M.S. Efeito do extrato aquoso de camomila (*Chamomilla recutita* L.) na prenhez de ratas e no desenvolvimento dos filhotes. *Revista Brasileira Plantas Medicinais, Botucatu*, p.66, 2013
- ALMEIDA, J. R. G. S.; SILVA, F. R. N.; NUNES, X. P.; DIAS, C. S.; PEREIRA, F. O.;
- LIMA, E. O. Atividade antimicrobiana do óleo essencial de *Bowdichia virgilioides* Kunt. *Revista Brasileira de Farmacognosia*, [S.L.], v. 16, p. 638-641, dez. 2006.
- ALBERTASSE, P.D.; THOMAZ, L.D.; ANDRADE, M.A. Plantas medicinais e seus usos na comunidade da Barra do Jucu, Vila Velha, ES. *Revista Brasileira de Plantasm Medicinais*, [S.L.], v. 12, n. 3, p. 250-260, set. 2010.
- AITA, A.M.; HÉLIO, N. M.; CLARICE, A. M.; MARA, R. R. Espécies medicinais comercializadas como "quebra-pedras" em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista Brasileira de Farmacognosia*, v. 19 (2A): 471-477, 2009.
- AHMAD I.; BEG A.Z. Antimicrobial and phytochemical studies on 45 Indian plants against multi-drug resistant human pathogens, *Journal of Ethnopharmacol.* 74:113-123, 2001.
- ALMASSY, A. A. J. Folhas de chá: plantas medicinais na terapêutica humana. Viçosa: Universidade Federal de Viçosa, p 213, 2005.
- ALVES, E. G.; VINHOLIS, A. H. C.; CASEMIRO, L. A.; FURTADO, N. A. J. C.;
- SILVA, M. L. A.; CUNHA, W. R.; MARTINS, C. H. G. Estudo comparativo de técnicas de screening para avaliação da atividade anti-bacteriana de extratos brutos de espécies vegetais e de substâncias puras. *Química Nova*, [S.L.], v. 31, n. 5, p. 1224-1229, 2008.
- BAG, A.; BHATTACHARYYA, S.; CHATTOPADHYAY, R. Plantas medicinais e infecções do trato urinário: uma atualização. *Pharmacognosy Reviews*, v. 2, n. 4, pág.277, 2008.
- BATTISTI, C.; GARLET, T. M. B.; ESSI, L.; HORBACH, R. K.; ANDRADE, A.;
- BADKE, M. R. Plantas medicinais utilizadas no município de Palmeira das Missões, RS, Brasil. *Revista Brasileira de Biociências*, v. 11, n. 3, p. 338-348, 2013.
- BRANDÃO, M. G. L.; FREIRE, N.; VIANNA, C. D. S. Vigilância de fitoterápicos em Minas Gerais. Verificação da qualidade de diferentes amostras comerciais de camomila. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.L.], v. 14, n. 3, p. 613-616, jul. 1998.

BRASILEIRO, B. G.; PIZIOLO, V. R.; MATOS, D. S.; GERMANO, A. M.; JAMAL, C. M. Plantas medicinais utilizadas pela população atendida no. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas, [S.L.], v. 44, n. 4, p. 629-636, dez. 2008.

BONADIMAN, B. S. R.; CIMADON, G. USO DO *Vaccinium macrocarpon* (CRANBERRY) NA PROFILAXIA DE INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO.

DESAFIOS-Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins, v. 8, n. 3, p. 77-86, 2021.

CHILCZUK, B.; MARCINIAK, B.; KONETEK, R.; MATERSKA, M. Diversidade do perfil químico e atividade biológica de extratos de *Capsicum annum* L. em relação à sua lipofilicidade. *Molecules*. 26, 5215, 2021.

CALDAS, A. F.; OLIVEIRA, C. S.; SILVA, D. P. Resistência bacteriana decorrente do uso indiscriminado de antibióticos. *Scire Salutis*, v. 12, n. 1, p. 1-7, 2022.

CARVALHO, M. G.; MELO, A. G. N.; ARAGÃO, C. F. S.; RAFFIN, F. N.; MOURA, T. F. A. L. *Schinus terebinthifolius* Raddi: composição química, propriedades biológicas e toxicidade. *Revista Brasileira de Plantas Medicinai*s, v. 15, p. 158-169, 2013.

CARVALHO, P. E. R. Espécies arbóreas brasileiras. Brasília: Embrapa Informação Tecnológica; Colombo: Embrapa Florestas, p 1039, 2003.

CAMOMILA DESCRIÇÃO BOTÂNICA. Disponível em:

<<https://www.infoteca.cnptia.embrapa.br/bitstream/doc/812818/1/FOL76.pdf>>

Curiosidades do Gengibre. Disponível em: <<https://www.ebramec.edu.br/curiosidadesdo-gengibre/>>. Acesso em: 15 ago, 2023.

CARTAXO, G. M. C; MARTINS, P. L; VIANA, D. de L; NÓBREGA. E. da S; SILVA, H. Morfologia do fruto, semente e plântula do Mororó (ou pata de vaca) *Bauhinia forficata* Linn. *Revista de Biologia e Ciências da Terra*, v. 3, n. 2, p. 0, 2003.

CUNHA, A. P.; TEIXEIRA, F. S. A. P.; ROQUE, O. R. Plantas na Terapêutica: Farmacologia e Ensaios Clínicos. 3a edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2010.

CARON, B. O.; PERRANDO, E. R.; SCHMIDT, D.; MANFRON, P. A.; EHLING, A.; ELLI, E. F.; ELOY, E. Relações fisiológicas em mudas de pata-de-vaca (*Bauhinia forficata* Link). *Revista Brasileira de Plantas Medicinai*s, v. 16, p. 196-201, 2014.

COSTA, A. L. P; JUNIOR, A. C. S. S. Resistência bacteriana aos antibióticos e Saúde Pública: uma breve revisão de literatura. *Estação Científica (UNIFAP)*, v. 7, n. 2, p. 45- 57, 2017.

DOMINGUES, K.; A GONÇALVES, OLIVEIRA, C. P.; PERIM, C. M.; GONÇALVES,

F. B. Avaliação de extratos de quebra-pedra (*Phyllanthus* sp) frente à patógenos causadores de infecções no trato urinário. *Revista Brasileira de Plantas Medicinai*s, [S.L.], v. 17, n. 3, p. 427-435, set. 2015.

EDDE, P A. Pragas artrópodes do milho Zea mays (L.). Pragas de artrópodes de culturas agrícolas de importância econômica. p. 410-465, 2022

FERRERES, F.; GIL, A. I.; VINHOLES, J.; SILVA, S. T.; VALENTÃO, P.; ANDRADE, P. B. Bauhinia forficata Link autenticidade utilizando perfil de flavonóides: Relação com suas propriedades biológicas. Química de Alimentos, v. 134, n. 2, pág. 894-904, 2012.

FERREIRA, V. B. N. Estudo químico e avaliação do potencial antioxidante da Equisetum arvense e da Marsypianthes chamaedrys. UFSC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2001. Flora e Funga do Brasil. Disponível em:

<<https://floradobrasil.jbrj.gov.br/reflora/listaBrasil/PrincipalUC/PrincipalUC.do>>. Acesso em: 15 set. 2023.

HADDAD, J. M.; FERNANDES, D. A. O. Infecção do trato urinário. Femina, v. 47, n. 4, p. 241-244, 2019.

JÚNIOR, H. P. L.; LEMOS, A. L. A. Gengibre. Diagn Tratamento.;15(4):174-8, 2010.

KWIATKOWSKI, A.; CLEMENTE, E. Características do milho doce (Zea mays L.) para industrialização. Revista Brasileira de Tecnologia Agroindustrial, v. 1, n. 2, 2007.

LOPES, M.; CECHINEL, Z.; CAMILE, C. Infecções do trato urinário: uma revisão sobre as evidências científicas das principais plantas medicinais utilizadas na prática clínica. Infarma-Ciências Farmacêuticas, v. 33, n. 1, p. 18-30, 2021.

LOMBARDO, M. Potencial adverso de medicamentos fitoterápicos: um estudo com foco em medicamentos de registro simplificado. Revista Ciência e Saúde Online, v. 3, n. 1, 2018.

LEE, J. J. H. CRANBERRY NO TRATAMENTO DE INFECÇÃO URINÁRIA E POSSIBILIDADES NO BRASIL. 2019. Tese de Doutorado. USP: Universidade de São Paulo.

LIMA, I. O.; NASCIMENTO, L. A. M.; SILVA, M. S. Comercialização de Plantas Medicinais no Município de Arapiraca-AL. Revista Brasileira de Plantas Medicinais, [S.L.], v. 18, n. 2, p. 462-472, jun. 2016.

MAIA, Gerda Nickel. Caatinga: árvores e arbustos e suas utilidades. Leitura & Arte, 2004.

MATOS, F.J. Farmácias vivas – sistema de utilização de plantas medicinais para pequenas comunidades. 3. ed. Fortaleza: UFC: Universidade Federal do Ceara Edições, p. 219, 1998.

NAVARRO, V.; VILLARREAL, M. L.; ROJAS, G.; LOZOYA, X. Avaliação antimicrobiana de algumas plantas utilizadas na medicina tradicional mexicana para o tratamento de doenças infecciosas. Revista de etnofarmacologia, v. 53, n. 3, pág. 143- 147, 1996.

NUNES, L. C. Plantas medicinais: fitoterapia nas infecções do trato urinário. Tese de Doutorado. ULISBOA: Universidade de Lisboa, 2021.

NICÁCIO, G. L.; MOURA, S.; COSTA, J. V. D. J.; SENA, C. R.; CRUZ, T. B.; LOPES, G. N.; Cecilio, A. B. BREVE REVISÃO SOBRE AS PROPRIEDADES FITOTERÁPICAS DO ZINGIBER OFFICINALE–O GENGIBRE. Sinapse múltipla, v. 7, n. 2, p. 74-80, 2018

OLIVEIRA, D. M. S.; LUCENA, E. M. O uso de plantas medicinais por moradores de Quixadá–Ceará. *Revista Brasileira de Plantas Medicinai*s, [S.L.], v. 17, n. 3, p. 407- 412, set. 2015.

OLIVEIRA, F. C. S.; BARROS, R. F. M.; MOITA, J. M. N. Plantas medicinais utilizadas em comunidades rurais de Oeiras, semiárido piauiense. *Revista Brasileira de Plantas Medicinai*s, [S.L.], v. 12, n. 3, p. 282-301, set. 2010

PIANA, M.; KUPSKI, C.; POSSEBOM, M. B. H. ANÁLISE DA ATIVIDADE ANTIBACTERIANA DE ESPÉCIES UTILIZADAS POPULARMENTE EM INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO. *Revista Farmácia Generalista/Generalist Pharmacy Journal*, v. 3, n. 1, p. 1-13, 2021.

PILLA, M. A. C.; AMOROZO, M. C. M.; FURLAN. Obtenção e uso das plantas medicinais no distrito de Martim Francisco, Município de Mogi-Mirim, SP, Brasil. *Acta Botanica Brasilica*, [S.L.], v. 20, n. 4, p. 789-802, dez. 2006.

PAIVA, K. O.; OLIVIERA, G. L.; FARIAS, D. F.; MULLER, T. S. Plantas medicinais utilizadas em transtornos do sistema geniturinário por mulheres ribeirinhas, Caravelas, Bahia. *Revista Fitos*, RJ, Supl, 1-126, 2017.

QUEIROGA, G. M. T. Plantas medicinais e fitoterápicos como alternativa terapêutica às infecções urinárias: um diagnóstico dessa realidade na saúde pública de Mossoró. 2015.

UFERSA: Universidade Federal Rural do Semi-Árido.

RÊGO, M. S. M. A.; COSTA, L. S.; ALVES, I. F. F.; SANTOS, T. M. P.; ALMEIDA, D. H.; JUNIOR, J. A. S. Plantas medicinais: indicação de raizeiros para o tratamento de infecções. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 2, p. e15912240087- e15912240087, 2023.

SAMUELSEN, A. B. Os usos tradicionais, constituintes químicos e atividades biológicas de *Plantago major* L. Uma revisão. *Revista de Etnofarmacologia*, [S.L.], v. 71, n. 1-2, p. 1-21, jul. 2000.

SILVA, K. L.; CECHINEL, V. F. Plantas do gênero *Bauhinia*: composição química e potencial farmacológico. *Química Nova*, [S.L.], v. 25, n. 3, p. 449-454, maio 2002.

SOUZA, C. F. P. B.; IRINEU, L. E. S. S.; SOUZA, R. S.; TEIXEIRA, R. S.; PEREIRA, I.S. PEREIRA, C. A. S. Efeito antimicrobiano do extrato de Cranberry sobre microorganismos causadores de infecção urinária. *Cadernos UniFOA*, v. 11, n. 31, p. 113- 122, 2016.

STASI, L. C. Plantas medicinais verdades e mentiras: o que os usuários e os profissionais de saúde precisam saber. 1ª ed. São Paulo: UNESP; p. 133, 2007.

SOUZA, L. F.; DIAS, R. F.; GUILHERME, F. A. G.; COELHO, C. P. Plantas medicinais referenciadas por raizeiros no município de Jataí, estado de Goiás. *Revista Brasileira de Plantas Medicinai*s, [S.L.], v. 18, n. 2, p. 451-461, jun. 2016.

SPÉZIA, F. P.; DIOGO, S.; ADRIELLI, T.; CORDOVA, C. M. M.; ALBERTON, M.

D.; GUEDES, A. Avaliação da atividade antibacteriana de plantas medicinais de uso popular: *Alternanthera brasiliana* (penicilina), *Plantago major* (tansagem). *Revista Pan- Amazônica de Saúde*, v. 11, p. 11-11, 2020.

SOUZA, A. D. Z.; COSTA, M. M.; CEOLIN, T., HECK, R. M. As plantas medicinais como possibilidade de cuidado para distúrbios urinários. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 4, n. 2, p. 342-349, 2014.

SOUZA, L. F.; DIAS, R. F.; GUILHERME, F. A. G.; COELHO, C. P Plantas medicinais referenciadas por raizeiros no município de Jataí, estado de Goiás. *Revista brasileira de plantas medicinais*, v. 18, p. 451-461, 2015.

SOUZA, C. D.; FELFILI, J. M. Uso de plantas medicinais na região de Alto Paraíso de Goiás, GO, Brasil. *Acta Botanica Brasilica*, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 135-142, mar. 2006.

SETIC-UFSC. Horto Didático de Plantas Medicinais do HU/CCS. Disponível em:

<<https://hortodidatico.ufsc.br/quebra-pedra/>>.

SETIC-UFSC. Horto Didático de Plantas Medicinais do HU/CCS. Disponível em:

<<https://hortodidatico.ufsc.br/tansagem/>>.

SETIC-UFSC. Horto Didático de Plantas Medicinais do HU/CCS. Disponível em:

<<https://hortodidatico.ufsc.br/pata-de-vaca/>>.

SETIC-UFSC. Horto Didático de Plantas Medicinais do HU/CCS. Disponível em:

<<https://hortodidatico.ufsc.br/gengibre/>>.

SETIC-UFSC. Horto Didático de Plantas Medicinais do HU/CCS. Disponível em:

<<https://hortodidatico.ufsc.br/aroeira/>>.

SILVA, P. G.; VILAR, M. S.; VILAR, D. D.; CONFESSOR, M. V. Fitoterapia aplicada à pacientes com infecção urinária. *II conbrasis*, 2017.

TEIXEIRA, A. C. J. Fitoterapia aplicada à prevenção e tratamento de infecções urinárias.

Tese de Doutorado. UFP: Universidade Fernando Pessoa, 2012.

TAUFNER, C. F.; FERRAÇO, E. B.; RIBEIRO, L. F. Uso de plantas medicinais como alternativa fitoterápica nas unidades de saúde pública de Santa Teresa e Marilândia.

Natureza on line. p. 30-39, 2006.

UNESCO: Cultura e Saúde. Textos de Orientação Década Mundial para o Desenvolvimento da Cultura 1988-1997. Documento CLT/DEC/PRO. Paris, França: 1996 UNOFIN, J. O.; MASULU, N. P., LEBELO, S. L. Gengibre do curral à cidade: aplicações nutricionais e farmacológicas. *Frente Farmacol. Nov*, 26;12:779352. 2021 Uva-ursi, uva-ursina (folhas). Disponível

em: <<https://www.ufmg.br/mhnpj/ceplamt/bancodeamostras/uva-ursi/>>.

VAZ, N. C.; VIEIRA, A. L. S. Ação da Camomila-Matricaria recutita L. Para Cólicas em Neonatos: revisão narrativa. *Scientia Generalis*, v. 2, n. 2, p. 142-151, 2021.

VÁSQUEZ, S. P. F.; MENDONÇA, M. S.; NODA, S. N. Etnobotânica de plantas medicinais em comunidades ribeirinhas do Município de Manacapuru, Amazonas, Brasil.

Acta Amazonica, [S.L.], v. 44, n. 4, p. 457-472, dez. 2014.

VENTRIGLIA, G. Fitoterapia na Medicina Geral: mais uma oportunidade para a proteção da saúde e do bem-estar. Medicina geral p. 23, 2012.

YIGIT, D.; YIGIT, N.; OZGEN, U. Uma investigação sobre a atividade anticandidata de algumas plantas medicinais tradicionais na Turquia. Micoses, v. 52, n. 2, p. 135-140, 2009.

YSLAYNE, A. S.; LUCIANA, C. P. N.; TAMIRES, A. D. G. M.; FERNANDA, M. A. G Benefícios da curcumina no tratamento de mulheres com síndrome dos ovários policísticos. Revista Coopex v. 14, n.01. 636 - 651p. 2023.

2. INTRODUÇÃO

As plantas medicinais contribuem para além do uso medicinal, desenvolvimento comunitário e preservação da cultura de um povo (QUEIROGA, 2015). Os princípios ativos e extratos de plantas há muito tempo têm servido de base para diversas aplicações na medicina popular, entre elas, a produção de antissépticos tópicos, logo, esse benefício serve para muitos tratamentos e investigações (ALMEIDA et al., 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem incentivado fortemente desde 1977 o estudo de plantas medicinais, com o intuito de avaliar os benefícios do uso de fitoterápicos (SOUZA, 2016) e entrou em vigor a Lista de Medicamentos Fitoterápicos de Registro Simplificado que é uma modalidade de registro que assegura a qualidade, segurança e eficácia. Segundo os dados da OMS, cerca de 65 a 80% da população mundial não tem acesso ao atendimento primário de saúde e recorre à medicina tradicional, especialmente às plantas medicinais, na procura de cura e tratamentos (SPÉZIA et al., 2020).

Além do benefício para a saúde, essas plantas ajudam a entender mais sobre a capacidade produtiva do país (QUEIROGA, 2015). Essas plantas medicinais ajudam no

tratamento de infecções urinárias, principalmente em populações carentes e inova a tecnologia e ajuda na ciência, uma vez que as plantas medicinais produzem uma variedade de substâncias com propriedades antimicrobianas. Assim, espera-se que programas de triagem possam descobrir compostos candidatos para o desenvolvimento de novos antibióticos (AHMAD & BEG, 2001).

A infecção urinária é um problema de saúde ocasionada por alguns tipos de bactérias, e as principais são: *Escherichia coli*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Klebsiella pneumoniae* e *Proteus mirabilis* (HADAD E FERNANDES, 2019) e por muito tempo as plantas foram usadas como forma de medicação (UNESCO).

As infecções do trato urinário se caracterizam pela resposta do organismo diante uma invasão e multiplicação bacteriana e o tratamento através de plantas medicinais tem se mostrado eficaz na prevenção de patologias, pois elas são comuns no mundo todo (LOPES E ZANCHETT, 2021). É estimado que 150 milhões de pessoas sejam afetadas por ano, mas infelizmente não é toda a população que têm acesso às medicações alopáticas, principalmente as mais carentes, em determinados locais no Brasil o único recurso disponível são as plantas medicinais que podem atuar como uma prática complementar para determinadas doenças do trato urinário (DI STASI, 2007).

A crescente utilização de antibióticos é responsável pelo desenvolvimento de organismos resistentes aos tratamentos convencionais já aplicados na saúde pública e a alta incidência de resistência bacteriana, entre outros fatores, favorece a busca de novas formas terapêuticas válidas, a fitoterapia é uma delas (TEIXEIRA, 2012). Por outro lado, os antibióticos são fármacos que revolucionaram o tratamento de doenças infecciosas causadas por bactérias (CALDAS, OLIVEIRA E SILVA, 2022). Entretanto, o mau uso desses fármacos acelera o processo natural de resistência das bactérias contra os antibióticos (COSTA E SILVA JÚNIOR, 2017).

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada a revisão da literatura sobre as plantas medicinais utilizadas na prevenção e tratamento das infecções urinárias nas bases de dados da Scielo, Science Direct, Google Scholar e Scopus nos idiomas português, inglês e espanhol. Não foi contemplando publicações entre datas específicas. A pesquisa incluiu artigos científicos e documentos oficiais.

Os descritores que foram utilizados são: “planta medicinal” e “infecção urinária”, “fitoterápicos” e “infecção urinária” e “plantas medicinais”. Os trabalhos científicos foram selecionados a partir das 10 primeiras abas em cada base de dados e selecionados aqueles de maior interesse.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram selecionados 20 artigos que abordam sobre plantas medicinais no tratamento de infecção urinária, desses artigos foram selecionadas as 10 plantas mais discutidas nos trabalhos, a saber: Quebra-pedra (*Phyllanthus niruri*- phyllanthaceae) (9), Cavalinha (*Equisetum hyemale* L- equisetaceae) (6), Aroeira (*Schinus terebinthifolius*anacardiaceae) (6), Pata de vaca (*Bauhinia forficata*- fabaceae) (4), Cranberry/oxicoco (*Vaccinium macrocarpon*- ericaceae) (3), Tansagem (*Plantago major* Lplantaginaceae.) (3), Milho (*Zea mays*- gramíneas) (3), Uva-ursi ((*Arctostaphylos uvaursi* L- ericaceae.) (2), Gengibre (*Zingiber officinale*- zingiberaceae) (2) e Camomila (*Matricaria recutita*- asteraceae) (2), descritas abaixo.

Capítulo 17



10.37423/230908266

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA RELACIONADA AO CATETER VENOSO CENTRAL

Valdenisia Tadeu Bispo Sanches

Universidade Federal da Bahia

Jaqueline Jesus de Andrade Peixoto

Universidade Federal da Bahia



A Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) é qualquer infecção adquirida pelo paciente após a realização de um procedimento de assistência à saúde (ANVISA, 2021). As IRAS são um problema de saúde pública mundial por aumentar o tempo de internação hospitalar, morbimortalidade e os custos relacionados a infecção. De acordo com o Centers for Disease Control and Prevention dos Estados Unidos da América, os custos médicos diretos das IRAS para hospitais, apenas nos EUA, variam de 35,7 a 45 bilhões de dólares anuais, enquanto o impacto econômico anual na Europa chega a 7 bilhões de euros (LEÔNICIO, JACKELINE MARTINS, et. al, 2018). No cenário brasileiro também é perceptível essa realidade, estima-se que os custos de ocupação diária total e médio por paciente com IRAS foi de 55%, superior ao um paciente sem IRAS. (LEAL,et.al, 2021)

Nesse contexto, os maiores percentuais de IRAS estão diretamente relacionados à utilização de cateter venoso central (CVC). Reconhece-se que os cateteres venosos centrais são dispositivos muito utilizados no âmbito do sistema de saúde, sobretudo, nas unidades de terapia intensiva e consiste na inserção de um cateter longo, de uso temporário (<21 dias) ou permanentes (>21 dias), com ponta posicionada à veia cava superior e inferior com objetivo de monitorar o estado hemodinâmico do paciente e obter um acesso imediato para terapia dialítica.(Neto, Lucinaldo Viana, et.al, 2020)

Estima-se que entre os anos de 2015 a 2019, o Brasil realizou em média de 33,62 implantes de catetes centrais por dia, que gera em torno de 12.238 cateteres inseridos ao ano (GALVÃO, et. al. 2021). Este dispositivo apresenta grandes benefícios na terapêutica, como por exemplo, infusões de fármacos, hemocomponentes, soluções irritantes, vesicantes e alimentação parenteral. Entretanto está contraindicados para pacientes com discrasias sanguíneas, distúrbios de coagulação, infecção da área de inserção e trombose da veia escolhida. (Bertolin, Daniela Comelis, et.al, 2020)

De tal maneira as possíveis complicações associada a inserção do cateter venoso central incluem pneumotórax, hemotórax, quilotórax, punção arterial, hemorragias, trombose venosa e a infecção da corrente sanguínea (Santos, Jucimara Nunes, et.al, 2021). Esta última complicação é a mais comum, podendo aumentar o tempo de permanência no âmbito hospitalar, além disso, pode levar a óbito os casos mais graves. Nesse sentido para redução dessas complicações o uso do aparelho de ultrassonografia é um grande aliado na implantação e monitorização do dispositivo venoso vascular. (Singh, et. al., 2020)

A infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) é uma das IRAS que apresenta constante preocupação dos profissionais da saúde, já que caracteriza uma infecção sistêmica grave, com bacteremia ou septicemia, de modo a somar com um grande índice de morbidade e mortalidade no

ambiente hospitalar (FERREIRA, et.al, 2018). A IPCS associada ao cateter venoso central é responsável por 60% das infecções relacionadas assistência à saúde, que estão associados a alto índice de morbimortalidade, aumento do custo assistencial e redução da rotatividade de leitos (FERREIRA, et. al, 2018).

As infecções primárias de corrente sanguínea associada à cateter venoso central (IPCSRC), sobretudo entre os pacientes internados em unidade de terapia intensiva, é um problema de saúde pública mundial por ser responsável pelo aumento da morbimortalidade dos pacientes críticos. A cada ano nos Estados Unidos da América, os cateteres venosos centrais podem causar cerca de 250.000 infecções primárias de corrente sanguínea e até 25% de óbitos em pacientes de unidade de terapia intensiva. (Karapanau et al., 2020). No Brasil, pesquisa realizada numa unidade de terapia intensiva adulta com 33 pacientes, identificou que dos 50 CVC em uso na unidade, 18 apresentaram infecção primária de corrente sanguínea, desses 20% evoluíram a óbito (ANVISA, 2017 e Junior, Flavio Santos Marques, 2019).

Por certo, as principais causas da infecção primária de corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central são originadas da colonização extra e intraluminal por microrganismos resultando na constituição de biofilmes ao longo da permanência do dispositivo e através do manejo dos lumens e hub sem a devida desinfecção antes do manuseio (Pacheco, et al 2021).

Além disso, a não adesão aos bundles de inserção propostos pelo Institute of Healthcare Improvement (IHI) e adoção das práticas de manutenção dos dispositivos, como também, manejo dos cateteres, predispõe para aparecimento de bactérias *Staphylococcus aureus*, *klebsiela pneumoniae*, *clostridium difficile* e o *acinetobacter spp*, que podem estar entre os principais microrganismos epidemiologicamente importantes para monitoramento e controle, podendo representar um perigo grave a vida do paciente, devido alta patogenicidade e transmissibilidade (Lima, Yohanna Cavalcanti, 2021).

Ressalta-se a preocupação com os riscos de infecções que os pacientes em uso de cateter venoso central estão expostos, principalmente na unidade de terapia intensiva, ambiente de pacientes críticos, imunossupressores e idosos. Logo, a avaliação contínua sobre a real necessidade do uso e retirada precoce do cateter é fulcral na redução do dano e a equipe enfermagem precisa estar empoderada acerca do manuseio do cateter na prevenção de infecção. (LA TORRE, et al, 2018)

Levando-se em consideração que a infecção ocasionada pelo cateter venoso central é um problema de saúde pública, é essencial que as equipes de enfermagem estejam capacitadas e comprometidas

em proporcionar um cuidado seguro durante o manuseio com os cateteres centrais, uma vez que é responsável direta no acompanhamento da implantação, manutenção e monitoramento diário, com o intuito de reduzir os riscos de uma possível infecção (Rocha, Jessika Rodrigues, 2018)

Frente a relevância das IPCs associada ao uso de dispositivo e suas repercussões tanto para os pacientes quanto o sistema de saúde é importante medidas e estratégias que visam o empoderamento da equipe de enfermagem no manuseio e manutenção de cateter, tais como higiene das mãos antes e depois do manejo, linhas de acesso datadas e dentro do prazo de validade, desinfecção do injetor lateral antes da administração de medicações, verificação diária da indispensabilidade de permanência cateter vascular. (Costa, Camila, 2020).

De acordo as diretrizes da Infusion Nursing Society do Brasil (INS Brasil), a constituição de uma equipe de trabalho, treinada e organizada, assim como um time direcionado exclusivamente à terapia intravenosa (TIV), concretiza a excelência no trabalho, assegurando a manutenção das boas práticas e cuidado seguro sem danos. Além disso a garantia da educação permanente para profissionais de enfermagem em relação a inserção e manutenção de acessos vasculares e enfermagem. (INS Brasil, 2018).

Em consonância, faz-se pertinente educar os profissionais de enfermagem acerca das práticas de prevenção antes de iniciar suas atividades no serviço de saúde; avaliar periodicamente o conhecimento do profissional de saúde com ciclos de Plan –Do-Study-Ac (PDSA) e adesão as medidas de controle de infecção, como também, garantir uso de luva estéril para manusear o curativo, uso de película estéril para cobertura do cateter, não trocar curativo apenas na data programada e sim quando for preciso. (FERNANDES, M.S.et al, 2019*; COSTA, et al. 2020)

Diante disto, está complicação potencialmente grave pode ser evitada e gerenciada com sucesso através da percepção da equipe de enfermagem sobre a real necessidade da permanência do dispositivo, dos riscos e retirada precoce. Assim como adesão as boas práticas para prevenção da infecção primária de corrente sanguínea, identificando os pontos de fortalecimentos e de fragilidade para criar estratégias de precaução e manutenção efetiva para melhores desfechos no controle das infecções primárias de corrente sanguínea relacionada ao cateter vascular central.

REFERÊNCIAS

Ferreira LL, Azevedo LMN, Salvador PTCO, Morais SHM, Paiva RM, Santos VEP. Nursing care in Healthcare-Associated Infections: a Scoping Review. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(2):476-83. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0418>

Torre FPF, Baldanzi G, Troster EJ. Risk factors for vascular catheter-related bloodstream infections in pediatric intensive care units. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2018 Oct-Dec;30(4):436-442. doi: 10.5935/0103-507X.20180066. PMID: 30672969; PMCID: PMC6334486.

Leoncio JM, Almeida VF, Ferrari RAP, Capobiango JD, Kerbauy G, Tacla MTGM. Impact of healthcare-associated infections on the hospitalization costs of children. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03486. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018016303486>

Santos, J. N. dos, Vador, R. M. F., Cunha, F. V., & Barbosa, F. A. F. (2021). Atuação do enfermeiro na prevenção da infecção associada a Cateter Venoso Central (CVC)/ Nurse's performance in the prevention of infection associated with Central Venous Catheter (CVC). *Brazilian Journal of Health Review*, 4(3), 12328–12345. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n3-209>

Costa CAB, Araújo FL, Costa ACL, Corrêa A dos R, Kusahara DM, Manzo BF. Bundle de Cateter Venoso Central: conhecimento e comportamento de profissionais em Unidades de Terapia Intensiva adulto . *Rev esc enferm USP [Internet]*. 2020;54:e03629. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019011203629>

Oliveira RD de, Bustamante PFO, Besen BAMP. Infecções relacionadas à assistência à saúde no Brasil: precisamos de mais do que colaboração. *Rev bras ter intensiva [Internet]*. 2022Jul;34(3):313–5. Available from: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.2022editorial-pt>

Leal MA, Freitas-Vilela AA de. Costs of healthcare-associated infections in an Intensive Care Unit. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2021;74(1):e20200275. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0275>

Capítulo 18



10.37423/230908271

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE MICROBIOLÓGICA E PARASITÁRIA DE HORTALIÇAS MINIMAMENTE PROCESSADAS E AVALIAÇÃO ECOTOXICOLÓGICA DE SANITIZANTES CONVENCIONAIS

EDUARDA SPAGNOL SACILOTTO

Fundação Hermínio Ometto - FHO Uniararas

ISADORA HELENA DE BRITO TORRES

Fundação Hermínio Ometto - FHO Uniararas

GABRIELA ÁVILA DE MELO

Fundação Hermínio Ometto - FHO Uniararas

PABLO HENRIQUE VIANA RAMOS

Fundação Hermínio Ometto - FHO Uniararas

MATHEUS MANTUANELLI ROBERTO

Fundação Hermínio Ometto - FHO Uniararas

NAYARA KASTEM SCHARLACK

Fundação Hermínio Ometto - FHO Uniararas



Resumo: A busca por uma alimentação saudável e de fácil preparo vem aumentando nos últimos anos, acarretando no crescimento da procura por alimentos já processados e prontos para consumo, como, por exemplo, as hortaliças minimamente processadas. No entanto, é notável os riscos de contaminação que esse tipo de alimento possa vir sofrer durante seus diversos processos de transformação, sendo necessário a sanitização desses produtos hortícolas antes do consumo. Com isso, o objetivo desse trabalho foi avaliar e comparar a qualidade microbiológica e parasitária de couve manteiga minimamente processada de embalagens rotuladas como “pronta para consumo” e “necessita de higienização”, além de realizar a sanitização com vinagre comercial, detergente neutro e hipoclorito de sódio e avaliar a toxicidade dos mesmos. Para isso, foram adquiridas seis embalagens de marcas diferentes de couve minimamente processada em cidades e redes de supermercados distintas, sendo três caracterizadas como higienizadas e três como necessitam de higienização. A avaliação microbiológica foi realizada pela técnica do Número Mais Provável (NMP/g), carga parasitária pelo método de Hoffmann e a avaliação de toxicidade aguda dos sanitizantes, utilizou-se o ensaio com sementes de *Lactuca sativa* L. (alface, variedade crespa). Como resultado, pode-se observar que 66,7% das amostras analisadas ultrapassaram os limites de 10^2 UFC/g de coliformes termotolerantes estabelecidos pela legislação RDC nº12 da Anvisa (2001) e assim como a análise parasitológica, que pelo método de Hoffman evidenciou que cada uma das amostras analisadas continha alguma estrutura parasitária. Foi possível observar que com o processo de sanitização apenas 44% das alíquotas obtiveram redução significativa da carga microbiana após tratamento com vinagre e, principalmente, com o hipoclorito de sódio, que apresentou desempenho positivo no teste de toxicidade, estimulando a germinação das sementes, enquanto os demais sanitizantes inibiram completamente esse processo. Desta forma, frente ao apresentado, espera-se que medidas mais rigorosas de higiene sejam empregadas para o processamento dos alimentos e que a população seja melhor instruída em relação a sanitização e enxágue dos alimentos, preservando assim, a inocuidade da saúde e segurança do consumidor.

Palavras-chave: Avaliação microbiológica, Hortaliças processadas, Toxicidade aguda.

INTRODUÇÃO

A demanda por alimentos frescos processados vem aumentando nos últimos anos e está associada a maior variedade e quantidade desses produtos que são ofertados ao consumidor visando a praticidade, podendo destacar as hortaliças minimamente processadas (HMP) (SOUZA *et al.*, 2020).

Para que as hortaliças sejam minimamente transformadas, o processo deve conter as seguintes etapas: pré-seleção, classificação, lavagem, corte, sanitização, enxágue centrifugação, embalagem e armazenamento refrigerado (TRESSELER *et al.*, 2009). Porém, esse processamento pode interferir nas características físicas, químicas e biológicas desse tipo de alimento, levando a sua deterioração, uma vez que cortes ou danos teciduais são capazes de promover a liberação de nutrientes e enzimas e, também, a proliferação de microrganismos (FANTUZZI, PUSCHMANN; VANETTI, 2004).

Toda via, existe outro fator que influencia na propagação de microrganismos em hortaliças minimamente processadas, sendo ele a contaminação durante o processamento (PINHEIRO *et al.*, 2005). Bactérias pertencentes aos grupos dos coliformes totais e termotolerantes são as principais suspeitas nesses casos, pois sua presença ou ausência são utilizadas para avaliar condições higiênico-sanitárias e contaminação fecal respectivamente. Os principais gêneros que representam os coliformes são *Escherichia*, *Enterobacter*, *Citrobacter* e *Klebsiella*, estando frequentemente associadas a surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA's) (SIQUEIRA, 1995). Além do mais, a presença de protozoário ou helmintos em alimentos contaminados, podem ser responsáveis por severas infecções intestinais (BEZERRA *et al.*, 2010).

Visando uma maior qualidade alimentar e a minimização das cargas microbiológicas e parasitárias presentes em produtos hortícolas frescos é necessário que antes do consumo haja a execução de uma etapa de sanitização, consistindo não apenas em uma lavagem prévia em água corrente, mas a utilização de produtos sanitizantes (SILVA *et al.*, 2016).

O hipoclorito de sódio é o tratamento mais utilizado no Brasil para fins de higienização de alimentos, no entanto existem outros que também possuem boa aceitação do público, além de apresentarem desempenho semelhante, como é o caso do detergente e do vinagre (SILVA *et al.*, 2016).

Assim, a adoção de medidas de higienização relacionadas a alimentos frescos processados é de suma importância, uma vez que proporcionam uma melhoria na qualidade do produto e aumenta sua durabilidade, retirando sujidades ali presentes e reduzindo possíveis contaminações microbiológicas, trazendo maior segurança para os consumidores (SILVA *et al.*, 2016). No entanto, deve-se salientar

que após o uso dos sanitizantes os alimentos higienizados devem ser enxaguados em água corrente para que qualquer resíduo com potencial tóxico seja eliminado.

Diante disso, se faz necessário a pesquisa microbiológica e parasitária, afim de avaliar a qualidade destas hortaliças minimamente processadas que serão comercializadas e consumidas muitas vezes de forma crua pela população, podendo desencadear infecções alimentares e desconforto gastrointestinal.

METODOLOGIA

OBTENÇÃO DAS AMOSTRAS

Para a realização do presente estudo foram analisadas seis marcas diferentes de couve manteiga minimamente processada, as quais foram identificadas no estudo como A, B, C, D, E e F, sendo as marcas B, D e F caracterizadas como “pronta para consumo” e as marcas A, C e E como “necessita de higienização, obtidas em mercados e feiras livres dos estados de São Paulo e Minas Gerais. A escolha dessas amostras ocorreu de maneira aleatória e, posteriormente, foram transportadas ao laboratório de Microbiologia do Centro Universitário da Fundação Hermínio Ometto (FHO - UNIARARAS). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Uso de Animais (CEUA) da FHO com registro nº 043/2021.

DIVISÃO DOS GRUPOS

As diferentes marcas das couves minimamente processadas foram analisadas em dois momentos: em primeiro momento, amostras das hortaliças obtidas diretamente da embalagem ou seja, que não sofreram nenhum tipo de intervenção de sanitização; e no segundo momento, alíquotas das diferentes marcas de couve, que foram submetidas a processos de higienização com diferentes sanitizantes (detergente/sabão neutro, água sanitária e vinagre), conforme demonstrado na Figura 1, totalizando um “n” de 24 amostras, sendo elas 6 diretamente da embalagem e 18 que passaram pelos diferentes tratamentos químicos. Posteriormente, analisou-se sua carga microbiológica.

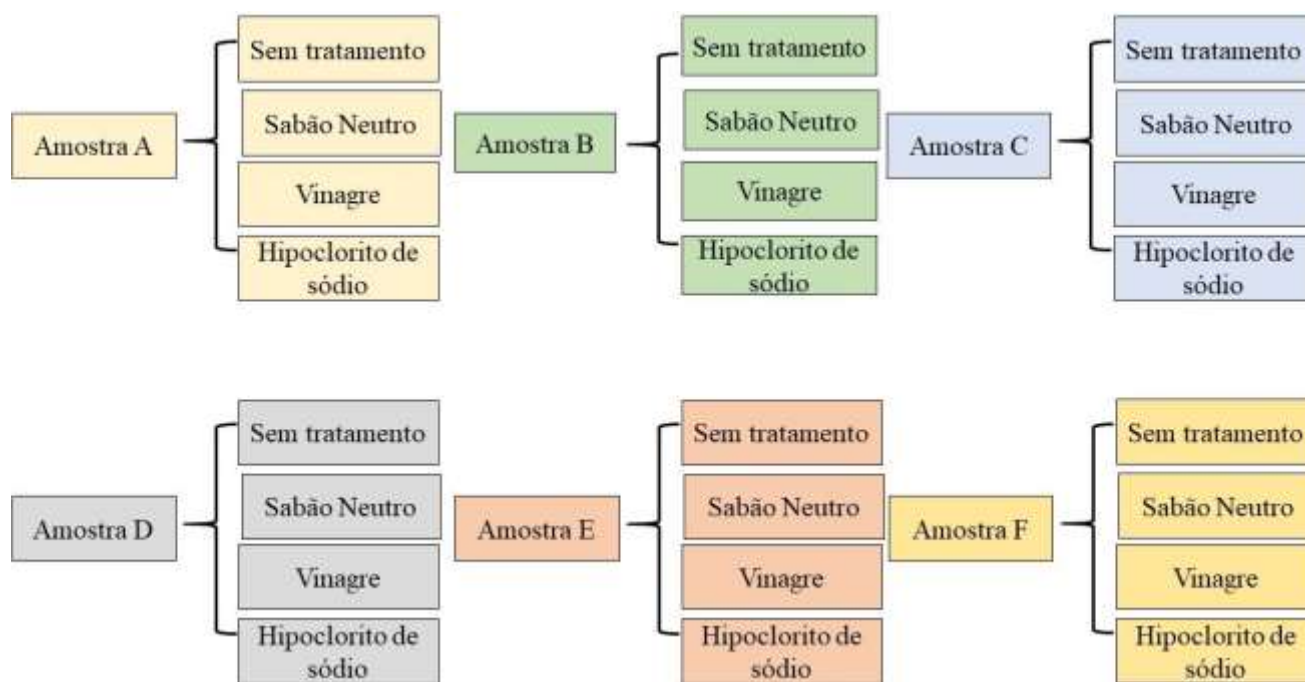


Figura 1. Grupos de tratamento para a pesquisa de microbiológica e parasitária

ANÁLISE MICROBIOLÓGICA

A metodologia empregada para a análise e quantificação microbiológica seguiu as orientações descritas por Silva *et al.* (2001) sob a metodologia de NMP/g. Com isso, pesaram-se alíquotas de 10 gramas (g) e adicionaram-se 90 mililitros (mL) de água peptonada 0,1%, obtendo-se, assim, a diluição 10⁻¹. A seguir, realizaram-se as próximas diluições decimais até a obtenção da diluição 10⁻³. Os caldos utilizados para a pesquisa dos coliformes foram: Caldo Lauril Sulfato Triptose (LST) para a recuperação de células injuriadas, caldo Verde Brilhante (VB) para a identificação de coliformes totais e caldo *Escherichia coli* (EC) para a confirmação de coliformes termotolerantes.

Após as etapas realizadas e os tempos de incubação, a combinação de tubos positivos (turbados e com a produção de gás) foram anotadas e comparadas a tabela de NMP/g para a interpretação dos resultados. Realizou-se também a identificação de bactérias do grupo coliformes nas amostras de hortaliças utilizando o meio de cultura Rugai após crescimento em Ágar Eosina Azul de Metileno (EMB).

PESQUISA PARASITOLÓGICA

Para a pesquisa de ovos, cistos e helmintos empregou-se a técnica de Hoffman, que se trata de um método por sedimentação espontânea, onde aproximadamente 5g de couve de cada marca foi homogeneizada com aproximadamente 200mL de água destilada. Após a homogeneização, filtrou-se

para um cálice cônico por meio de uma peneira, e após 24h de sedimentação, realizou-se e observação em microscópio óptico comum com o auxílio de lâmina, lamínula e lugol, conforme descrito por Reis (2020).

TRATAMENTO DOS SANITIZANTES

Para as amostras que sofreram a ação dos sanitizantes, o tratamento químico das hortaliças foi realizado de maneira convencional, onde preparou-se soluções com água e o sanitizante em diferentes proporções, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1. Proporções dos tratamentos com sanitizantes

Grupo Sabão Neutro	Grupo Vinagre	Grupo Hipoclorito
30ml de sabão neutro +1000ml de água	45ml de vinagre +1000ml de água	30ml de hipoclorito +1000ml de água

Fonte: Própria

As amostras pertencentes aos diferentes grupos de tratamento permaneceram em suas respectivas soluções por 10 minutos, posteriormente foram enxaguadas em água corrente e encaminhadas para análise microbiológica, conforme descrito por Silva *et al.* (2001).

TESTE DE TOXICIDADE IN VITRO

O ensaio de toxicidade dos sanitizantes foi realizado a partir de sementes de *Lactuca sativa L.* (alface, variedade cresa grand rapids TBR), conforme descrito por Sobrero e Ronco (2004). Elas foram obtidas em uma loja local e a taxa de germinação para o lote nº 150451-000 S2 foi identificada como 98%, sendo as sementes caracterizadas como livres de agrotóxicos e transgênicos. Uma seleção prévia foi realizada com a ajuda de uma pinça e as soluções de higienização utilizadas no tratamento químico da couve foram refeitas nas mesmas proporções anteriores.

O teste seguiu com a distribuição de 20 sementes de alface em cada placa de Petri forrada com papel filtro. No total utilizou-se 25 placas que foram divididas em 5 grupos de 5, sendo eles: controle negativo, controle positivo, vinagre, hipoclorito de sódio e sabão neutro. Após a disposição das sementes nas placas, acrescentou-se 4 mL de cada solução de higienização em sua respectiva placa e, também, acrescentou-se 4 mL de água destilada e 4 mL de sulfato de zinco 0,05 mol/L que foram utilizados respectivamente como controle negativo e controle positivo.

As placas de Petri foram seladas com papel filme para evitar sua dessecação e, posteriormente, seguiram para a estufa a temperatura de $22 \pm 2^{\circ}\text{C}$ durante 48 horas. Após esse período, as sementes que não germinaram foram descartadas em lixo branco, enquanto isso aquelas que apresentaram indícios de germinação fez-se a contabilização e voltaram para a estufa por mais 72 horas. Decorrido esse tempo total de 120 horas, retiraram-se as placas da câmara e transferiram-nas para o congelador, sendo esse procedimento necessário para que as raízes ganhem certa rigidez.

As sementes permaneceram sob refrigeração por 24 horas e após seu descongelamento, com o auxílio de um paquímetro digital, as plântulas (hipocótilo, radícula e o total) foram medidas. Registrou-se os resultados dessas medições em planilhas no Excel, onde foram obtidos a média e o desvio padrão da taxa de germinação, dos hipocótilos e radículas e do total.

Para análise estatística dos efeitos toxicológicos, utilizou-se como ferramenta o programa GrandPad Prism v9.0 e os resultados obtidos foram interpretados a partir de buscas na literatura por estudos indexados nas bases de dados como Google Acadêmico, PUBMED e LILACS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 6 marcas de couve minimamente processadas adquiridas, foram retiradas 4 alíquotas de cada para sanitização e análise microbiológica. Dessas 24 alíquotas 66,7% (n=16) encontravam-se em desacordo com o padrão microbiológico estabelecido pela ANVISA, ou seja, essas amostras apresentaram valores acima de 10^2 NMP/g de coliformes termotolerantes, conforme apresentado na Tabelas II.

Em comparação com o número total de amostras impróprias, as alíquotas que não sofreram nenhum tipo de tratamento químico obtiveram 100% de contaminação, estando todas as 6 amostras com valores elevados para contaminação fecal. Todavia, entre as alíquotas que foram sanitizadas por vinagre comercial, sabão neutro ou hipoclorito de sódio, apenas 8 (44,4%) podem ser classificadas como próprias para consumo, apresentando índices abaixo de 10^2 NMP/g para coliformes fecais.

De maneira específica, ao observar os resultados obtidos entre as marcas caracterizadas como “prontas para consumo” e “necessitam de higienização” estando os grupos representados respectivamente pelas letras B, D e F e A, C e E na Tabela II, tem-se que o primeiro grupo apresentou redução significativa na carga microbiana após sanitização com os produtos químicos, enquanto que as alíquotas analisadas do segundo grupo tiveram uma redução mínima da carga microbiana relacionada aos coliformes termotolerantes.

Tabela II– Pesquisa de coliformes termotolerantes nas seis unidades amostrais de couve minimamente processada

Amostras	Sem tratamento	Sabão Neutro	Vinagre Comercial	Hipoclorito de sódio
A ^{NH}	2,4 x10 ⁵	2,4 x10 ⁵	2,4 x10 ⁵	2,4 x10
B ^{PC}	1,1 x10 ⁵	4,6 x10	3,9x10	9x10
C ^{NH}	2,4 x10 ⁵	2,4 x10 ⁵	1,1x10 ²	1,1x10 ²
D ^{PC}	2,4 x10 ⁵	2,4 x10 ⁵	2,4 x10 ⁵	2,4 x10 ⁵
E ^{NH}	2,4 x10 ⁵	2,4 x10 ⁵	2,4 x10 ⁵	7x10
F ^{PC}	2,4 x10 ⁵	4x10	3x10	9x10
<i>Legislação= 10²UFC/g *</i>				

*RDC n° 12, 02 de janeiro de 2001.

Fonte: Própria

NH – marca comercial identificada como necessita de higienização

PC – marca comercial identificada como pronto para consumo

As amostras de couve caracterizadas como não higienizadas tiveram altos níveis de contaminação inicial, resultando em reduções insignificantes da carga microbiana após serem tratadas com produtos químicos. Enquanto isso, aquelas marcas comercializadas como pré-higienizadas ou prontas para consumo demonstraram resultados mais expressivos após sanitização, principalmente quando tratadas com vinagre comercial e hipoclorito de sódio.

As altas contagens de coliformes termotolerantes nas amostras de couve minimamente processadas indicam que houve contaminação fecal em alguma etapa do seu processamento, contaminação essa confirmada pela técnica do meio Rugai, onde houve crescimento bacteriano a partir da inoculação de colônias suspeitas. Os gêneros das bactérias presentes nas amostras analisadas de couve foram listados na Tabela III.

Segundo Brandão *et al.* (2012), esses tipos de microrganismos indicam falhas higiênico-sanitárias, que podem ter ocorrido desde a utilização de equipamentos e utensílios até pelos próprios manipuladores e embalagens. Estudos realizados anteriormente por Frittoli e Rodrigues (2014) e Pena *et al.* (2015) nas cidades de Araras e Limeira respectivamente, também apontaram índices elevados de contaminação por coliformes a 45°C em amostras de couve minimamente processada, corroborando com o presente trabalho.

Tabela III – Resultados obtidos a partir da inoculação de colônias suspeitas no meio Rugai.

Marca	Microrganismo
A ^{NH}	<i>Escherichia coli</i>
B ^{PC}	<i>Enterobacter sacarose</i> – <i>Citrobacter sacarose</i> -
C ^{NH}	<i>Escherichia coli</i>
D ^{PC}	<i>Escherichia coli</i> <i>Enterobacter sacarose</i> –
E ^{NH}	<i>Escherichia coli</i>
F ^{PC}	<i>Klabisiella sacarose</i> – <i>Enterobacter sacarose</i> – <i>Escherichia coli</i>

Fonte: Própria

NH – marca comercial identificada como necessita de higienização

PC – marca comercial identificada como pronto para consumo

Ao observar os resultados, as amostras de couve caracterizadas como não higienizadas tiveram altos níveis de contaminação inicial, resultando em reduções insignificantes da carga microbiana após serem tratadas com produtos químicos. Enquanto isso, aquelas marcas comercializadas como pré-higienizadas ou prontas para consumo demonstraram resultados mais expressivos após sanitização, principalmente quando tratadas com vinagre comercial e hipoclorito de sódio.

Para a análise parasitária evidenciou a prevalência de apenas protozoários, tendo sido encontrados cistos como de *Entamoeba coli*, *Entamoeba histolytica*, *Endolimax nana* e *Giardia lamblia*, (Tabela IV). Pode-se observar que dentre as seis marcas de couve minimamente processada, apenas 1 (16,7%) não apresentou positiva para a análise, sendo que esta marca, continha a informação no rótulo como “pronta para consumo”.

Tabela IV. Pesquisa Parasitológica de couve minimamente processada

Marca	Descrição	Protozoários
A ^{NH}	Pronta para consumo	Ausente
B ^{PC}	Pronta para consumo	<i>Cistos de Endolimax nana</i>
C ^{NH}	Pronta para consumo	<i>Cistos de Endolimax nana</i>
D ^{PC}	Necessita de higienização	<i>Cistos de Entamoeba coli; Endolimax nana; Entamoeba histolytica; Giardia lamblia</i>
E ^{NH}	Necessita de higienização	<i>Cistos de Entamoeba coli; Endolimax nana; Entamoeba histolytica</i>
F ^{PC}	Necessita de higienização	<i>Cistos de Entamoeba coli; Endolimax nana; Entamoeba histolytica</i>

Fonte: Própria

^{NH} – marca comercial identificada como necessita de higienização

^{PC} – marca comercial identificada como pronto para consumo

Em relação a aplicação das soluções sanitizantes para a análise microbiológica, observou-se que o desempenho do hipoclorito de sódio e do vinagre comercial correspondem ao esperado. De acordo com Santana *et al.* (2006), quanto maior a contaminação inicial do produto, menor será a eficiência dos processos de sanitização, sendo esse fato observado nos resultados apresentados anteriormente. Porém, mesmo com resultados melhores, os produtos já higienizados não atingiram os valores recomendados para que seu consumo seja seguro.

Além disso, a ineficiência dos sanitizantes pode ser atribuída também a concentração incorreta do produto químico no preparo da solução e ao tempo insuficiente das soluções sanitizantes em contato com a couve.

A fim de prevenir possíveis contaminações provenientes desse tipo de alimento é imprescindível a implementação de programas que visem as Boas Práticas de Fabricação, sendo eles estabelecidos pela Portaria n°326, de 30 de julho de 1997 pela ANVISA, para regulamentar as condições higiênico-sanitárias pelas quais os alimentos são produzidos, além da RDC n° 275, de 21 de outubro de 2002 também da ANVISA, que recomenda os Procedimentos Operacionais Padrão, tendo como objetivo a avaliação de todas as etapas envolvidas na produção de alimentos, desde a obtenção da matéria prima até o seu consumo (BRASIL, 2001).

Em relação aos resultados obtidos no teste de toxicidade dos sanitizantes, observou-se consideráveis alterações ao comparar a taxa de germinação das sementes de alface presentes nas diferentes soluções, como ilustrado na Figura 2. Dos cinco grupos analisados, apenas o controle negativo e o hipoclorito de sódio apresentaram germinação das sementes, resultados já esperados e observados em estudos realizados previamente e citados posteriormente nesse tópico, além dos controles que também apresentaram resultados satisfatórios, uma vez que desempenharam seus papéis, sendo o controle positivo que inibiu a germinação das sementes devido ao uso do sulfato de zinco e o controle positivo estimulando a germinação com a embebição em água destilada (RODRIGUES *et al.*, 2018).

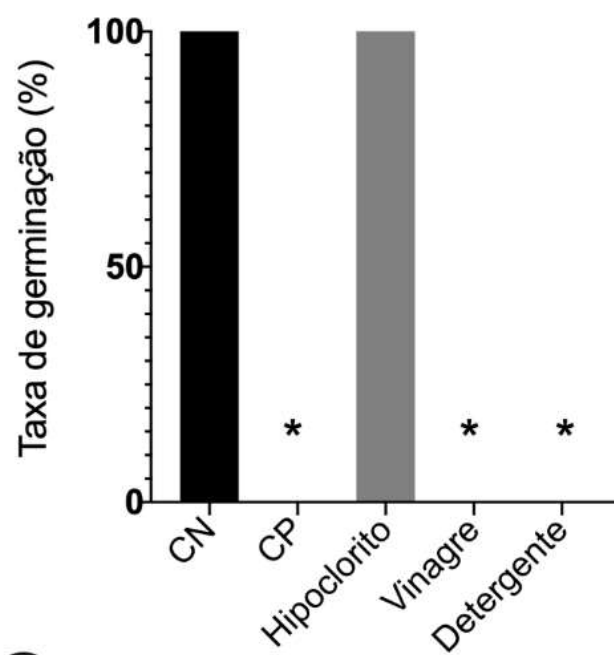


Figura 2. Taxa de germinação das sementes de alface embebidas nos grupos Controle Negativo (CN); Controle Positivo (CP); Hipoclorito de Sódio; Vinagre comercial e Detergente (sabão neutro).

No entanto, mesmo ambos os grupos apresentando 100% de germinação, ao realizar a medição do hipocótilo e da radícula, resultados contrastantes foram registrados.

A Figuras 3 comparou a média de comprimento entre as sementes germinadas no controle negativo e no hipoclorito de sódio e ao analisar os resultados do comprimento total dessas raízes tem-se que o desvio padrão entre as medidas do controle negativo é igual a 10,62, enquanto que no grupo do hipoclorito de sódio esse desvio foi de 5,66 indicando que houve inibição no crescimento.

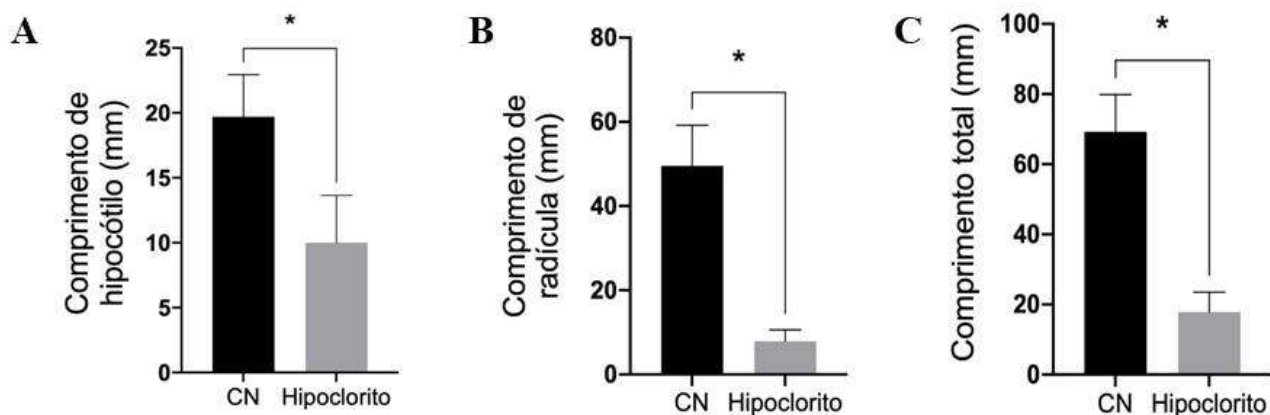


Figura 3. Média do comprimento das sementes germinadas. **(A)** Comparação da média de comprimento do hipocótilo (mm) das plântulas dos grupos Controle Negativo (CN) e Hipoclorito de Sódio. **(B)** Comparação da média de comprimento da radícula (mm) das plântulas dos grupos Controle Negativo (CN) e Hipoclorito de Sódio. **(C)** Comparação da média de comprimento total (mm) das plântulas dos grupos Controle Negativo (CN) e Hipoclorito de Sódio.

Analisando os resultados obtidos no teste de toxicidade dos sanitizantes, verificou-se que houve interação significativa entre a taxa de germinação e a solução de embebição onde as sementes de alface foram dispersas. Esse teste sugeriu a não relação entre a eficiência do sanitizante sobre a hortaliça minimamente processada e sua toxicidade para as sementes de alface, ou seja, os resultados apresentados anteriormente indicam que alguns dos produtos químicos utilizados nesse processo foram extremamente tóxicos para as sementes, mas não tiveram o mesmo efeito na couve processada.

Referente ao efeito tóxico apresentado pelos sanitizantes durante o teste, observou-se a total inibição de crescimento das sementes embebidas no vinagre comercial e no sabão neutro, além do controle positivo, estando esses resultados dentro do esperado, como observado no trabalho de Ribeiro *et al* (2021).

O ácido acético presente no vinagre possui a capacidade de se difundir pela bicamada lipídica da membrana plasmática das células vegetais e ao atingir o citosol, ambiente caracterizado por um pH quase neutro, esse ácido dissocia-se e libera prótons H^+ , causando a diminuição do pH intracelular e o acúmulo de acetato, levando a inibição do metabolismo celular vegetal e estresse oxidativo (RIBEIRO *et al.*, 2021).

Enquanto isso, o sabão neutro causou a lise das células vegetais, devido a sua capacidade de dissolver as membranas lipídicas e desintegrar o núcleo e os cromossomos, dispersando o material intracelular vegetal (TOSTA *et al.*, 2020).

Sendo assim, apenas 2 grupos possuíram resultados não nulos, o hipoclorito de sódio e o grupo do controle negativo. Constatou-se que o hipoclorito de sódio pode apresentar efeito benéfico sobre a germinação de sementes, visto sua capacidade de auxiliar na degradação de estruturas presentes nas sementes que podem dificultar a permeabilidade ao oxigênio e a solutos, além de promover remoção de substâncias inibitórias a germinação (MEIRELES *et al.*, 2007; FLORES *et al.*, 2012).

Porém, ainda segundo Flores *et al.* (2012), esse produto químico também pode desempenhar efeito tóxico sobre as sementes, o fator determinante para tal situação é a concentração utilizada, por isso ao analisar o desvio padrão das medidas das raízes das plântulas observou-se certa inibição de crescimento das sementes embebidas na solução de hipoclorito de sódio quando comparadas ao controle negativo, constatando-se que a concentração utilizada interferiu no desenvolvimento das plântulas, demonstrando certa fitotoxicidade.

CONCLUSÃO

De acordo com os dados apresentados, conclui-se que ambos os grupos analisados de couve minimamente processada apresentaram contaminação por coliformes termotolerantes, mesmo após sofrerem a ação de produtos sanitizantes, oferecendo riscos à saúde dos consumidores. Portanto, é indispensável a lavagem e sanitização das hortaliças antes do consumo.

Contudo, existe uma escassez de estudos relacionados à toxicidade dos sanitizantes e seus efeitos na germinação de sementes, nos alimentos e no organismo humano, sendo o indicativo de fitotoxicidade um fator preocupante, por isso se faz necessário a realização de novas pesquisas que elucidem a segurança no consumo desses sanitizantes.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- BEZERRA, A. C. D. *et al.* Qualidade microbiológica de sanduíche comercializado nas ruas de Cuiabá - MT, Brasil e a percepção dos manipuladores. *Food Science and Technology*, v.30, n.2, p.520-524, 2010.
- BRANDÃO, M. L. L. *et al.* Comparação das técnicas do NMP e de filtração em membrana na avaliação da qualidade microbiológica de água mineral natural. *Rev. Inst. Adolfo Lutz*, São Paulo, v. 71, n. 1, p. 32-9, 2012.
- BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Regulamento técnico sobre padrões microbiológicos para alimentos. RDC,n. 12, de 2 jan. 2001.
- FANTUZZI, E.; PUSCHMANN, R.; VANETTI, M. C. D. Microbiota contaminante em repolho minimamente processado. *Ciência e Tecnologia de Alimentos*, [S.L.], v. 24, n. 2, p. 207-211, jun. 2004.
- FLORES, P. S.; CHAGAS, E. A.; ARAÚJO, M. C. R. Efeito do hipoclorito de sódio sobre a germinação de sementes de camu-camuzeiro. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE RECURSOS GENÉTICOS, 2., 2012, Belém. [S.l]. Belém: [S.l], 2012. p. [S.l].
- FRITTOLI, R. B.; RODRIGUES, L. H. Análise de coliformes termotolerantes e *Salmonella* sp em amostras de hortaliças minimamente processadas. *Revista Científica da Fho|Uniararas, Araras*, v. 2, n. 2, p. 14-20, 2014.
- MEIRELES, R. C. *et al.* Secafé: metodologia para acelerar a germinação das sementes de café. *Revista Brasileira de Sementes* [online]. v. 29, n. 3, p. 90-96, 2017.
- PENA, F. de L. *et al.* Avaliação microbiológica de hortaliças minimamente processadas disponíveis no mercado e servidas em redes de fast-food e em unidades de alimentação e nutrição nas cidades de Limeira e Campinas, São Paulo, Brasil. *Segurança Alimentar e Nutricional, Campinas*, v. 22, n. 1, p. 633-643, 2015. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/san/article/view/8641599/9098>. Acesso em: 29 mar. 2022.
- PINHEIRO, N. M. de S. *et al.* Avaliação da qualidade microbiológica de frutos minimamente processados comercializados em supermercados de Fortaleza. *Revista Brasileira de Fruticultura*, [S.L.], v. 27, n. 1, p. 153-156, 2005.
- SANTANA, L. R. R. de *et al.* Qualidade física, microbiológica e parasitológica de alfaces (*Lactuca sativa*) de diferentes sistemas de cultivo. *Food Science and Technology* [online]. v. 26, n. 2, p. 264-269, 2006.
- SILVA, N. da *et al.* Manual de Métodos de Análise Microbiológica de Alimentos e Água. 4. ed. São Paulo: Livraria Varela, 2010. 624 p.
- SILVA, T. G. da *et al.* Boletim Técnico IFTM: manipulação, higienização e sanitização doméstica de frutas e hortaliças visando o aumento de vida útil. Triângulo Mineiro: Iftm, 2016. 4 p.
- SIQUEIRA, R.S. Manual de microbiologia de alimentos. Brasília: EMBRAPA, 1995. 159p.
- SOBRERO, M. C.; RONCO, A. Ensayo de toxicidad aguda con semillas de lechuga (*Lactuca sativa* L) In: MORALES, G. C. (Ed.). Ensayos toxicológicos y métodos de evaluación de calidad de aguas:

estandarización, intercalibración, resultados y aplicaciones. 1. ed. México: Instituto Mexicano de Tecnología del Agua, 2004.

SOUZA, A. C. F. et al. Microbiological analysis of minimally processed fruits and vegetables marketed in supermarkets in the city of Macapá - Amapá. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 9, n. 6, p. e148963751, 2020.

TOSTA, E. M.; GONTIJO, A. B. P. L.; CORTE, V. B. Extração e observação de molécula de DNA - Ferramenta para auxiliar no ensino de Biologia. *Health And Biosciences*, Vitória, v. 1, n. 3, p. 68-77, 2020.

TRESSELER, J. F. M. et al. Avaliação da qualidade microbiológica de hortaliças minimamente processadas. *Ciênc. Agrotec.*, Lavras, v. 33, Edição Especial, p. 1722-1727, 2009.

REIS, R. da S.; DE CASTRO, M. F.; DEXHEIMER, G. M. Análise parasitológica de hortaliças e avaliação dos cuidados e conhecimentos para o consumo in natura pela população. *Revista Brasileira Multidisciplinar*, [S. l.], v. 23, n. 2, p. 136-144, 2020.

RIBEIRO, R.A. et al. Yeast adaptive response to acetic acid stress involves structural alterations and increased stiffness of the cell wall. *Sci Rep* 11, 12652 (2021).

RODRIGUES, M. T. O. S. et al. Influência do sulfato de zinco (ZnSO₄) na germinação de *Lactuca sativa* e crescimento de fungos endofíticos. In: FEPEG, 12., 2018, Montes Claros. *Anais [...]*. Montes Claros: [S.I.], 2018. p. [S.I.].

Capítulo 19



10.37423/231008360

PREVALÊNCIA DA ICTERÍCIA NEONATAL E FATORES ASSOCIADOS EM RECÉM-NASCIDOS

Emilly Dayane Soares da Cruz

Centro Universitário FUNORTE, Montes Claros-MG

Esther Magalhães Becattini Miranda

Centro Universitário FUNORTE, Montes Claros-MG

Renata Souza Leite Viêira

Centro Universitário FUNORTE, Montes Claros-MG

Ivana Aparecida Mendes Veloso

Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros, MG

Aleuza Pereira Alquimim Pires

Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros, MG

Cleide Rocha Veloso

Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros-MG

Thais de Oliveira Faria Baldo

Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes. Montes Claros - MG

Hanna Beatriz Bacelar Tibaes

Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes. Montes Claros - MG

Tatiana Almeida de Magalhães

Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina - MG

Letícia Antunes Athayde Souza

Centro Universitário Norte de Minas-Funorte-Montes Claros-MG

Resumo: Objetivo: Avaliar a prevalência da Icterícia Neonatal e fatores associados em recém-nascidos de um hospital de Montes Claros – MG no período de julho de 2019 a junho de 2022. **Material e Métodos:** estudo de caráter retrospectivo, descritivo, corte transversal e análise quantitativa. A população de estudo foi composta por 45 prontuários de recém-nascidos com icterícia neonatal e suas mães. Os dados foram classificados em forma descritiva. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Funorte sob o parecer 5.591.919 em 19/08/22. **Resultados:** Nesse estudo observou baixo índice de icterícia neonatal. Observou-se que todos os recém-nascidos com icterícia neonatal apresentaram bilirrubina total e indireta acima do valor de referência e todos os testes de coombs direto realizados apresentaram resultado negativo. A maioria desses resultados foi relacionada a icterícia fisiológica. O tratamento de icterícia neonatal mais utilizado é o de fototerapia com amamentação exclusiva. **Conclusão:** Diante disso, apesar do baixo índice de icterícia neonatal sendo principalmente icterícia fisiológica, este estudo poderá auxiliar em pesquisas relacionadas, uma vez que a icterícia neonatal é uma doença muito séria com óbitos e não tem muitos registros e pesquisas sobre essa doença.

Palavras-chave: Recém-nascido. icterícia. bilirrubina. hiperbilirrubinemia. neonatal.

INTRODUÇÃO

A hiperbilirrubinemia, icterícia ou amarelão como é popularmente conhecida, é um achado comum na maioria dos recém-nascidos (RNs) prematuros e a termo, geralmente associada ao baixo peso, amamentação tardia ou ineficiente, entre outras possíveis causas¹.

A Icterícia Neonatal manifesta-se clinicamente quando a bilirrubina indireta atinge níveis séricos superiores a 5 mg/dL e isto ocorre em 60% dos RNs a termo e 80% dos prematuros tardios na primeira semana de vida. Geralmente a icterícia é considerada normal durante os primeiros dias de vida, pois o fígado ainda não tem capacidade de metabolizar e eliminar bilirrubina. No entanto, o acúmulo de bilirrubina pode ser causado por doenças hepáticas e não hepáticas, por isso deve ser monitorado e tratado adequadamente².

A icterícia pode se relacionar a uma síndrome ou doença. Diante disso, é importante que o seu tratamento seja realizado imediatamente após sua descoberta, pois se não tratada, pode ocasionar lesão grave, acometendo principalmente o sistema nervoso. As complicações incluem encefalopatia bilirrubínica ou kernicterus, no qual a bilirrubina atravessa a barreira hematoencefálica imatura, precipitando-se nos núcleos da base e em outras áreas cerebrais¹.

A icterícia fisiológica se apresenta 48 a 72h pós-nascimento, alcançando pico médio bilirrubínico de 6 mg/dL no terceiro dia de vida, não ultrapassando 12,9 mg/dL e declinando em uma semana. A icterícia patológica surge nas primeiras 24h e a bilirrubina sérica eleva-se acima de 13 mg/dL. Dados da carga global das doenças revelam que a icterícia grave acomete 481.000 neonatos anualmente, deixando 63.000 com comprometimento neurológico moderado ou grave em longo prazo e ocasionando 114.000 mortes. E no Brasil, segundo os sistemas oficiais, ocorreram 1.008 óbitos por icterícia neonatal nos últimos 10 anos³.

A dosagem sérica de bilirrubinas é o exame mais recomendado, quando na BTC os níveis forem superiores a 12-14 mg/dL. Solicitamos também Hemograma Completo, tipagem sanguínea com teste de Coombs, podendo ser necessários outros exames, de acordo com a suspeita clínica².

O tratamento varia de acordo com alguns fatores que possam estar associados, tais como, o histórico da mãe, a avaliação da icterícia durante o exame físico e a realização de exames laboratoriais para que a conduta seja resolutiva e possibilite que a patologia seja enquadrada entre patológica ou fisiológica a partir dos parâmetros utilizados para a investigação da patologia⁴.

A Fototerapia é o tratamento mais utilizado por seu caráter não invasivo e de grande eficácia na diminuição das concentrações plasmáticas de bilirrubina, e nessa modalidade terapêutica o neonato é submetido a radiação de luz halógena. Tal tratamento é passível de complicações⁵.

Diante disso, o objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de Icterícia Neonatal e fatores associados em recém-nascidos de um hospital de Montes Claros – MG no período de julho de 2019 a junho de 2022.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo apresenta caráter retrospectivo, descritivo, corte transversal e análise quantitativa.

A pesquisa foi realizada no Hospital das Clínicas Doutor Mário Ribeiro da Silveira da cidade de Montes Claros - Minas Gerais. O Hospital é reconhecido pela sua moderna estrutura e alto padrão tecnológico, no qual foi inaugurado em julho de 2013. O Hospital destaca-se pelas cirurgias oftalmológicas, cirurgias eletivas, cirurgias plásticas e partos humanizados.

Desta forma, a população de estudo compreendeu os prontuários dos recém-nascidos com o quadro de icterícia neonatal e prontuários das mães no Hospital das Clínicas no período de julho de 2019 a junho de 2022 no qual a amostra foi composta por 45 prontuários de RNs e mães, residentes de Montes Claros, sendo selecionada aleatoriamente por meio do cumprimento dos critérios de inclusão.

Foram incluídos os prontuários de RNs com o quadro de icterícia neonatal e mães do Hospital das Clínicas, prontuários de RNs com idade igual ou inferior a um mês de vida e prontuários que estão com os dados completos. Foram excluídos os prontuários danificados, prontuários de RNs e mães que não nasceram nas cidades norte-mineiras e prontuários não identificáveis.

Os dados foram coletados no SAME (Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico) por meio de uma análise de prontuários com dados da maternidade do Hospital preenchendo um formulário construído pelas pesquisadoras. Foram avaliadas as seguintes variáveis como: sexo do RN, exames laboratoriais do RN e tratamentos utilizados, idade gestacional que ele nasceu, tipo de parto, realização de pré-natal e exames laboratoriais da mãe.

Os prontuários acessados foram averiguados, com seus dados sendo organizados e classificados em forma descritiva por meio de uma planilha utilizando a Microsoft Excel. As informações estatísticas foram apresentadas através de tabelas.

O projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Funorte para análise e apreciação e foi aprovado pelo número do Parecer: 5.591.919 em 19 de agosto de 2022. Assim, foram seguidas as diretrizes do Conselho Nacional da Saúde (CNS) definidas pelas Resoluções Nº 510 de 07 de abril de 2016 que relacionam a ética de pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Foram avaliados 470 prontuários de mães e 470 prontuários de recém-nascidos atendidos no Hospital das Clínicas Doutor Mário Ribeiro da Silveira da cidade de Montes Claros - Minas Gerais no período de julho de 2019 a junho de 2022.

Desses 470 prontuários, apenas 45 (9,57%) recém-nascidos apresentam icterícia neonatal.

Analisando as características da população estudada, dentre os 45 recém-nascidos com icterícia neonatal, a maioria era do sexo feminino, 24 (53,33%), grande parte dos recém-nascidos nasceu de parto normal, 33 (73,33%), com idade gestacional em maior parte de 37 a 41 semanas, 41 (91,11%). No momento do parto a maioria das mães tinha idade entre 19 e 30 anos, 28 (62,22%), e todas as mães que constituem o estudo realizaram o pré-natal (Tabela 1).

Tabela 1. Características das mães e recém-nascidos com icterícia atendidos no hospital.

Variáveis	n	%
Sexo do RN		
Masculino	21	46,67
Feminino	24	53,33
Idade gestacional que o RN nasceu		
Inferior ou igual a 36 semanas (pré-termo)	2	4,44
De 37 a 41 semanas (termo)	41	91,11
Superior ou igual a 42 semanas (pós-termo)	2	4,44
Idade da mãe no parto		
15 a 18 anos	4	8,89
19 a 30 anos	28	62,22
31 a 42 anos	13	28,89
Tipo de parto		
Normal	33	73,33
Cesária	12	26,67
Realização do pré-natal		
Sim	45	100,00

RN: recém-nascido

Quanto aos exames laboratoriais realizados pelos 45 recém-nascidos, observou-se que todos apresentaram bilirrubina total e bilirrubina indireta acima do valor de referência sendo sugestivo de icterícia neonatal (Tabela 2), podendo ser um sinal de alterações fisiológicas na função do fígado, doenças no sangue, como anemia hemolítica, doenças hepáticas, provocadas por infecções ou doenças genéticas, ou até mesmo por reações no aleitamento materno. Entre esses resultados a maioria foi relacionada a icterícia fisiológica presente em 27 (60,00%) RNs, em que é muito comum nos primeiros dias de vida já que ocorre como uma resposta à capacidade limitada do bebê para eliminar a bilirrubina, e a icterícia patológica presente em 18 (40,00%) RNs sendo uma situação muito mais séria que pode levar o paciente a óbito.

Dos 45 recém-nascidos analisados foi realizado hemograma em 37 RNs (82,22%) e observou-se que a maioria dos RNs apresentaram valores de hemácias, hemoglobina, hematócrito, VCM (Volume Corpuscular Médio), HCM (Hemoglobina Corpuscular Média), CHCM (Concentração da Hemoglobina Corpuscular Média), plaquetas e global de leucócitos dentro do valor de referência (Tabela 2) descartando a presença de vários tipos de anemia e alteração na coagulação.

Quanto aos reticulócitos, observou-se que 20 (44,44%) RNs apresentaram esse parâmetro dentro do valor de referência e 15 (33,33%) estavam com parâmetros abaixo do valor de referência (Tabela 2), que pode indicar sinal de anemia hemolítica, sangramento, doença hemolítica do recém-nascido ou doença renal com aumento da produção do hormônio eritropoietina.

O teste de Coombs Direto foi realizado por 35 recém-nascidos e todos os RNs tiveram o resultado negativo (Tabela 2) que é quando não existe o anticorpo que provoca a destruição das hemácias, e por isso é considerado um resultado normal.

Foram achados em 3 (6,66%) recém-nascidos a presença de eritroblastos (Tabela 2), e dentre as situações que podem levar ao aparecimento de eritroblastos no sangue periférico estão os quadros hemolíticos e os casos de problemas neoplásicos de medula óssea, como as leucemias.

Tabela 2. Exames laboratoriais realizados nos recém-nascidos com icterícia atendidos no hospital.

Variáveis	Abaixo do VR		Dentro do VR		Acima do VR	
	n	%	n	%	n	%
Exames bioquímicos (n=45)						
Bilirrubina total	0		0		45	100,00
Bilirrubina direta	1	2,22	37	82,22	7	15,56
Bilirrubina indireta	0		0		45	100,00
Exames hematológicos (n=37)						
Hemácias	3	8,11	31	83,78	1	2,70
Hemoglobina	0		36	97,30	1	2,70
Hematócrito	0		27	72,97	10	27,03
VCM	1	2,70	29	78,38	7	18,92
HCV	0		27	72,97	10	27,03
CHCM	0		28	75,68	9	24,32
Leucócitos	0		20	54,05	17	45,95
Plaquetas	1	2,70	35	94,59	1	2,70
Eritroblastos	0		0		3	8,11
Reticulócitos (n=38)	15	39,47	20	52,63	3	7,89
Exame imunoematológico (n=35)						
Coombs direto			35	100,00	0	

VR: Valor de Referência; VCM: Volume Corpuscular Médio; HCM: Hemoglobina Corpuscular Média; CHCM: Concentração da Hemoglobina Corpuscular Média.

Em relação ao tratamento utilizado para a icterícia, observou-se que a maioria realizou fototerapia com amamentação exclusiva, 16 (35,56%), seguido do tratamento com amamentação exclusiva, 12 (26,67%) (Tabela 3).

Tabela 3. Tratamentos realizados nos recém-nascidos com icterícia atendidos no hospital.

Variáveis	n	%
Apenas fototerapia	10	22,22
Apenas amamentação exclusiva	12	26,67
Apenas medicamentos	2	4,44
Fototerapia e amamentação exclusiva	16	35,56
Fototerapia, amamentação exclusiva e medicamentos	5	11,11

DISCUSSÃO

A Icterícia fisiológica, caracterizada por aumento discreto da bilirrubina, é comum em RN saudáveis nos primeiros dias após o nascimento e geralmente não necessita de fototerapia. No entanto, a necessidade de fototerapia aumenta na icterícia de causa hemolítica, principalmente por

incompatibilidade ABO ou Rh, deficiência de G6PD (glicose-6-fosfato desidrogenase) ou outras causas de hemólise. Também se eleva na presença de fatores de risco para hiperbilirrubinemia grave, tais como: prematuridade, antecedente familiar de irmão com icterícia neonatal, raça asiática, cefalohematoma ou tocotraumatismo significativo, aleitamento materno exclusivo, indução do parto com ocitocina, atraso na eliminação de mecônio e diabetes materno⁶.

Neste estudo observou-se um baixo índice de icterícia neonatal dentre os RNs nascidos em um hospital de Montes Claros.

Em um estudo realizado sobre recém-nascidos no Hospital Geral do Grajaú, que está localizado na Zona Sul de São Paulo, entre os RN estudados (18,2% - IC95% 15,3-21,5), de 592 sujeitos, 108 apresentaram icterícia neonatal nos primeiros dias de vida e receberam fototerapia², o que está de acordo com nossos resultados do baixo índice de icterícia neonatal. Na pesquisa de Dias *et al.*⁶, efetuado em RNs em AC (alojamento conjunto) de um hospital terciário em São Paulo, entre 376 indivíduos, 176 (47%) tiveram icterícia neonatal, no qual foi um resultado conflitante a essa e outras pesquisas levando em consideração o baixo padrão de icterícia informado até momento. Em outro estudo, com informações baseadas no registro oficial da população da Suécia, *The Swedish Medical Birth Register* (MBR), foram identificadas 890.328 crianças nascidas na Suécia entre 1992 e 2000, que passadas pelos critérios de exclusão sobraram 739.750 indivíduos para a realização da amostra analítica, em que 28.674 (3,87%) tiveram icterícia neonatal, resultado que está de acordo com esse estudo⁷.

Na prática, 98% dos RNs apresentam níveis séricos de bilirrubina indireta acima de 1mg/dL durante a primeira semana de vida, conhecido como hiperbilirrubinemia fisiológica, e com frequência está associada à oferta láctea inadequada, perda elevada de peso e desidratação. Se bem tratado, o RN não sofre em um quesito de risco, então apesar do aumento de bilirrubina, os envoltentes não consideram tudo como icterícia neonatal, explicando o seu baixo índice em hospitais do Brasil⁸.

Nesse estudo, a maioria da icterícia neonatal foi relacionada a icterícia fisiológica que se apresenta até 72h pós-nascimento, não ultrapassando 12,9 mg/dL e declina em uma semana, causado pela dificuldade da eliminação da bilirrubina no corpo do RN, que é muito comum. A icterícia patológica é mais grave e se apresenta durante 24h pós-nascimento, com bilirrubina sérica maior que 13 mg/dL, podendo ser causada por doenças como; doenças hemolíticas, policitemia, síndrome Crigler-Najar tipo I e II, síndrome de Gilbert, diabetes materna, hipotireoidismo congênito e galactosemia, obstrução

funcional ou anatômica. Dados da carga global das doenças revelam que a icterícia grave acomete 481.000 neonatos anualmente, deixando 63.000 com comprometimento neurológico moderado ou grave em longo prazo e ocasionando 114.000 mortes³.

Nessa pesquisa a maioria dos RNs era do sexo feminino, nascidos de parto normal, entre 37 a 41 semanas de gestação. A maioria das mães tinha entre 19 a 30 anos no momento do parto e todas realizaram pré-natal.

Em um estudo realizado em recém-nascidos que tiveram diagnóstico de icterícia neonatal oriundos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Geral Dr. César Cals, prevaleceu os RNs do sexo masculino de 22 prontuários (63,6%) e todas as mães realizaram pré-natal⁹. Em outro estudo realizado no alojamento conjunto de um hospital universitário de Recife, capital de Pernambuco, no Nordeste do Brasil, as mães participantes estavam em idade fértil, entre 16 e 42 anos. Elas eram múltiparas, realizaram pré-natal com seis ou mais consultas, com 12 partos vaginais e oito cesáreas. Tinham neonatos em aleitamento materno exclusivo, menores de 38 semanas de gestação, sendo sete pré-termos de baixo peso e 13 a termo com peso adequado³. No estudo de Le Ray e colaboradores⁷, com informações baseadas no registro oficial da população da Suécia, *The Swedish Medical Birth Register* (MBR), os RNs, em maioria, eram do sexo masculino, 378.404 (51,15%); nasceram de parto normal, 656.003 (88,67%); com 37 semanas ou mais de gestação, 707.013 (95,57%); as mães tinham de 25 a 29 anos, 277.473 (37,5%) na hora do parto. Com exceção do sexo do RN, todos os outros resultados acima foram compatíveis com esse estudo.

O Parto normal deve ser priorizado. Excluindo-se os casos de emergência, o parto normal deve ser sempre a primeira opção. A hora do parto define-se de maneira natural, sem precipitar a chegada do bebê, ou seja, antes da 39ª semana completa. O nascimento no momento certo indica que a mãe está completamente desenvolvida e sua imunidade é maior¹⁰.

No estudo apresentado a maioria dos partos foi normal, também pelo fato do hospital realizar atendimento público em sua maioria, onde o SUS (Sistema único de Saúde) prioriza o parto normal.

A idade gestacional foi utilizada de forma contínua e categorizada em: pré-termo precoce (≤ 33 semanas); pré-termo tardio (34-36 semanas); termo precoce (37-38 semanas); termo (39-41 semanas); e pós-termo (≥ 42 semanas)⁶.

A grande maioria das mulheres entra em trabalho de parto a partir das 37 semanas que seria o normal, antes disso o parto é considerado prematuro. No estudo apresentado ocorreram alguns partos prematuros, que pode ter a ver com a idade da mãe e também com o tipo de parto relacionado.

A aplicação da atenção pré-natal de forma deficiente está relacionada com maiores índices de morbimortalidade materna e infantil. Assim, a assistência adequada às gestantes garante a prevenção de eventos adversos tanto para as mães quanto para os bebês, além de possibilitar a identificação de fatores de risco de forma precoce e possibilitar uma intervenção segura quando necessário. A atenção pré-natal assume grande relevância para assegurar que as gestantes sejam acolhidas em todo o período da gravidez, garantindo-lhes, ao final da gestação, uma melhor escolha do tipo de parto e o nascimento de uma criança saudável¹³.

A relação entre idade materna e saúde da criança contribuiu para a disseminação do conceito de gravidez de risco¹¹. As mães participantes do estudo estavam em idade fértil, entre 16 a 42 anos. Após os 35 anos, a probabilidade de uma mulher engravidar naturalmente reduz em 50%³.

O estudo apresentou que a maioria das mulheres tinha entre 19 e 30 anos no momento do parto, que pode ser considerada a melhor idade para engravidar, pois depois dos 35 anos o parto pode ser considerado de risco, os RNs podem ter má formação e aumento o risco de a criança nascer com síndrome de Down.

Observou-se que todos os RNs com icterícia neonatal deste estudo apresentaram bilirrubina total e indireta acima do valor de referência e todos os testes de coombs direto realizados apresentaram resultado negativo. Os exames de hemograma, exames de reticulócito e bilirrubina direta apresentaram, em maioria, dentro do valor de referência. A presença de eritroblastos foi observada em poucos RNs e a maioria desses resultados foi relacionada a icterícia fisiológica.

Em um estudo em que obtiveram diagnóstico de icterícia neonatal, oriundos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC), caracterizado como um serviço terciário de alta complexidade e ensino, referência em Fortaleza na área obstétrica e neonatal, aplicou-se o teste de Coombs direto em 100% dos RNs para verificar a presença de marcadores imunohematológicos, contudo, os resultados foram negativos em todos os pacientes⁹, corroborando com os resultados dessa pesquisa.

A Bilirrubina total e a indireta estão acima do valor de referência esperado nesta pesquisa, levando em consideração que está relacionado com icterícia neonatal, no qual os resultados são semelhantes com as pesquisas realizadas anteriormente.

A icterícia corresponde à expressão clínica da hiperbilirrubinemia. A sobrecarga de bilirrubina ao hepatócito decorre da produção e da circulação êntero-hepática aumentadas de bilirrubina indireta. O neonato produz duas a três vezes mais bilirrubina do que o adulto, devido à menor vida média das hemácias, que é de 70-90 dias, e à maior quantidade de hemoglobina¹². O aumento da bilirrubina indireta nesse estudo poderia estar relacionado a doença hemolítica perinatal por incompatibilidade entre mãe e RN, mas essa teoria foi revogada pelo fato de que todos os exames de coombs direto realizados pelos RNs ictéricos foram negativos.

Noventa e oito por cento dos RNs apresentam níveis séricos de bilirrubina total acima de 1 mg/dL durante a primeira semana de vida, sendo que cerca de dois terços ou mais desenvolvem icterícia com valores superiores a 5 mg/dL¹², explicando a maioria ser icterícia fisiológica neste estudo.

De acordo com esse estudo, os tratamentos de icterícia neonatal mais utilizado são fototerapia com amamentação exclusiva, seguido de apenas amamentação exclusiva.

De acordo com uma pesquisa feita no AC de um hospital terciário em São Paulo, recém-nascidos prematuros tardios em AC tiveram aumento de 6 vezes na chance de necessitar de fototerapia, e um resultado que chamou a atenção foi o uso de fototerapia em quase 20% dos RN em AC⁶. De acordo com Sarli², 108 bebês que apresentaram icterícia neonatal nos primeiros dias de vida receberam fototerapia. Em outro estudo, a proporção de icterícia neonatal dependente de fototerapia foi de 50% em pacientes do Hospital Daniel Alcides Carrión durante o período de janeiro a dezembro de 2017⁴.

A fototerapia é o método de eleição no tratamento da icterícia, altamente efetivo com os equipamentos atualmente disponíveis, explicando a sua predominância de uso entre profissionais na área de saúde. O estímulo e apoio ao aleitamento materno fazem parte das boas práticas assistenciais e podem ter impacto positivo na perda de peso dos primeiros dias, demonstrando a exuberância de sua prática⁶.

CONCLUSÃO

Nesse estudo observou baixo índice de icterícia neonatal com predominância de icterícia fisiológica. O tratamento de icterícia neonatal mais utilizado foi fototerapia com amamentação exclusiva.

Diante disso, este estudo auxiliou nas pesquisas e identificações da temática proposta, apoiando futuros projetos a se desenvolverem de forma mais profunda e eficiente, levando em consideração que isso não é um assunto muito discutido e informado em Minas Gerais, no sudeste do Brasil. Em Montes Claros, Minas Gerais não tem muitas pesquisas sobre o tema e a icterícia neonatal é uma doença muito séria, em que nos últimos 10 anos, ocorreram no Brasil, 1.008 óbitos por icterícia neonatal e não tem muitos registros e pesquisas sobre essa doença.

Esse estudo passou por limitações de que além de poucos estudos sobre a icterícia neonatal no Brasil, principalmente relacionada ao ponto de vista biomédico com dados de exames laboratoriais, obteve-se poucos dados dos RNs no hospital no período estudado, pois no período da pandemia o hospital priorizou apenas atendimento para o COVID-19, e somente após novembro de 2021 quando a pandemia estava sob controle que retornaram os atendimentos em geral.


REFERÊNCIAS


1. Zalesk P, Raissa CM, Moro A, Benetti IC, Mazon LM. O discurso das mães de bebês em tratamento para icterícia neonatal. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*. v.1, p.10, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org>. Acesso em: 04 de abril de 2022.
2. Sarli YO. Associação entre tempo de clameamento do cordão umbilical e icterícia neonatal precoce em recém-nascidos a termo. *Repositório Institucional*. v.1, p.72, 2018. Disponível em: <https://www.dspace.unisa.br>. Acesso em: 30 de março de 2022.
3. Ferreira DKS, Oliveira AAV, Andrade ACA, Nunes JT, Oliveira JSA, Medeiros SM. Vivência de mães de recém-nascidos com icterícia neonatal na fototerapia. *Reme- Revista Mineira de Enfermagem*. v.25, n.1-9, p.9, 2021. Disponível em: <https://www.reme.org.br>. Acesso em: 04 de abril de 2022.
4. Cachay MPE. Fatores Associados a icterícia neonatal tributária de fototerapia e exsanguineotransfusão no Hospital nacional Daniel Alcides Carrión no período janeiro-dezembro de 2016. *Medicina Humana*. v. 876, n. 1-103, p.103, 2018. Disponível em: <https://www.repositorio.urp.edu.pe>. Acesso em: 05 de abril de 2022.
5. Bomfim VBS, Arruda MDS, Eberhardt ES, Caldeira NV, Cavalcante RP, Penha LS, et al. Repercussões clínicas da icterícia neonatal no prematuro. *Research Society and Development*. v.10, n.9, p.8, 2021. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br>. Acesso em: 31 de março de 2022.
6. Dias VSS, Pelicia SMC, Corrente JE, Rugolo LMSS. Icterícia neonatal: fatores associados à necessidade de fototerapia em alojamento conjunto. *Residência Pediátrica*. v.12, n.3-459, p.1-6, 2022. Disponível em: <https://residenciapediatria.com.br>. Acesso em: 08 de novembro de 2022.
7. Le Ray I, Wang C, Almqvist C, Lichtenstein P, D'onofrio BM, Johansson S, et al. Neonatal jaundice, attention deficit hyperactivity disorder and familial effects: A Swedish register study with sibling analysis. *Acta Paediatrica [0803-5253]*. v.110, n.2, p.473-479, 2021. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com>. Acesso em: 08 de novembro de 2022.
8. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção à saúde da criança recém-nascido de risco. Instituições de Revisão e Apoio. Hospital Evangélico de Londrina. Artemizia B Martins. Sandra Capelo. v.1, p.1, 2020 Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br>. Acesso em: 07 de novembro de 2022.
9. Souza KCL, Cavalcante RN, Rodrigues DC, Barbosa LS, Craveiro RMCB, Sousa AC, et al. Perfil de neonatos ictéricos atendidos pela fisioterapia em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Brazilian Journal of Development*. v.2, n.1, p.611-623, 2019. Disponível em <http://www.brazilianjournal.com>. Acesso em: 04 de outubro de 2022.
10. Rede Humaniza Sus. Parto humanizado e parto normal: qual a diferença?, Rede Humaniza Sus, 2022. Disponível em: <https://redehumanizaus.net/parto-humanizado-e-parto-normal-qual-a-diferenca/>. Acesso em: 13 de novembro de 2022.


11. Martins, PL, Menezes, RA, Gestação em idade e genético: um estudo em torno das concepções de risco. Revista de Saúde Coletiva, v.32, p.1 -21, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320218>. Acesso em: 14 de novembro de 2022.
12. SUS, Fundamentação teórica Icterícia neonatal. Universidade aberta do SUS. v.1, p.1, n.1-6, 2020 Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br> Acesso em: 07 de novembro de 2022.
13. Silva EV, Costa MAA, Almeida KC, Araújo LMB, Amâncio NFG. Relação do tipo de parto com o perfil epidemiológico da assistência pré-natal e perinatal em um município de Minas Gerais. Revista Brasileira Materno Infantil, v.20, p, 249-256, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042020000100013> Acesso em: 08 de novembro de 2022.

CIÊNCIAS DA SAÚDE: ESTUDOS PARA MANUTENÇÃO E MELHORIA DA VIDA

VOLUME VII

 conhecimentolivre.org/home

 contato@conhecimentolivre.org

 [editoraconhecimentolivre](https://www.instagram.com/editoraconhecimentolivre)



EDITORA CONHECIMENTO LIVRE