



IV Congresso Brasileiro de **CIÊNCIAS** da **SAÚDE**

Saúde Populacional: Metas e Desafios do Século XXI

ISBN: 978-65-86901-18-4

Organizadora

KETINLLY YASMYNE

NASCIMENTO MARTINS (UEPB)



CONSELHO EDITORIAL

Bruna Monielly Carvalho de Araujo - UFPB
Claudia Santos Martiniano Sousa - UEPB
Clécio Gabriel de Souza - UFRN
Daiane Medeiros da Silva - FACENE
Daiene Martins Beltrao - FACENE
Danyelle Nóbrega de Farias - FACENE
Diego de Sousa Dantas - UFPE
Egberto Santos Carmo - UFCG
Eloide André Oliveira - UEPB
Erika Epaminondas de Sousa - UFPB
Fabiola de Araújo Leite Medeiros - UEPB
Francisco das Chagas Cardoso Filho - ADAGRI
Gigliola Marcos Bernardo de Lima - FIOCRUZ
Gleicy Karine Nascimento de Araújo - UEPB
Iago Colaço de Souza - INESP
Isabela Tatiana Sales de Arruda - UFPE
Isabelle Eunice de Albuquerque Pontes - IMIP
Izayana Pereira Feitosa - UFCG
José Damião Rodrigues - UFPB
José Jailson Lima Bezerra - UFPE
José Maurício de Figueiredo Júnior - FACENE
Josivan Soares Alves Júnior – IMIP
Josley Maycon de Sousa Nóbrega - UEPB
Juliana Cordeiro Carvalho - UFPE
Karolinne Souza Monteiro - UFRN
Ketinlly Yasmyn Nascimento Martins - Nutes - UEPB
Keylha Querino de Farias Gomes - UFPB
Lúcia Magnólia Albuquerque Soares de Camargo - UNIFACISA
Luiz Arthur Cavalcanti Cabral - UNIFACISA
Magno Markus Ferreira Formiga Gonçalves de Oliveira - UEPB
Manoel Freire de Oliveira Neto - UEPB
Marcela Monteiro Pimentel - UEPB
Maria Helena Chaves de Vasconcelos Catão - UEPB
Marina Suenia de Araujo Vilar - UFPB

Mirian Werba Saldanha - Universidade Estadual Da Paraíba - UEPB

Monique de Freitas Gonçalves Lima - UFPE

Nadjeanny Ingrid Galdino Gomes - UFPB

Paula Almeida de Castro - UEPB

Priscilla Indianara di Paula Pinto - UNESC

Raïssa Mayer Ramalho Catão - UEPB

Raïssa Souza Taveira - UFRN

Regilene Alves Portela - UERN

Ricardo Henrique Vieira d Melo – UFRN

Rômulo Moreira dos Santos - UEPB

Rosimery Cruz de Oliveira Dantas - UFCG/CFP

Sávio Benvindo Ferreira - UFCG

Suelane Renata de Andrade Silva - UFPE

Thaise Alves Bezerra - UFPB

Thamara Rodrigues de Melo - UNIFACISA

Thayla Amorim Santino - UFRN

Vanessa da Nóbrega Dias - UFRN

Wanessa Azevedo de Brito - UFPE

Wesley Cavalcante Cruz - UEPB

Zilka Nanes Lima - UEPB



realize
Editora

Rua Aristides Lobo, 331, Bairro: São José,
Campina Grande - PB, CEP 58400-384

<http://www.editorarealize.com.br> | { \$sistema->get('email') }

Profa. Me. Ketinlly Yasmyne Nascimento Martins
Mestre em Ciência e Tecnologia em Saúde
Pesquisadora NUTES
Coordenadora do Laboratório de Tecnologias 3D - LT3D/NUTES
Coordenadora Geral do IV CONBRACIS
(Organizadores)

E-book: Saúde Populacional: Metas e Desafios do Século XXI



realize
Editora

2020

Dados Internacionais da Catalogação na Publicação (CIP)

S255 Saúde populacional: metas e desafios do século XXI / organizadora, Ketinlly Yasmyne Nascimento Martins. – Campina Grande: Realize eventos, 2020.

362 p. : il. color.

ISBN 978-65-869019-18-4

1. Saúde pública. 2. Saúde mental. 3. Serviços de saúde. 4. Tecnologia em saúde. I. Título. II. Martins, Ketinlly Yasmyne Nascimento.

21. ed. CDD 614

SUMÁRIO

- 12** **AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E SUAS POTENCIALIDADES PARA O FORTALECIMENTO E FUNCIONAMENTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**
SUZANA PEIXOTO DE ARAÚJO, MARCELO HENRIQUE SANTOS, BETIJANE DE BARROS, JÚLIA CLÁUDIA TENÓRIO
- 28** **ANÁLISE DESCRITIVA DA COBERTURA VACINAL EXECUTADA PELO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES ENTRE 2015 E 2019**
LÚCIA MAGNÓLIA ALBUQUERQUE SOARES DE CAMARGO, LARA KAMYLLI FELISMINO CHAGAS
- 43** **BIOQUÍMICA DA INTERAÇÃO DO SARS-COV-2 COM A PROTEÍNA ACE2 E AGRAVO DA COVID-19**
IARA BEZERRA DE OLIVEIRA
- 58** **CARACTERÍSTICAS E FARMACOTERAPIA ATUAL DAS ÚLCERAS NO PÉ DIABÉTICO**
ELANE CRISTINA SILVA LANDIM, BRUNO WESLEY RAMALHO CIRILO FERREIRA, CIBERIO LANDIM MACEDO, ANAÍS BEZERRA DE GUSMÃO
- 74** **CRENÇAS LEGITIMADORAS DA VIOLÊNCIA CONJUGAL**
TAMYRES TOMAZ PAIVA, SUIANE MAGALHÃES TAVARES, CARLOS EDUARDO PIMENTEL, GIOVANNA BARROCA DE MOURA
- 89** **DIABETES MELLITUS E COGNIÇÃO: REPERCUSSÕES NA ESTRUTURA E NO FUNCIONAMENTO CEREBRAL DE ADULTOS E IDOSOS**
ILANA MAGALHÃES BARROSO, CAIO MATHEUS SANTOS DA SILVA CALADO, APARECIDO JONANTHAN MANDÚ DE ARAÚJO, DANIELLE DUTRA PEREIRA
- 104** **GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM AMBIENTE HOSPITALAR: ESTUDO DE CASO**
RICARDO HENRIQUE VIEIRA DE MELO
- 122** **GRUPOS TERAPÊUTICOS E O CUIDADO EM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**
VIVIANE ALVES DOS SANTOS BEZERRA, LEONÍDIA APARECIDA PEREIRA DA SILVA, ÍRIS VIEIRA DE FRANÇA, ALESSANDRO DUTRA BEZERRA
- 137** **IDEAÇÃO SUICIDA E DESEMPENHO ACADEMICO: UM ESTUDO CORRELACIONAL**
GIOVANI AMADO RIVERA, GABRIELLY BATISTA GOMES, ANDREIA LÍLITE DE SOUZA LEITE

153

INDICADORES DE MASSA CORPORAL E QUALIDADE DE VIDA DE ACADÊMICOS DE MEDICINA, ENFERMAGEM, ODONTOLOGIA E EDUCAÇÃO FÍSICA DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS

JEFFERSON JUREMA, ANTÔNIO CÉSAR RODRIGUES BRAGA, OLIVIA ALVES MARTINS DE ALENCAR

168

O CONSUMO DE ÁLCOOL POR GRADUANDOS DO CURSO DE MEDICINA NO BRASIL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

DÉBORA GUILHERME DE ALBUQUERQUE E RODRIGUES DE SOUSA, GABRIELLY BATISTA GOMES, LUCAS IAN SOUSA QUEIROZ, RIVANDO RODRIGUES DE SOUSA OLIVEIRA

184

O EMPREGO DO APLICATIVO WISE COMO INOVAÇÃO NAS CONSULTAS DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR EM CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

ANA KARINNA SILVEIRA PEREIRA CARACAS, ROBERTO AUGUSTO CARACAS NETO, TECIA VIEIRA CARVALHO

199

PERFIL NUTRICIONAL, GANHO DE PESO MATERNO E SUAS IMPLICAÇÕES NAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA PROLE: O PAPEL DA PROGRAMAÇÃO FETAL E DA EPIGENÉTICA

LAIANE MARIA NOBRE DE MELO DA SILVA

214

QUANDO O SONHO SE TORNA PESADELO: SÍNDROME DE BURNOUT E IDEAÇÃO SUICIDA EM ACADÊMICOS DE MEDICINA

GABRIELLY BATISTA GOMES, GIOVANI AMADO RIVERA, ANDREIA LÍLITE DE SOUZA LEITE, LUCAS IAN SOUSA QUEIROZ

231

SÍNDROME DE BURNOUT E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EM DOCENTES DO ENSINO MÉDIO EM ESCOLAS PÚBLICAS DE CAMPINA GRANDE (PB)

KAÍZA RAFAELLE LUCAS MARTINS BARROS, SILVÂNIA DA CRUZ BARBOSA, ANA CRISTINA RABELO LOUREIRO, TANISE KELLY BEZERRA DE SOUZA

248

SÍNDROME DE BURNOUT E ESTRESSORES LABORAIS: ESTUDO COM PROFESSORES DO ENSINO MÉDIO NOTURNO

ANA CRISTINA RABELO LOUREIRO, ANA LUIZA SILVA LIMA, SILVÂNIA DA CRUZ BARBOSA, LÍLIAN MICHELLY CARVALHO MARINHO

268

SÍNDROME DE BURNOUT EM ESTUDANTES DE DIFERENTES PERÍODOS ACADÊMICOS DE PSICOLOGIA

SILVÂNIA DA CRUZ BARBOSA, ANA LUIZA SILVA LIMA

283

SOBRE O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NA PANDEMIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

MARIA ERICA

298

TRANSTORNO DE JOGOS ELETRÔNICOS : PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA DO NOVO SÉCULO

MARCELO HENRIQUE SANTOS, SUZANA PEIXOTO DE ARAÚJO, BETIJANE DE BARROS, JÚLIA CLÁUDIA TENÓRIO

316

TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO EM TRABALHADORES DE SAÚDE NO BRASIL, 2015-2019

GLÉCIA LEMOS BEZERRA, CAROLINA FRANCO DE AZEVEDO, HIGINA KELLY LEMOS FERRAZ

328

UM CAMINHO PARA PRODUÇÃO DE UMA CIDADE SAUDÁVEL: UM ENFOQUE NA REALIDADE URBANA DE NATAL/RN

MONIQUE HELLEN DE SOUZA SILVA, IONE RODRIGUES DINIZ MORAIS

348

VISITA MULTIDISCIPLINAR EM PEDIATRIA: EXPERIÊNCIAS E CONTRIBUIÇÕES DE RESIDENTES DE NUTRIÇÃO, PSICOLOGIA E FONOAUDIOLOGIA

PRISCILLA ALVES NÓBREGA GAMBARRA SOUTO, TAYNARA AMORIM DE ARAÚJO , LEONÍDIA APARECIDA PEREIRA DA SILVA, JACKELINE SALES SILVA

PREFÁCIO

Esta obra reúne artigos que contemplam discussões sobre o tema do 4º Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde (CONBRACIS): "Saúde Populacional: Metas e Desafios do Século XXI". Saúde Populacional é uma ciência que trata da prevenção de doenças e promoção de saúde através de esforços organizados para melhora da qualidade do atendimento, redução de custos para tratamento de doentes, oferecendo então acesso para quem efetivamente precisa, chama-se saúde populacional. Partindo deste princípio, chegamos à conclusão que quando tratamos a população de maneira preventiva, obtemos de fato a saúde plena.

Ao abordar esta temática somos convidados a sair do campo do idealismo e irmos para o campo do empirismo, onde o conhecimento é pautado nas experiências vivenciadas. É necessário para tanto, conhecer a realidade das populações, entender como os indivíduos e a sociedade enfrentam a saúde, compreender o modelo assistencial de saúde oferecido e qual nível de conhecimento da população sobre a gerência dos serviços de saúde, para então, podermos apresentar e executar novos modelos assistenciais que modifiquem de fato a realidade da saúde em toda população e em todos os níveis de saúde.

Em um cenário real, temos como aliadas as Inovações tecnológicas, que podem oferecer saúde comum a todos, através do aprimoramento de boas práticas em saúde, fomentadas pela organização da rede de cuidados da população.

Como podemos então implementar estratégias que entrelacem o campo tecnológico e o modelo de saúde assistencial atual? A princípio, empenhar-se de forma colaborativa e

multiprofissional em todos os níveis de saúde de forma a analisar dados para identificar toda a população e sua situação, com isso, será possível oferecer uma excelente assistência em saúde nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde. É necessário refletir sobre vários âmbitos, não pensar apenas em tratamento, mas também em educação e prevenção em saúde, em monitoramento remoto através de dispositivos para assistência em tempo real e intervenções imediatas e preventivas. A partir disto, haverá uma melhora na qualidade do atendimento e a informação oferecida à população, conseqüentemente ocorrerá uma redução nos custos efetivos de saúde, uma vez que a população só irá procurar o serviço de saúde quando efetivamente for preciso.

O modelo de saúde ideal a ser adotado atualmente, exige que o indivíduo esteja no centro do cuidado, e para que isso aconteça, é fundamental que exista uma gestão de saúde que entenda todo esse processo, que perpassa o público e o privado, que avance em estratégias para melhorar os sistemas de saúde e transformar então a saúde populacional.

Toda esta temática foi discutida no 4º CONBRACIS, onde elencou-se como prioridade os estudos em Ciências da Saúde, para tornar e manter a população com condições de vida saudáveis considerando a qualidade de vida nos grandes centros urbanos, nos serviços de atenção à saúde disponíveis para a população, no âmbito do desenvolvimento sustentável (condição de vulnerabilidade), para tratamentos de epidemias e pandemias, vacinas e outros tratamentos, técnicas, procedimentos, sistemas e serviços.

Os tópicos debatidos no evento em 2020 relacionou-se com os mais diversos

segmentos da saúde, desde equipamentos médicos, dispositivos, fármacos, técnicas, procedimentos, sistemas e serviços, baseados em evidências científicas para subsidiar suas inserções nos serviços de atenção à saúde, envolvendo as áreas da Educação Física, Nutrição, Fisioterapia, Enfermagem, Medicina, Biomedicina, Psicologia, ciências farmacêuticas e biológicas dentre as outras áreas que integram as Ciências da Saúde, quer seja individual, coletiva ou pública, promovendo assim um ampla aprendizagem entre as áreas.

Profa. Me. Ketinlly Yasmyne Nascimento Martins

Mestre em Ciência e Tecnologia em Saúde

Pesquisadora NUTES

Coordenadora do Laboratório de Tecnologias 3D - LT3D/NUTES

Coordenadora Geral do IV CONBRACIS



AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E SUAS POTENCIALIDADES PARA O FORTALECIMENTO E FUNCIONAMENTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Suzana Peixoto de Araújo¹
Marcelo Henrique Santos²
Júlia Cláudia Tenório³
Betijane Soares de Barros⁴

RESUMO

O ACS permite o elo entre o usuário dos serviços de saúde e a equipe. A partir do que vê e ouve é que as ações de saúde serão planejadas. Atua como mediador social e garante a vinculação e identidade cultural de grupo com as pessoas sob sua responsabilidade, em relação às ações oferecidas no serviço público de saúde. É peça fundamental na ESF, por estar mais próximo dos problemas que afetam a comunidade, além de se destacar pela liderança nata e pela facilidade de se comunicar com os membros da comunidade. **OBJETIVO** Tornar mais acessível a escuta, o atendimento e tratamento da população, bem como otimizar o encaminhamento ao profissional apropriado. **METODOLOGIA** O estudo desenvolveu-se por meio de uma revisão de literatura de natureza qualitativa. No que se refere à segregação das fontes adquiridas foram utilizadas bases de dados online. Foram utilizadas como critérios de inclusão: artigos, monografias e teses na íntegra no idioma português; o cruzamento das palavras-chave, a data de publicação (compreendida principalmente no período entre 2016 e 2020); e como critério de exclusão os trabalhos que não eram gratuitos, os repetidos e os que não atendiam ao objetivo da pesquisa. Foram pré-selecionados 82 trabalhos disponíveis em um total de 468, e utilizados 19 destes pré-selecionados. **RESULTADOS E CONCLUSÕES** Quanto mais bem preparado e atualizado estiver o ACS sobre as enfermidades que poderá ‘enfrentar’ na comunidade a qual é responsável, maior a chance de conseguir motivar os usuários a buscarem promoção e autopreservação da própria saúde.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde, Promoção da Saúde, Estratégia Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

¹ Graduada pelo Curso de **Serviço Social** da Faculdade Integrada Tiradentes/Universidade Integrada Tiradentes – FITS/UNIT, suzanapeixoto123@hotmail.com; Mestranda em **Saúde Pública** pela Absolute Christian University – Orlando - FL

² Graduado pelo Curso de **Odontologia** da Universidade Federal Fluminense – UFF/RJ, marcelojobour@yahoo.com.br; Especialista em Saúde Coletiva (UNIGRANRIO/RJ); Especialista Docência do ensino Superior (CESMAC/AL); Especialista em Saúde da Pessoa Idosa (UFMA/MA) Mestrando em **Saúde Pública** pela Absolute Christian University – Orlando - FL

³ Graduada pelo Curso de **Farmácia** do Centro de Estudos Superiores de Maceió – CESMAC/AL, juliaclaudiatenorio@yahoo.com.br; Mestranda em **Saúde Pública** pela Absolute Christian University – Orlando - FL

⁴ Graduada em **Ciências Biológicas** (AESAs). Doutorado em Ciências da Educação (FACLE), Doutorado em Ciências da Saúde (ACU), Mestrado em Ciências da Saúde (UFAL), Especialista em Ciências Biológicas (AESAs), Especialista em Neuropedagogia (UNIP), bj-sb@hotmail.com



O marco mais importante da Atenção Primária em Saúde (APS) ocorreu por meio da implantação do Programa Saúde da Família (PSF), influenciado por abordagens internas e externas de cuidados primários, apresentando-se como uma proposta mais abrangente de APS (OMS, 2008; ARANTES, SHIMIZU e MERCHAN-HAMANN, 2016; MACINKO e MENDONÇA, 2018). Todavia, é relevante destacar a existência de diferentes formas de implementar a APS. Em alguns países, a APS é considerada como um programa focalizado e seletivo, que oferta cesta reduzida de serviços a populações mais pobres; em outros, é o primeiro nível de um sistema de saúde com oferta de serviços clínicos, responsável pela coordenação do cuidado e pela sua organização, e ainda como uma política de reorganização do modelo assistencial (ARANTES, SHIMIZU e MERCHAN-HAMANN, 2016).

Há evidências sobre o impacto da Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir do marco conceitual de sistemas de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), o qual agrega os conceitos de acesso, proteção financeira, qualidade dos serviços, eficiência no sistema, impacto na saúde e equidade. Os resultados sugerem que a ESF contribuiu para a melhoria em todos esses indicadores, com alguns efeitos no acesso e equidade com resultados quase chegando aos níveis observados nos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Embora ainda haja bastante espaço para melhorias, a evidência é clara de que a ESF é uma abordagem poderosa e eficaz para a organização da atenção primária à saúde no Brasil (MACINKO e MENDONÇA, 2018).

A primeira experiência de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como uma estratégia abrangente de saúde pública estruturada, ocorreu no Ceará em 1987, com o objetivo duplo de criar oportunidade de emprego para as mulheres na área da seca e, ao mesmo tempo, contribuir para a queda da mortalidade infantil, priorizando a realização de ações de saúde da mulher e da criança. Esta estratégia expandiu-se rapidamente no Estado, atingindo praticamente todos os municípios em três anos, sendo encampada pelo Ministério da Saúde (MS) mais ou menos nos mesmos moldes, em 1991. As primeiras experiências do Programa de Saúde da Família (PSF), nos moldes atuais, também surgiram no Ceará em janeiro de 1994, sendo encampadas pelo MS em março do mesmo ano, como estratégia de reorganização da atenção básica no país. A partir daí o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) passou a ser incorporado pelo PSF (fonte : wikipedia, disponível em https://pt.wikipedia.org/wiki/Agentes_comunitários_de_saúde).

O PACS é hoje considerado parte da Saúde da Família. Nos municípios onde há somente o PACS, este pode ser considerado um programa de transição para o PSF. No PACS,



as ações dos ACS são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro/supervisor lotado em uma unidade básica de saúde que possui as principais especialidades médicas (pediatria, clínica médica e ginecologia-obstetrícia) e demanda espontânea e/ou encaminhada por unidades elementares de saúde (fonte : wikipedia, disponível em https://pt.wikipedia.org/wiki/Agentes_comunitários_de_saúde).

Os primeiros profissionais de saúde eram conhecidos como Visitadores Sanitários e Inspetores de Saneamento, ainda vinculados ao projeto das campanhas de saúde pública que, no Brasil do início do século XX, controlaram os surtos de peste bubônica e erradicaram a febre amarela, entre outros agravos. Portanto, eram os responsáveis pelo controle de endemias nas áreas urbanas/rurais. No Brasil, identifica-se a utilização desses técnicos de saúde desde a SUCAM – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública, órgão que resultou da fusão do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu), da Campanha de Erradicação da Malária e da Campanha de Erradicação da Varíola aos programas de saúde, da década de 1970 (fonte: wikipedia, disponível em https://pt.wikipedia.org/wiki/Agentes_comunitários_de_saúde).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 para que toda a população brasileira tenha acesso ao atendimento público de saúde. Anteriormente, a assistência médica estava a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ficando restrita às pessoas que contribuíssem com a previdência social. As demais eram atendidas apenas em serviços filantrópicos (MS/SAS/DAB, 2009).

O ACS permite o elo entre o usuário dos serviços de saúde e a equipe. A partir do que vê e ouve da população é que as ações de saúde serão planejadas pela equipe. O ACS passa a atuar como mediador social, aquele que traduz para a equipe de saúde as necessidades da comunidade, e garante a vinculação e a identidade cultural de grupo com as pessoas sob sua responsabilidade em relação às ações oferecidas no serviço público de saúde (COSTA et al, 2013).

A finalidade da assistência individual é a produção de saúde por meio da cura ou da reabilitação, ou até mesmo de alívio do sofrimento. No entanto, a ampliação do objetivo inclui também o esforço simultâneo para aumentar o coeficiente de autonomia e de autocuidado dos pacientes, famílias e comunidades. Esta ampliação nunca poderá ser levada a cabo por um profissional isolado; é um desafio concreto para a equipe interdisciplinar e será uma tarefa da equipe local de referência e das equipes de apoio (DIAS et al, 2006). A atividade clínica



conbracis

IV Congresso
Brasileiro de
**CIÊNCIAS da
SAÚDE**

Saúde Populacional:
Metas e Desafios
do Século XXI

ISSN 2525-6696

www.conbracis.com.br

implica a necessária e específica relação com um indivíduo. Esta é parte substantiva da assistência, mas não da atenção às pessoas, doentes ou não (PEREIRA et al, 2003).

No Brasil, o ACS participa ativamente da organização da atenção à saúde familiar em nível da atenção básica, ao realizar o cadastro das famílias e as visitas mensais de acompanhamento das mesmas e de indivíduos e/ou grupos prioritários. Também tem importante papel na divulgação de informações sobre saúde bucal, devendo ser orientado pela referida Equipe (GOUVÊA et al, 2015). Desse modo, compreende-se o ACS como instrumento de articulação entre os serviços de saúde e a comunidade, uma vez que desenvolve ações básicas de saúde e atividades de caráter educativo, contribuindo, assim, para a construção e consolidação de sistemas locais de saúde (BORTOLI, MOREIRA e KOVALESKI, 2017).

Os ACS, em seu dia-a-dia nas comunidades em que atuam, operam um agir cuidativo-educativo, guiado por suas representações. Se houver uma aproximação da estrutura dessas representações pode-se pensar (a partir delas) processos de educação permanente. As representações indicam as imagens que os sujeitos têm de objetos (materiais e imateriais) que circulam no seu cotidiano, norteiam suas atitudes, são veiculadas em seu universo consensual - entre pares de seus grupos de pertença - e podem ser ressignificadas em processos de formação. Nesse sentido, enfatizamos que o maior instrumento de trabalho dos ACS não são as balanças que carregam, tampouco as requisições de exames que podem fazer. Os ACS, ao entrarem em contato com a comunidade de que fazem parte, têm como principal dispositivo o próprio processo de educação em saúde; a fim de motivar as pessoas ao cuidado, os ACS travam um diálogo único - uma via que se concretiza na orientação - visto que compreendem aquele universo linguístico e cultural ao mesmo tempo em que podem mediar as trocas entre o conhecimento popular e o científico e promover o cuidado - uma via que se operacionaliza na prevenção (LIMA et al, 2012).

O ACS apresenta também um papel fundamental no processo de educação em saúde. 'Desmonopolizar' o conhecimento, levando-o até os lares das famílias, contribui para aumentar a autonomia da população e sua corresponsabilidade pela preservação e promoção das condições de saúde geral (BORTOLI, MOREIRA e KOVALESKI, 2017). O ACS é peça fundamental na ESF, por estar mais próximo dos problemas que afetam a comunidade, por ser o profissional que constrói e fortalece o elo entre a comunidade e a Equipe de Saúde, além de se destacar pela liderança nata e pela facilidade de se comunicar com os membros da comunidade (GOUVÊA et al, 2015).



É preciso considerar que, em 20 anos de implantação, essa estratégia tem sido defendida como o principal elemento da agenda política para a organização dos serviços e ações de APS no Brasil, produzindo vários resultados favoráveis à saúde da população. Contudo, devido à sua inserção em cenários complexos e diversificados, permeados por interesses políticos, econômicos e sociais, algumas de suas potencialidades podem ser minimizadas, o que tem trazido questionamentos quanto à sua credibilidade como reorganizador dos serviços e ações de saúde, e substitutivo do modelo tradicional de APS no Brasil. Diante dessa perspectiva, faz-se necessário avaliar a ESF, detectando as áreas passíveis de intervenção pelas autoridades sanitárias com vistas ao seu futuro aperfeiçoamento (ARANTES, SHIMIZU e MERCHAN-HAMANN, 2016).

Apesar de ser um sistema de serviços de saúde em construção, com problemas a serem resolvidos e desafios a serem enfrentados para a concretização dos seus princípios e diretrizes, o SUS é uma realidade. Faz parte do processo de construção a organização e a reorganização do modelo de atenção à saúde, isto é, a forma de organizar a prestação de serviços e as ações de saúde para atender às necessidades e demandas da população, contribuindo, assim, para a solução dos seus problemas de saúde. Ao SUS cabe a tarefa de promover e proteger a saúde, como direito de todos e dever do Estado, garantindo atenção contínua e com qualidade aos indivíduos e às coletividades, de acordo com as diferentes necessidades (MS/SAS/DAB, 2009).

Este trabalho objetiva tornar mais acessível a escuta, o atendimento e tratamento da população, bem como otimizar o encaminhamento ao profissional apropriado.

METODOLOGIA

O presente estudo desenvolveu-se por meio de uma revisão de literatura de natureza qualitativa. Para a produção desta pesquisa, inicialmente foi estabelecida identificação do tema; Em seguida, no que se refere à segregação das fontes adquiridas foram utilizadas bases de dados online. A fim de determinar as informações relevantes que seriam extraídas na revisão das fontes, foram utilizadas como critérios de inclusão: artigos, monografias e teses na íntegra no idioma português; o cruzamento das palavras-chave, a data de publicação (compreendida principalmente no período entre 2016 e 2020); e como critério de exclusão os trabalhos que não eram gratuitos, os repetidos e os que não atendiam ao objetivo da pesquisa.



conbracis

IV Congresso
Brasileiro de
CIÊNCIAS da
SAÚDE

Saúde Populacional:
Metas e Desafios
do Século XXI

ISSN 2525-6696

www.conbracis.com.br

Foram pré-selecionados 82 (oitenta e dois) trabalhos disponíveis em um total de 468 (quatrocentos e sessenta e oito), e utilizados 19 (dezenove) destes trabalhos pré-selecionados.

REFERENCIAL TEÓRICO

Os cuidados de saúde primários foram definidos pela OMS como cuidados de saúde essenciais, baseados em métodos e tecnologias práticos, cientificamente sólidos e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis aos indivíduos e famílias da comunidade por meio de sua participação plena e a um custo que comunidade e país podem se dar ao luxo de manter. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, trazendo os cuidados de saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham, e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de cuidados de saúde. Os cuidados primários de saúde incluem uma ampla gama de serviços, como os de saúde bucal, e abrangem uma variedade de prestadores de serviços de saúde nos setores público, privado e não governamental(HARNAGEA et al, 2018).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) busca um modelo de atenção integral à saúde com mediações entre família, comunidade e profissionais. A eficácia na ESF supõe o trabalho multiprofissional e a interação entre indivíduos com competências e habilidades distintas. O Agente Comunitário de Saúde (ACS), que se encontra inserido na saúde da família deve desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão competente(COSTA et al, 2013).

O ACS é um personagem muito importante na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), fortalecendo a integração entre os serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) e a comunidade(MS/SAS/DAB, 2009). É peça fundamental na ESF, por estar mais próximo dos problemas que afetam a comunidade, por ser o profissional que constrói e fortalece o elo entre a comunidade e a Equipe de Saúde, além de se destacar pela liderança nata e pela facilidade de se comunicar com os membros da comunidade(GOUVÊA et al, 2015).

A Atenção Primária à Saúde(APS), também conhecida no Brasil como Atenção Básica(AB), da qual a Estratégia Saúde da Família é a expressão que ganha corpo no Brasil, é caracterizada pelo desenvolvimento de um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.



conbracis

IV Congresso
Brasileiro de
**CIÊNCIAS da
SAÚDE**

Saúde Populacional:
Metas e Desafios
do Século XXI

ISSN 2525-6696

www.conbracis.com.br

Essas ações, desenvolvidas por uma equipe de saúde, são dirigidas a cada pessoa, às famílias e à coletividade ou conjunto de pessoas de um determinado território. Bem estruturada e organizada, a APS resolve os problemas de saúde mais comuns/ frequentes da população, reduz os danos ou sofrimentos e contribui para uma melhor qualidade de vida das pessoas acompanhadas (MS/SAS/DAB, 2009).

Além dos princípios e diretrizes do SUS, a APS orienta-se também pelos princípios da acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado (longitudinalidade), responsabilização, humanização, participação social e coordenação do cuidado. Ao longo do tempo, os usuários e a equipe passam a se conhecer melhor, fortalecendo a relação de vínculo, que depende de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe. A base do vínculo é o compromisso do profissional com a saúde daqueles que o procuram. Para o usuário, existirá vínculo quando ele perceber que a equipe contribui para a melhoria da sua saúde e da sua qualidade de vida. Há situações que podem ser facilitadoras ou dificultadoras. Um bom exemplo disso pode ser o horário e dias de atendimento da Unidade Básica de Saúde (UBS), a sua localização, ter ou não acesso facilitado para pessoas com deficiência física, entre outras coisas (MS/SAS/DAB, 2009).

O ACS é uma figura fundamental na saúde da família, pois possibilita que as necessidades da população cheguem à equipe de profissionais, que irá intervir junto à comunidade. O Agente também mantém o fluxo contrário, transmitindo à população informações de saúde. Discutir as ações do ACS é oportuno e necessário na medida em que vai ao encontro dos desafios atuais acerca da qualificação da AB/ESF, inserida há mais de duas décadas. Logo, o conhecimento do cotidiano dos agentes nos territórios poderá contribuir na elaboração de estratégias que visem a melhoria da qualidade do trabalho desenvolvido no âmbito da saúde de família (COSTA et al, 2013).

O ACS deve estar sempre atento ao que acontece com as famílias de seu território, identificando com elas os fatores socioeconômicos, culturais e ambientais que interferem na saúde. Ao identificar ou tomar conhecimento da situação-problema, precisa conversar com a pessoa e/ou familiares e depois encaminhá-la(-los) à unidade de saúde para uma avaliação mais detalhada. Caso a situação-problema seja difícil de ser abordada ou não encontre abertura das pessoas para falar sobre o assunto, deve relatar a situação para a sua equipe. Os diferentes aspectos de um problema deverão ser examinados cuidadosamente com as pessoas, para que sejam encontradas as melhores soluções. Também deve orientar ações de prevenção de doenças, promoção à saúde, entre outras estabelecidas pelo planejamento da equipe. Todas



as pessoas de sua comunidade deverão ser acompanhadas, principalmente aquelas em situação de risco(MS/SAS/DAB, 2009).

O ACS é o elemento nuclear das ações em saúde, mas as dimensões de atuação exigem investimentos na instrumentalização adequada do profissional e na manutenção da qualidade do processo de trabalho executado por ele, em atividades de supervisão e de reflexão em equipe. Assim, o ACS poderá assumir a corresponsabilidade com a Atenção Básica, integrado ao sistema de administração de saúde(COSTA et al, 2013).

Ações de promoção à saúde são aquelas que vão contribuir para proporcionar autonomia ao indivíduo e à família, com informações que os tornem capazes de escolher comportamentos que vão favorecer a sua saúde, relacionadas ao modo de viver, condições de trabalho, educação, lazer e cultura. Já ações de reabilitação são as que contribuem para a redução de incapacidades e deficiências com o objetivo de melhorar a qualidade de vida(MS/SAS/DAB, 2009).

OS ACS destacam-se dentre os profissionais das equipes da ESF; são personagens centrais por contemplar uma ampla extensão de serviços de saúde dentro das comunidades, devido à sua facilidade de comunicação no processo de trabalho em saúde. Eles têm por responsabilidade ações de prevenção de agravos e promoção da saúde, educação em saúde e mobilização comunitária para melhorias no meio ambiente, com participação em ações de saneamento básico, informando os moradores acerca dos serviços de saúde disponíveis e do modo de utilizá-los. Busca-se o desenvolvimento da cidadania, com mapeamento da área de abrangência dos serviços de saúde(microárea) e cadastramento e acompanhamento contínuo por meio de visitas domiciliares individuais ou coletivas(VIDAL, SOUZA e SINIAK, 2017).

O ACS representou um segmento ativo do trabalho em saúde e se transformou em um novo ator político, no cenário da organização e da assistência em saúde, na última década. O motivo do destaque do ACS se deu em consequência do crescimento, nacionalmente e, em especial, em áreas metropolitanas, da ESF. Essa Estratégia se baseia em estruturas conhecidas de expansão de cobertura, objetivando levar a equipe de serviços de saúde para ações diretas na comunidade com uma atenção de qualidade aos usuários(COSTA et al, 2013).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Maciazeki-Gomes et al. (2016) afirmaram em seu estudo que “ o lugar entrelaçado ocupado pelo ACS na equipe apresentou destaque. Ao situar-se entre saberes técnicos e



conbracis

IV Congresso
Brasileiro de
CIÊNCIAS da
SAÚDE

Saúde Populacional:
Metas e Desafios
do Século XXI

ISSN 2525-6696

www.conbracis.com.br

populares, o trabalho do ACS constitui-se como potencializador das ações de Educação Popular em Saúde, ao passo que aponta para a necessidade de capacitação, pactuação das práticas desenvolvidas e valorização profissional. A partir dessas constatações, produziu-se a aproximação e a compreensão dos resultados com a Política Nacional de Educação Popular em Saúde”.

O modelo de atenção à saúde implementado no Brasil durante as últimas duas décadas e meia tem apontado para a descentralização da assistência e investido no fortalecimento da Atenção Básica(AB). A Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela Portaria nº 2488/2011, determina como princípios e diretrizes para a AB: o exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas; trabalho em equipe, dirigido a populações de territórios definidos compreendendo o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, em busca de uma atenção integral(MACIAZEKI-GOMES et al., 2016; GOUVÊA et al., 2015; COSTA et al., 2013).

Para que estes princípios e diretrizes se materializem, a inserção das equipes de saúde e o cotidiano da assistência precisam respeitar a cultura do território e os saberes populares que dão sentido à forma como as pessoas vivenciam seu processo saúde-doença. Não é sem motivo que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) toma por base o Programa de Agentes Comunitários de Saúde criado em 1991. A ESF se apresenta como a estratégia prioritária para consolidação e ampliação da AB, ao estabelecer a organização da atuação em território, numa estreita relação entre equipe e usuários do sistema de saúde. Entre as características prioritárias do trabalho na AB estão as ações educativas que interferem no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e a busca por qualidade de vida pelos usuários. O foco da produção em saúde, assim, volta-se para as diferenças e as singularidades das comunidades atendidas que exigem trabalho em equipe diferenciado(MACIAZECKI-GOMES et al., 2016; GOUVÊA et al., 2015; COSTA et al., 2013; MS/SAS/DAB, 2009).

Os ACS visam à melhoria da qualidade de vida de sua comunidade, buscando solucionar os problemas através da promoção da saúde e prevenção de doenças. O ACS passou a exercer sua função de fortalecer a capacidade da população no enfrentamento dos problemas de saúde, atuando como mediador entre as necessidades de saúde das pessoas e o que pode ser feito para melhoria das condições de vida da comunidade. O ACS deve ter a capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de seu campo profissional (habilidades e competências), com iniciativa e responsabilidade. O PACS estimula a família a



participar na promoção da saúde e na prevenção das doenças, pois o ACS é preparado para orientar famílias sobre cuidados com sua própria saúde e também com a saúde da comunidade, assumindo o papel de sujeito educativo, produzindo conhecimentos, estimulando a reflexão e a capacidade de análise crítica, incluindo a prática diária como um dos determinantes de seu aprendizado, na busca de solucionar problemas na comunidade(SILVA e RIBEIRO, 2009).

Quanto maior o grau de escolaridade, mais condições terá o ACS de incorporar novos conhecimentos e orientar as famílias sob sua responsabilidade. Os agentes comunitários de saúde devem ser capacitados, para tanto se deve garantir a eles educação permanente para que desenvolvam plenamente suas capacidades, estimulando-os a realizar um trabalho comunitário participativo, reflexivo sobre os diferentes aspectos do processo saúde-doença. (SILVA e RIBEIRO, 2009). A maioria realiza o cadastro e visita familiar, identifica as famílias de risco e informa à equipe, orienta quanto ao uso dos serviços de saúde, encaminha e agenda consultas/exames, realiza educação em saúde e participa de reflexão do trabalho em equipe. Uma parcela auxilia no ambiente clínico. Ao associar as atividades com a condição de ser capacitado para a função, somente o encaminhamento para a consulta e a educação em saúde foram associados à qualificação profissional. A maioria dos que realizam a educação em saúde e fazem encaminhamentos se sente preparada para a função(COSTA et al, 2013).

O processo de qualificação do ACS ainda é desestruturado, fragmentado, e, na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver as novas competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel. Por se tratar de uma forma de trabalho ao qual o domínio do saber técnico tem que estar emparelhado ao domínio do conhecimento da área das ciências humanas, com menor possibilidade tecnológica, a capacitação para os ACS ainda é muito insuficiente. O próprio Ministério da Saúde apregoa “a necessidade de educação continuada das equipes envolvidas na operacionalização da estratégia de Saúde da Família”. Nos espaços de educação continuada, encontram-se com frequência os conteúdos tradicionais de conhecimento e prática na área da saúde, havendo dificuldade de se dar conta da totalidade das finalidades colocadas para o PSF(BACHILLI, SCAVASSA e SPIRI, 2008).

O Ministério da Saúde esclarece que “um dos principais objetivos é gerar novas práticas de saúde, nas quais haja integração das ações clínicas e de saúde coletiva. Porém, não se pode conceber a organização de sistemas de saúde que conduzam à realização de novas práticas sem que, de forma concomitante, se invista em uma nova política de formação e num



conbracis

IV Congresso
Brasileiro de
CIÊNCIAS da
SAÚDE

Saúde Populacional:
Metas e Desafios
do Século XXI

ISSN 2525-6696

www.conbracis.com.br

processo permanente de capacitação dos recursos humanos(BACHILLI, SCAVASSA e SPIRI, 2008).

O ACS é um cidadão que emerge das comunidades e se integra às equipes de saúde, sem trazer qualquer bagagem cultural ou técnica, específicas a essa área. Esse papel lhe é conferido pela instituição executora das políticas públicas de saúde, dando-lhe acesso a novas práticas, mediante incipientes dinâmicas de capacitação. Tal processo envolve uma parceria com outros espaços institucionais pertinentes ao contexto social onde esse agente atuará. Aparentemente, a própria instituição criou esse personagem com atribuições específicas e limitadas, como perfeita engrenagem, de encaixe ajustado a uma engenharia pré-estabelecida. Como se não coubesse ao homem a tarefa evolutiva e criativa, e aos grupos sociais a representação das necessidades sociais emergentes, o agente é focado como produto/artefato institucional, da concepção à gestão de suas atribuições e contribuições(BACHILLI, SCAVASSA e SPIRI, 2008).

Fala-se da necessidade de um conhecimento específico, um alto grau de disciplina e responsabilidade, uma estabilidade emocional que o permita conviver frequentemente com o estresse, a sensibilidade para atuar em ambientes coletivos, e em algumas situações ter capacidade para solucionar problemas, além de conhecer bem a comunidade. Inclusive, um dos principais requisitos para o credenciamento no programa é ser residente na área onde atua, pois o ACS precisa conhecer muito bem a comunidade na qual irá trabalhar(ESPÍNOLA e COSTA, 2006; MS/SAS/DAB, 2009).

Com relação à autoavaliação do seu desempenho no cumprimento de suas atribuições, verificou-se que 30% e 61,9% dos ACS relatam ter respectivamente um ótimo e bom desempenho no trabalho, ou seja, a avaliação feita por eles com relação ao próprio desempenho e bastante positiva, uma vez que estes dois itens somaram juntos cerca de 92%. Algumas dificuldades, tais como, sobrecarga de trabalho, alto número de famílias a serem acompanhadas, falta de valorização profissional e de uma boa remuneração, foram citadas como fatores que interferem direta ou indiretamente no desenvolvimento das suas atividades e, conseqüentemente, no seu desempenho(ESPÍNOLA e COSTA, 2006; COSTA et al, 2013; GOUVÊA et al, 2015; MACIAZEKI-GOMES et al, 2016; MS/SAS/DAB, 2009).

A educação em saúde é um tema que vem ganhando valorização no contexto das problemáticas levantadas em pesquisas no campo da saúde com interface na educação. É considerada campo de práticas e de conhecimento do setor saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação assistencial e o pensar-fazer cotidiano da



conbracis

IV Congresso
Brasileiro de
CIÊNCIAS da
SAÚDE

Saúde Populacional:
Metas e Desafios
do Século XXI

ISSN 2525-6696

www.conbracis.com.br

população. Entende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. A educação em saúde é, sob o ponto de vista dominante e tradicional, uma área de saber técnico, ou seja, uma organização dos conhecimentos das ciências sociais e da saúde voltada para instrumentalizar o controle dos doentes pelos serviços e a prevenção de doenças pelas pessoas. Afirma-se que a educação em saúde é um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções, tanto da área da educação quanto da saúde, as quais espelham diferentes compreensões de mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade(LIMA et al, 2015).

A educação em saúde consiste num recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado por profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas. O entendimento do processo saúde-doença suscitado pela prática educativa em saúde possibilita, por conseguinte, a adoção de novos hábitos e condutas de saúde. O ACS assume, no cenário do sistema de saúde do país, um papel privilegiado, seja porque as autoridades sanitárias fazem dele uma espécie de “coringa” ou “salvador da pátria”, seja porque o cotidiano demonstra que ele é o trabalhador nessa área que mais convive com os problemas sociais. Sua atuação tem significado um grande avanço, especialmente para os pequenos municípios e localidades onde não se tinha acesso a nenhum tipo de atenção à saúde, antes da implantação do PACS e PSF(BRITO e SOBRINHO, 2009).

O fato dos ACS residir na área de atuação faz com que eles tenham facilidade de entrar nas casas das pessoas, possibilitando conhecer todos os problemas enfrentados pelas famílias. Ao se depararem com algum problema, os ACS levam a comunidade ou o doente ao posto de saúde para tentar dar encaminhamento ou solucionar, e, desta forma, eles acabam se tornando um elo entre a comunidade e a ESF. Pelo fato do agente comunitário de saúde morar na área de abrangência em que ocorre a sua atuação, ele tem a possibilidade de conviver com a realidade e as práticas de saúde locais, bem como tem a oportunidade de conhecer a população, tornando-se um representante da comunidade no serviço de saúde. Isto aumenta o vínculo entre os profissionais de saúde e a comunidade, pois o ACS identifica-se com a cultura, linguagem e os costumes de sua própria comunidade, isto faz com que ele tenha mais conhecimento das dificuldades e dilemas enfrentados pelos moradores, o que, em certa medida, contribui para a melhoria da atenção(SILVA e RIBEIRO, 2009).

O profissional que trabalha com a saúde pública sabe ou precisa saber o quão é importante o trabalho dos ACS, principalmente porque esses são os pilares dos programas de



conbracis

IV Congresso
Brasileiro de
CIÊNCIAS da
SAÚDE

Saúde Populacional:
Metas e Desafios
do Século XXI

ISSN 2525-6696

www.conbracis.com.br

saúde voltados para a atenção básica, instituídos pelo governo, servindo de comunicadores e tradutores desses programas para a população, além de serem um elo de ligação entre os outros profissionais e a comunidade. A partir do PACS, o ACS tornou-se um elemento efetivo do trabalho em saúde e um ator essencial no cenário da estruturação e reestruturação da atenção básica em saúde, visando especialmente a ampliação da cobertura assistencial, com aumento do acesso a partir do acolhimento feito por ele, identificando, encaminhando e dando resolutividade às necessidades de saúde da população(ESPÍNOLA e COSTA, 2006).

Nas duas últimas décadas a formação profissional dos recursos humanos na área da saúde vem sofrendo alterações conceituais, estruturais e organizacionais, com a finalidade de adequar o perfil desses trabalhadores para atuarem em uma perspectiva humanística, focada na família, nas ações intersetoriais e assistenciais integrais, dotados de um conhecimento técnico-político e cultural, superando desse modo uma formação fundamentada em modelos emergenciais, afinada com o modelo clínico. Desse modo, faz-se necessário a melhoria dos processos de formação dos trabalhadores da saúde, uma vez que a qualificação, o treinamento, o aperfeiçoamento e a atualização desses trabalhadores possibilitam melhorias na concretização técnica e política do sistema de saúde(MACHADO, 2011).

As formas de capacitar os ACS têm despertado interesse por ser exigido deste profissional o enfrentamento de conflitos que cotidianamente aparecem em função de sua carência de habilidades relacionadas à identificação das necessidades de saúde e dinâmica social da comunidade. Rever formas de capacitação para os ACS significa rever as concepções pedagógicas que compreendem a prática como mera aplicação do saber, numa visão dissociada entre teoria e prática, entre o pensar e o fazer, reproduzindo a fragmentação do processo de trabalho(LIMA et al, 2012).

A busca de satisfação dessa necessidade reflete-se na inserção profissional, guardando íntima relação com a escolha deste trabalho ou com a motivação pelo trabalho. Este mesmo enfoque do caráter de reciprocidade da conquista do conhecimento entre o agente e a comunidade transparece na relação entre o agente e a equipe. Observa-se assim, uma maior cumplicidade entre os vários profissionais que se sentem comprometidos com a resolução de problemas básicos de saúde e melhoria da condição de vida da população-alvo. Evidentemente também existem menções, por parte dos ACS, da ampliação do seu poder de resolutividade após serem incluídos no PSF. Alguns referem mesmo que o seu prestígio social aumentou. A necessidade da instituição apropriar-se do conhecimento trazido pelo agente comunitário oriundo da própria comunidade pode ser vista em alguns discursos dos agentes,



mas não garante a multiplicação desse conteúdo para dentro do ambiente institucional(BACHILLI et al, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, devemos entender que é constante e inesgotável a necessidade de atualização dos conhecimentos a respeito das enfermidades, bem como dos meios possíveis de prevenção das mesmas, uma vez que a maioria destas possui potencial de prevenção, e a brevidade em descobrir as causas é determinante para melhorar o prognóstico e aumentar a chance de cura. Quanto mais bem preparado e atualizado estiver o ACS sobre as enfermidades que poderá ‘enfrentar’ na comunidade a qual é responsável, maior a chance de conseguir motivar os usuários a buscarem promoção e autopreservação da própria saúde.

REFERÊNCIAS

MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling. **ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, UM FORTE MODELO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE QUE TRAZ RESULTADOS** *Saúde debate*. 2018, vol.42, n.spe1, pp.18-37. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0018.pdf> , acessado em 26/05/2020 às 11h07.

Wikipedia : **AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**, disponível em https://pt.wikipedia.org/wiki/Agentes_comunitários_de_saúde , acessado em 15/06/2020 às 09h40.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Relatório Mundial de Saúde 2008: atenção primária em saúde agora mais do que nunca**. Genebra: OMS; 2008.

ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHAN-HAMANN, Edgar. **CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL : REVISÃO DA LITERATURA** *Ciência e saúde coletiva*. 2016, vol.21, n.5, pp.1499-1510. Disponível em : <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1499.pdf> , acessado em 26/05/2020 às 11h02.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 84 p. : il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) acessado em 29/03/2012 às 21h48.

COSTA, Simone de Melo; ARAÚJO, Flávia Ferreira; MARTINS, Laiara Versiani; NOBRE, Livia Lícia Rafael; ARAÚJO, Fabrícia Magalhães; RODRIGUES, Carlos Alberto Quintão



AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: ELEMENTO NUCLEAR DAS AÇÕES EM SAÚDE *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro , v. 18, n. 7, p. 2147-2156, July 2013
Acessado em 28/03/2020. às 16h25 .

DIAS, Aldo Angelim; et al. **SAÚDE BUCAL COLETIVA: METODOLOGIA DE TRABALHO E PRÁTICAS**, capítulo 03. Livraria Santos Editora, SP, 2006.

PEREIRA, Antônio Carlos et al. **ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA: PLANEJANDO AÇÕES E PROMOVENDO SAÚDE** Porto Alegre, Editora Artmed, 2003.

GOUVÊA, Giovana Renata; SILVA, Marco Antônio Vieira; PEREIRA, Antônio Carlos; MIALHE, Fábio Luiz; CORTELLAZZI, Karine Laura; GUERRA, Luciane Miranda
AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO EM SAÚDE BUCAL DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE VINCULADOS À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
Ciência & Saúde Coletiva, 20(4):1185-1197, 2015, acessado em 17/08/2019 às 12h01.

BORTOLI, Francieli Regina ; MOREIRA, Marcelo Aldrighi ; KOVALESKI, Douglas
Francisco CONHECIMENTO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM
RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL *Revista Saúde & Transformação Social*, ISSN 2178-7085,
Florianópolis, v.8, n.2, mai-ago, p.96-102, 2017, acessado em 17/08/2019 às 12h02.

HARNAGEA, Hermina; LAMOTHE, Lise; COUTURIER, Yves; ESFANDIARI, Sharokh;
VOYER, René; CHARBONEAU, Anne; EMAMI, Elham FROM THEORETICAL
CONCEPTS TO POLICIES AND APPLIED PROGRAMMES: THE LANDSCAPE OF
INTEGRATION OF ORAL HEALTH IN PRIMARY CARE **BMC Oral Health volume 18,**
Article number: 23 (2018), disponível em <https://link.springer.com/article/10.1186/s12903-018-0484-8> , e acessado em 26/11/2019, às 11h18.

VIDAL, Cristiane Pouey; SOUZA, Mayara Marques de ; SINIAK, Débora Schlotefeldt A
IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO CONTINUADA COM OS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA **SANARE, Sobral - V.16**
n.01,p. 130-135, Jan./Jun. – 2017, acessada em 17/08/2019, às 11h12.

MACIAZEKI-GOMES, Rita de Cássia; SOUZA, Carolina Duarte de; BAGGIO, Lissandra;
WACHS, Felipe O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA
PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: POSSIBILIDADES E
DESAFIOS *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5):1637-1646, 2016 acessado em 17/08/2019 às
11h05.

SILVA, Pâmela Rodrigues da; RIBEIRO, Gracy Tadeu Ferreira ACS: ELO DE LIGAÇÃO
ENTRE COMUNIDADE CARENTE E A ESF *Vita et Sanitas, Trindade-Go, n. 03, jan.-
dez./2009*, acessado em 31/10/2020 às 07h02.

BACHILLI, Rosane Guimarães; SCAVASSA, Ailton José; SPIRI, Wilza Carla A
IDENTIDADE DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: UMA ABORDAGEM
FENOMENOLÓGICA *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1):51-60-, 2008, acessado em
31/10/2020 às 07h07.

ESPÍNOLA, Fabrício Dantas da Silva; COSTA, Íris do Céu Clara AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO PACS E PSF: UMA ANÁLISE DE SUA VIVÊNCIA



PROFISSIONAL Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo – 2006
jan-abr; 18(1)43-51 acessado em 31/10/2020 às 06h56.

LIMA, Christiano Adson Barbosa; SANTOS, Antônio Luís Parlandin dos; GONÇALVES, Arlete Marinho; TEIXEIRA, Elizabeth; MEDEIROS, Horácio Pires REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE AGENTES COMUNITÁRIOS: PISTAS PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE **Cogitare Enfermagem**, vol. 17, núm. 1, enero-marzo, 2012, pp. 15-20 Universidade Federal do Paraná Curitiba - Paraná, Brasil acessado em 31/10/2020 às 07h08.

BRITO, Suerde Miranda de Oliveira; DOMINGOS SOBRINHO, Moisés OS SENTIDOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2009 dez;30(4):669-76. Acessado em 31/10/2020 às 07h09.

MACHADO, Roberta Antunes **CAPACITAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA NO SUL E NORDESTE DO BRASIL : DIFERENCIAIS SEGUNDO O MODELO DE ATENÇÃO** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 120f., 2011.

ANÁLISE DESCRITIVA DA COBERTURA VACINAL EXECUTADA PELO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES ENTRE 2015 E 2019

Lúcia Magnólia Albuquerque Soares de Camargo¹
Lara Kamylli Felismino Chagas²

RESUMO

Objetivo: Realizar uma análise descritiva da cobertura vacinal executada pelo programa nacional de imunizações entre 2015 e 2019. **Método:** Foi realizado um estudo descritivo, com base nas informações epidemiológicas das coberturas vacinais do Brasil, disponível no sítio digital SI-PNI. Foram utilizados os dados das taxas nacionais regionais e estaduais de cobertura vacinal. As variáveis analisadas foram: Taxa de Cobertura Nacional, Taxa de cobertura por Região, Média das taxas de cobertura entre as Regiões e Média de Cobertura Entre os Estados, ambas dentre os anos de 2015 e 2019, processados usando o programa Excel for Windows 2010. **Resultados:** 2015 a taxa de cobertura vacinal em todo território Brasileiro apresentou a taxa de 95,7%, valor supino a taxa de 95% considerada ideal. Os seguinte anos (2016), apresenta brusco rebaixamento de imunização, com 50,44%. 2017 expressa valor de 69,04%, semelhante a 2018, com 71,99% da população vacinada. Superando a baixa cobertura alcançada em 2016, o ano de 2019 manifestou apenas 45,65%. A Região Sul obteve a maior média (72,20%), enquanto a Região Norte(61,28%), com a menor taxa. **Conclusão:** O cenário descrito é comprometedor do controle de diversas doenças imunopreveníveis, induz a necessidade de aprimorar a comunicação entre profissionais e a população em geral e especialmente os mais jovens, a fim de unificar e promover informações corretas e seguras sobre a vacina.

Palavras-chave: Programas de Imunização, Cobertura Vacinal, Políticas de Saúde.

INTRODUÇÃO

O termo vacina é definido como “*um produto que produz imunidade e, portanto, protege o organismo contra as doenças*”, pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (Centers for Disease Control and Prevention - CDC), e representa uma substância biológica extremamente segura, sendo responsável por grandes benefícios para a saúde pública. Deste modo, dois termos são utilizados de maneira equivalente: vacinação e imunização, no qual vacinação é a administração de micro-organismos infecciosos ou partes destes, mortos ou atenuados, com o finalidade de prevenção das doenças em virtude da formação de anticorpos, e imunização é o processo pelo qual o indivíduo torna-se protegido contra uma determinada doença (FEBRASCO, 2015).

Tendo em vista que a imunização é o objetivo da vacinação, ou seja, provendo ao indivíduo vacinado imunidade contra determinada doença, por meio da administração do

¹ Mestre em Saúde Coletiva, Enfermeira, Docente UNIFACISA - PB, magnoliaalbuquerque@gmail.com;

² Graduanda do Curso de Enfermagem UNIFACISA, lara.kamylli@gmail.com.

imunobiológico que propiciará a proteção, ou seja, vacinação é o ato de vacinar e imunização é a aquisição de proteção imunológica contra uma doença, geralmente infecciosa. A imunização por sua vez, pode ser ativa e passiva, no qual a ativa ocorre quando o próprio sistema imune do indivíduo, ao entrar em contato com uma substância estranha ao organismo (antígeno), responde produzindo anticorpos, podendo ser adquirida através da contaminação por uma doença infecciosa ou através da vacinação, ao contrário da imunização passiva, que é induzida pela administração de anticorpos contra uma infecção específica (BRASIL, 2019a).

A vacinação é destacada como um dos maiores feitos da saúde pública do século XX, sendo considerada um dos três marcos supremos da saúde pública para promoção, prevenção e controle das doenças imunopreveníveis, tornando-se uma das medidas de prevenção mais efetivas e eficientes para os sistemas de saúde. É indiscutível a relevância que as vacinas possuem na promoção à saúde e na prevenção de doenças imunopreveníveis, principalmente ao longo da infância. Diante desta perspectiva, as autoridades sanitárias, em todo o mundo, instituíram programas de imunizações, bem como calendários vacinais específicos conforme cada faixa etária (YOKOKURA, 2017; QUEIROZ, 2017).

Essas características tornam a vacina um meio de intervenção lendário, com o intuito de diminuir a morbidade de doenças infectocontagiosas por meio de proteção coletiva, onde indivíduos imunes-vacinados protegem indiretamente os não vacinados, dificultando que o patógeno circule. A vacina foi capaz de mudar o cenário sanitário entre os séculos, destaca-se a década de 1930, onde 45,7% das mortes eram devido a doenças infecciosas, passando para apenas para 4,35% no ano de 2006 (BRASIL, 2010).

No Brasil, o Ministério da Saúde estabeleceu um amplo programa de imunização de rotina e promove, periodicamente, campanhas com o intuito de controlar e erradicar doenças mediante vacinação maciça de crianças. Declarada a erradicação da varíola em 1973, uma nova etapa da história iniciou-se com a instituição do Programa Nacional de Imunização - PNI, formalizado em 1975 pela lei nº 6.259 e decreto nº 78.23/76, como também o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Imunizações viabilizando a consolidação do PNI. Ainda na década de setenta, obteve o primeiro calendário básico de vacinação, com vacinas contra tuberculose, poliomielite, sarampo, difteria, tétano e coqueluche, sendo obrigatórias para os menores de um ano (BRASIL, 2013).

Queiroz, 2017, trata a vigilância da cobertura vacinal, como uma ferramenta imprescindível para a avaliação do PNI, e sugere que a mesma tem viabilizado os inquéritos populacionais que propõem otimizar a cobertura vacinal no Brasil. O PNI é um dos maiores

programas de imunização do mundo, chegando a ofertar 45 diferentes imunobiológicos para toda a população, de todas as idades.

Os avanços do PNI com a descentralização das vacinas para os municípios, sendo integradas às Estratégias de Saúde da Família - ESF, e a Criação da Global Alliance for Vaccine and Immunization - GAVI, os calendários nacionais de vacina se tornando mais amplos, compostos de imunobiológicos e atuação de qualificada e ativa de equipe vacinadora, refletiram nas altas porcentagens de cobertura de imunização em todo país (BRASIL, 2013).

Domingues (2019) aponta que a variedade das vacinas ofertadas pelo SUS foi crescendo e se diversificando ao longo do tempo. Hoje, são oferecidas 19 vacinas para mais de 20 doenças. O atual Calendário Nacional de Vacinação, tal como ocorre nos países desenvolvidos, contempla não apenas as crianças, mas também adolescentes, adultos, idosos, gestantes e povos indígenas. No Quadro 1, é possível observar essa distribuição vacinal por grupo etário.

Quadro 1. Distribuição Vacinal Brasileira por Grupo Etário, 2020

INFÂNCIA

Imunobiológico	Prevenção Contra
BCG (Bacilo Calmette-Guerin)	Formas graves de tuberculose, principalmente miliar e meníngea
Hepatite B	Hepatite B
Pentavalente	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e infecções causadas pelo Haemophilus influenzae B
Vacina Poliomielite (VIP)	Poliomielite
Pneumocócica 10 Valente (conjugada)	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo
Rotavírus Humano	Diarreia por rotavírus
Meningocócica C (conjugada)	Doença invasiva causada pela Neisseria meningitidis do sorogrupo C
Febre Amarela	Febre amarela
Tríplice viral	Sarampo, caxumba e rubéola
DTP	(previne a difteria, tétano e coqueluche) – duas doses
Hepatite A	Hepatite A
Varicela atenuada	Varicela/catapora

ADOLESCÊNCIA

Imunobiológico	Prevenção Contra
HPV	Papiloma, vírus humano que causa cânceres e verrugas genitais

Meningocócica C (conjugada)	Doença invasiva causada por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C (a depender da situação vacinal anterior)
Hepatite B	Hepatite B (a depender da situação vacinal anterior)
Febre Amarela	Febre amarela (a depender da situação vacinal anterior)
Dupla Adulto (dT)	Difteria e tétano
Tríplice viral	Sarampo, caxumba e rubéola (de acordo com a situação vacinal anterior)
Pneumocócica 23 Valente	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo <i>Pneumococo</i>

Fase Adulta

Imunobiológico	Prevenção Contra
Hepatite B	Hepatite B (a depender da situação vacinal anterior)
Febre Amarela	Febre amarela (a depender da situação vacinal anterior)
Triplíce Viral	Sarampo, caxumba e rubéola (de acordo com a situação vacinal anterior)
Dupla Adulto (dT)	Difteria e tétano
Pneumocócica 23 Valente	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo <i>Pneumococo</i>

Idosos

Imunobiológico	Prevenção Contra
Febre Amarela	Febre amarela (a depender da situação vacinal anterior)
Triplíce Viral	Sarampo, caxumba e rubéola (de acordo com a situação vacinal anterior)
Dupla Adulto (dT)	Difteria e tétano
Pneumocócica 23 Valente	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo <i>Pneumococo</i>
Influenza	Gripe comum

Fonte: Brasil, 2019 a

É importante destacar também que os Registros Informatizados de Imunização (RII) são extremamente úteis para um monitoramento eficiente, com base em tempo real, das coberturas vacinais, o que deve incluir a identificação, como também a busca de faltosos e até mesmo a verificação da vacinação na idade recomendada. Esse tipo de instrumento já é comum em alguns países como por exemplo no Reino Unido e Estados Unidos, desde a década de 1970. No Brasil, conta-se com as iniciativas municipais, que mostram-se promissoras desde a década de 1980, porém seu uso em pesquisa ainda é embrionário. A

partir de 2015, deu-se início a implantação de um sistema de abrangência nacional, no qual a avaliação dessas iniciativas apresenta-se de forma oportuna, além de extremamente necessária. (FERREIRA et al, 2018)

O PNI, que se tornou referência mundial em imunização, após décadas com taxas de boa adesão popular, vem apresentando declínio nos percentuais de vacinação. Desde fevereiro de 2018, até 21 de janeiro deste ano, foram confirmados 10.302 casos de sarampo no Brasil. Dos 5.570 municípios do país, 2.751 (49%) não atingiram a meta de cobertura vacinal de sarampo, ficando longe do esperado de 95% da cobertura. Destaca-se o estado do Pará, que apresentou 83,3% dos municípios fora dessa meta; Roraima com 73,3% e Amazonas, com apenas 50% de cobertura vacinal. Após dois anos da conquista do certificado de país livre de sarampo, o Brasil identifica novos casos da doença em 2019, e perde o certificado em março, com 48 casos da doença. Em setembro, já eram 2.753 casos, um aumento de 18% nos casos BRASIL, 2019b).

Tendo em vista esse cenário, a problemática de saúde pública põe em risco a população que ainda não possui idade para receber o imunobiológico ou é pertencente ao grupo que não possui condições de ser imunizado. Portanto, a presente pesquisa teve como objetivo, realizar uma análise descritiva da cobertura vacinal executada pelo programa nacional de imunizações entre 2015 e 2019.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo, com base nas informações epidemiológicas das coberturas vacinais do Brasil. Como critérios de inclusão, utilizou-se todos os dados nacionais de cobertura vacinal, de cada Região, e Estados da federação isoladamente, entre os anos de 2015 e 2019, disponibilizados abertamente no sítio eletrônico SI-PNI, do PNI e Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Compuseram os critérios de exclusão os dados referentes as Campanhas Nacionais de Imunização entre o período proposto para o estudo. Os dados foram coletados em 13 de Julho de 2020.

Foram levantados dados que permitiram as analisadas das seguintes variáveis: Taxa de Cobertura Nacional, Taxa de cobertura por Região, Média das taxas de cobertura entre as Regiões Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste, e Média de Cobertura entre os 26 Estados do território brasileiro, com destaque para os Estados com maior e menor taxa de cobertura por Região, ambas entre os anos de 2015 e 2019.

Após obtenção dos dados, os mesmos foram tratados através de cálculos de média simples e convertidos sob a forma de taxa de cobertura nacional. A partir dos dados tratados, foram confeccionados gráficos para uma melhor compreensão dos dados obtidos. Todos os dados foram processados usando o programa Excel for Windows 2010. Não foi necessário submeter o estudo para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, tendo em vista que os dados utilizados são de domínio público e sem identificação de participantes..

RESULTADOS E DISCUSSÃO

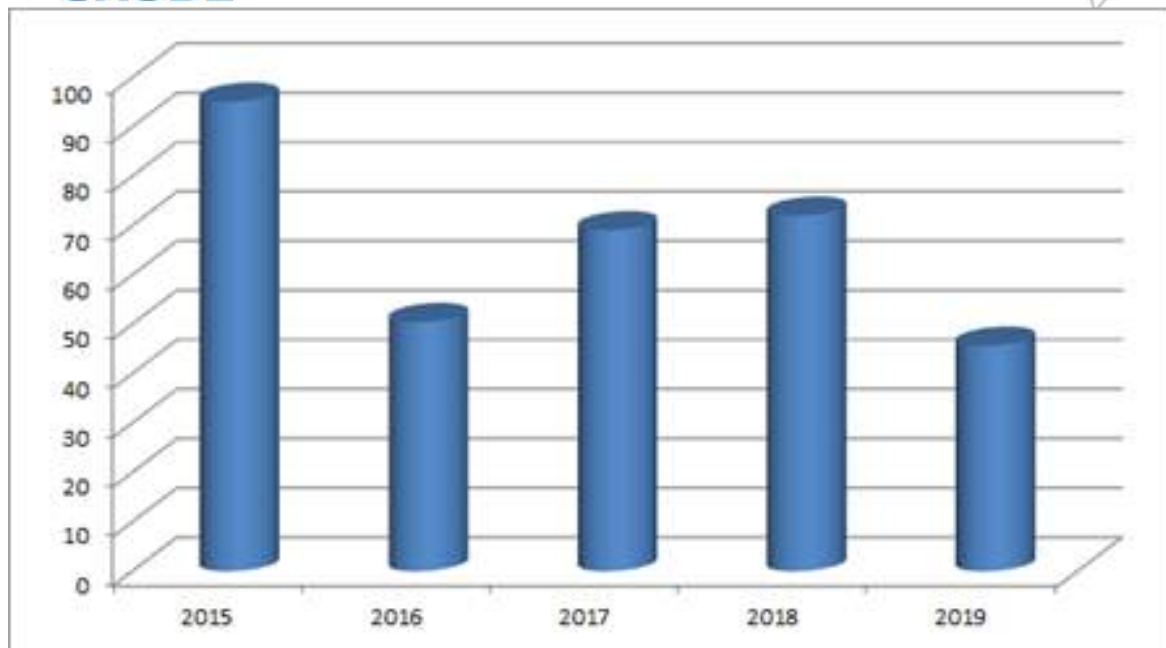
Cobertura Nacional

No ano de 2015 a taxa de cobertura vacinal em todo território brasileiro apresentou uma taxa de 95,7%, valor superior a taxa de 95% considerada ideal para manutenção imunização da população geral. O ano seguinte, 2016, apresentou um brusco rebaixamento de imunização, com apenas 50,44% de cobertura, aproximando-se do valor considerado a metade da taxa ideal. 2017 expressa o valor de 69,04% da taxa de cobertura, semelhante ao observado em 2018, com 71,99% da população vacinada. Com dois anos de crescente cobertura, apesar de expressão tímida entre 2017 e 2018, não houve sequência positiva para retorno ao já apresentado em 2015. O ano de 2019 superou a baixa cobertura alcançada em 2016, manifestando apenas 45,65%, demonstrando um valor competente a metade da taxa ideal de vacinação (FIGURA 1).

Cobertura Regional

Com o território de dimensões continentais possuído pelo Brasil, suas regiões possuem diferentes resultados de cobertura de vacina, que nem sempre corroboram com o cenário apresentado nacionalmente. No ano de 2015, concomitantemente todas as regiões do país obtiveram a melhor taxa de cobertura dos cinco anos. As piores taxas, por sua vez, foram observadas em 2019, na maioria das regiões, sendo diferente apenas na região Sul, que possui pior taxa em 2016 (FIGURA 2). A média de cobertura das regiões durante os anos de 2015 e 2019 representam: 61,28% na Região Norte, com a menor taxa entre as regiões; Região Nordeste tendo 63,95%; Região Sudeste com 66,79%; Região Sul, com maior média (72,20%), e Região Centro-Oeste, obtendo 70,71%.

Figura 1. Evolução da Cobertura Vacinal Nacional entre 2015 e 2019.



Fonte: DATASUS, 2020.

Cobertura Estadual

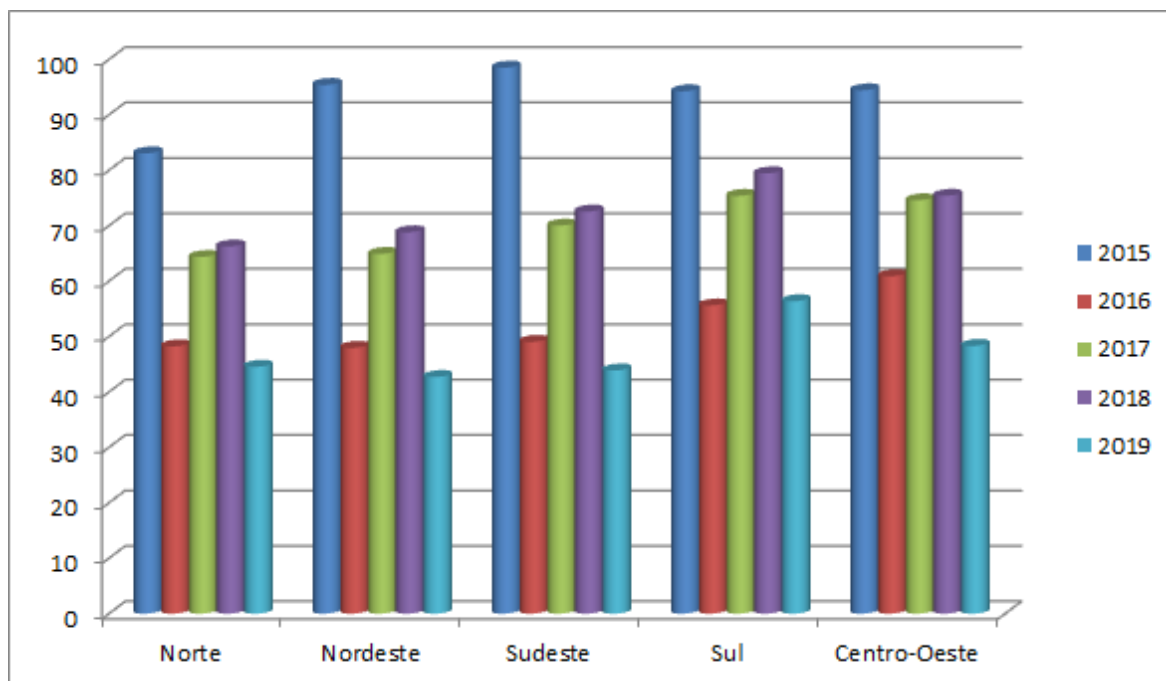
Com 26 estados componentes da federação brasileira, o estado de Santa Catarina lidera o ranking da cobertura vacinal entre os estados do país e da Região Sul, com média de 60,59%, sendo o Rio Grande do Sul com a menor média (51,65%) da Região. Enquanto o Rio de Janeiro possui a menor média dos estados e da Região Sudeste, com taxa de 25,99%, e Minas Gerais com a maior média da Região (53,43%), entre os anos de 2015 a 2019.

O Estado de Tocantins com 57,59% expressou maior média de vacinação na Região Norte, enquanto o Amapá com 44,02% possui a menor, ficando abaixo de todos da Região. Rio Grande do Norte (38,1%) e Ceará (47,53%) possuem sequentemente menor e maior média da Grande Região Nordeste. Na Região Centro-Oeste, a maior média obteve-se no estado do Mato Grosso do Sul (52,21%), e em Goiás (47,04%) a menor média (FIGURA 3).

Cobertura Por Imunobiológico

Apesar da atualização do calendário nacional de vacina ser anual, no decorrer dos últimos cinco anos, vinte imunobiológicos são comuns entre os calendários analisados possibilitando o alcance das médias por imunobiológico entre 2015 e 2019. Nesse período, a vacina BCG oferecida ao nascer, idealmente nas primeiras vinte e quatro horas de vida, teve a maior média de cobertura entre os imunobiológicos, com 89,68%.

FIGURA 2: Cobertura Vacinal das Regiões Brasileiras entre 2015 e 2019



Fonte: DATASUS, 2020.

A Hepatite B é uma outra vacina que deve ser oferecida ao nascer, e teve média 78,58% (taxa de aplicação em até 30 dias de vida). Outras vacinas compõe o calendário da crianças e expressaram suas respectivas médias, como Rotavírus Humano (82,24%), Hepatite A (77,19%), Febre Amarela (47,13%) que em 2020 passou a participar o calendário habitual de 1.101 municípios dos estados do Nordeste que ainda não faziam parte da área de recomendação de vacinação, e tendo uma dose de reforço aos 4 anos de idade, além da primeira dose aplicada ainda aos nove meses (BRASIL, 2019c).

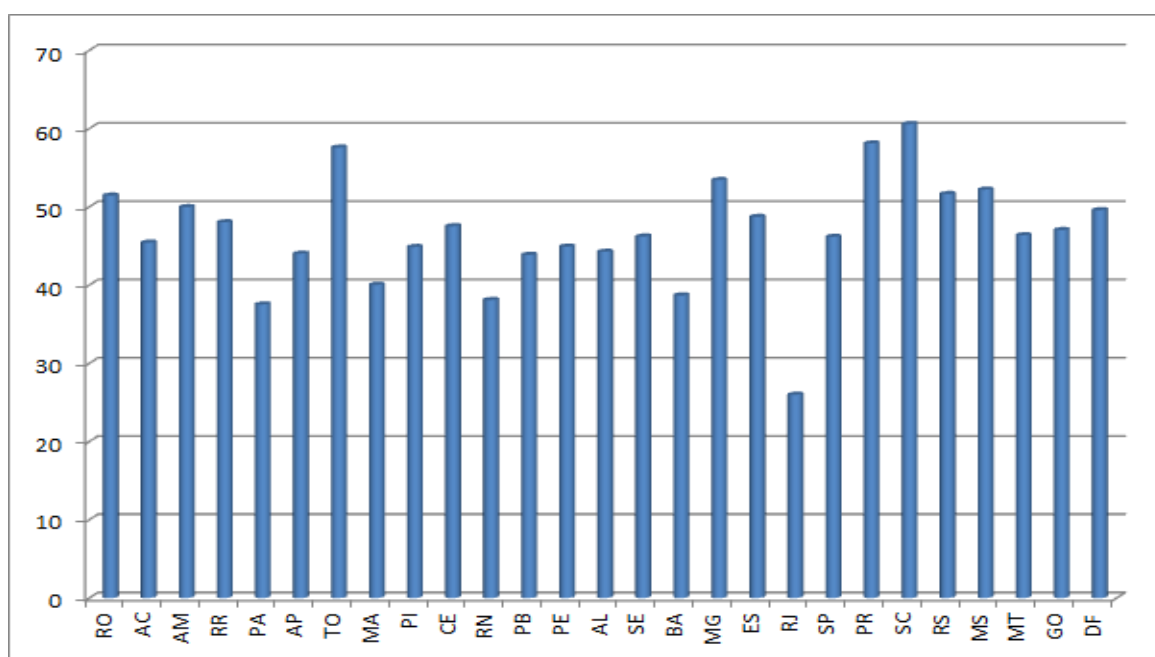
As vacinas com esquemas integrado de mais de uma dose, como a Tríplice Viral, com média de 86,28% na 1ª dose, e 2ª dose 71.59%, e reforço com Tetra Viral (49,63), demonstrou declínio entre primeira dose e reforço, como a Meningococo C, com 1ª dose (83,61%) e a 2ª dose (79,74%), a Pneumocócica inicialmente com média 85,73%, e 2ª dose 76,52%, Poliomielite (1ª dose 81,34%; Reforço 70,94%), e o esquema de Penta (81,23%), DTP (81,52%) e reforço com Tríplice Bacteriana (66,10%), também seguiram em declínio nas doses de reforços.

O imunobiológico também componente do calendário de vacina do adulto e da gestante, que previne a Hepatite B (87,61%) obteve a segunda maior média de cobertura vacinal, diferente da dTpa, vacina específica para gestantes, que demonstrou apenas 45,23 de

média. O imunobiológico Dupla Adulto, apresentou a menor abrangência dentre todas as vacinas, com média de apenas 37,88% de cobertura (FIGURA 4).

Os resultados revelam que a cobertura nacional de vacinação realizada pelo PNI desde 2015 vem sendo variada, expondo resultados baixos não lineares, por vezes reagentes, mas, logo decrescentes, mantendo afastados da taxa de cobertura de vacinação preconizada para a seguridade da saúde pública nacional. O observado no cenário nacional referente a imunização durante os anos de 2015 a 2019, corrobora com o obtido nas análises feitas em cada região do país, onde a maior média alcançada entre as regiões durante os últimos cinco anos, não chega a 75%, sendo 66,43% a média conquistada pelo país, semelhante a maior média atingida entre os estado (60,59%).

FIGURA 3: Média de Cobertura Vacinal dos Estados, entre 2015 e 2019.

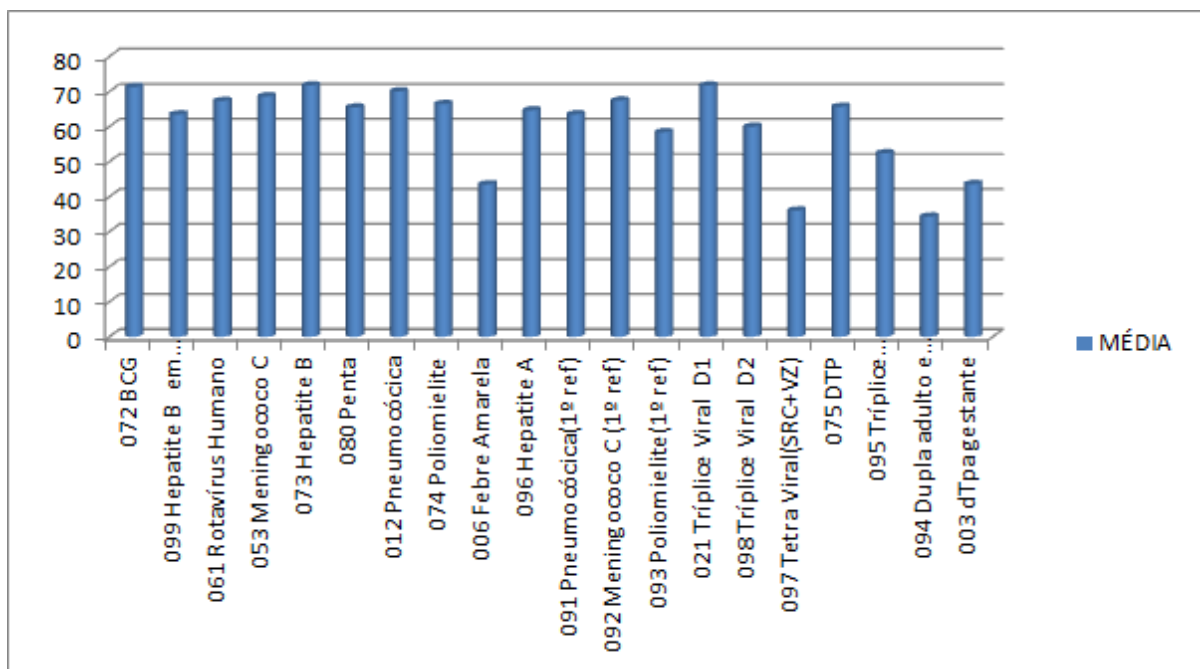


Fonte: DATASUS, 2020.

A política de imunização conquistada e consolidada pelo Brasil é referência em todo mundo por sua cobertura, se tratando de um país populoso e territorialmente extenso, além de conter cenários geográficos e socioeconômicos diversificados. Entretanto, o panorama identificado na pesquisa não é exclusividade nacional, muito menos das Américas. Uma análise da cobertura de vacinação de rotina global realizada em 2018, feita com base em análises realizadas após o Plano Global de Ação para Vacinas 2011-2020 - GVAP identificou que menos de dois terços de todos os países alcançaram globalmente a meta de $\geq 90\%$ de

cobertura nacional as taxas de primeiras doses de várias vacinas (que possuem mais de uma dose em seu esquema) contidas em comum em diversos países aumentaram, porém as demais doses permanecem em baixos níveis de cobertura, 60% de crianças que não receberam a 3ª dose DTP, ou nenhuma dose da mesma (54% a 97%) em 2018, foram de 10 países, incluindo o Brasil (PECK M, et al, 2018).

FIGURA 4: Cobertura Vacinal Por Imunobiológico, entre 2015 e 2019.



Fonte: DATASUS, 2020.

Um estudo ecológico realizado com informações do número crianças de até um ano de idade imunizadas com as vacinas BCG, poliomielite e tríplice viral, entre os anos de 2006 e 2016, nos municípios brasileiros, observou uma redução no número de imunizações no Brasil tendenciosa, mostrando quedas de 0,9%, 1,3% e 2,7% ao ano para estas vacinas, respectivamente, transparecendo também, reduções temporais da cobertura vacinal entre as cinco regiões do Brasil, sendo convergente aos resultados obtidos entre os anos de 2015 e 2019. O mesmo estudo destaca uma heterogeneidade na redução na cobertura vacinal entre os municípios nos últimos anos, constatando a pluralidade de cenários entre os mesmos, indicando assim, a necessidade de planejamento e execução da atenção baseada nas necessidades locais de cada município, promovendo a cobertura vacinal adequada, bem como o controle do reaparecimento de doenças no Brasil (ARROYO, et al, 2020).

Um estudo realizado do Município de Araraquara, no interior do Estado de São Paulo, utilizando informações de vacinais de crianças até 24 meses de idade, vacinadas no município

entre 1998 e 2013 analisou que a cobertura vacinal oportuna, ou seja, quando a vacina é administrada dentro o seu prazo preconizado perante a idade da criança, manifestou mínima de 53,33% no ano de 2000 e máxima de 74,04% em 2006, nas crianças de até 12 meses, demonstrando porcentagem semelhante nas crianças de até 24 meses, com mínima de 36,78% em 2011 e máxima de 53,83% no ano de 2006. Evidenciando congruência nos resultados obtidos nas medias manifestada entre as Regiões e Estados do Brasil nos anos de 2015 a 2019 (FERREIRA, et al, 2018).

Os motivos pelos quais justificam esse painel já vem sendo discutido no Brasil. Aqui o sucesso do programa pode ser uma das causas da queda da cobertura, pelo fato de que as pessoas com até 50 anos não presenciaram as sequelas deixadas nas vítimas infectadas pelas doenças já erradicadas pela atuação eficaz do PNI. Outra questão que é citada, é o desconhecimento real dos benefícios de saúde pública associados à imunização e a disponibilidade de vacinas no SUS, bem como a processo rígido de validação e de controle de qualidade em que os imunobiológicos sofrem pelas agências reguladoras e pelo próprio PNI. Fator o qual deixa a população vulnerável a ser convencida por movimento antivacinação disseminadores de *fake news*, sem qualquer fundamentação científica verídica (BRASIL, 2017a).

Esse desserviço e desorientação prestados à população em relação a imunização ou vacinação, são cada vez mais comuns nas chamadas redes sociais, corroborando para o movimento antivacina. Pesquisas já apontam para uma atuação prioritariamente em grupos fechados em aplicativos tipo *Facebook* e no *WhatsApp*, despertando a necessidade de direcionar novos estudos que atentem para esses outros espaços midiáticos. Deste modo evidencia-se que órgãos de ciência e saúde, assim como instituições governamentais, precisam investir em iniciativas neste âmbito para ampliar a interação com a população, tendo em vista que possuem um papel importante nesse diálogo entre ciência e sociedade (BRASIL, 2017b).

É nítida a necessidade de adotar estratégias para reverter a redução das coberturas vacinais, além de atentar para os fatores que contribuem para tal situação. O Movimento Vacina Brasil, através de estratégias de comunicação social, objetiva fomentar o acesso às informações com base em evidências, principalmente no que se refere aos benefícios da vacinação. O referido movimento faz uso além das mídias tradicionais, apostando nas mídias eletrônicas, com foco em jovens para auxiliar a busca ativa de não vacinados, nesta população, além de procurar firmar parcerias com escolas e universidades para o alcance deste público-alvo (DOMINGUES et al, 2019).

Além disso, ocorre que muitos municípios, particularmente os de porte menor, apresentam algumas dificuldades na execução das ações de imunização, podendo ser acarretado pela falta profissionais vacinadores, pela escassez de capacitação destes, ou pela alta rotatividade desses profissionais. Desta forma, as estratégias para minimizar os efeitos da redução das coberturas vacinais deveriam ser também direcionadas aos gestores públicos de saúde. Observa-se que quando os gestores públicos de saúde têm acesso à dados e informações de qualidade, podem priorizar, aquilo que repercute positivamente no gerenciamento das ações e nas práticas profissionais (RECKTENWALDT; JUNGES, 2017).

Outra estratégia que pode ser alcançada no sentido de tentar reverter a redução das coberturas vacinais, e que, inclusive, é recomendada pela Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNPS), a qual reconhece a centralidade dos recursos humanos para as ações da vigilância em saúde, seria a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS. A PNPS caracteriza o capital humano frente ao PNI essencial para o alcance das metas de coberturas vacinais, e reitera que a inclusão dessas ideias nas próximas etapas do Movimento Vacina Brasil poderia alcançar e impulsionar a reversão do declínio das coberturas vacinais em todo o território nacional (BRASIL, 2018).

CONCLUSÕES

O PNI é reconhecido e respeitado pelos brasileiros, além de ser referência para vários países, em virtude dos êxitos alcançados ao longo dos anos. É inquestionável o apoio da sociedade brasileira para que o Programa pudesse atingir o sucesso, que pode ser mensurado pelo alcance de coberturas vacinais adequadas, nas ações de rotina, bem como nas campanhas de imunização.

Este estudo realizou uma análise descritiva da cobertura vacinal executada pelo PNI entre os anos de 2015 e 2019, identificando as baixas coberturas prevalentes em todos os estados entre as diferentes regiões no país, refletindo um grande problema de saúde pública, capaz de comprometer o controle de diversas doenças, e pôr em insegurança o consolidado e exemplar sistema de vacinação brasileiro.

O cenário descrito e avaliado no estudo aponta para a necessidade de aprimorar a comunicação entre profissionais e a população, especialmente com o público jovem, não só nas unidades de saúde, mas também nas instituições de ensino, grandes empresas e reuniões da sociedade civil, captadas pelos Agentes Comunitários de Saúde, a fim de unificar e

promover informações corretas e seguras, semeadas pela equipe da ESF, além de estimular o hábito de frequentar Unidades Básicas de Saúde da Família - UBSF.

Outro ponto relevante e associado pela literatura utilizada, como justificativa para as baixas coberturas no período proposto, aponta para a disseminação de informações falsas, denominadas de *fake news*, corroborando para um estado de desinformação. Essas informações falsas ou enganosas, podem causar resistência na população para a adoção de medidas de controle vacinal pelas autoridades de saúde, atrasando recomendações essenciais, ou até mesmo trazendo efeitos nocivos à saúde.

REFERÊNCIAS

ARROYO, Luiz Henrique, et al . Áreas com queda da cobertura vacinal para BCG, poliomielite e tríplice viral no Brasil (2006-2016): mapas da heterogeneidade regional. **Cad. Saúde Pública**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000405003&lng=en

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Resolução MS/CNS nº 588, de 12 de julho de 2018. **Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS)**. Diário Oficial da União, Brasília (DF) , 2018 ago 13. Acesso em: 29 out 2020. Disponível em: Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. **Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos**. 5. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019a. Acesso em: 29 out 2020. Disponível em: <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/dezembrd/11/manual-centros-referencia-imunobiologicos-especiais-5ed.pdf>

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. **Cobertura Vacinal - Brasil**. Brasil, 2019b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pni/cnv/cpniuf.def>.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Ações contra surto buscam garantir recertificação de país livre do sarampo**. Brasília, 2019c. . Disponível em: <https://saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45304-acoes-contrasurto-buscam-garantir-recertificacao-de-pais-livre-do-sarampo>.

BRASIL, Fundação Oswaldo Cruz. **A queda da imunização no Brasil**. Rio de Janeiro, 2017a. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/documento/queda-da-imunizacao-no-brasil>>.

BRASIL, Fundação Oswaldo Cruz. **Com fake news, discurso antivacina se espalha nas redes**. Rio de Janeiro, 2017b. Acesso em: 01 nov 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/com-fake-news-discurso-antivacina-se-espalha-nas-redes>.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações: 40 anos**. Brasília, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_imunizacoes_pni40.pdf>

DOMINGUES, Carla Magda Allan Santos et al . Vacina Brasil e estratégias de formação e desenvolvimento em imunizações. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília , v. 28, n. 2, e20190223, jun. 2019 . Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742019000200001&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 12 nov. 2020.

FEBRASCO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Bases Imunológicas da Vacinação**. Coleção Febrasgo - Vacinação da Mulher. 2015. Acesso em: 29 out 2020. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595154865/>.

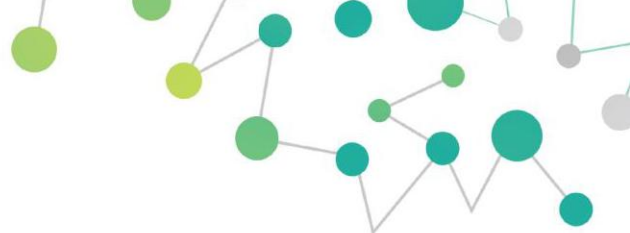
FERREIRA, V. L. R., et al. Avaliação de coberturas vacinais de crianças em uma cidade de médio porte (Brasil) utilizando registro informatizado de imunização. **Cadernos de Saúde Pública**. 2018, v. 34, n. 9. Acessado 1 Novembro 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00184317>>

PECK M;GACIC-DOBO M;DIALLO MS;NEDELEC Y;SODHA SV;WALLACE AS; **Global Routine Vaccination Coverage, 2018**. MMWR. Morbidity and mortality weekly report. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31647786/>>.

QUEIROZ, L. L. C., et al . Cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida nas capitais do Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 294-302, fev. 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000200016&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 31 ago. 2020.

RECKTENWALDT, Micheli; JUNGES, José Roque. A organização e a prática da Vigilância em Saúde em municípios de pequeno porte. *Saude soc.*, São Paulo , v. 26, n. 2, p. 367-381, June 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000200367&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Nov. 2020

YOKOKURA, A. V. C. P., et al . Cobertura vacinal e fatores associados ao esquema vacinal básico incompleto aos 12 meses de idade, São Luís, Maranhão, Brasil, 2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 3, p. 522-534, mar. 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000300010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 31 ago. 2020.



BIOQUÍMICA DA INTERAÇÃO DO SARS-CoV-2 COM A PROTEÍNA ACE2 E AGRAVO DA COVID-19

Iara Bezerra de Oliveira ¹

RESUMO

A COVID-19 é uma doença causada por um vírus, o SARS-CoV-2, da família Coronaviridae, que causa doenças respiratórias ou gastrointestinais em uma variedade de mamíferos e apresenta um espectro clínico variando de infecções assintomáticas a quadros graves. A pandemia causada pelo coronavírus resultou em mortes em todo o mundo no ano de 2020. Pacientes que morreram de COVID-19, muitas vezes apresentavam comorbidades, como hipertensão, diabetes e doença pulmonar obstrutiva crônica. A enzima conversora de angiotensina 2 (ACE2) foi identificada como um fator crucial que facilita a ligação do coronavírus a entrar nas células hospedeiras. Estudos evidenciam que pacientes com comorbidades associadas a COVID-19 grave, apresentam ACE2 altamente expressa nesses pacientes, em comparação com os indivíduos controle. Esses trabalhos sugerem que pacientes com doenças crônicas pré-existentes podem ter maiores chances de desenvolver COVID-19 grave. Portanto essa pesquisa bibliográfica oferece uma compreensão da possível explicação bioquímica para o aumento da gravidade COVID-19 em pacientes com certas comorbidades em função da relação direta do SARS-CoV-2 com a proteína ACE2.

Palavras-chave: COVID-19, Enzima Conversora de Angiotensina 2, SARS-CoV-2, Coronavírus.

INTRODUÇÃO

A família Coronaviridae compreende vírus com heterogeneidade genética que permitem a diferenciação em quatro gêneros: α -coronavírus, β -coronavírus, γ -coronavírus e δ -coronavírus. SARS-CoV-2, um novo vírus pertencer à família do coronavírus que está causando o processo global pandemia (NA ZHU et al., 2020).

Os coronavírus são vírus com morfologia esférica, apresentando na superfície partículas com picos dando aos vírions a aparência de uma coroa. Sete espécies de CoVs causam doenças humanas. Quatro destes – 229E, OC43, NL63, HKU1 – são prevalentes e causam sintomas comuns de resfriados em pessoas imunocompetentes. As outras duas espécies são o CoVs da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV) e o CoV da síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV) (SUN et al. 2020).

¹ Doutoranda do Curso de Engenharia e Gestão de Recursos Naturais da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, iara_bio@yahoo.com.br.

Em dezembro de 2019, na China, um novo surto de pneumonia, com causa desconhecida, abriu as portas para a identificação de mais um CoV, o SARS-CoV-2 que é o sétimo membro da família Coronaviridae conhecido por infectar seres humanos (Sun et al. 2020). O novo coronavírus, popularizado SARS-CoV-2, causador de uma Síndrome Respiratória Aguda Grave– SARS, denominada Covid-19 (“CORona VIRus Disease” = Doença do Coronavírus) (NA ZHU et al. 2020).

O SARS-CoV codifica uma série de proteínas estruturais que facilitam a entrada celular e a montagem de vírions, das quais a proteína spike S mostrou-se importante para o vírus se ligar à célula, parecendo agir como um guia. Esta proteína é a maior do grupo de quatro proteínas estruturais (incluindo proteínas M, E e N) e contém um domínio de ligação ao receptor (RDB), um domínio de fusão e um domínio transmembranar. O RDB da proteína S se liga à enzima conversora de angiotensina 2 (ACE2) para iniciar a entrada celular (PILLAY, 2020).

As proteínas estruturais codificadas pelo genoma de CoV-2 facilitam a entrada e a montagem dos vírus na célula hospedeira e a proteína de superfície spike S (1.273 aminoácidos) parece ser essencial para a entrada na célula. A proteína spike guia a entrada do vírus na célula através do receptor ACE2 do hospedeiro (PILLAY, 2020).

ACE2 é o receptor humano para a SARS-CoV-2, sugerindo que a proteína S representa papel importante na infectividade e que poderá ser alvo de estudos para o desenvolvimento de insumos à prevenção e tratamento da COVID-19.

Essa proteína, está presente em muitos tipos de células e tecidos, incluindo pulmões, coração, vasos sanguíneos, rins, fígado e trato gastrointestinal. Está presente nas células epiteliais, que revestem certos tecidos e criam barreiras protetoras. A troca de oxigênio e dióxido de carbono entre os pulmões e os vasos sanguíneos ocorre através desse revestimento epitelial do pulmão. O ACE2 está presente no epitélio do nariz, boca e pulmões. Nos pulmões, a ACE2 é altamente abundante em pneumócitos tipo 2, um importante tipo de célula presente nas câmaras pulmonares chamadas alvéolos, onde o oxigênio é absorvido e o dióxido de carbono residual é liberado (PILLAY, 2020).

A ACE2 está expressa na superfície das células e nada mais é do que um homólogo da já conhecida ACE (em português: ECA) – responsável pela regulação da pressão arterial dentro do Sistema Renina-Angiotensina.

Nesse sentido, a variante ACE2, descoberta no ano 2000, é muito semelhante em estrutura (cerca de 42%), mas faz o papel inverso da ACE. Enquanto a última faz vasoconstrição e consequente aumento da pressão arterial, a ACE2 promove a vasodilatação e diminui a mesma. Dessa forma é feita a regulação do Sistema Renina-Angiotensina.

O gene ACE2 geralmente é mais expresso em pacientes com doenças crônicas como hipertensão, diabetes e outras doenças cardiovasculares, o que as torna mais suscetíveis a infecção pelo novo coronavírus. Além disso, o uso de medicamentos inibidores da enzima conversora de angiotensina (iECA) e dos bloqueadores dos receptores de angiotensina (BRA), comumente usados por pacientes com diabetes e hipertensão, pode resultar em um aumento ainda maior da expressão de ACE2 devido a um mecanismo compensatório.

Sobretudo, como a entrada do SARS-CoV-2 na célula é feita principalmente por meio da ligação da proteína spike do vírus com o receptor ACE2, o aumento da expressão dessa molécula na superfície das células desses pacientes pode aumentar a chance de infecção e até mesmo influenciar na gravidade da doença.

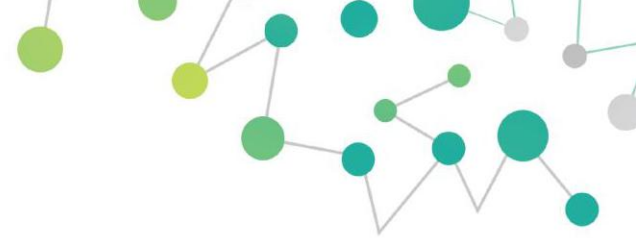
No final de 2019, o mundo começou a viver um novo quadro de pneumonia grave identificado inicialmente em pacientes chineses. Em pouco tempo, pelo constante deslocamento de pessoas através dos países, a doença tornou-se uma pandemia levando indivíduos a morte em todo o planeta, portadores ou não de doenças crônicas.

Desse modo, a ciência do mundo inteiro tem trabalhado de forma constante para conhecer o SARS-CoV-2 e conseqüentemente a doença conhecida como Covid-19, a fim de descobrir tratamento efetivo e estratégias de imunização com a brevidade que a doença impõe.

Diante desse contexto, esse trabalho tem por objetivo apresentar diferentes aspectos científicos e a interação bioquímica da proteína ACE2 e o SARS-CoV-2, relacionando as doenças crônicas. Contribuindo, portanto, para estudos na área saúde, bem como subsidiando através de informações claras e consistentes o desenvolvimento de estratégias de cura e controle da doença.

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa bibliográfica acerca do mecanismo de infecção do SARS-CoV-2 e a sua interação com proteína ACE2 e agravos para as doenças crônicas. Para a elaboração desta revisão foi realizado um levantamento na literatura nacional e internacional utilizando os seguintes bancos de dados Pubmed, Scielo, Google Acadêmico, Science Direct. Os descritores utilizados para pesquisa foram: Covid-19, angiotensina II, ECA2, doenças crônicas, SARS-CoV-2. Os critérios de inclusão para construção desse trabalho foram artigos originais e de revisão que abordavam as características gerais das doenças crônicas e mecanismo de ação do coronavírus. As informações foram devidamente captadas e analisadas para corresponder a proposta do trabalho.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na busca por tratamentos para COVID-19, muitos pesquisadores estão focando sua atenção em uma proteína específica que permite ao vírus infectar células humanas. Chamada de enzima conversora de angiotensina 2, ou "receptor" ACE2, a proteína fornece o ponto de entrada para o coronavírus se conectar e infectar uma ampla gama de células humanas. Isso pode ser fundamental para o tratamento desta doença.

ACE2 (Fig. 1) é um elemento vital em uma via bioquímica que é crítica para regular processos como pressão sanguínea, cicatrização de feridas e inflamação, chamada via do sistema renina-angiotensina-aldosterona (RAAS). ACE2 ajuda a modular as muitas atividades de uma proteína chamada angiotensina II (ANG II), que aumenta a pressão arterial e a inflamação, aumentando os danos ao revestimento dos vasos sanguíneos e vários tipos de lesões nos tecidos. ACE2 converte ANG II em outras moléculas que neutralizam os efeitos de ANG II (KHAILANY et al. 2020).

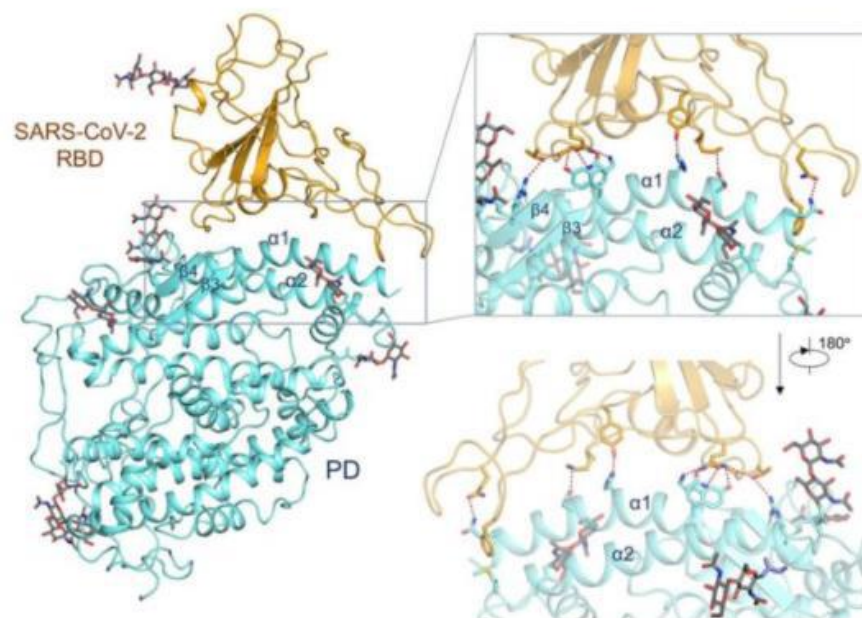


Figura 1: SARS-CoV-2 (dourado) interagindo com ACE2 (azul). (Fonte: YAN et al, 2020)

De maior relevância para COVID-19, ANG II pode aumentar a inflamação e a morte de células nos alvéolos, que são essenciais para levar oxigênio para o corpo; esses efeitos prejudiciais do ANG II são reduzidos pela ACE2 (PHAN, 2020).

A Enzima Conversora de Angiotensina II (ACE2) é o receptor celular do SARS-COV-2, assim como de outros coronavírus. Análises de cinética de ligação mostraram que SARS-COV-2 se liga a ACE2 com 10 a 20 vezes mais afinidade que SARS-COV. Além disso a comparação da interação estrutural entre as duas estruturas virais mostra vantagens na interação SARS-COV-2 e ACE2 o que pode explicar a elevada eficiência de transmissão da doença (YAN et al. 2020; CHEN et al. 2020).

O gene da ACE2 foi identificado no braço curto do cromossomo X e codifica uma metaloproteinase constituída de 805 aminoácidos, dependente de zinco, localizada na membrana (glicoproteína integral), apresentando sítio catalítico (trata-se de uma enzima) voltado para o espaço extracelular caracterizando uma ectoenzima. Por se tratar de uma carboxipeptidase, hidrolisa aminoácidos do terminal carboxila das proteínas (C terminal), convertendo Angiotensina I (AngI) em Ang (1- 9) e Angiotensina II (AngII) em Ang (1-7), sendo que a segunda reação ocorre em maior velocidade (TIPNIS et al., 2000; BOEHM; NABEL, 2002).

É expressa especialmente epitélio alveolar dos pulmões e enterócitos do intestino delgado além de células endoteliais e musculares. O fato de a ACE2 ter sido mapeada no intestino levantou a hipótese da possibilidade de transmissão orofecal para SARS-COV-2 (LAMERS et al., 2020). Os adipócitos são também células que expressam ACE2 (JIA et al., 2020) e sabe-se que obesos, em especial jovens obesos, têm maior risco de doença sintomática e grave.

Embora obesos não expressem mais ACE2, apresentam maior número de células adiposas. A expressão de ACE2 tem relação com sexo, idade e etnia. Aparece em maiores níveis no sexo masculino e nos asiáticos e altera com a idade (ZHAO et al., 2020). Isso é muito importante se pensarmos na faixa etária da população mais acometida pelos casos graves de COVID-19. Já foi constatado que nas crianças até 10 anos são as que apresentam as menores expressões do receptor. A expressão vai elevando a cada faixa etária passando por adolescentes até 17 anos, aumenta nos adultos e é maior ainda nos indivíduos com até 60 anos (BUNYAVANICH et al., 2020).

Ratos modificados geneticamente e que não expressam ACE2 não apresentam alterações na função pulmonar (CRACKOWER et al., 2002), mas a perda de ACE2 precipita a falência pulmonar aguda grave. Isso pode indicar que humanos que por algum motivo tenham

uma expressão mais baixa de ACE2 não apresentem nenhuma doença ou manifestação clínica. Contudo, ao se infectar com SARS-CoV-2, o quadro pode ser mais severo (IMAI et al., 2005).

A função fisiológica da ACE2 está relacionada ao sistema renina angiotensina e foi revisada por Yan et al. (2020).

O angiotensinogênio é produzido pelo fígado e clivado pela renina de origem renal para dar origem à Ang I (AngI-1-10), que é convertida em Ang II (Ang1-8) pela ACE. A Ang II atua em receptores de Angiotensina tipo I (AT1R) resultando em processos que agravam o dano pulmonar (vasoconstrição, proliferação de fibroblastos, apoptose de células alveolares, permeabilidade vascular pulmonar). A ACE2 promove efeitos contrários convertendo Ang II em Ang (1-7) que atua via receptores celulares do tipo “Mas”: vasodilatação e redução da fibrose, inflamação, trombose e dano pulmonar. Efeitos semelhantes a esses acontecem quando Ang II se liga a receptores do tipo AT2R. Além disso, a ACE2 também pode catalisar a conversão de Ang I em Ang (1-9), que pode ser convertida em Ang (1-7) por ACE (YAN; XIAO; LIN, 2020).

A ACE2 consiste no receptor celular do vírus, o que é um aspecto desfavorável, contudo sua atividade biológica pode proteger o organismo do hospedeiro através da redução de concentração de Ang II e conseqüentemente sua ligação aos receptores AT1R. Além disso, há indícios de que assim que o SARS-COV-2 se liga à ACE2, ocorre a endocitose e a redução de expressão da proteína (VERDECCHIA et al., 2020) (Fig. 2). Fica claro que há uma importante conexão entre a COVID-19 e a expressão e atividade de ACE2 do hospedeiro, mas possivelmente existem outros mecanismos moleculares envolvidos.

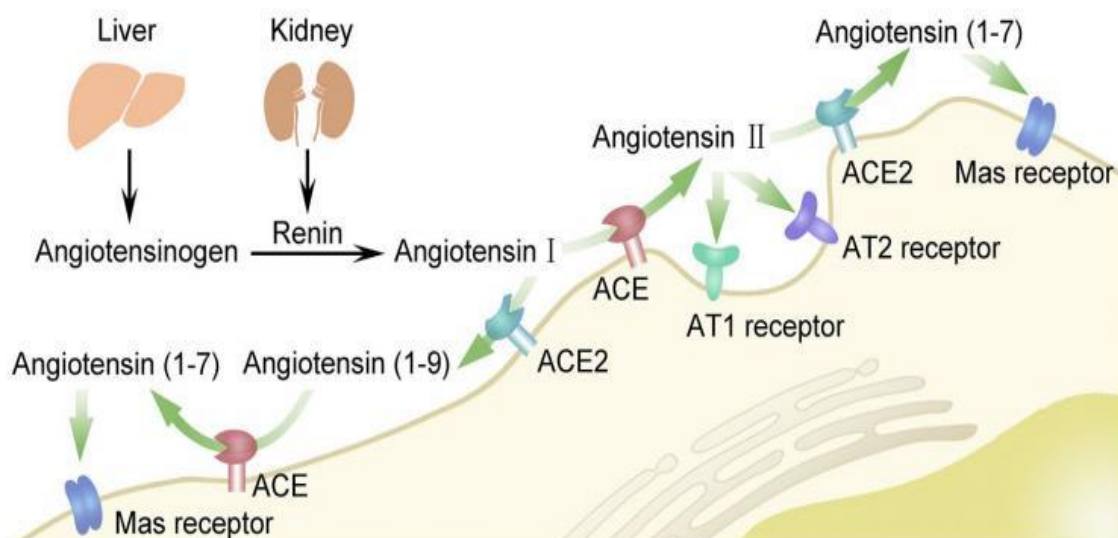


Figura 2: Representação esquemática do sistema renina-angiotensina (RAS). O angiotensinogênio é clivado pela renina em angiotensina I, que é então convertido em angiotensina II pela ACE. A angiotensina II induz vasoconstrição, inflamação, atrofia e fibrose por meio da ação de AT1. ACE2 atua como um contra-regulador da ACE por hidrólise da angiotensina II em angiotensina (1-7), que atua via receptor. Mas para promover vasodilatação, hipotensão e apoptose, semelhante ao receptor AT2 quando se liga à angiotensina II. ACE2 também cliva a angiotensina I em angiotensina (1-9), que pode ser convertido em Ang (1-7) pelo ACE. (Fonte: YAN; XIAO: LIN, 2020)

O tropismo do SARS-CoV-2 pelo sistema respiratório é sustentado pelo acoplamento do vírus à proteína ACE2, que é o receptor para a entrada da partícula viral na célula. A ACE2 é expressa nas células epiteliais respiratórias e de outros órgãos, e a interação vírus – célula hospedeira é mediada pela proteína da espícula (Spike – S), presente nos coronavírus.

Essa família de vírus usa diferentes partes da proteína S para interagir com receptores específicos nas células hospedeiras, sendo que uma pequena parte dessa proteína é crítica para que haja a interação entre o SARS-CoV-2 e o receptor ACE2. A sequência da proteína S do SARS-CoV-2 faz com que haja grande afinidade entre o vírus e o receptor ACE2, explicando parcialmente porque o vírus tem transmissão tão eficiente entre humanos. Então sabemos que o SARS-COV-2 utiliza ACE2 para entrar nas células humanas e se replicar (Fig. 3).

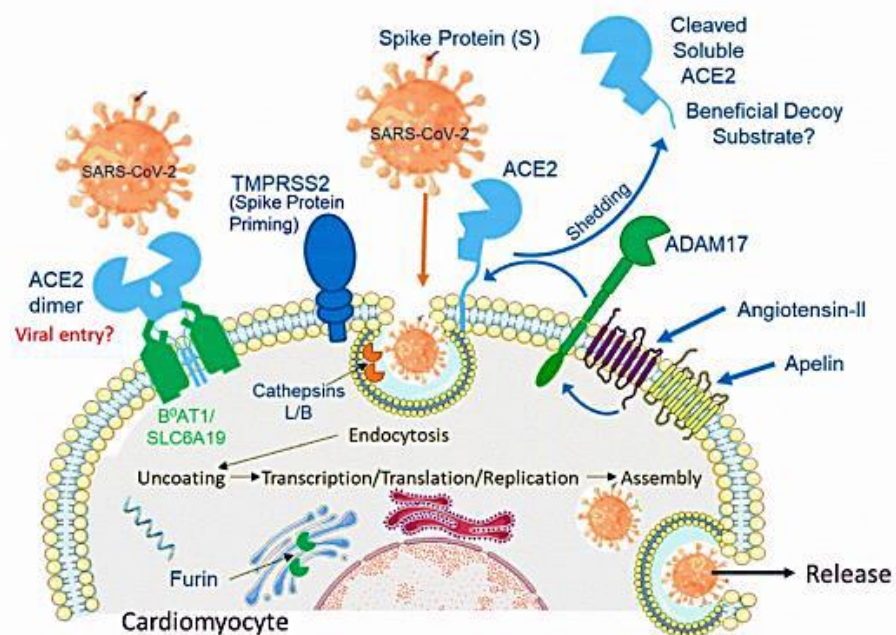


Figura 3: Diagrama esquemático das proteínas-chave previstas a partir de dados RNASeq como sendo expressa por cardiomiócitos humanos. Propondo que o SARS-CoV-2 se liga inicialmente a ACE2. (Fonte: ROBINSON et al., 2020).

Após a entrada do vírus na célula hospedeira, a expressão da ACE2 é diminuída, resultando em aumento dos mecanismos de estresse oxidativo, permeabilidade celular e acúmulo de fluidos extra-alveolares. Pesquisas já realizadas demonstram que ACE2 não é inibida por inibidores de proteínas ACE, mas a administração de ativadores de ACE2 antagoniza a tempestade de citocinas. Existe evidência suficiente para apontar que uma das principais batalhas nessa guerra contra a COVID-19 será realizada em nível da proteína ACE2.

Quando o vírus SARS-CoV-2 se liga ao ACE2, ele impede que o ACE2 execute sua função normal de regular a sinalização de ANG II. Assim, a ação do ACE2 é “inibida”, removendo os freios da sinalização do ANG II e tornando mais ANG II disponível para lesionar os tecidos (Fig. 4). Esta “diminuição da frenagem” provavelmente contribui para lesões, especialmente nos pulmões e no coração, em pacientes com COVID-19.

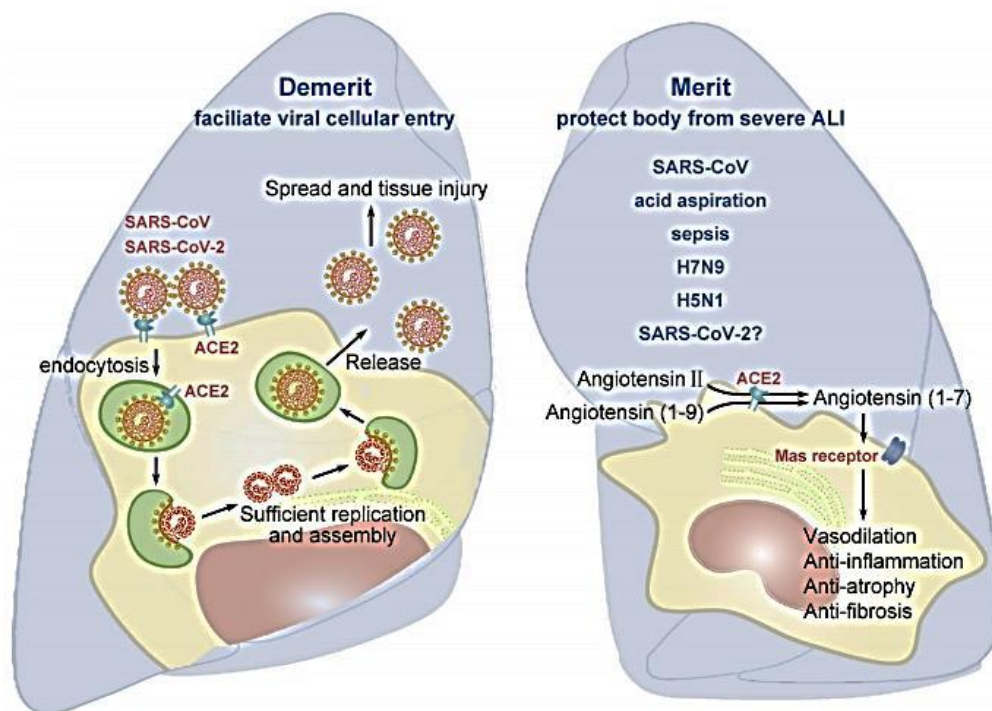


Figura 4: Diagrama esquemático resumindo o papel de ACE2, presumivelmente como uma faca de dois gumes na infecção pulmonar SARS-CoV-2 mediada por ACE2. O demérito da ACE2 é a sua facilitação na entrada celular do SARS-CoV-2 como receptor. Epitelia alveolar tipo II que expressa ACE2 as células agem como reservatórios virais para a entrada, bem como facilitam a replicação coronaviral, dados seus altos níveis de múltiplos genes intimamente relacionados à vida viral processos. Essas réplicas então se liberam e causam mais danos. Por outro lado, ACE2 é protetora dependente de peptidase em lesão pulmonar aguda (LPA) causada por diferentes fatores patogênicos, incluindo infecção por SARS-CoV, aspiração de ácido, sepsis, infecção por H7N9 e H5N1. Este mecanismo molecular compartilhado também pode existir em COVID-19. (YAN; XIAO; LIN, 2020)

Os aspectos imunológicos envolvidos na patogênese da COVID-19 ainda não estão totalmente elucidados. O SARS-CoV-2 apresenta um período de incubação assintomático que pode variar de 2 a 14 dias. Durante esse período, ocorre a produção de partículas virais que podem facilmente ser transmitidas para um novo hospedeiro suscetível. Estima-se que cada indivíduo infectado tenha potencial de disseminar a doença para mais duas ou três pessoas (PROMPETCHARA et al. 2020).

Cerca de 80% dos casos de infecção por SARS-CoV-2 são assintomáticos. Nos demais casos, os sintomas estão relacionados a elevados níveis sanguíneos de citocinas (sinalizadores imunológicos) pró-inflamatórias produzidas por neutrófilos e monócitos/macrófagos. Entre essas citocinas destacam-se: IL-2, IL-7, G-CSF, IP-10, MCP-1A e TNF-alfa (ONG et al., 2020). Esse evento, também encontrado na infecção pelo MERS-CoV, recebe o nome de tempestade de citocinas e pode desencadear um quadro de sepse e injúria pulmonar, com pneumonite, falha respiratória, choque, falência múltipla de órgãos e, nos piores casos, óbito (NIKOLICH-ZUGICH et al., 2020; ROKNI et al., 2020).

No que diz respeito ao número de leucócitos circulantes, há um aumento na contagem de neutrófilos e uma diminuição da contagem de linfócitos, em particular linfócitos TCD4+ (linfócitos T helper ou auxiliares), sugerindo uma supressão da resposta imune do tipo celular (QIN et al., 2020; RAOULT et al., 2020).

Nas infecções virais mais comuns, após o reconhecimento de padrões moleculares associados aos patógenos (PAMPs), como RNA de fita dupla, por receptores do sistema imunológico, como TLR3 e TLR7, há uma cascata sinalizadora que culmina na expressão de uma molécula denominada interferon (IFN) tipo I pelas células do hospedeiro. Este evento é conhecido como estado antiviral (SALLARD et al., 2020).

No entanto, na infecção pelo SARS-CoV-2, a resposta mediada por IFN tipo I é suprimida através da regulação negativa da expressão dessa molécula ou do seu receptor, o IFNAR. As estruturas virais capazes de modular essa resposta no hospedeiro são as proteínas estruturais M e N e proteínas não-estruturais ORF (SALLARD et al., 2020; SHI et al., 2020).

A produção desregulada de IFN tipo I, somada à migração de células (neutrófilos e monócitos/macrófagos) e liberação descontrolada de citocinas, leva ao quadro mais severo da doença, com grave disfunção pulmonar e mau prognóstico (PROMPETCHARA et al., 2020).

A resposta imune humoral, especialmente a produção de anticorpos com propriedade neutralizante, desempenha um papel protetor, limitando a infecção na fase mais tardia e possivelmente impedindo a reinfecção no futuro. Anticorpos da classe IgM surgem por volta do 7º dia após o contato com o vírus, desaparecendo por volta do 21º dia de infecção. Já

anticorpos IgG podem ser detectados no soro dos pacientes a partir do 14º dia de infecção e permanecem por longos períodos (Tab. 1) (LIN et al., 2020; ROKNI et al., 2020). Alguns estudos já demonstraram a presença de anticorpos IgG neutralizantes direcionados ao SARS-CoV de 2 a 6 anos após a infecção primária (HSUEH et al., 2004; TANG et al., 2011).

Tabela 1: – Testes de sensibilidade ao SARS-CoV-19, em relação aos dias após o início dos sintomas

Dias	1-7	8-14	15-36
Anticorpos totais	38%	90%	100%
IgM	29%	73%	94%
IgG	19%	54%	80%

Fonte: ZHAO et al., 2020 (Adaptado).

Sabendo que o ACE2 está presente em todas as pessoas, mas a quantidade pode variar entre os indivíduos e em diferentes tecidos e células. Algumas evidências sugerem que o ACE2 pode ser maior em pacientes com hipertensão, diabetes e doença cardíaca coronária. Estudos descobriram que a falta de ACE2 (em camundongos) está associada a lesões graves nos tecidos do coração, pulmões e outros tipos de tecido.

O vírus SARS-CoV-2 requer ACE2 para infectar células, mas a relação precisa entre os níveis de ACE2, infectividade viral e gravidade da infecção não são bem compreendidos. Mesmo assim, além de sua capacidade de se ligar ao vírus SARS-CoV-2, o ACE2 possui efeitos protetores contra a lesão tecidual, ao mitigar os efeitos patológicos do ANG II.

Quando a quantidade de ACE2 é reduzida porque o vírus está ocupando o receptor, os indivíduos podem ser mais suscetíveis à doença grave de COVID-19. Isso ocorre porque ACE2 suficiente está disponível para facilitar a entrada viral, mas a diminuição em ACE2 disponível contribui para mais lesões mediadas por ANG II. Em particular, a redução de ACE2 aumentará a suscetibilidade à inflamação, morte celular e falência de órgãos, especialmente no coração e no pulmão.

Os pulmões são o principal local de lesão pela infecção por SARS-CoV-2, que causa COVID-19. O vírus chega aos pulmões após a entrada no nariz ou na boca. ANG II provoca lesões pulmonares. Se houver uma diminuição na atividade da ACE2 (porque o vírus está se ligando a ela), então a ACE2 não consegue quebrar a proteína ANG II, o que significa que há mais dela para causar inflamação e danos ao corpo.

O vírus também afeta outros tecidos que expressam ACE2, incluindo o coração, onde podem ocorrer danos e inflamação (miocardite). Os rins, o fígado e o aparelho digestivo também podem sofrer lesões. Os vasos sanguíneos também podem ser um local para danos.

Um fator chave que determina a gravidade dos danos em pacientes com COVID-19 é a atividade ANG II anormalmente alta. Ou seja, estudos podem ajudar a entender por que o índice de mortalidade por COVID-19 é maior entre pessoas que sofrem com problemas crônicos de saúde, como hipertensão, diabetes ou doença pulmonar obstrutiva crônica.

As alterações no metabolismo causadas por essas doenças crônicas podem desencadear uma série de eventos bioquímicos que levam a um aumento na expressão do gene ACE-2, responsável por codificar uma proteína à qual o vírus se conecta para infectar as células pulmonares. A hipótese é que o aumento na expressão de ACE-2 e de outros genes facilitadores da infecção – entre eles TMPRSS2 e FURIN – faz com que esses pacientes tenham uma quantidade maior de células afetadas pelo vírus SARS-CoV-2 e, conseqüentemente, um quadro mais severo da doença. Mas é algo que ainda precisa ser confirmado por estudos experimentais.

Como exemplo, no estado do Rio de Janeiro, utilizando-se os dados gerados a partir do Sistema de Vigilância Epidemiológico referente às Síndromes Respiratórias Agudas Graves (SRAG), no período de janeiro a maio de 2020, pode-se constatar algumas informações.

Nesse sistema, são notificados todos os casos referentes a SRAG, encerrados ou não, inclusive os de Covid-19. Optou-se por utilizar dados com classificação final Covid-19 e agente etiológico SARS-CoV-2 (novo coronavírus). As doenças do aparelho cardiovascular e a diabetes, que apresentam maiores números relacionados à Covid-19, registraram em 2019 15.839 casos e 3.053 mortes no estado do Rio de Janeiro.

A exemplo do Rio de Janeiro temos um resultado claro acerca da relação entre a COVID-19 e as doenças crônicas. Caracterizado pelo número de mortes em função do número de notificações em pacientes com doenças crônicas, como as do aparelho cardiovascular, diabetes, obesidade e asma.

Foram verificados no período de cerca de 4 meses, um número significativo de óbitos em pacientes acometidos por COVID-19 com doença crônica pré-existent. Dos indivíduos acometidos pela COVID-19 portadores de doenças cardiovasculares 55,7% vieram a óbito, dos portadores de diabetes 47,5%, dos obesos 32,8% e asmáticos 31,5%. (Gráfico 1).

Gráfico 1: Número de notificações e óbitos de portadores de doenças crônicas.

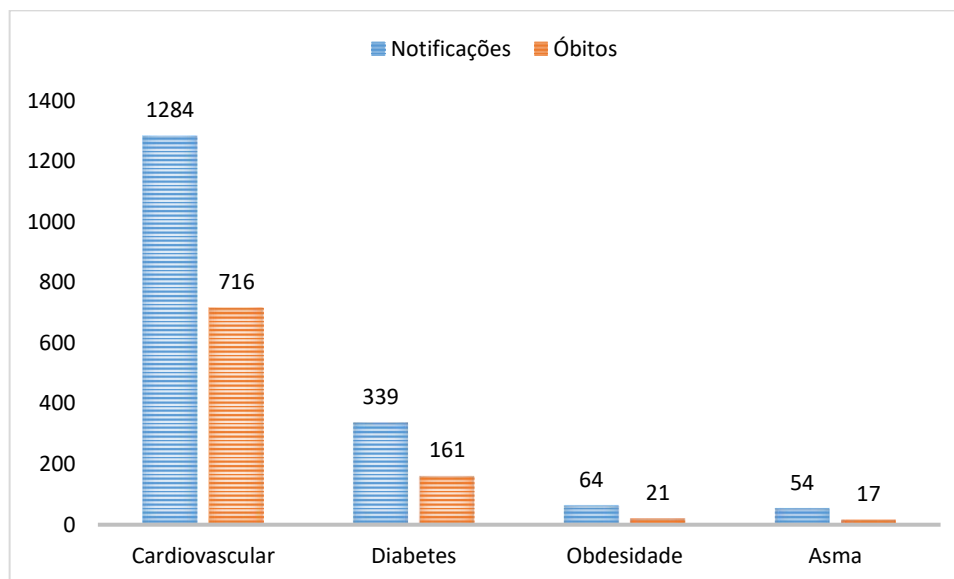


Gráfico 1: Número de pacientes com doenças crônicas (Cardiovascular, Diabetes, Obesidade e Asma) notificados com COVID-19 e número de óbitos no estado do Rio de Janeiro, no período de 01 de janeiro à 11 de maio de 2020. Fonte: (DIVDANT/CVPS/SVEA/SES-RJ, 2020) (Adaptado).

Doenças crônicas como câncer, diabetes e problemas respiratórios e cardiorrespiratórios já estão entre os principais problemas de saúde pública em todo o mundo. Agora, elas também parecem estar associadas ao agravamento e às complicações da Covid-19.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Até agora, o fim da pandemia COVID-19 não está dentro o futuro previsível. Lições aprendidas com Surtos de SARS fornecem, apesar de sua tragédia inerente, pistas informativas para a luta contra a pandemia de COVID-19, como vigilância epidemiológica e gestão clínica. O enriquecido conhecimento de ACE2 também deve ter um significado de longo alcance como mecanismo fisiopatológico comum compartilhado em outros cenários, causados por outras doenças.

Conclui-se, portanto, que os mecanismos pelos quais ACE2 é regulado positivamente em pacientes com comorbidades COVID-19 grave precisam ser totalmente elucidados. Desse modo, essa análise pode lançar alguma luz sobre o assunto.

Assim o presente estudo ofereceu a discussão sobre alvos bioquímicos para compreensão e entendimento do mecanismo de ação da doença fornecendo, portanto, subsídios para o entendimento e busca de mecanismos para tratar e prevenir os casos de COVID-19.

BOEHM, M; NABEL, EG Angiotensin-converting enzyme 2 – a new cardiac regulator. *New Eng J Med*, v. 347, p. 1795-1797, 2002. doi:10.1056/NEJMcibr022472.

BUNYAVANICH, S; DO, A; VICENCIO, A. Nasal Gene Expression of Angiotensin Converting Enzyme 2 in Children and Adults. *JAMA*, 2020. doi:10.1001/jama.2020.8707.

CHEN, Y et al. Structure analysis of the receptor binding of 2019-nCoV. *Biochem Biophys Res Comm.*, v. 525, n. 1, p. 135-140, 2020. doi: 10.1016/j.bbrc.2020.02.071.

CRACKOWER, MA et al. Angiotensin-converting enzyme 2 is an essential regulator of heart function. *Nature*, n. 417, p. 822-828, 2002. doi: 10.1038/nature00786.

HSUEH, P et al. Hronological evolution of IgM, IgA, IgG and neutralisation antibodies after infection with SARS-associated coronavirus. *Clin. Microbiol. Infect.*, v. 10, n. 12, p. 1062-1066, 2004. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1469-0691.2004.01009.x>.

IMAI, Y et al. Angiotensin-converting enzyme 2 protects from severe acute lung failure. *Nature*, v. 436, p. 112-116, 2005. doi: <https://doi.org/10.1038/nature03712>.

JIA, X et al. Two things about COVID-19 might need attention. *Preprints*, 2020. doi: 10.20944/preprints202002.0315.v1.

KHAILANY, RA; SAFDAR, M; OZASLAN, M. Genomic characterization of a novel SARS-CoV-2. *Gene Rep.*, 2020. doi: 10.1016/j.genrep.2020.100682.

LAMERS, MM et al. SARS-CoV-2 productively infects human gut enterocytes. *Science*, 2020. doi: DOI: 10.1126/science.abc1669.

LIN, C et al. Comparison of throat swabs and sputum specimens for viral nucleic acid detection in 52 cases of novel coronavirus (SARS-Cov-2)-infected pneumonia (COVID-19). *Clin Chem Lab Med.*, 2020. doi: 10.1515/cclm2020-0187.

NA ZHU, Ph.D et al. Um novo coronavirus de pacientes com pneumonia na China, 2019. *New England Journal of Medicine.*, v. 382, p. 727-733, 2020. doi: DOI: 10.1056/NEJMoa2001017.

NIKOLICH-ZUGICH, J et al. SARSCoV-2 and COVID-19 in older adults: what we may expect regarding pathogenesis, immune responses, and outcomes. *GeroScience*, v. 2, p. 505-514, 2020. doi: 10.1007/s11357-020-00186-0.

ONG, E et al. A Dynamic Immune Response Shapes COVID-19 Progression. *Cell Host & Microbe*, v. 27, p. 1-4, 2020. doi: <https://doi.org/10.1016/j.chom.2020.03.021>.

PHAN, T. Genetic diversity and evolution of SARS-CoV-2. *Infect Genet Evol.*, v. 81:104260, 2020. doi: 10.1016/j.meegid.2020.104260.

PILLAY, TS. Gene of the month: the 2019-nCoV/SARS-CoV-2 novel coronavirus spike protein. *J Clin Pathol.*, 2020. doi: 10.1136/jclinpath-2020-206658.

PROMPETCHARA, E; KETLOY, C; PALAGA, T. Immune responses in COVID-19 and potential vaccines: Lessons learned from SARS and MERS epidemic. *Asian Pac. J. Allergy Immunol.*, v. 38, p. 1-9, 2020. doi: DOI: 10.12932/AP-200220- 0772.

QIN, C et al. Dysregulation of Immune Response in Patients With COVID-19 in Wuhan, China. *Clin. Infect. Dis.*, 2020. doi: 10.1093/cid/ciaa248.

RAOULT, D et al. Coronavirus infections: Epidemiological, clinical and immunological features and hypotheses. *Cell Stress*, v. 4, n. 4, p. 66-75, 2020. doi: 10.15698/cst2020.04.216.

ROBINSON, E. L., ALKASS, K., BERGMANN, O., Maguire, J. J., Roderick, H. L., & Davenport, A. P. (2020). Genes encoding ACE2, TMPRSS2 and related proteins mediating SARS-CoV-2 viral entry are upregulated with age in human cardiomyocytes. *Journal of Molecular and Cellular Cardiology*, 147, 88–91. <https://doi.org/10.1016/j.yjmcc.2020.08.009>

ROKNI, M; GHASEMI, V; TAVAKOLI, Z. Immune responses and pathogenesis of SARS-CoV-2 during an outbreak in Iran: Comparison with SARS and MERS. *Rev. Med. Virol.*, v. 30, p. 1-6, 2020. doi: <https://doi.org/10.1002/rmv.2107>.

SALLARD, E et al. Type 1 interferons as a potential treatment against COVID-19. *Antiviral Research*, v. 178, p. 1-4, 2020. doi: <https://doi.org/10.1016/j.antiviral.2020.104791>.

SES-RJ. Notificações de Síndromes Respiratórias Agudas Graves (SRAG). Disponível em http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/dhx.exe?hdef/sivep_gripe.def. Acesso em: 12/08/2020.

SHI, Y et al. COVID-19 infection: the perspectives on immune responses. *Cell Death & Differentiation*, v. 27, p. 1451-1454, 2020. doi: 10.1038/s41418-020-0530-3.

SUN, J et al. COVID-19: Epidemiology, Evolution, and Cross-Disciplinary Perspectives. *Trends Mol Med.*, v. 25, p. 483-495, 2020. doi: 10.1016/j.molmed.2020.02.008.

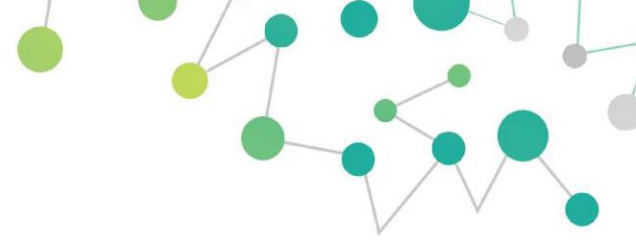
TANG, F et al. Lack of peripheral memory B cell responses in recovered patients with severe acute respiratory syndrome: a six-year follow-up study. *J. Immunol*, v. 186, n. 12, p. 7264-7268, 2011. DOI: 10.4049/jimmunol.0903490.

TIPNIS, SR et al. A human homolog of angiotensin-converting enzyme. Cloning and functional expression as a captopril-insensitive carboxypeptidase. *J Biol Chem.*, v. 275, p. 33238-33243, 2000. doi: 10.1074/jbc.M002615200.

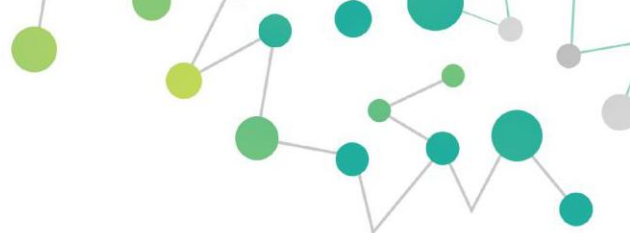
VERDECCHIA, P. The pivotal link between ACE2 deficiency and SARS-CoV-2 infection. *European Journal of Internal Medicine*, 2020. doi: 10.1016/j.ejim.2020.04.037.

YAN, T; XIAO, R; LIN, G. Angiotensin-converting enzyme 2 in severe acute respiratory syndrome coronavirus and SARS-CoV-2: A double-edged sword?. *The FASEB Journal*, v. 34, p. 6017-6026, 2020. doi: 10.1096/fj.202000782.

YAN, R., ZHANG, Y., LI, Y., XIA, L., GUO, Y., & ZHOU, Q. (2020). Structural basis for the recognition of SARS-CoV-2 by full-length human ACE2. *Science*, 367(6485), 1444–1448. <https://doi.org/10.1126/science.abb2762>



ZHAO, Y et al. Single-cell RNA expression profiling of ACE2, the receptor of SARS-CoV-2. *BioRxiv*, 2020. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.01.26.919985>.



CARACTERÍSTICAS E FARMACOTERAPIA ATUAL DAS ÚLCERAS NO PÉ DIABÉTICO

Elane Cristina Silva Landim¹

Cibério Landim Macêdo²

Bruno Wesley Ramalho Cirilo Ferreira³

Anaís Bezerra de Gusmão⁴

RESUMO

Diabetes é uma das enfermidades crônicas mais prevalentes no mundo. O controle inadequado dessa enfermidade pode desencadear úlceras nos pés dos pacientes, com várias alterações, incluindo infecção, denominada de pé diabético. Onde, a falta de tratamento adequado dessa enfermidade pode desencadear amputações de membros inferiores e óbitos. Esse trabalho tem o objetivo de investigar as principais características da enfermidade pé diabético, avaliando o processo fisiopatológico, a microbiologia e os esquemas antimicrobianos mais adequados atualmente, considerando o atual cenário de resistência bacteriana. Para tanto, foi utilizado os indexadores de artigos Scielo, PubMed e Sciencedirect. Entre 15-25% dos pacientes diabéticos evoluem com úlceras nos pés, onde mais da metade apresentam infecções nas úlceras, que podem ser causadas por poucos ou vários tipos de microrganismos, sobretudo os casos crônicos são normalmente polimicrobianos. Os principais microrganismos isolados das úlceras infectadas são *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* β -hemolíticos, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter* spp., *Proteus* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Bacteroides* spp., *Prevotella* spp. e *Clostridium* spp. Com o passar dos anos, essas bactérias foram adquirindo diferentes processos de resistência, como a produção de beta-lactamaes, a expressão de bombas de efluxo, alterações de proteínas de ligação das penicilinas e formação de biofilmes, dificultando a terapia empírica dessas infecções. Atualmente, os principais antimicrobianos utilizados no tratamento dessas infecções são metronidazol, linezolida, vancomicina, teicoplanina, amicacina, meropenem e clindamicina. Onde a escolha da antibiótico mais adequado depende da gravidade do caso, da infecção ser aguda ou crônica e do perfil de resistência bacteriana local.

Palavras-chave: Diabetes, Pé diabético, Infecção bacteriana, Antibióticos.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma das doenças crônicas mais prevalentes no mundo representando atualmente um dos maiores desafios de saúde pública do século XXI. Nos anos

¹ Farmacêutica e doutora pelo Curso de Pós-graduação em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos da Universidade Federal da Paraíba - PB, lanafarma@gmail.com;

² Tutor e doutor pelo Curso de Pós-graduação em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos da Universidade Federal da Paraíba - PB, ciberiolandim@hotmail.com;

³ Farmacêutico Residente da Residência Multiprofissional em Saúde da Criança (REMUSC), brunnoramalho@hotmail.com;

⁴ Farmacêutica Residente da Residência Multiprofissional em Saúde da Criança (REMUSC), anaisgusmao@gmail.com;

2000, havia 151 milhões de pessoas com DM em todo o mundo. Em 2015, o número total de pessoas com diabetes no mundo já chegou a 415 milhões, o que corresponde a uma prevalência de 8,8%. Além das taxas crescentes de mortalidade, o DM preocupa devido ao custo econômico associado à doença (BORGES; LACERDA, 2018).

Em 2015, o Brasil era o 4º país do mundo em números de pacientes com diagnóstico de diabetes, com 14,3 milhões de pacientes diagnosticados com essa enfermidade. E, a estimativa é de que em 2040 esse número aumente para 23,3 milhões de pacientes no Brasil (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2017).

O pé diabético está entre as complicações mais frequentes do diabetes mellitus (DM) e suas consequências variam desde feridas crônicas e infecções até amputações de membros inferiores. O exame periódico dos pés propicia a identificação precoce e o tratamento oportuno das alterações encontradas, possibilitando assim a prevenção de um número expressivo de complicações do Pé Diabético (BRASIL, 2016).

Pé diabético se refere a uma infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos moles associadas a alterações neurológicas e vários graus de doença arterial periférica (DAP) nos membros inferiores (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2017).

Pessoas com DM apresentam uma incidência anual de úlceras nos pés de 2% e um risco de 25% em desenvolvê-las ao longo da vida. Aproximadamente 20% das internações de indivíduos com DM são decorrentes de lesões nos membros inferiores. Complicações do Pé Diabético são responsáveis por 40% a 70% do total de amputações não traumáticas de membros inferiores na população geral. E, 85% das amputações de membros inferiores em pessoas com DM são precedidas de ulcerações, sendo os seus principais fatores de risco a neuropatia periférica, as deformidades no pé e os traumatismos (BRASIL, 2016).

No Brasil, são estimadas, em um modelo hipotético para uma população de 7,12 milhões de indivíduos com diabetes mellitus tipo 2 (DM2), 484.500 úlceras, 169.600 admissões hospitalares e 80.900 amputações, das quais 21.700 teriam como desfecho a morte (REZENDE et al, 2010).

As infecções no pé diabético podem ser causadas por poucos ou muitos tipos de bactérias, aquelas do tipo polimicrobianas são mais comuns nos casos crônicos, onde normalmente são causadas por bactérias Gram positivas e Gram negativas aeróbias e anaeróbias, além da possibilidade de participação de fungos. Em decorrência disso, os esquemas terapêuticos antimicrobianos mais adequados devem apresentar ação contra esses vários patógenos, sobretudo as bactérias (RAMIREZ-ACUÑA *et al.*, 2019).

A realização desse trabalho é justificada em decorrência do aumento crescente no quantitativo de indivíduos com diagnóstico de diabetes e de pé diabético. Onde, essa enfermidade representa uma importante causa de amputações de membros inferiores e óbito no mundo inteiro. Assim, é fundamental o aumento do conhecimento sobre os principais aspectos relacionados ao pé diabético.

Esse trabalho tem como objetivos investigar as principais características da enfermidade úlceras do pé diabético, avaliando sobretudo o processo fisiopatológico, a microbiologia e os esquemas antimicrobianos mais adequados atualmente, considerando o atual cenário de resistência bacteriana.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão da literatura por meio de levantamento bibliográfico durante os meses de agosto e setembro de 2020, buscando publicações indexadas nas bases de dados do Scielo, Pubmed e Sciencedirect, utilizando os descritores: diabetes, pé diabético e *diabetes and foot ulcers*. Os critérios de inclusão escolhidos para a seleção das publicações foram: artigos na categoria original e revisão de literatura, incluindo revisões sistemáticas publicados em português, inglês ou espanhol. As publicações consideradas para o desenvolvimento desse trabalho estão entre os anos de 1997 e 2020, sendo este o intervalo de tempo adotado. Foram excluídas da pesquisa as publicações que não eram relacionadas com o objetivo tema desta revisão bibliográfica, os trabalhos publicados nos formatos de trabalho de conclusão de curso, dissertação, tese, relato de caso, resenha e resumo de congresso, bem como em idiomas além do português, inglês e do espanhol. A partir da leitura das publicações, foram excluídas as que não possuíam informações relevantes que complementassem o levantamento bibliográfico ou que apresentassem informações repetidas. A leitura de todos os materiais foi realizada aos pares, seguida de discussão entre os autores, selecionando os estudos pertinentes para o desenvolvimento da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O aumento no quantitativo de pacientes com diabetes no mundo, onde muitas vezes são diagnosticados tardiamente, contribuiu para aumentar os casos de úlceras infectadas no pé diabético. E, falhas que levam a um diagnóstico tardio dessas infecções e tratamento

inadequado contribuem para aumentar o número de amputações e em alguns grupos de pacientes, aumento de óbito.

Assim, é necessário corrigir as possíveis falhas de diagnóstico e ter conhecimento adequado sobre os principais microrganismos isolados das úlceras, incluindo o atual perfil de resistência bacteriana em cada localidade. Dessa forma, é possível avaliar melhor o esquema terapêutico mais adequado para cada paciente. E, com isso evitar o agravamento das infecções, minimizando os riscos de amputações dos membros inferiores e óbitos.

É muito importante a identificação dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras e amputações, que compreendem as duas principais complicações do pé diabético. Assim, a equipe de saúde precisa avaliar constantemente os pacientes com pé diabético, ficando sempre atentos aos seguintes fatores de risco: história de ulceração ou amputação prévia, neuropatia periférica, deformidade dos pés, doença vascular periférica, baixa acuidade visual, nefropatia diabética (especialmente nos pacientes em diálise), controle glicêmico insatisfatório e tabagismo (BRASIL, 2016).

Úlceras do pé diabético

Úlceras do pé diabético são definidas como lesões nos pés (úlceras) que podem afetar a pele, tecidos moles e ossos em membros inferiores, causando uma infecção agravante em pacientes diabéticos que pode levar a consequências muito graves em alguns casos, como amputações de membros inferiores e óbito. Essas úlceras são causadas por etiologias multifatoriais como parte das complicações microvasculares do diabetes mellitus que podem levar a amputações, na maioria dos casos pela falta de manejo oportuno e correto dos pés diabéticos (RAMIREZ-ACUÑA *et al.*, 2019).

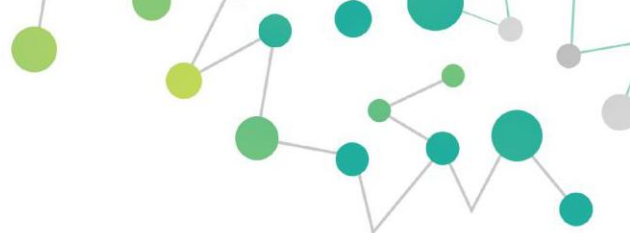
Diabetes mellitus tem sido comumente associado a uma série de mudanças micro e macro-vasculares que se manifesta como uma ampla gama de complicações. Úlceras nos pés diabético são um componente devastador do diabetes, com uma estimativa de 15% dos pacientes diabéticos que desenvolveram úlceras nos pés durante o curso de sua doença. Os fatores de risco comumente identificados predispondo ao desenvolvimento de úlceras nos pés incluem controle glicêmico deficiente, neuropatia periférica, doença vascular periférica e imunossupressão (LIM; NG; THOMAS, 2017). O percentual de pacientes com diagnóstico de diabetes que desenvolvem úlceras pode chegar à 25% em alguns grupos de pacientes, sobretudo em idosos, onde mais da metade dessas úlceras se tornam infectadas. Sendo, portanto,

imprescindível identificar as úlceras infectadas e tratar esses pacientes adequadamente (RAMIREZ-ACUÑA *et al.*, 2019).

Neuropatia periférica diabética e doença vascular periférica são os fatores etiológicos mais importantes para o desenvolvimento de úlceras nos pés, mas há uma interação complexa entre essas anormalidades e uma série de outros fatores contribuintes, como pressão alterada do pé, mobilidade articular limitada, controle glicêmico inadequado, origem étnica e parâmetros cardiovasculares. A identificação de pacientes com alto risco de ulceração e a educação desses pacientes pode alcançar uma grande redução nas taxas de amputação e ulceração (BOULTON, 2017).

A base bioquímica da ulceração é o resultado de uma combinação de componentes que juntos levam a degradação do tecido. Estados hiperglicêmicos persistentes resultam na complexa formação de produtos finais de glicação e citocinas, que por sua vez induzem um estresse oxidativo nas células nervosas, resultando em neuropatia motora, autonômica e sensorial (SINGH, 2014). Além disso, a insensibilidade da pele decorrente de alterações autonômicas que prejudicam a função das glândulas sudoríparas resulta na formação de mais calos. Neurônios sensorio-motores danificados inexplicavelmente levam a sensação reduzida ou alterada que afeta ainda mais a mecânica de sustentação de peso e marcha (LIM; NG; THOMAS, 2017). De modo que a junção de todos esses fatores contribuem para o desenvolvimento das úlceras.

Em pessoas saudáveis, o fechamento da ferida consiste em vários processos que ocorrem sequencialmente: a hemostasia rápida que envolve agregação de plaquetas para formar o tampão de plaquetas; uma fase de inflamação onde neutrófilos, macrófagos e os mastócitos liberam citocinas pró-inflamatórias; contração da ferida quando a inflamação diminui, ocorre a angiogênese, os queratinócitos e fibroblastos migram e a matriz extracelular se forma; e, finalmente, a fase de remodelação, onde o tecido de granulação se converte em tecido cicatricial maduro. Porém, no paciente diabético o processo de cicatrização de feridas é complexo e ineficiente. Os processos de fechamento da ferida são afetados, começando com uma diminuição no processo de fibrinólise e um desequilíbrio de citocinas produzidas, o que causa uma alteração no fechamento da ferida. Há também uma diminuição da angiogênese devido à hiperglicemia e a migração de células como queratinócitos e fibroblastos que se encontram diminuídas, causando re-epitelização deficiente; da mesma forma, a má produção da matriz extracelular (MEC) pelos fibroblastos contribui para o problema de fechamento deficiente da ferida (PEREZ-FAVILA, 2019). Tudo isso em conjunto contribui para tornar o processo de cicatrização das feridas nesses pacientes deficiente.



A infecção das úlceras do pé diabético

A infecção da úlcera do pé diabético é definida como a invasão e colonização por microrganismos patogênicos em uma ferida no pé, que causa dano ao tecido local favorecido por defesas desarranjadas do hospedeiro mediadas por hiperglicemia. As infecções começam como problemas menores e posteriormente progridem para envolver tecidos profundos, articulações ou ossos, especialmente se não for gerenciado e tratado adequadamente. Explorar a etiologia microbiana é um aspecto importante do manejo da infecção das úlceras do pé diabético. Pé ferido em diabéticos não têm muitas das barreiras protetoras e mecanismos associados com a pele intacta, fornecendo assim um ambiente propício para microrganismos invasivos e oportunistas (PITOCCO *et al.*, 2019).

A avaliação da presença de infecções nas úlceras dos pacientes com pé diabético deve ser feita constantemente, uma vez que o diabetes predispõe a infecções no pé, em função da maior frequência de úlcera nos membros inferiores, bem como da diminuição da resposta neutrofílica e da insuficiência vascular. A maioria das infecções no pé diabético ocorre em áreas de ulceração; porém, é possível ocorrer celulite ou mesmo fasciíte necrotizante na ausência de úlcera. Deve-se suspeitar de infecção na presença de exsudato purulento ou sinais de inflamação (rubor, dor, calor ou enduração/edema). Outras características sugestivas de infecção são odor fétido, presença de necrose e não cicatrização das lesões apesar do tratamento adequado. Deve-se atentar para o fato de que a neuropatia pode fazer com que os sintomas dolorosos estejam ausentes, assim como a vasculopatia pode fazer com que não haja eritema (BRASIL, 2016). A classificação das infecções no pé diabético é fundamental para escolha da conduta mais adequada para cada paciente (tabela 1).

Tabela 1 – Classificação da gravidade das infecções no pé diabético e manifestações

Grau de infecção	Manifestações
Sem infecção	<ul style="list-style-type: none">- Sem sinais de inflamação- Úlcera sem exsudato purulento.
Infecção leve	<ul style="list-style-type: none">- Presença de exsudato purulento e/ou dois ou mais sinais de inflamação.- Quando há celulite ou eritema, eles não ultrapassam 2 cm do bordo da úlcera.- A infecção é limitada à pele ou aos tecidos subcutâneos superficiais.- Não há outras complicações locais ou acometimento sistêmico.

Infecção moderada	- Presença de exsudato purulento e/ou duas ou mais manifestações de inflamação em paciente sem complicações sistêmicas e metabolicamente estáveis. Além disso, deve apresentar pelo menos uma das seguintes manifestações (celulite ultrapassando 2 cm do bordo da úlcera, presença de linfangite, acometimento abaixo da fáscia superficial, abscesso de tecidos profundos, gangrena e envolvimento de músculo, tendão, articulação ou osso).
Infecção grave	Exsudato purulento e/ou sinais de inflamação em paciente com toxicidade sistêmica ou instabilidade metabólica (febre, calafrios, taquicardia, hipotensão, confusão mental, vômitos, leucocitose, hiperglicemia grave, azotemia).

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016

Essas infecções nas úlceras do pé diabético são frequentes e geram graves complicações. Estima-se que 50% das úlceras estão infectadas na apresentação e 80% das amputações não traumáticas de membros inferiores são uma consequência da infecção. Pacientes com essas infecções são geralmente hospitalizados várias vezes sendo constantemente expostos a vários esquemas de antibióticos. Infecções de feridas são um fator no atraso no processo de cicatrização e, se forem inadequadamente tratados, podem levar a comprometimentos sistêmicos (RAMIREZ-ACUÑA *et al.*, 2019).

Atualmente uma série de recomendações devem ser analisadas no paciente com pé diabético. Com relação ao processo infeccioso nesses pacientes, atualmente as principais recomendações são: A infecção do pé diabético é um quadro clínico, cujo diagnóstico é baseado em sinais locais (eritema, inchaço, calor, dor). Sintomas inflamatórios sistêmicos podem estar presentes nas infecções graves. Se o exame clínico for ambíguo ou não puder ser explicado, é importante considerar o uso de biomarcadores dos processos inflamatórios, como proteína C reativa, taxa de sedimentação de eritrócitos, procalcitonina, entre outros, para auxiliar no diagnóstico de infecção nesses pacientes. Culturas de tecidos e/ou ossos devem ser coletados de úlceras infectadas para identificar bactérias patogênicas e orientar regimes de antibióticos (WANG *et al.*, 2020).

Um diagnóstico de osteomielite deve ser considerado, salvo prova em contrário, quando houver sinais de feridas profundas no trato sinusal que vão até o osso, ossos expostos ou úlceras crônicas que não cicatrizam apesar do padrão de cuidados adequado. Outras investigações, como testes de laboratório, diagnóstico por imagem (radiografia simples, ressonância magnética, cintilografia e cultura óssea ou a biópsia, podem ajudar na confirmação de

osteomielite, para melhor orientar regimes de antibióticos adequados e baseados no atual perfil de resistência bacteriana (WANG et al., 2020).

Na presença de infecção, deve-se considerar a necessidade de obter cultura para orientar o início ou a troca do antibiótico quando não há resposta satisfatória. Isso é mais relevante quando há fatores de risco para resistência bacteriana ou no caso de infecções moderadas a graves. Cultura de secreção coletada por *swab* superficial não é adequada, pois mesmo lesões não infectadas frequentemente se encontram colonizadas. Antes de coletar a amostra para cultura, deve-se limpar a lesão com gaze estéril e soro fisiológico. Os métodos adequados para coleta são: raspagem da base da úlcera com um bisturi ou uma cureta ou biópsia da lesão ou do osso. A aspiração de pus ou fluido do tecido por meio de agulha fina, utilizando técnica asséptica, é uma alternativa adequada. Os exames a serem solicitados são principalmente Gram e culturas aeróbia e anaeróbia. (LIPSKY et al., 2012).

Microbiologia das úlceras do pé diabético

O estudo relacionado a microbiologia das úlceras do pé diabético desenvolvido por Smith *et al* (2016), concluiu que a complexidade da população bacteriana presente em úlceras de pé diabético é muito maior do que seria esperado apenas com os estudos feitos com base em culturas de microrganismos. Não há diferença significativa nas populações bacterianas em úlceras novas e recorrentes, sugerindo o desenvolvimento de um microbioma único dentro de cada úlcera de pé diabético. Assim, a maior compreensão do microbioma da úlcera do pé diabético ajudará a orientar novas estratégias para efetivamente controlar o crescimento de biofilmes polimicrobianos e melhorar os índices de cura, beneficiando diretamente os pacientes que sofrem dessas feridas debilitantes.

Essas infecções, sobretudo aquelas com longos períodos de tratamento inadequado, pacientes que fizeram uso recente de antibióticos, os casos de úlceras crônicas e os quadros mais graves, compreendem normalmente infecções do tipo polimicrobianas (PITOCCO *et al.*, 2019).

Uma grande diversidade de microrganismos patogênicos e não patogênicos vive na pele dos humanos. Geralmente, três a cinco espécies de diferentes microrganismos são encontrados nas úlceras do pé diabético infectadas, incluindo os seguintes: aeróbios Gram-positivos (*Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Corynebacterium* spp.); anaeróbios Gram-positivos (*Enterococcus* spp., *Propionibacterium* spp., *Streptococcus* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Peptococcus* spp.); aeróbios Gram negativos (*Pseudomonas*

aeruginosa, *Acinetobacter* spp.); anaeróbios Gram negativos (*Proteus mirabilis*, *Escherichia coli*, *Bacteroides* spp.); e fungos (*Candida* spp.) (PEREZ-FAVILA, 2019; RAMIREZ-ACUÑA *et al.*, 2019).

No estudo clínico-microbiológico de 80 pacientes com pé diabético realizado por Gadepalli (2006), 82,5% das infecções apresentavam uma flora polimicrobiana com uma média de 2,3 espécies por paciente e uma razão aeróbia para anaeróbia de 5,5. Os patógenos mais comumente isolados nesse estudo foram *Staphylococcus aureus*, *Proteus* spp e *Escherichia coli*. Entre as espécies de anaeróbios, *Peptostreptococcus* spp, *Veillonella* e espécies de *Bacteroides* foram as mais predominantes.

A etiologia das infecções das úlceras do pé diabético foram polimicrobianas em 65% dos casos analisados, onde os microrganismos majoritariamente isolados foram *Escherichia coli* e *Staphylococcus aureus* entre os aeróbios e *Peptostreptococcus* spp. entre os anaeróbios. (ZUBAIR *et al.*, 2011).

No estudo realizado por Pitocco *et al* (2019), os cocos Gram-positivos foram os patógenos mais comumente isolados, sendo verificado que a porcentagem de MRSA foi extremamente alta, representando 59,4% desses microrganismos. As seis espécies microbianas mais comuns (*Staphylococcus aureus*, *Enterococcus faecalis*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Bacteroides fragilis*) constituíram quase 70% das infecções do pé diabético.

O recente estudo realizado por Machado *et al* (2020) em Portugal sobre a microbiologia das úlceras de pé diabético classificadas como moderadas e graves, onde foram comparados os anos de 2010/2011 e 2016/2017, identificou uma mudança no perfil de microrganismos entre os anos analisados. Nesse estudo foi verificado que a bactéria mais comumente isolada, tanto em 2010/2011 como em 2016/2017, foi o *S. aureus*, seguida de bactérias da família Enterobacteriaceae e *Pseudomonas aeruginosa*. Os fungos foram isolados em um pequeno percentual, tanto em 2010/2011 (0,6%) e 2016/2017 (1,1%) (Tabela 2). Sendo verificado uma alteração no perfil desses microrganismos entre os anos analisados. Em 2010/2011 as bactérias Gram positivas isoladas correspondiam a 68,2%, as bactérias Gram negativas foram isoladas em 31,3% das amostras e os fungos em apenas 0,6%. As análises realizadas em 2016/2017 mostraram uma alteração de perfil de microrganismos, onde 50,3% das bactérias isoladas eram do tipo Gram positivas, 48,6% eram bactérias Gram negativas e 1,1% dos microrganismos isolados foram fungos.

Tabela 2 – Patógenos isolados em úlceras de pé diabético 2010/2011 e 2016/2017 n = 359, valores (%)

Patógenos isolados	2010/2011 (n %)	2016/2017 (n %)
Bactérias Gram positivas	68,2	50,3
<i>Staphylococcus aureus</i>	26,7	19,7
- <i>Staphylococcus aureus</i> sensíveis a metilina (MSSA)	14,2	11,5
- <i>Staphylococcus aureus</i> resistentes a metilina (MRSA)	12,5	8,2
Outros <i>Staphylococcus</i>	9,1	4,4
<i>Streptococcus</i> spp	11,9	9,8
<i>Enterococcus</i> spp	14,8	14,2
Outras bactérias Gram positivas	5,7	2,2
Bactérias Gram negativas	31,3	48,6
<i>Enterobacteriaceae</i>	15,9	30,6
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	9,1	13,7
- Sensíveis as fluorquinolonas	6,3	6,6
- Resistentes as fluorquinolonas	2,8	7,1
<i>Acinetobacter</i> spp	1,1	1,6
Outras bactérias Gram negativas	5,1	2,7
Fungos	0,6	1,1
Total	49,0	51,0%

Fonte: Adaptado de Machado *et al.*, 2020.

Atualmente verifica-se um aumento da resistência bacteriana no mundo inteiro, tanto nas infecções adquiridas na comunidade como naquelas hospitalares. Dessa forma, o conhecimento sobre o atual perfil de resistência bacteriana, compreende um fator fundamental para escolha da antibioticoterapia mais adequada a ser utilizada no tratamento das infecções do pé diabético.

No estudo de resistência bacteriana realizado por Pitocco *et al* (2019), foi verificado que para o *S. aureus* a taxa de resistência à oxacilina foi de 59,4% (MRSA), 65,9% para amoxicilina-clavulonato, 64,1% para ciprofloxacino, 0,6% para teicoplanina e 0,4% para vancomicina; não sendo identificado cepas de *S. aureus* resistentes a linezolida. Para *P. aeruginosa*, não foi identificado nenhum antibiótico com sensibilidade de 100%; e as taxas de resistência foram de 58,5% para ciprofloxacino, 44,5% para gentamicina, 34,1% para ceftazidima, 39,1% para imipenem, 28,2% para meropenem e 18,3% para amicacina. Para *P. mirabilis*, nenhuma resistência ao meropenem foi observada, tendo taxas de resistência de 79,7% para ampicilina, 60,9% para ciprofloxacino, 45,2% para cefotaxima, 42,6% para amoxicilina-clavulanato, 37,5% para ceftazidima e 14,1% para amicacina. Para *E. faecalis*, nenhuma resistência a linezolida foi observada, com taxas de resistência de 4,3% à

vancomicina, 4,2% à teicoplanina e 3% para ampicilina. Para *E. coli*, foram identificadas cepas sem resistência para imipenem e meropenem, mas as taxas de resistência foram de 80% para ampicilina, 69,4% para ciprofloxacina, 25% para amoxicilina-clavulonato, 37,6% para cefotaxima, 35,3% para gentamicina, 31,8% para ceftazidima e 1,2% para amicacina. Para *B. fragilis*, observou-se resistência de 21,4% à piperacilina-tazobactam, mas sem resistência a amoxicilina-clavulonato, imipenem ou meropenem.

Terapia não farmacológica das úlceras do pé diabético

A abordagem e o tratamento do Pé Diabético, como nas demais condições crônicas de saúde, devem ser centrados no indivíduo, partindo de uma perspectiva ampliada que englobe o contexto em que vive o paciente (social, econômico, cultural, temporal, familiar), passando pelas dificuldades enfrentadas no dia a dia (atividades de vida diária, trabalho, lazer) e, finalmente, alcançando os aspectos inerentes à patologia e aos seus desdobramentos. O plano terapêutico deve ser, sempre que possível, compartilhado, incentivando a responsabilização do indivíduo com seu autocuidado e promovendo sua autonomia, bem como considerando o suporte social necessário e disponível (BRASIL, 2014).

Assim o acompanhamento desses pacientes deve ser feito de forma periódica e dependendo do caso, envolvendo uma equipe multiprofissional, composta por médicos em diferentes especialidades, enfermeiros, nutricionista, educador físico e fisioterapeuta. Além, da contribuição dos familiares.

As alterações cutâneas mais comuns devem ser periodicamente avaliadas, como a xerodermia (pele seca), calosidades (são mais comuns em áreas de alta pressão na região plantar, decorrentes de deformidades nos pés), alterações ungueais (o corte inadequado das unhas pode propiciar a ocorrência da unha encravada, com conseqüente trauma local e risco de infecção). Também é importante ficar atento a possíveis deformidades nos pés (aumento das proeminências dos metatarsos, dedos em garra, dedos em martelo, joanetes e perda do arco plantar) (BRASIL, 2016).

Terapia farmacológica das úlceras do pé diabético

O tratamento desses pacientes envolve um conjunto de medicamentos utilizados para prevenir e/ou tratar as principais complicações dessa enfermidade, como a dor neuropática e o processo infeccioso. Com o tratamento adequado é possível diminuir dor, controlar o processo

infeccioso e evitar os problemas mais graves como, amputação de membros e o óbito do paciente em alguns casos.

Farmacoterapia da dor neuropática

Com relação ao manejo da dor neuropática nos membros inferiores, geralmente se inicia com analgésicos não opioides, preferencialmente o paracetamol ou anti-inflamatórios (como, ibuprofeno, naproxeno ou diclofenaco). Havendo falha terapêutica e/ou dor intensa, pode-se usar antidepressivos tricíclicos (como, amitriptilina ou nortriptilina) ou ainda anticonvulsivantes (como, carbamazepina ou valproato de sódio). O ajuste da dose destes medicamentos, é uma alternativa, em pacientes com função renal normal ou inadequada e sem risco cardiovascular muito elevado. Assim, é importante reforçar a analgesia com antiinflamatórios, porém, evitando uso prolongado, pelos efeitos colaterais que podem ocorrer (BRASIL, 2010).

É importante ficar atento para os efeitos indesejáveis dos antidepressivos tricíclicos, dos quais se destacam: sedação, ganho de peso, constipação intestinal, retenção urinária, visão embaçada, boca seca. Estes medicamentos devem ser evitados em pacientes com distúrbios da condução atrioventricular e usados com cautela em pacientes com neuropatia autonômica. Há evidências limitadas, porém, boa experiência de uso, com carbamazepina e ácido valproico. A carbamazepina tem como desvantagem o elevado potencial para interações medicamentosas, enquanto a desvantagem do ácido valproico é a elevada teratogenicidade, além de outros efeitos indesejáveis associados ao uso desse medicamentos, sobretudo efeito hepatotóxico (BRASIL, 2016).

Farmacoterapia da infecção

O tratamento inicial dessas infecções é empírico, utilizando como critérios importantes de escolha dos antimicrobianos, a natureza da infecção (poucos microrganismos ou polimicrobiana), o perfil de resistência dos microrganismos da região e a gravidade do quadro. O tratamento em definitivo será realizado após a identificação dos microrganismos isolados e do resultado do antibiograma, podendo ser realizado na casa do paciente ou em ambiente hospitalar, a depender da gravidade de cada caso.

As infecções causadas por fungos são mais raras e o tratamento dessas infecções requer o uso de medicamentos denominados de antimicóticos. Esses tratamentos podem ser realizados

por meio da via tópica ou sistêmica, a depender a gravidade do quadro. Quando se trata de micose dos pés, os principais medicamentos utilizados são miconazol ou cetoconazol, ambos na forma de creme ou a terapia sistêmica pela via oral com fluconazol cápsulas. Os quadros de onicomicoses, são normalmente tratados com a administração oral de itraconazol na forma de cápsulas. Casos mais graves exigem internação do paciente e uso de medicamentos endovenosos (BRASIL, 2016).

Com relação ao tratamento das infecções bacterianas, uma série de pontos devem ser avaliados, como a gravidade da infecção (leve, moderada ou grave), o perfil de resistência bacteriana, a necessidade da identificação do microrganismo e antibiograma e do acesso do paciente aos antimicrobianos (BRASIL, 2016).

Para os casos de infecções leves, é possível a utilização de antibióticos orais com cobertura contra organismos Gram positivos, como as cefalosporinas de 1ª geração (cefalexina ou cefadroxila). O uso de amoxicilina-clavulanato, ampicilina-sulbactam ou amoxicilina-sulbactam, também representam opções alternativas, oferecendo uma cobertura antimicrobiana mais ampla. Quando há suspeita de infecção por *S. aureus* resistente a meticilina adquirido na comunidade (CA-MRSA), clindamicina é uma opção alternativa a ser empregada (BRASIL, 2016).

Para as infecções moderadas, dependendo do quadro pode-se optar por antimicrobianos de uso oral, como fluorquinolonas (ciprofloxacina ou levofloxacina) + clindamicina. Quando o caso requer internação hospitalar, ceftriaxona associada a clindamicina é uma opção que pode ser adequada (BRASIL, 2016).

Com relação aos casos graves, o paciente deve ser internado em hospitais e o tratamento é feito com terapia endovenosa, onde as principais opções terapêuticas são piperacilina-tazobactam, meropenem, cefepima, vancomicina, teicoplanina, linezolida, amicacina, gentamicina (BRASIL, 2016).

É importante destacar o atual estudo realizado por Pitocco et al (2019) com relação a resistência bacteriana, que auxilia na escolha mais adequada para tratar essas infecções. Dos vinte antibióticos analisados nesse estudo, apenas o metronidazol e a linezolida, foram eficazes em combater 100% das bactérias testadas, não sendo identificado nenhuma cepa resistente. Esses antibióticos são utilizados normalmente no tratamento de infecções causadas por bactérias anaeróbias (metronidazol) e Gram positivas (linezolida). Teicoplanina e vancomicina, frequentemente utilizadas no tratamento de infecções causadas por Estafilococos, Streptococos e Enterococos, também se mostraram boas opções terapêuticas, com baixas taxas de resistência, de apenas 1,5% e 1,7%, respectivamente. A amicacina representou a opção mais

adequada para tratar as infecções causadas por bactérias Gram negativas, incluindo *E. coli* e *P. aeruginosa*, com taxa de resistência de 18,8%. As taxas de resistência bacteriana para o meropenem, colistina e piperacilina-tazobactam foram de 22,0; 22,7 e 28,3, respectivamente. As maiores taxas de resistência, acima de 50%, foram identificadas com as seguintes drogas: eritromicina, aztreonam, cefotaxima, oxacilina, ciprofloxacino, penicilina G, amoxicilina-clavulonato e ampicilina.

Dessa forma, é possível verificar o crescimento das taxas de resistência bacteriana aos diferentes antibióticos. Verifica-se um aumento da resistência bacteriana aos antibióticos do grupo dos beta-lactâmicos, sobretudo penicilinas e cefalosporinas, cujo principal mecanismo de resistência é por produção de beta-lactamases. Também foi observado elevadas taxas de resistência das bactérias às fluoroquinolonas.

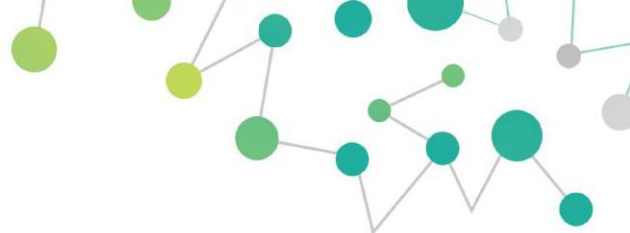
CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente se verifica um aumento pronunciado no número de casos de pacientes com diabetes e infecções de úlceras do pé diabético, causando como consequência elevadas taxas de amputações de membros inferiores e óbito. Nesse sentido, o conhecimento sobre o processo fisiopatológico dessa enfermidade é fundamental para melhor compreendê-la e planejar a melhor estratégia de tratamento para cada paciente. Vários medicamentos estão disponíveis para serem utilizados no controle da dor neuropática e para o tratamento das infecções. A escolha da antibioticoterapia mais adequada é baseada no conhecimento atualizado sobre os principais agentes causadores dessas infecções e o perfil de resistência bacteriana. Apesar do conhecimento sobre essa enfermidade ter aumentado muito nos últimos anos, novos estudos são necessários para ampliar o conhecimento sobre essa enfermidade e auxiliar na descoberta de novas estratégias terapêuticas mais eficientes e adequadas.

REFERÊNCIAS

BORGES, D. B.; LACERDA, J. T. Ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 162-178, 2018.

BOULTON, A. The pathogenesis of diabetic foot problems: an overview. **Diabet Med**, v. 13, p. S12-S16, 1997.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Formulário terapêutico nacional 2010**: Rename 2010. 2. ed. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** (Caderno de Atenção Básica, n. 35). Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, 2016.

GADEPALLI, R, et al. A clinico microbiological study of diabetic foot ulcers in an Indian tertiary care hospital. **Diabetes Care**, v. 29, p. 1727-1732, 2006.

LIM, J. Z. M.; NG, N. S. L.; THOMAS, C. Prevention and treatment of diabetic foot ulcers. **Journal of the Royal Society of Medicine**, UK, v. 110, n. 3, p. 104–109, 2017.

LIPSKY, B. A. et al. Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Diabetic Foot Infections. **Clinical Infectious Diseases**, v. 54, n. 12, p. 132-173, 2012.

PEREZ-FAVILA, A. et al. Current Therapeutic Strategies in Diabetic Foot Ulcers. **Medicina**, v. 55, p. 1-21, n. 714, 2019.

PITOCCO, D. et al. Diabetic foot infections: a comprehensive overview. **European Review for Medical and Pharmacological Sciences**, v. 23(2 Suppl.), p. 26-37, 2019.

RAMIREZ-ACUÑA *et al.* Diabetic Foot Ulcers: Current Advances in Antimicrobial Therapies and Emerging Treatments. **Antibiotics**, v. 8, n. 193, p. 1-32, 2019.

REZENDE, K. F. et al. Predicted annual costs for inpatients with diabetes and foot ulcers in a developing country: a simulation of the current situation in Brazil. *Diabet Med.* v. 27, n. 1, p. 109-112, 2010.

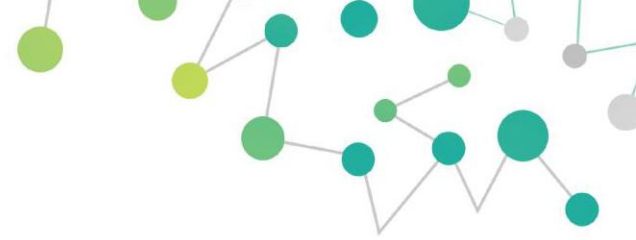
SINGH, V. P. et al. Advanced glycation end products and diabetic complications. **Korean J Physiol Pharmacol**, Índia, v. 18, p. 1–14, 2014.

SMITH, K. et al. One step closer to understanding the role of bacteria in diabetic foot ulcers: characterising the microbiome of ulcers. **BMC Microbiology**, v. 16, n. 54, p. 1-12, 2016.

Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. Editora Clannad, São Paulo, p. 1-46, 2017.

WANG, A, et al. Guidelines on multidisciplinary approaches for the prevention and management of diabetic foot disease (2020 edition). **Burns & Trauma**, v. 8, p. 1-52, 2020.

ZUBAIR, M; ABIDA, M; JAMAL, A. Incidence, risk factors for amputation among patients with diabetic foot ulcer in a North Indian tertiary hospital. **Foot**, v. 22, p. 24-30, 2011.



CRENÇAS LEGITIMADORAS DA VIOLÊNCIA CONJUGAL

Tamyres Tomaz Paiva ¹

Suiane Magalhães Tavares ²

Carlos Eduardo Pimentel ³

Giovanna Barroca de Moura⁴

RESUMO

A violência conjugal é um fenômeno que ocorre em diversas camadas sociais. Objetivamos analisar em que medida as pessoas de modo geral concordam com as crenças que legitimam a violência conjugal. E quais variáveis sociodemográficas (por exemplo: idade, estado civil e escolaridade) estão mais associadas a esse tipo de legitimação. Participaram do estudo 305 respondentes, provenientes da população geral, sendo a maioria do sexo feminino (63%), com idades entre 18 a 62 anos ($M=28,45$, $DP=10,65$), residentes da Paraíba (88,9%) da Cidade de João Pessoa (64,6%). Os resultados demonstraram que no geral os participantes discordaram das crenças que legitimam a violência conjugal. Apesar de que os testes realizados entre as variáveis sociodemográficas demonstraram que as pessoas que mantêm relacionamentos amorosos, casados, com idades entre 32 a 38 anos, e do sexo masculino e com baixa escolaridade demonstraram maiores médias a nível de concordância nos fatores da legitimação da violência conjugal. Logo, existe uma diferenciação quanto a concordância da legitimação da violência por meio da banalização da pequena violência, causas externas e descumprimento dos deveres, quando se é realizado comparações entre os grupos, isto é, existe diferença quanto a concordância de pessoas que são solteiras, com idades referentes a faixa etária de adultos, do sexo feminino e com mais escolaridade.

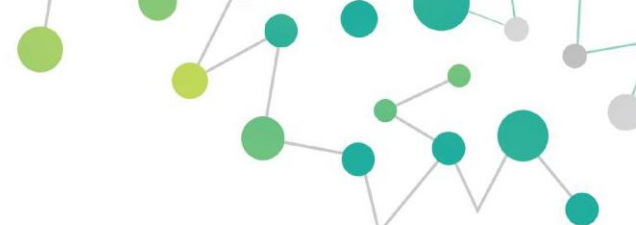
Palavras-chave: Crenças legitimadoras, legitimação da violência, violência conjugal, violência doméstica, CMJ.

¹ Doutoranda em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba, tamyres.tomaz1@gmail.com;

² Mestranda em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba, suianetavares1@gmail.com;

³ Doutor Professor da Graduação e Pós-graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba, carlosepimentel@bol.com.br;

⁴ Doutoranda em Psicologia Social da Universidade de Coimbra; giovannabarroca@gmail.com;



INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno social presente em qualquer sociedade desde as mais primitivas até as mais complexas (World Health Organization [WHO], 2002). O relatório da Organização Mundial de Saúde definiu a violência como o uso intencional de força física do poder real ou em ameaça contra si mesmo ou outra pessoa, grupo ou comunidade (WHO, 2002). Etimologicamente a palavra *violência* é uma ação ou efeito de violentar, significa ação executada sem cuidado ou uso de força excessiva a fim de causar danos. A violência é a intencionalidade para a realização do ato independente do resultado produzido. Até o significado, da palavra *poder* na definição do conceito resulta de uma relação que inclui ameaças e intimidações, negligências ou atos de omissão (WHO, 2002; ALVARENGA, 2011). Uma outra definição da violência foi dada por Anderson e Bushman (2002) e Waburton e Anderson (2015) que define a violência como uma agressão, mas esse tipo é mais danoso a saúde da pessoa, pois para ser violência requer que seja intencional e que cause dano suficiente para exigir atenção médica e terapêutica. Isto é, a violência é o aspecto mais prejudicial a saúde e integridade física da pessoa.

A violência doméstica abrange toda a dimensão afetiva e familiar, mas a gênero encontra as suas raízes ancoradas na desigualdade dos direitos resultantes de questões estruturais que podem se manifestar na discriminação social, político e econômico (CABRAL, RODRÍGUEZ-DÍAS, 2017). E a World Health Organization (WHO, 2010), compreende a violência conjugal como a violência entre parceiro íntimo ou violência por parceiro íntimo, definida como qualquer comportamento dentro de uma relação íntima que cause algum dano físico, sexual ou psicológico, abarcando atos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores. Desse modo, a violência pode ser exercida de várias maneiras, desde as mais invisíveis aos olhos humanos (como por exemplo, a violência psicológica, patrimonial e moral), até as mais concretas e visíveis, como por exemplo, a violência sexual e física (ALVARENGA, 2011). Existe vários espectros de violência segundo a WHO (2002), como: abuso, negligência, a violência íntima, violência doméstica, violência familiar, violência de gênero, maus-tratos, violência de si e coletiva.

A violência doméstica e familiar de acordo com a Lei 11.340/2006 conhecida popularmente como Maria da Penha é definida como toda e qualquer espécie de por ação ou omissão da agressão direcionada a mulher baseada no gênero, ocorrendo na esfera da vida

privada geralmente por pessoas interligadas por consanguinidade ou intimidade, servindo para infligir sofrimento sexual, psicológico, dano moral, patrimonial, ou físico podendo causar lesão ou até a morte. De acordo com essa Lei, a violência possui 5 tipos: 1) violência física é entendida como qualquer conduta contra a integridade ou saúde corpórea; 2) violência psicológica conceituada como silenciosa, porém causa dano emocional diminuindo a autoestima ou qualquer outro meio contra a saúde psicológica; 3) violência sexual é dita como qualquer conduta que intimide ou induza ao exercício das práticas sexuais não desejada, sem limitar-se à penetração; 4) a violência patrimonial refere-se aos danos materiais ou seja, a destruição ou subtração e destruição de objetos e documentos pessoais; 5) violência moral compreendida como qualquer meio de calúnia, difamação e a injúria de um companheiro ou familiar.

Contudo, neste estudo trataremos a violência doméstica e mais especificamente a conjugal ligada ao âmbito da esfera íntima amorosa. A violência doméstica contra a mulher ou relações de parceiros íntimos como é chamado por Heru (2007), mantém-se até hoje entrelaçando as emoções dos indivíduos e as relações afetivas nocivas. É usado o termo violência conjugal caracterizada por meio do matrimônio ou laço íntimo amoroso (JONHSON, 2005; HERU, 2007), possuindo, no entanto, o mesmo sentido da violência doméstica (FÉLIX, 2012) que tem por efeito intimidar, punir, humilhar a/o companheira (o), diminuindo dessa forma a segurança pessoal, o amor próprio, desestabilizando a personalidade e a dignidade constituindo um desrespeito a integridade física, mental e moral (ALVARENGA, 2011; CUNHA, PINTO, 2014).

Existe vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de se ter uma violência conjugal dentro do seio familiar. Podem advir do próprio histórico familiar antes da relação conjugal, ou seja, são pessoas que já tem na família casos de violência, passam a ter mais predisposição a se relacionar com pessoas que contribuem para a perpetuação da violência conjugal (DAY, et al. 2003; WORDEN, CARLSON, 2005; FÉLIX, 2012). Além disso, as famílias de classes menos favorecidas economicamente e sem escolaridade tornam-se fator de risco para a violência (LUCENA, 2011; NASCIMENTO, 2015). Quanto menos favorecida na escolaridade for a pessoa, mais sujeita a desinformação essa pessoa estará, logo, a violência também é fruto da desinformação da sociedade(LUCENA, 2011; NASCIMENTO, 2015).

Também pode advir através da transmissão de normas, valores e comportamentos a ser apreendido, por meio da observação o modelo a ser seguido. Esse modelo propício a violência tal como estimulado pelo ambiente externo pode ser imitado como meio mais adequado de resolução de problemas, corroborando para a incidência da violência conjugal (DAY, et al.

2003; MENDES, CLÁUDIO, 2010; FÉLIX, 2012). E o fator psicológico em que as experiências vividas pelos indivíduos também são importantes para identificar se no casamento há violência, geralmente à violência se precede no namoro, e durante a seriedade e o tempo que o relacionamento se constitui, que vai se tornando cada vez mais restrito a autonomia da mulher, passando a diminuir a sua autoestima, causando-lhe uma dependência emocional. Os sentimentos passam então a ser encurralados, preso de tal forma, que a vítima se torna tolerante a situação, caracterizando o amor como obsessivo e dependente com aspectos de agressão e vitimação (DAY, et al. 2003; FÉLIX, 2012).

Referencial Teórico

Com base nesse cenário, analisamos esse fenômeno social complexo sob o âmbito da Teoria da Crença do Mundo Justo (CMJ) também conhecido como Teoria do Motivo de Justiça. Segundo a teoria, as pessoas são categorizadas como pessoas boas e más. De maneira que as coisas que lhes acometem, são devido a sua própria ação. Essa categorização reforça a motivação das pessoas para o senso de justiça no mundo, o que pode aumentar o julgamento das vítimas de violência. Isso significa que a vítima que sofreu um infortúnio mereceu o que lhe ocorreu (LERNER, 1980).

Estudos na literatura mostram que as vítimas são culpabilizadas diante de situações injustas que lhes ocorreram, sendo também evitadas quando algo trágico lhes acomete; e o sofrimento minimizado perante todo o infortúnio (AGUIAR, VALA, CORREIA, PEREIRA, 2008). De acordo com Lerner (1980), essas formas de se comportar perante uma vítima de uma injustiça, são maneiras de restaurar o senso de justiça no mundo. Nesse sentido, situações que causam determinado sofrimento a uma vítima, podem nos levar a senti nossa crença ameaçada, seremos então motivados a restaurá-la. Para Lerner (1980) esses comportamentos podem ocorrer com mulheres vítimas de estupro; pessoas pobres entre outros.

Segundo Machado (2009) e Cabral e Rodríguez-Díaz (2017) as crenças podem aumentar a tolerância aos maus tratos conjugais que interferem a prática de profissionais que tentam amenizar a situação ocorrida. E que muitas vezes são usadas justificativas pautadas nessas crenças como a perda de controle do parceiro por uso de álcool ou outras drogas, a provocação da esposa ou companheira, o descumprimento de alguma tarefa doméstica dentre outros. Essas justificações servem para manter a crença que o mundo é um lugar justo (LERNER, 1980).

Diante do exposto, buscamos neste estudo conhecer em que grau as pessoas concordam com as crenças que legitimam a violência conjugal. E conhecer quais tipos de variáveis

sociodemográficas podem se relacionar com essas crenças. Hipotetizamos que essas crenças terão alto nível de concordância nos participantes e que o sexo masculino, nível educacional mais baixo, pessoas que possuem relacionamentos amorosos e casadas aceitarão legitimarão mais a violência conjugal. Haja visto, que as pessoas mais maduras e com compromissos aceitam mais as violências sutis em detrimento de manter os relacionamentos (PETRUCELLI et al., 2014; MORAL et al., 2017).

METODOLOGIA

Participantes

A amostra foi composta por 305 participantes de uma população geral, sendo a maioria do sexo feminino (63%), com idades entre 18 a 62 anos ($M=28,45$, $DP=10,65$), residentes da Paraíba (88,9%) da Cidade de João Pessoa (64,6%), considerados brancos (44,9%), solteiros (72,8%), heterossexuais 86,6%, com ensino superior incompleto (58,4%), com renda entre 1 e 3 salários mínimos. A maior parte afirma estar em um relacionamento amoroso (68,89%), dividindo-se em dois grupos: os não vítimas violência (88,8%) e as vítimas de violência (11,5%), sem histórico familiar (50,5%), e com histórico familiar (49,5%), mas a maioria prevalece sem a denúncia dos companheiros (a) (97%).

Procedimento

Inicialmente se apresentou o projeto ao comitê de ética da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Com a emissão do parecer favorável nº CAAE 46749115.4.0000.5188, prosseguiu-se com a aplicação do instrumento de pesquisa na população geral, nas redes sociais e em universitários, aplicado de forma individual e em ambientes coletivos. A duração para aplicação desse estudo durou cerca de 5 minutos. A participação foi iniciada após a concordância com TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). A coleta foi realizada de maneira on-line por meio de redes sociais e de forma presencial em salas de aulas. Foi seguido a Resolução 466/12 e a 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Foi garantido o anonimato dos respondentes bem como ficou esclarecido aos participantes que a pesquisa não envolveria nenhum risco a sua saúde e integridade biopsíquica, moral e espiritual.

Questões sobre violência conjugal: Foi usado a Escala de Violência Conjugal de Félix (2012), composta por 15 itens e 3 fatores, variando numa escala de 1= discordo totalmente a 5= concordo totalmente. Os itens demonstram em relação à violência física e psicológica ligando fatores a: Legitimação e banalização da pequena violência (por exemplo: Dar uma bofetada a/ao parceiro quando se está aborrecido ou irritado é normal, é uma coisa sem gravidade; $\alpha = 0,86$); Legitimação da violência por descumprimento dos deveres/expectativas do(a) parceiro(a) (por exemplo: O problema dos maus-tratos dentro do casamento, afeta uma pequena porcentagem da população; $\alpha = 0,79$); Legitimação da violência pela sua atribuição a causas externas (por exemplo: Os maus-tratos ocorrem apenas em famílias de baixo nível educacional e econômico; $\alpha = 0,68$).

Análise dos dados

Para a tabulação e análise dos dados será utilizado o *PASW (Predictive Analytics SoftWare*, versão 21). Mediu-se a frequência das questões demográficas para definir os grupos que participaram da pesquisa, juntamente com a média e o desvio padrão das respostas. Realizou-se correlação bivariada entre as variáveis: vítimas, sexo, denúncia, histórico familiar e relacionamento amoroso. Também foi realizado um teste t de Student e ANOVA com as variáveis sociodemográficas e os fatores de legitimação da violência conjugal.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, buscou-se analisar descritivamente em que grau de concordância os participantes pontuaram nos fatores da legitimação da violência conjugal. Verificou-se no primeiro fator que, 92,9% dos participantes discordam da Legitimação e banalização da pequena violência (ponto 1 e 2 da escala), 4,6% não concordam e nem discordam que deve ser aceito essa forma de violência (ponto 3 da escala) e 4,2% concordaram na banalização da violência conjugal como algo aceitável e normal em um relacionamento (ponto 4 e 5 da escala). Mesmo que em percentual baixo, podemos verificar que existem pessoas que concordam com a crença de que a banalização da violência é algo natural nas relações amorosas e que as justificativas de trocas mútuas ou não culpar o agressor mesmo quando se foi agredida é justificável em detrimento a manutenção dos relacionamentos amorosos (FÉLIX, 2012;

MACHADO, 2009). Esse aspecto da culpabilização da vítima é encontrada no processo de vitimização secundária, ao qual esse aspecto é descrito como uma forma de manter a crença de que o mundo é um lugar justo e que todos tem o que merecem e merecem aquilo que têm (BRICKMAN et al., 1982; LERNER, 1980).

Em relação ao segundo fator, Legitimação da violência por Descumprimento dos deveres/expectativas do (a) parceiro(a), cerca de 89,5% dos participantes discordaram de se usar a falta de compromissos como desculpas para a violência (ponto 1 e 2 da escala). Desses participantes, 8,5% não concordam e nem discordam que deva ser usado a violência (ponto 3 da escala) e 2% concordaram que deve ser usado a violência quando a/o companheira(o) não se portar como eles querem (ponto 4 e 5 da escala). O mesmo aconteceu com esse fator, mesmo em percentual mínimo, ainda existem pessoas que tentam não opinar, como concordaram em justificar a violência por meio do adultério, preocupação com as mulheres dentro do casamento ou se as mulheres forem boas esposas não terão motivos para serem agredidas (FÉLIX, 2012). Essa quebra do contrato social desequilibrada e baseada no poder do homem sobre a mulher, se torna uma justificativa plausível para a manutenção desses abusos nos relacionamentos amorosos (ALVARENGA, 2011), como mantém a CMJ ativada nesses contextos de culpabilização da vítima (LERNER, 1980).

No terceiro fator Legitimação da violência pela sua atribuição a causas externas, 83% dos participantes discordaram que a violência possui relação com atributos do meio social (ponto 1 e 2 da escala). Sendo que 12,8% dos participantes não concordam e nem discordam que os meios contribuem para o uso da violência na relação (ponto 3 da escala), e 4,2% concordaram que o efeito do meio social e a ingestão de substâncias alcoólicas podem contribuir para a violência conjugal (ponto 4 e 5 da escala). O padrão que ocorreu com os outros dois fatores expostos acima, também ocorreu com as causas externas. Em percentual baixo, as pessoas ainda concordam com as crenças de que a violência é causada pelo uso de álcool, desemprego, baixo nível educacional. Essas só reforçam a CMJ, isto é, culpa-se a vítima pelo que acontece, mantendo-se distanciados da posição de que podem ser vítimas desses infortúnios por se julgarem como pessoas boas (LERNER, 1980).

A partir das médias das respostas em cada fator, procurou-se saber quais variáveis do sociodemográfico podem está mais relacionadas com os fatores da legitimação das crenças da violência conjugal. Com isso, realizou-se correlação bivariada, unicaudal, entre as variáveis: vítimas, sexo, denúncia, histórico familiar e relacionamento amoroso. E apenas a variável relacionamento amoroso apresentou significativamente correlação positiva com apenas o fator Legitimação e banalização da pequena violência ($r = 0,13$; $p < 0,01$). Esse relacionamento

mostra que o tipo de relacionamento pode colaborar na concordância com esse tipo de violência. Pois, é a partir da convivência íntima que os sentimentos se entrelaçam confundindo aquilo que elas querem, daquilo que realmente acontece, havendo uma banalização da pequena violência que fica despercebido diante do ideal de relacionamento amoroso (FÉLIX, 2012).

E para uma análise mais detalhada procedeu-se com o *test t de student* para amostras independentes a fim de verificar se existem diferenças significativas entre as médias das condições. Foram identificadas diferenças significativas no Teste de Levene entre os grupos que mantém e não mantém algum tipo de relacionamento amoroso, apresentando os valores [$t(2,90) = 297,9; p < 0,001$], ou seja, as pessoas que estão em um relacionamento amoroso apresentam maior média no fator de legitimação e banalização da pequena violência, significando que os participantes que mantém relacionamento amoroso possuem maior concordância na legitimação da violência conjugal por meio do fator da banalização da pequena violência. A tabela 1, a seguir mostra os dados sobre média e desvio-padrão.

Tabela 1

Comparações dos fatores da legitimação da violência conjugal com o relacionamento amoroso.

	Relacionamento	M	DP	Sig.	t
Banalização da pequena violência	Não mantém	1,4	0,48	0,004	2,90
	Mantém relacionamento	1,6	0,93		
Descumprimento dos deveres	Não mantém	1,7	0,62	0,30	1,02
	Mantém relacionamento	1,8	0,88		
Causas externas	Não mantém	1,9	0,72	0,29	1,06
	Mantém relacionamento	2,0	0,96		

Também foi realizado a ANOVA, para comparação de médias com as variáveis: idade, cor, estado civil, orientação sexual, renda e nível de escolaridade. Vale ressaltar que cor e renda

não foram estatisticamente significativas nas comparações múltiplas. Mas, com relação a idade, a banalização da pequena violência ($F(43, 261) = 2,1; p < 0,001$) foi estatisticamente significativo, sendo seu maior pico entre as idades dos 32 aos 38 anos. E no fator Descumprimento dos deveres/expectativas do (a) parceiro(a) ($F(43, 261) = 1,8; p < 0,005$), com pico entre as idades dos 36 aos 38 anos, ou seja, tanto em Banalização quanto em Descumprimento com os deveres as pessoas com mais idades ou adultos apresentam maior concordância nessas formas de legitimação do que os jovens. Enquanto que o fator das Causas Externas ($F(43, 261) = 1,2; p < 0,17$), não foi significativamente diferente, portanto há uma homogeneidade das variâncias que não difere os grupos nas faixas etárias. Em estudo de Petrucelli et al. (2014) e Moral et al. (2017), mostram que pessoas mais maduras, isto é, acima dos 34 anos, toleram mais a violência em virtude de se ter uma dependência emocional com o parceiro, ou em virtude de ter mais compromisso com seu relacionamento.

Na variável Estado civil, os fatores de legitimação da violência por meio da banalização da pequena violência ($F(3,301) = 7,47; p < 0,001$) e dos descumprimentos dos deveres ($F(3,301) = 7,96; p < 0,001$) foram estatisticamente significativos. A partir das comparações do *teste post hoc*, identificou-se no fator da banalização e pequena violência que as pessoas casadas possuem maior nível de concordância em comparação as pessoas solteiras ($b = 0,51; SE = 0,11; p > 0,001$). As pessoas casadas também apresentam maior nível de concordância em comparação as pessoas divorciadas ($b = 0,60; SE = 0,21; p = 0,03$). Quanto ao fator dos descumprimentos dos deveres, também houve uma diferença quanto as pessoas casadas e solteiras. As pessoas casadas demonstraram maior nível de concordância maior do que as pessoas solteiras ($b = 0,51; SE = 0,11; p > 0,001$). E um nível marginalmente significativo quanto as pessoas casadas com maior concordância em relação as pessoas divorciadas ($b = 0,50; SE = 0,21; p = 0,08$). Quanto a Causas Externas ($F(3,301) = 2,7; p = 0,04$), também houve diferença quanto aos grupos. Apenas as pessoas casadas se diferenciam na concordância em comparação as pessoas solteiras ($b = 0,34; SE = 0,12; p = 0,03$). Demonstrando que as pessoas casadas possuem maior nível de concordância com esses fatores em comparação as pessoas solteiras e divorciadas. Logo, dependendo do nível de comprometimento que as pessoas possuem em um relacionamento, esse pode ser um perpetuador para a manutenção do relacionamento abusivo (BORNSTEIN, 2006; BUTION, WECHSLER, 2016), o que talvez justifique essa maior concordância em pessoas casadas. Já que se leva em consideração os papéis rígidos da mulher e do homem, tornando o mais vulnerável submisso a uma relação agressiva (ALVARENGA, 2011; DAY et al., 2003).

Além disso, a escolaridade também apresentou diferenças quanto aos fatores legitimadores na Banalização ($F(3,301) = 3,48$; $p < 0,005$), Descumprimento dos deveres ($F(3,301) = 14,54$; $p < 0,001$) e Causas Externas ($F(3,301) = 3,48$; $p = 0,01$). A partir das comparações do *teste post hoc*, identificou-se que as pessoas de nível ensino fundamental concordam mais com as crenças da banalização da pequena violência em comparação as pessoas de nível superior incompleto ($b = 0,42$; $SE = 0,14$; $p = 0,01$). Esses resultados também se repetem quanto as crenças das causas externas. As pessoas que possuem nível de ensino fundamental concordam mais com as crenças por meio das causas externas em comparação as pessoas de nível superior incompleto ($b = 43$; $SE = 0,15$; $p = 0,02$). Já quanto as crenças por descumprimento dos deveres, as pessoas de nível fundamental se deferem quanto as pessoas de nível superior incompleto ($b = 1,49$; $SE = 0,44$; $p = 0,005$) e as pessoas de nível superior completo ($b = 1,33$; $SE = 0,44$; $p = 0,01$). As pessoas que possuem ensino médio completo também concordam mais com essas crenças em comparação as pessoas que possuem nível superior incompleto ($b = 0,77$; $SE = 0,13$; $p = 0,001$) e nível superior completo ($b = 0,62$; $SE = 0,14$; $p = 0,001$).

Isto é, as pessoas com nível de escolaridade mais baixo demonstraram maior concordância quanto as essas crenças legitimadoras da violência conjugal. As pessoas de nível fundamental concordaram mais com esses tipos de legitimadores, isso também foi encontrado em estudos de Lucena, (2011) e Nascimento (2015) que em seus estudos identificou que a violência ocorre constantemente em classes sociais menos favorecida com baixa escolaridade. Quanto maior o nível de informação, mais consciência e racionalização daquilo que está vivendo podendo criar meios para sair de uma relação abusiva, com isso o nível de escolaridade pode ser um dos motivadores para a aceitação da violência conjugal.

Restringindo ao percentual das vítimas de violência, buscou-se conhecer quais variáveis do sociodemográfico variáveis (e.g., sexo, denúncia, histórico familiar e relacionamento amoroso) estão relacionadas com os fatores da legitimação da violência. E a variável sexo mostrou uma correlação significativa entre as formas de Legitimação da Violência com Banalização ($r = -0,44$; $p < 0,01$); Descumprimento dos deveres ($r = -0,37$; $p < 0,05$) e Causas Externas ($r = -0,40$; $p < 0,05$). Para uma análise comparativa sobre qual dos sexos está mais predisposto a concordar com os legitimadores da violência conjugal, se efetuou o *teste t independente*, para identificação das diferenças significativas. O Teste de Levene, apontou diferenças entre os dois grupos (sexo masculino e feminino) no fator dos descumprimento dos deveres ($t(1,7) = 7,19$; $p = 0,05$), e no fator de Causas Externas [$t(1,9) = 7,30$; $p < 0,05$], evidenciando dessa forma que o sexo masculino tem maior concordância nas formas de

legitimação do que o sexo feminino (Ver tabela 2). Isso indica que a violência é atribuída a situações fora do controle emocional do agressor, com a justificativa de estar sob o efeito de álcool ou desconforto da situação socioeconômica, falta de emprego é mais tolerável nos participantes do sexo masculino do que no feminino. Bem como, o uso de crenças de que as mulheres que não se portaram como boas esposas, ou que ela mereceu ser agredida por ter sido infiel, ou por não ter atendido a expectativas do parceiro enquanto “donas de casa”, torna um elemento potencializador para o prolongamento de uma relação abusiva, ao qual a mulher não tem direitos e sim deveres (DAY, et al. 2003; FÉLIX, 2012).

Tabela 2

Comparações dos fatores da legitimação da violência conjugal com o sexo do participante.

	Sexo	M	DP	Sig.	t
Banalização da pequena violência	Masculino	2,4	1,20	0,16	1,9
	Feminino	1,4	0,62		
Descumpriment o com os deveres	Masculino	2,3	1,06	0,04	1,7
	Feminino	1,5	0,66		
Causas Externas	Masculino	2,6	1,08	0,02	1,9
	Feminino	1,8	0,70		

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É sabido que existem muitos dados a respeito da violência doméstica na literatura global e também são realizadas diversas campanhas em prol da defesa da saúde e do bem estar das vítimas de violência, que em sua maioria são mulheres. Mas, há escassez de estudo na literatura brasileira, sobre o olhar psicológico dentro do âmbito da violência conjugal, bem como contribuições do psicólogo nesse processo de identificação de aspectos que colaboram para

promoção da informação acerca da violência conjugal. Encontrou-se ainda dificuldades com relação aos participantes, que são ou foram vítimas da violência conjugal, para responder ao questionário, apesar de terem sido compartilhado de forma online em diversos meios sociais e aplicado de forma presencial em Universidades, já que foi de caráter de conveniência e não probabilística. Uma outra limitação, foi não ter relacionado as crenças com a desigualdade de direitos baseados no gênero, que é um dos fatores que contribuem para o aumento da aceitação da violência e estudos futuros deverá focar nesse construto teórico. O estudo, no entanto, restringiu a violência doméstica conceituada pela legislação brasileira para a violência conjugal, a fim de identificar dentro das relações íntimas amorosas qualquer forma de violência. É necessário que tenham mais estudos acerca das crenças legitimadoras da violência em outros grupos minoritários, como por exemplo, homossexuais, idosos e crianças.

Outra limitação encontrada é que não relacionamos com aspectos psicológicos da saúde das pessoas. E estudos futuros devem se pautar em como essas crenças podem interferir no bem estar das pessoas. As crenças podem afetar diretamente o agressor, como a vítima e até mesmo o trabalho dos profissionais de saúde que lidam com as demandas da violência conjugal. Sabe-se, que a violência torna as pessoas encurraladas, presa a relações que não são consideradas saudáveis e as crenças conseguem legitimar que os aspectos da pequena violência, das causas externas e descumprimento dos deveres são algo naturalizados na sociedade. Mas, o psicólogo conhecendo as crenças que o paciente endossa pode trabalhar com o agressor nas questões de aceitação do outro de forma condicional sem a necessidade de tentar mudar a vítima, como podem informar os direitos de seus parceiros, estimular o respeito com o outro, a compreensão, o diálogo. Como também trabalhar com a vítima em questões de autoestima, dependência emocional, satisfação com a vida, que são construtos que geralmente podem estar relacionados com as crenças que legitimam a violência, sendo prejudiciais à saúde e bem estar das pessoas, estimulando o amor próprio, autoconfiança, o empoderamento e a busca por informações acerca das situações vividas.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos os respondentes da pesquisa, em especial a vítimas de violência que colaboraram para que pudéssemos explorar os dados de maneira didática.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, C. A.; BUSHMAN, B. J. Human aggression. **Annual Review of Psychology**, v. 53, n. 1, p. 27-51, 2002.

AGUIAR, P. et al. Justice in Our World and in that of Others: Belief in a Just World and Reactions to Victims. **Social Justice Research**, v. 21, n. 1, p. 50–68, mar. 2008.

ALVARENGA, L. B. F. Discriminación y Violencia Contra la Mujer. Uma Cuestión de Género. Porto Alegre. Núria Fabris, 2011.

CABRAL, P. C., Rodríguez-Díaz, F. J. Violência Conjugal: crenças de atuais e futuros profissionais, implicados na sua reposta e prevenção – direito, saúde e educação. **Saber & Educar**, v. 23, 2017.

BORNSTEIN, R. F. The complex relationship between dependency and domestic violence: Converging psychological factors and social forces. **American Psychologist**, v.6, n.6, p. 595–606, 2006.

BRICKMAN, P., RABINOWITZ, V.C., KARUZA, J., COATES, D., COHEN, E., KIDDER, L. Models of helping and coping. **American Psychologist**, v.37, p.368-384, 1982.

BUTION, D. C., & WECHSLER, A. M. Dependência emocional: uma revisão sistemática da literatura. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v.6, n.1, p. 77-101, 2016.

CUNHA, S. C. & PINTO, R. B. Violência Doméstica. Lei Maria da Penha Comentada Artigo por Artigo. São Paulo. **Revista dos Tribunais**, 2014.

DAY, V. P. et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista psiquiátrica do Rio Grande Sul**, v.25, n.1, p. 9-21, 2003.

FELIX, D.S.S. Crenças de legitimação da Violência de Género e Efeitos de Campanhas de Prevenção: Um estudo exploratório. (Dissertação de Mestrado). Secção de Psicologia da Educação e da Orientação. Universidade de Lisboa. Portugal, 2012.

HERU, A. M. Intimate partner violence: treating abuser and abused. **Advances in Psychiatric Treatment**, v.13, p.376-383, 2007.

JOHNSON, M. P. Domestic Violence: It's Not About Gender –Or Is it? **Journal of Marriage and Family**, v.67, n.5, p.1126-1130, 2005.

LEI n. 11.340. Lei Maria da Penha. Brasília, DF: Presidência da República, 2006.

LERNER, M. J. Belief in a just world: A fundamental delusion. New York: **Plenum Publishing Corporation**, 1980.

LUCENA, K. D. T. D. Análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2007 em João Pessoa-PB (Tese de Mestrado). Programa de Pós-graduação em Modelos de Decisão e Saúde. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, 2011.

MACHADO, C. “Crenças e Atitudes de Profissionais face à Violência Conjugal”. **Acta Médica Portuguesa**, v.22, p.735-742, 2009.

MENDES, E., & CLÁUDIO, V. Crenças e atitudes dos estudantes de enfermagem, engenharia e psicologia acerca da violência doméstica. Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Braga, Portugal, 2010.

MORAL, M. de la V.; GARCÍA, A; CUETOS, G.; SIRVENT, C. Violencia en el noviazgo, dependencia emocional y autoestima en adolescentes y jóvenes españoles. **Revista Iberoamericana de psicología y salud**, v.8, n.2, p. 96-107, 2017.

NASCIMENTO, B. S. Atitudes frente à violência contra a mulher: o papel dos valores e da desumanização da mulher (Tese de Mestrado). Programa de Pós-graduação em Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, 2015.

PETRUCCELLI, F.; DIOTAIUTI, P.; VERRASTRO, V.; PETRUCCELLI, I., FEDERICO, R.; MARTINOTTI, G.; FOSSATI, A.; DI GIANNANTONIO, M.; JANIRI, L. Affective dependence and aggression: An exploratory study. **BioMed Research International**, p.1-11, 2014.

PINTO, M.; VARELA, A.; VINHAL, A. A personalidade das vítimas de violência conjugal. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v.8, p. 25-29, 2012.

WORDEN A. P.; CARLSON, B. E. Attitudes and Beliefs About Domestic Violence: Results of a Public Opinion Survey. II. Beliefs About Causes. **Journal of interpersonal violence**, v.20, n.10, p. 1219-1243, 2005.

WARBURTON, W.; ANDERSON, C. **On the clinical applications of the general aggression model to understanding domestic violence**. In R. A. Javier & W. G. Herron (Ed.) *Understanding Domestic Violence: Theories, Challenges, Remedies*. USA: Rowman & Littlefield Publishers, p. 1-15, 2015.

World Health Organization [WHO]. **World report on violence and health.** Ed. E.G.

Krug, L. L. Dahlberg, J.A. Mercy, A. B. Zwi e R. Lozano. Genebra, 2002.

World Health Organisation (WHO). **Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence.** Geneva, Switzerland:

World Health Organisation, 2010.



DIABETES MELLITUS E COGNIÇÃO: REPERCUSSÕES NA ESTRUTURA E NO FUNCIONAMENTO CEREBRAL DE ADULTOS E IDOSOS

Ilana Magalhães Barroso¹
Caio Matheus Santos da Silva Calado²
Aparecido Jonathan Mandú de Araújo³
Danielle Dutra Pereira⁴

RESUMO

Transformações demográficas ocorrem no Brasil e projeta-se um crescimento da população idosa e, conseqüentemente, um aumento de diversas doenças, inclusive as ligadas ao próprio processo fisiológico do envelhecimento humano. Assim, observa-se também um aumento de doenças crônicas em idosos, e também adultos, como o diabetes *mellitus* que ocasiona prejuízos em diversos sistemas fisiológicos, inclusive, no sistema nervoso, alterando o seu funcionamento e refletindo em déficits neurocognitivos. A partir disso, o objetivo da presente pesquisa é investigar as alterações morfológicas e funcionais do diabetes *mellitus* tipo 1 e tipo 2 no sistema nervoso e na cognição de adultos e idosos. Para isso, foi realizada uma revisão sistemática da literatura. Foi observado que o diabetes tipo 1 e tipo 2 estão associados a processos inflamatórios e neurodegenerativos em diversas regiões cerebrais como o hipocampo, amígdala, lobo frontal, lobo temporal, lobo occipital e em regiões límbicas, repercutindo diretamente em danos neurocognitivos na memória, aprendizagem, funções executivas e o controle das emoções, além de aumentar a probabilidade do surgimento de demências. Partindo disso, conclui-se que essa doença compromete a qualidade de vida do sujeito, principalmente, aqueles que convivem há décadas com essa doença e/ou sujeitos que não conseguem controlar com eficácia os picos de hiperglicemia e hipoglicemia. Assim, o conhecimento dessas alterações é necessário para a compreensão das repercussões disso na qualidade de vida e no autocuidado para que possam ser traçados planos e intervenções eficazes no tratamento desses indivíduos.

Palavras-chave: Cognição, Diabetes, Hiperglicemia. Neurodegeneração, Sistema Nervoso.

INTRODUÇÃO

Consideráveis transformações no padrão demográfico brasileiro são evidenciadas desde 1940 até 1960, onde é possível notar um declínio consistente nos níveis de mortalidade e, posteriormente, de natalidade. Tais modificações constituem importantes mudanças estruturais no corpo social brasileiro, com declínios nas taxas de crescimento populacional e alterações na pirâmide etária, implicando assim em um crescimento lento no número de crianças e

¹Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco- IFPE- e Doutoranda em Antropologia pela Universidade Federal de Pernambuco- UFPE, ilanamagalhaes@live.com ;

²Graduando do Curso de Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco- UFPE, cmathcalado30@gmail.com;

³Graduando do Curso de Farmácia da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, jonathan.mandu@outlook.com.

⁴Pesquisadora da Universidade Federal de Pernambuco- UFPE, dani.dutra@hotmail.com



adolescentes, concomitantemente, com o aumento da população adulta e idosa, sendo ainda desconhecidas e controversas as causas para esse fenômeno (SIMÕES, 2016).

Projetam-se, assim, estimativas de que a população idosa -a partir de 65 anos- represente aproximadamente 25% da população brasileira dentro de quatro décadas, evidenciando um aumento dos indivíduos desse grupo no recorte temporal de 2010-2060 (IBGE, 2020). Paralelamente, ocorre uma expansão da prevalência de doenças intrinsicamente associadas aos processos fisiológicos naturais do envelhecimento humano, a exemplo das coronariopatias, neoplasias, osteoporose e as demências (APRAHAMIAN, MARTINELLI e YASSUDA, 2009).

Assim, observa-se também um aumento de doenças crônicas nessa fase da vida, como o diabetes *mellitus*, em que dados apontam que essa patologia acomete cerca de 18% dos idosos causando prejuízos na autonomia, qualidade de vida e funcionalidade, trazendo assim grandes impactos no doente, na família e no sistema de saúde por apresentar danos sistêmicos, como disfunções renais, nervosas, visuais, sexuais, cardiológicas e arteriais (MOORADIAN e CHEHADE, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014; FRANCISCO *et al.*, 2010; SILVA *et al.*, 2006). Essa condição está associada entre as maiores taxas de hospitalizações, de cuidados médicos e maior incidência de doenças cardíacas, nervosas, amputações e cegueiras (SARTORELLI e FRANCO, 2003).

Posto isso, o diabetes *mellitus* representa um grupo heterogêneo de doenças que compartilham a hiperglicemia como característica em comum, onde sua classificação, antigamente, era fundamentada na terapia farmacologia do sujeito: dependente de insulina e não dependente de insulina, atualmente a classificação é baseada na patogênese da doença, e não mais no seu tratamento, sendo dividida em diabetes *mellitus* tipo 1, diabetes *mellitus* tipo 2, diabetes gestacional e outros tipos específicos de diabetes (MARASCHIN, 2013; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006).

Sabe-se que no diabetes *mellitus* tipo 1 existe uma deficiência completa de insulina, causando assim danos sistêmicos e podendo levar o portador da doença a óbito, sendo mais comum na infância e adolescência, onde esse tipo possui uma forte influência da herança gênica (MARASCHIN, 2013; GUTHRIE e GUTHRIE, 2004) Em contrapartida, o diabetes *mellitus* tipo 2 é a classe mais frequente, correspondendo cerca de 90% de todos os casos notificados no mundo, surgindo habitualmente após os 40 anos de idade, apesar de haver uma progressão nos jovens por causa da obesidade, sabe-se que o seu surgimento envolve fatores genéticos e ambientais (RUDENSKI *et al.*, 1988; MOKDAD *et al.*, 2001; BARNETT *et al.*, 1981).



Em suma, a condição pré diabética é quando existem níveis elevados de glicose na corrente sanguínea, o diabetes *mellitus* tipo 2 é caracterizado por uma certa resistência a insulina, enquanto o diabetes *mellitus* tipo 1 é caracterizado pela diminuição da produção de insulina devido ao ataque as células betas do pâncreas, sabendo-se que a insulina é um hormônio produzido pelo pâncreas e possui a função de controlar o nível de glicose no sangue, ajustando a produção e o armazenamento de glicose (MACEDO *et al.*, 2019; SMELTZER *et al.*, 2005).

Pessoas portadoras do diabetes por um longo período apresentam disfunções em diversos sistemas fisiológicos. São observadas alterações renais, causando um comprometimento dos rins, alterações musculoesqueléticas e cardíacas, na medida em que sujeitos com diabetes apresentam um fator de risco para o desenvolvimento de neuropatia autonômica cardiovascular (ROMÃO-JÚNIOR; 2004; ZAMFIROV e PHILIPPE, 2017; AGASHE e PETAK, 2018)

Diante do exposto, o diabetes é considerado uma doença metabólica crônica cuja prevalência aumenta anualmente, sendo considerada uma das principais causas de danos cognitivo, na medida em que provoca o envelhecimento cerebral e danifica as substâncias brancas e cinzas do cérebro, existindo assim fortes indícios de uma relação do diabetes com o surgimento de demências (WILD *et al.*, 2004; ZIMMET *et al.*, 2001; UMEGAKI., 2001; NINOMIYA., 2014; RINGO., 1991).

Por outro lado, também são evidenciadas alterações neurológicas e neuropsicológicas, visto que existem associações do diabetes com; acidente vascular cerebral, transtorno de ansiedade, transtorno depressivo, deficiência intelectual, agravo da epilepsia, encefalopatia diabética, demonstrando que a hiperglicemia prolongada leva a morte neuronal (PRASAD *et al.* 2014; SCHOBER *et al.* 2012; MCCORRY *et al.* 2006; PENG *et al.* 2013; SUMMERS, 2004; PASQUIER *et al.* 2006; ALEXANDRU *et al.* 2016; MOORADIAN, 1997)

Sendo assim, a literatura relata danos funcionais e cognitivos em pacientes com diabetes, evidenciando déficits na memória e aprendizagem de crianças, além da diminuição da substância cinzenta em regiões pré-frontais do cérebro (HANNONNEN *et al.*, 2012; MARZELLI, 2014).

O mesmo pode ser observado em adolescentes e recém adultos, onde foi notório os déficits no sistema executivo, visto que os sujeitos com o diabetes apresentaram desempenho cognitivo significativamente inferior em uma avaliação neuropsicológica da capacidade inibitória, da memória de trabalho e no desempenho das funções executivas, de modo geral, quando comparados ao grupo controle -sujeitos sem diabetes-, demonstrando que a idade



precoce do início da doença e os picos de hiperglicemia e hipoglicemia estão intimamente ligados aos danos cognitivos e comportamentais (BROADLEY e ANDREW, 2017).

Além disso, adultos apresentam déficits no processamento de informações e na capacidade intelectual, apresentando disfunções na atenção, memória, linguagem e nas funções executivas, além de que pessoas idosas com o tipo 2 apresentaram uma redução da massa cerebral e um alargamento dos ventrículos cerebrais (BRISMA *et al.*, 2007; FERGUSON *et al.*, 2005; CALISSAYA *et al.*, 2018).

A partir desses achados, o objetivo da presente pesquisa é investigar os efeitos do diabetes *mellitus* tipo 1 e diabetes *mellitus* tipo 2 no sistema nervoso e suas repercussões na cognição de adultos e idosos, tendo em vista o aumento exponencial dessa doença nas últimas décadas.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada na presente pesquisa foi uma revisão de literatura do tipo sistemática, através da busca por artigos em inglês e português publicados nos últimos cinco anos, período de 2016-2020, no banco de dados PubMed. Buscando os objetivos da pesquisa, foram utilizados os seguintes descritores: diabetes mellitus e cognição, diabetes mellitus e sistema nervoso; diabetes mellitus e neurociência, e seus correspondentes em inglês: diabetes mellitus and cognition; diabetes mellitus and nervous system; diabetes mellitus and neuroscience

Os critérios de inclusão de pesquisas utilizados nesse estudo foram: i) relevância do estudo e relação com o objetivo da pesquisa; ii) alterações na cognição de idosos e adultos advindas da diabetes mellitus; iii) pesquisas experimentais em humanos e animais; iv) revisões sistemáticas de literatura com meta-análise; v) revisões de literatura do tipo integrativa; vi) artigos publicados em língua portuguesa e inglesa; vii) ensaios clínicos randomizados.

Em contrapartida a isso, adotou-se como critérios de exclusão: i) pesquisas anteriores a 2016; ii) pesquisas com sujeitos acometidos também transtornos neurocognitivos graves; iii) indivíduos acometidos por outras patologias neurológicas que possam influenciar na cognição; iv) pesquisas com sujeitos com outro tipo de diabetes que não seja o diabetes mellitus tipo 1 e tipo 2; v) sujeitos com outras doenças em conjunto com o diabetes, vi) estudos que não detalhem o tipo de diabetes dos sujeitos incluídos nas pesquisas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 2754 artigos todos em língua inglesa, após a leitura inicial de títulos, objetivos, métodos e resumos para classificar os estudos que enquadravam-se nos critérios da presente pesquisa, e remover os estudos inelegíveis e duplicados. Em seguida, restaram 54 artigos em língua inglesa para leitura na íntegra. Após a leitura completa dos estudos, alguns apresentaram ainda um ou mais critério de exclusão, restando assim 16 artigos que foram incluídos na presente pesquisa (dados expressos imagem 1, imagem 2, tabela 1 e tabela 2).

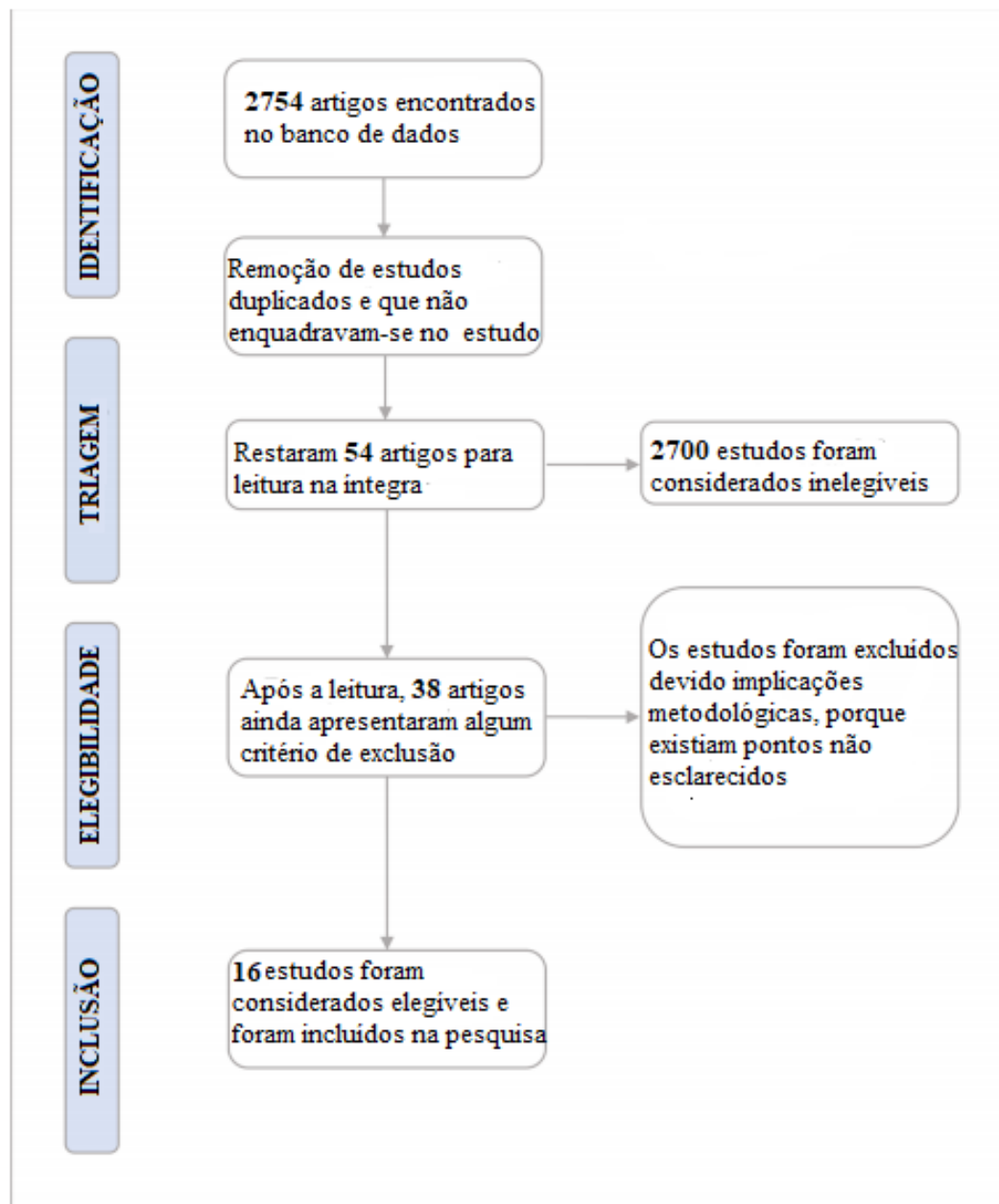
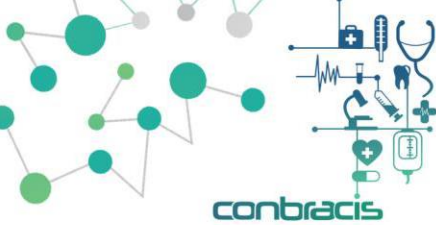


Imagem 1: Esquema da identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos incluídos na pesquisa. Foram encontrados 2754 artigos, após uma análise criteriosa, restaram 16 artigos no total para serem incluídos na pesquisa.



conbracis

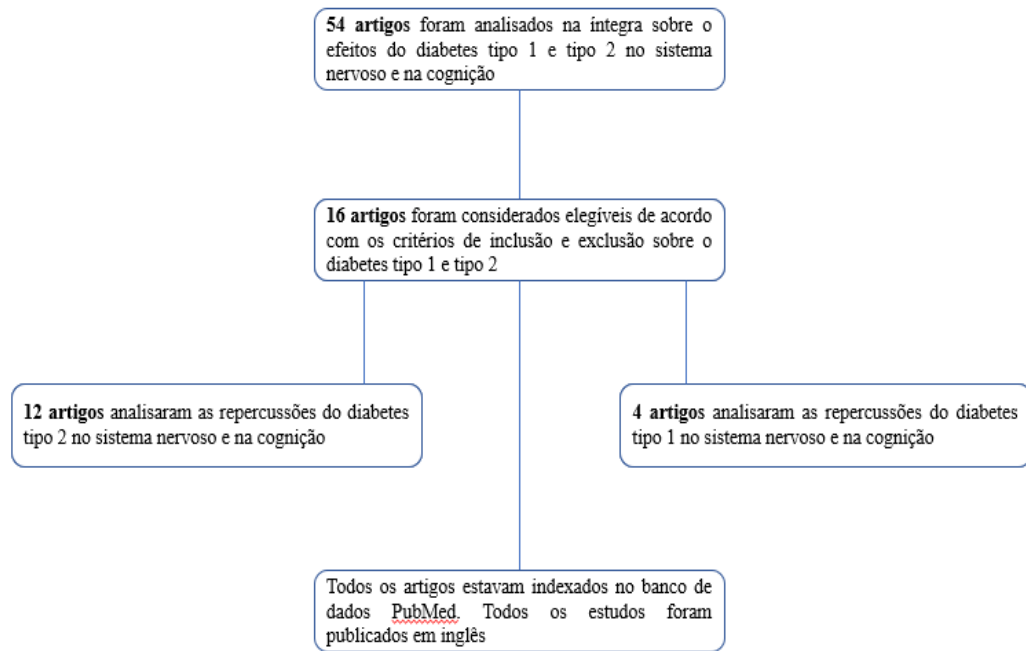


Imagem 2: Esquema da análise dos artigos e quantidade sobre o tipo 1 e o tipo 2 do diabetes. 54 artigos foram lidos na íntegra, e 16 incluídos no estudo, sendo 12 sobre o tipo 2 e 4 sobre o tipo 1.

Autor e ano	Título do artigo	Tipo de Diabetes	Prejuízos cognitivos	Danos no Sistema Nervoso	Método Utilizado
Yerrapragada et al., 2019	Cognitive Dysfunction Among Adults With Type 2 Diabetes Mellitus in Karnataka, India	Tipo 2	Prejuízo leve		Estudo transversal
Milne et al., 2016	Hippocampal atrophy, asymmetry, and cognition in type 2 diabetes mellitus	Tipo 2	Funções executivas, memória e linguagem	Atrofia do hipocampo	Estudo longitudinal
Black et al., 2018	Diabetes, Depression, and Cognition: a Recursive Cycle of Cognitive Dysfunction and Glycemic Dysregulation	Tipo 2	Funções executivas e regulação emocional	Hipocampo e córtex pré frontal	Estudo descritivo
Nilsson et al., 2019	Experimental non-severe hypoglycaemia substantially impairs cognitive function in type 2 diabetes: a randomised crossover trial	Tipo 2	Velocidade psicomotora		Estudo experimental
Zhang et al., 2019	Altered brain structural topological properties in type 2 diabetes mellitus patients without complications	Tipo 2		Hipocampo, amígdala, globo pálido, giro pós central, giro temporal superior.	Análise topológica
Moghaddam et al., 2019	Brain microstructural abnormalities in type 2 diabetes mellitus: A systematic review of diffusion tensor imaging studies	Tipo 2	Prejuízo leve	Áreas corticais, subcorticais, fibras de projeção e associação e o cerebelo.	Revisão sistemática sem meta análise
Bussel et al., 2016.	Altered Hippocampal White Matter Connectivity in Type 2 Diabetes Mellitus and Memory Decrements	Tipo 2	Memória e aprendizagem	Hipocampo e suas conexões de substância branca	Estudo experimental
Groenewald et al., 2018	Brain imaging correlates of mild cognitive impairment and early dementia in patients with type 2 diabetes mellitus	Tipo 2	Associação com demências	Atrofia da substância cinzenta e branca e o lobo temporal	Estudo experimental
Mankovsky et al., 2018	Cognitive functioning and structural brain abnormalities in people with Type 2 diabetes mellitus	Tipo 2	Retardo na velocidade de processamento	Aumento do volume da substância branca	Estudo experimental
Qi et al., 2017	[Follow-up of resting-state brain function with magnetic resonance imaging in patients with type 2 diabetes mellitus]	Tipo 2	Visão, memória visual e processamento de informação	Déficits nas regiões frontais e occipitais	Estudo experimental
Gomes, Villalobos E Flores, 2019).	Consequences of diabetes mellitus on neuronal connectivity in limbic regions	Tipo2	Memória	Alterações nas sinapses e arborização dendrítica	Estudo descritivo
Nici e Hom, 2019	Neuropsychological function in type 2 diabetes mellitus	Tipo 2	Inteligência, memória, sensação e percepção.	Não fala	Estudo experimental

Tabela 1: Características dos artigos incluídos no estudo sobre diabetes *mellitus* tipo 2: autoria, ano de publicação, alterações na cognição, alterações no sistema nervoso e tipo do estudo realizado. Foram incluídos um total de 12 artigos em inglês sobre o diabetes tipo 2, e 16 artigos no total sobre o tipo 1 e tipo 2 do diabetes.

Autor e ano	Título do artigo	Tipo de Diabetes	Prejuízos cognitivos	Danos no Sistema Nervoso	Método Utilizado
Bogush, Heldt e Persidsky, 2017	Blood Brain Barrier Injury in Diabetes: Unrecognized Effects on Brain and Cognition	Tipo 1 e 2	Associação com déficits neurocognitivos	Estresse oxidativo, degeneração da barreira hematoencefálica.	Estudo descritivo
Broadley e Andrew, 2017	A Systematic Review and Meta-analysis of Executive Function Performance in Type 1 Diabetes Mellitus	Tipo 1	Funções executivas		Revisão sistemática com meta-análise
Yoon et al., 2018	Prefronto-temporal white matter microstructural alterations 20 years after the diagnosis of type 1 diabetes mellitus	Tipo 1	Habilidades cognitivas gerais e processos emocionais	Regiões frontais, temporais, parietais e occipitais.	Estudo descritivo
Samoilova et al., 2018	[Markers for cognitive impairments and variability of glycaemia in patients with type 1 diabetes mellitus]	Tipo 1	Memória e atenção	Atrofia no córtex cerebral	Estudo experimental

Tabela 2: Características dos artigos incluídos no estudo sobre diabetes *mellitus* tipo 1: autoria, ano de publicação, alterações na cognição e no sistema nervoso e tipo do estudo realizado. Foram incluídos um total de 4 artigos em inglês sobre o diabetes tipo 1 e 16 artigos no total sobre o tipo 1 e tipo 2 do diabetes.

Sujeitos acometidos por o diabetes *mellitus* tipo 2 apresentaram uma declínio cognitivo leve, onde isso pode ser associado aos episódios de hipoglicemia crônica que afetam o cérebro através de processos inflamatórios, além de causar estresse oxidativo e dificultar o reparo neuronal e a neurogênese (YERRAPRAGADA *et al.*, 2019). Também é possível observar alterações no hipocampo, onde pessoas com o tipo 2 apresentaram uma atrofia no hipocampo, alterações no sistema executivo e na velocidade psicomotora (MILNE *et al.*, 2016; BLACK *et al.*, 2018; NILSON *et al.*, 2019).

Com o intuito de entender o funcionamento neural de pessoas diabéticas e pessoas não diabéticas, observou-se que o comprometimento cognitivo está associado intimamente com alterações disfuncionais em redes neurais que envolvem regiões frontotemporais, o giro do cíngulo, a coroa radiada do tálamo e tractos talâmicos (XIONG *et al.*, 2016)

Diante disso, é possível notar alterações microestruturais nas redes neurais do portador de diabetes, principalmente nas funções executivas, onde pode dificultar comportamentos adaptativos e, conseqüentemente, levar a quadros de hiperglicemia, aumentando os danos sistêmicos (BLACK *et al.*, 2018).

Assim, evidências trazem à tona a questão de que pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2 sofrem alterações no sistema nervoso durante sua vida, danificando áreas frontais, temporais, parietais, bem como o tálamo, o hipocampo, o corpo caloso, giro do cíngulo, a cápsula externa, o cerebelo e a substância branca de modo geral e isso, por sua vez, reflete em danos neurocognitivos (MOGHADDAM *et al.*, 2019; VAN-BUSSEL *et al.*, 2016).



Todavia, os mecanismos neurais responsáveis por o declínio cognitivo ainda são controversos, sabe-se que a hiperglicemia, o estresse oxidativo e a neuroinflamação desenvolvem papéis importantes no surgimento das disfunções cognitivas, fazendo com que a diabetes tipo seja um fator de risco tanto para as demências vasculares quanto para a Doença de Alzheimer (FEINKOHL *et al.*, 2015; GEIJSELAERS *et al.*, 2015; PRINCE *et al.*, 2014; CHENG *et al.*, 2012)

Partindo desses postulados, isso representa uma grande problemática porque na Doença de Alzheimer ocorrem disfunções sinápticas e químicas, como alterações na atividade dos neurotransmissores, sendo essa uma doença neurodegenerativa que ocasiona a morte do tecido nervoso, diminuindo assim algumas regiões como o córtex cerebral e o hipocampo e , devido ao processo degenerativo, ocorre o alargamento dos ventrículos cerebrais (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2020)

Assim, além dos danos na substância branca, técnicas de investigação por imagem demonstraram uma atrofia no lobo temporal e na substância cinzenta e isso parece estar associado com o surgimento de demências em sujeitos com o diabetes *mellitus* tipo 2 (GROENEVELD *et al.*, 2018). O mesmo efeito deletério é observado nas células da barreira hematoencefálica, essa que é uma das formas de proteção do sistema nervoso, devido ao fenômeno da hiperglicemia, causando assim complicações neurológicas (BOGUSH, HELDT e PERSIDSKY, 2017).

Por outro lado, investigações com ressonância magnética demonstraram um aumento do volume da substância branca do cérebro em pessoas com diabetes tipo 2 associando isso a um retardo na velocidade de processamento de informações desses sujeitos (MANKOVSKY *et al.*, 2018). Além disso, as áreas occipitais e frontais são reduzidas na diabetes tipo 2 e, em relação as habilidades cognitivas, ocorrem déficits na visão, no processamento de informações e na memória visual (QI *et al.*, 2017).

Também é possível observar alterações neurocognitivas em pacientes com o diabetes tipo 1, onde esses sujeitos apresentam disfunções na memória de trabalho e na capacidade inibitória, ambas são dimensões das funções executivas, podendo causar comportamentos desadaptativos e prejudicar o autocuidado (BROADLEY e ANDREW, 2017).

Apesar disso, também foi encontrado o efeito deletério no sistema nervoso de sujeitos com o diabetes tipo 1, na medida que houve redução no fascículo longitudinal superior e nas áreas frontais, temporais e occipitais que estão associadas com processos emocionais e cognitivos (YOON *et al.*, 2018). O mesmo ocorre em outro estudo em que sujeitos com o tipo



1 de diabetes demonstraram um desempenho inferior em testes neuropsicológicos em comparação ao grupo controle sem diabetes, evidenciando uma atrofia no córtex cerebral e déficits na memória e atenção (SAMOILOVA *et al.*, 2018).

Além disso, a hiperglicemia, na diabetes tipo 2, pode ocasionar mudanças nas redes sinápticas e na arborização dendrítica em estruturas frontais e límbicas, através de processos neurodegenerativos e por redução de proteínas como o Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro (BDNF), causando alterações na memória e em outros processos neurocognitivos (GOMES, VILLALOBOS e FLORES, 2019). Também nota-se alterações na inteligência, linguagem, visão, sensopercepção e em funções motoras (NICI e HOM, 2019)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir disso, conclui-se que ambos os tipos, 1 e 2, de diabetes *mellitus* apresentam danos no sistema nervoso central e periférico e, conseqüentemente, alteram a cognição de adultos e de idosos. Contudo, pôde-se observar danos mais severos em sujeitos que possuem o diabetes há décadas e em pacientes que não conseguem controlar os picos de hiperglicemia e hipoglicemia, onde esses dois acontecimentos podem lesionar o sistema nervoso.

Também nota-se uma escassez de estudos com o diabetes tipo 1, tendo em vista que a grande maioria dos estudos analisaram somente o tipo 2, mas também foram identificados fenômenos de neurodegeneração e inflamação no cérebro de pacientes com ambos os tipos de diabetes, evidenciando alterações no sistema nervoso de sujeitos com ambos os tipos de diabetes.

Assim, faz-se necessário estudos que avaliem as repercussões dessas alterações nervosas e cognitivas na qualidade de vida do sujeito e no seu autocuidado para que os profissionais de saúde possam planejar intervenções mais eficazes no que diz tange o tratamento dessa doença. Por fim, essas informações podem contribuir para a adesão de técnicas compensatórias para suprir os déficits neurocognitivos desses sujeitos.

AGRADECIMENTOS

Todos os autores agradecem primeiramente à todos aqueles que contribuíram para a realização desse estudo, seja de forma direta ou indireta. Agradecemos também especialmente às Universidades Públicas por proporcionarem os incentivos as pesquisas acadêmicas mesmo com os ataques sofridos nesse campo nos últimos tempos.



Além disso, agradecemos à Universidade Federal de Pernambuco por nos acolher e nos apresentar o mundo das ciências.

Em especial, agradecemos também à Professora Dr^a Danielle Dutra por apresentar o mundo das neurociências e o quão multidisciplinar é essa área, além das suas orientações durante todo o percurso na academia. Agradeço também a Bruno Monteiro por todas as dúvidas sanadas e pelo apoio em todas pesquisas que me proponho a participar, além de me mostrar uma luz nesse momento pandêmico e me permitir sonhar novamente.

Também agradeço a Gabriel Lyra, por proporcionar momentos de desabafos e calmarias com essa voz cantando para afastar as aflições. Agradeço as “ismãs” por todo o carinho e afeto nesse “novo mundo” com a covid-19.

Por fim, agradeço a Dona Ivanise Calado, minha avó, aquela que ilumina todos os meus dias com o seu sorriso e olhar, essa pesquisa é dedicada à você, portadora do diabetes, pois de alguma forma queria entender mais sobre essa condição e suas repercussões sistêmicas.

“A felicidade pode ser encontrada mesmo nas horas mais difíceis, se você lembrar de acender a luz” (HP).

REFERÊNCIAS

AGASHE, S., PETAK, S. Cardiac Autonomic Neuropathy in Diabetes Mellitus. **Methodist Deakey Cardiovasc J**, v.14(4), p.251-256. 2018.

ALEXANDRU, N., *et al.* Vascular complications in diabetes: Microparticles and microparticle associated microRNAs as active players. **Biochem Biophys Res Commun**, v.472, p.1–10. 2016.

ALZHEIMER’S ASSOCIATION. A doença de Alzheimer e o cérebro. 2020. available in https://www.alz.org/brain_portuguese/01.asp.

APRAHAMIAN, I., MARTINELLI, J.E. e YASSUDA, M.S. Doença de Alzheimer: revisão da epidemiologia e diagnóstico. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v.7, p.27-35. 2009.

BARNETT, A.H., *et al.* Diabetes in identical twins: a study of 200 pairs. **Diabetologia**, v.20, p.87-93. 1981.

BLACK, S., *et al.* Diabetes, Depression, and Cognition: a Recursive Cycle of Cognitive Dysfunction and Glycemic Dysregulation. **Current Diabetes Reports**, v.18(11). 2018.

BOGUSH, M., HELDT, N. A., PERSIDSKY, Y. Blood Brain Barrier Injury in Diabetes: Unrecognized Effects on Brain and Cognition. **Journal of Neuroimmune Pharmacology**, v.12(4), p. 593–601. 2017.



BRISMAR, T., et al. Predictors of cognitive impairment in type 1 diabetes. **Psychoneuroendocrinology**, v. 32(8-10), p.1041–1051. 2007.

BROADLEY, M. M., WHITE, M. J., e ANDREW, B. A Systematic Review and Meta-analysis of Executive Function Performance in Type 1 Diabetes Mellitus. **Psychosomatic Medicine**, v.79(6), p.684–696. 2017.

CALLISAYA, M.L., et al. Type 2 diabetes mellitus, brain atrophy and cognitive decline in older people: a longitudinal study. **Diabetologia**, v.62(3), p.448-458. 2019.

CHENG, G.,. Diabetes as a risk factor for dementia and mild cognitive impairment: a meta-analysis of longitudinal studies. **Intern. Med. J.** v.42 (5), p.84–491. 2012. <https://doi.org/10.1111/j.1445-5994.2012.02758.x>

FEINKOHL, I., et al. The impact of diabetes on cognitive decline: potential vascular, metabolic, and psychosocial risk factors. **Alzheimers Res. Ther.** V,7(1), p.46. 2015. <https://doi.org/10.1186/s13195-015-0130-5>

FERGUSON, S. C., et al. Influence of an Early-Onset Age of Type 1 Diabetes on Cerebral Structure and Cognitive Function. **Diabetes Care**, v. 28(6), p.1431–1437. 2005.

FLORES, A.A., VILLALOBOS, M.J.G., FLORES, G. Consequences of diabetes mellitus on neuronal connectivity in limbic regions. **Synapse**, v.73(3), .2018.

FRANCISCO, P.M.S.B., et al. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. **Cad Saúde Pública**. V.26(1), p.175-84. 2010.

HANNONEN, R., et al. 498 Academic skills in children with early-onset type 1 diabetes: 499 The effects of diabetes-related risk factors. **Dev Med Child Neurol**, v.54, p.457-463. 2012.

GEIJSELAERS, S.L.C., et al. Glucose regulation, cognition, and brain MRI in type 2 diabetes: a systematic review. **Lancet Diabetes Endocrinol**, v.3 (1), p.75–89. 2015. [https://doi.org/10.1016/s2213-8587\(14\)70148-2](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(14)70148-2)

GROENEVELD, O., et al. Brain imaging correlates of mild cognitive impairment and early dementia in patients with type 2 diabetes mellitus. **Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases**. V.28(12), P.1253-1260. 2018.

GUTHRIE, R. A., GUTHRIE, D. W. Pathophysiology of Diabetes Mellitus. **Critical Care Nursing Quarterly**, v.27(2), p.113–125. 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao>. Acessado em 23 de abril de 2020.

MACEDO, J.L., et al. Eficácia do tratamento dietoterápico para pacientes com diabetes mellitus. **Research, Society and Development**, v.9 (1),p. 1149-1172. 2019.

MANKOVSKY, B., et al. Cognitive functioning and structural brain abnormalities in people with Type 2 diabetes mellitus. **Diabetic Medicine**, v.35(12), p.1663-1670. 2018.

MARASCHIN, J.F. Classification of Diabetes. **Diabetes**, v.1, p.12–19. 2013.



MARZELLI, M. J., et al. Neuroanatomical correlates of dysglycemia in young 506 children with type 1 diabetes. **Diabetes**, v.63, p.343-353. 2014.

MCCORRY, D., et al. An association between type 1 diabetes and idiopathic generalized epilepsy. **Ann Neurol**, v.59, p.204–206. 2006.

MILNE, N.T., et al. Hippocampal atrophy, asymmetry, and cognition in type 2 diabetes mellitus. **Brain and Behavior**, v.8(1), 2017.

MOKDAD, A. H., et al. The continuing epidemics of obesity and diabetes in the United States. **JAMA**, v.286, p.1195 -200. 2001.

MOGHADDAM, H.S., et al. Brain microstructural abnormalities in type 2 diabetes mellitus: A systematic review of diffusion tensor imaging studies. **Frontiers in Neuroendocrinology**, v.55, p.1-23.2019.

MOORADIAN, A.D. Central nervous system complications of diabetes mellitus—a perspective from the blood-brain barrier. **Brain Res Brain Res Rev**, v.23, p. 210–218. 1997.

MOORADIAN, A.D., CHEHADE, J.M. Diabetes Mellitus in Older Adults. **Am J Ther**, v.19(2), p.145-59. 2012.

NILSSON, M., et al. Experimental non-severe hypoglycaemia substantially impairs cognitive function in type 2 diabetes: a randomised crossover trial. **Diabetologia**. 2019.

NICI, J., HOM, J. Neuropsychological function in type 2 diabetes mellitus. **Applied Neuropsychology: Adult**, v.26(6), p.513-521. 2018.

NINOMIYA, T. Diabetes mellitus and dementia. **Curr Diab Rep**, v.14, p.487. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Definition and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycemia: **Report of a WHO/ID F Consultation**. Geneva: OMS; 2006.

PASQUIER, F., et al. Diabetes mellitus and dementia. **Diabete Metab**, v.32, p.403–414. 2006.

PENG, H., et al. Simvastatin alleviates hyperpermeability of glomerular endothelial cells in early-stage diabetic nephropathy by inhibition of RhoA/ROCK1. **PLoS One**, v.8. 2013.

PRASAD. S., et al. Diabetes mellitus and blood-brain barrier dysfunction: an overview. **Aust J Pharm**, v.2, p.125. 2014.

PRINCE, M., et al. Dementia and Risk reduction an analysis of protective and modifiable factors. **World Alzheimer Report**. 2014.

QI, N., et al. Follow-up of resting-state brain function with magnetic resonance imaging in patients with type 2 diabetes mellitus. **Zhonghua Yi Xue Za Zhi**, v.97(39), p.3057-3061. 2017.

RINGO, J.L. Neuronal interconnection as a function of brain size. **Brain Behav Evol**, v. 38, p.1-6. 1991.

ROMÃO JÚNIOR, J.E. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. **J Bras Nefrol** [periódico online] 2004. Disponível em: <http://www.jbn.org.br/26-31/v26e3s1p001.pdf>



RUDENSKI, A.S., et al. Natural history of pancreatic islet I3-cell function in type 2 diabetes mellitus studied over six years by homeo stasis model assessment. **Diabet Med**, v.5, p.36-41. 1988.

SAMOILOVA, Y.G. Markers for cognitive impairments and variability of glycaemia in patients with type 1 diabetes mellitus. **Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova**, v.118(4), p.48-51.

SARTORELLI, D.S., FRANCO, L.J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 29-36, 2003 .

SCHOBER, E., *et al.* Association of epilepsy and type 1 diabetes mellitus in children and adolescents: is there an increased risk for diabetic ketoacidosis? **J Pediatr**, v;160. 2012.

SIMÕES, C.C.S. Relação Entre As Alterações Históricas Na Dinâmica Demográfica Brasileira e os Impactos Decorrentes Do Processo De Envelhecimento Da População. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**. Rio de Janeiro. 2016. Disponível em <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98579.pdf>> Acessado em 20 de abril de 2020.

SILVA, T.R. *et al.* Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma unidade Básica de saúde. **Saúde Soc.** v.15(3), p.180-189. 2006.

SMELTZER, S.C., *et al.* **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: **SBD**, 2014.

SUMMERS, W. K. Alzheimer's disease, oxidative injury, and cytokines. **J Alzheimers Dis**, v.6,p. 651–657. 2004.

UMEGAKI, H. Type 2 diabetes as a risk factor for cognitive impairment: current insights. **Clin Interv Aging**, v. 9, p.1011-1019. 2014.

VAN-BUSSEL, F. C. G., *et al.* Altered Hippocampal White Matter Connectivity in Type 2 Diabetes Mellitus and Memory Decrements. **Journal of Neuroendocrinology**, v. 28(3). 2016.

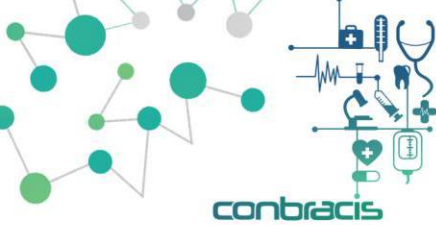
XIONG, Y., *et al.* A Diffusion tensor imaging study on white matter abnormalities in patients with type 2 diabetes using tract-based spatial statistics. **AJNR Am. J. Neuroradiol.** v, 37 (8), p.1462–1469. 2016. <https://doi.org/10.3174/ajnr.A4740>.

YERRAPRAGADA, D.B., *et al.* Cognitive Dysfunction Among Adults With Type 2 Diabetes Mellitus in Karnataka, India. **The Oschsner Journal**, v.19(3), p.227-234. 2019.

YOON, S., *et al.* Prefronto-temporal white matter microstructural alterations 20 years after the diagnosis of type 1 diabetes mellitus. **Pediatric Diabetes**, v.19(3), p.478–485. 2017.

WILD, S., *et al.* Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. **Diabetes Care.**, v.27, p.1047-1053. 2004.

ZAMFIROV, K., PHILIPPE, J. Musculoskeletal complications in diabetes mellitus. **Rev Med Suisse**, v.26, p.917-921.



conbracis

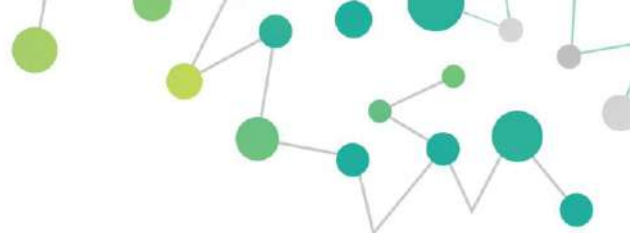
IV Congresso
Brasileiro de
CIÊNCIAS da
SAÚDE

Saúde Populacional:
Metas e Desafios
do Século XXI

ISSN 2525-6696

www.conbracis.com.br

ZIMMET, P., *et al.*. Global and societal implications of the diabetes epidemic. **Nature**, v. 414, p.782-787. 2001.



GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM AMBIENTE HOSPITALAR: ESTUDO DE CASO

Ricardo Henrique Vieira de Melo¹
Rose Mary Alves de Lima Melo²
Mércia Lima de Melo³

RESUMO

A geração de resíduos, pelas diversas atividades humanas, constitui-se atualmente em um grande desafio. No Brasil, órgãos como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e o Conselho Nacional do Meio Ambiente têm definido regras e condutas adequadas aos diferentes agentes. Dentro desta problemática, este artigo aborda as particularidades de um Hospital de Médio Porte, em relação ao gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde, com o objetivo analisar o gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde no hospital; conhecer o processo de gestão de Resíduos de Serviços de Saúde; verificar problemas decorrentes deste processo de gerenciamento; e identificar os benefícios advindos da gestão de Resíduos de Serviços de Saúde. O presente trabalho se caracteriza enquanto investigação de natureza qualitativa, classificada como Estudo de Caso, com caráter descritivo da realidade. A adoção do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde ocasionou a implementação de práticas ambientais, considerando os princípios que conduzem à minimização, que visem ao tratamento e à disposição final dos Resíduos de Serviços de Saúde, por meio de diretrizes de órgãos de meio ambiente e de saúde. É fundamental uma gestão integrada, planejada e implantada a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais. Um dos diversos dilemas quanto à gestão eficiente do manejo dos resíduos dos serviços de saúde é conciliar a demanda crescente por produtos e serviços geradores de resíduos, conseqüente às exigências da modernidade, com a necessidade veemente de redução requisitada pelo debate sempre atual da sustentabilidade.

Palavras-chave: Resíduos Sólidos de Saúde, Logística Reversa, Sustentabilidade.

INTRODUÇÃO

A geração de resíduos pelas diversas atividades humanas constitui-se atualmente em um grande desafio. Com o desenvolvimento industrial, a partir da segunda metade do século XX, sua produção vem crescendo constantemente inclusive ultrapassando a capacidade de absorção da natureza. Somado a isso, vem aumentando a diversidade dos seus componentes, pela presença de materiais de maior toxidez e de difícil degradação.

O descarte inadequado desses resíduos pode causar danos ambientais capazes de colocar em risco a qualidade de vida das gerações atual e futura, por comprometer os recursos

¹Pesquisador do Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, ricardohvm@gmail.com;

²Graduada pelo Curso de Administração da Universidade Potiguar - UNP, roselimamelo@hotmail.com;

³Graduanda em Licenciatura em Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, mercialimamelo@gmail.com.

naturais do planeta. Neste contexto os Resíduos dos Serviços de Saúde (RSS) vêm assumindo grande importância pela demanda de políticas públicas e legislações norteadoras de sustentabilidade do meio ambiente e a preservação da saúde.

No Brasil, órgãos como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e o Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA) têm assumido esse papel, definindo regras e condutas adequadas aos diferentes agentes, quanto à geração e ao manejo desses resíduos e da responsabilização do gerador.

Um marco deste esforço foi a publicação da Resolução CONAMA no 005/93, que definiu a obrigatoriedade dos serviços de saúde elaborarem o Plano de Gerenciamento de seus Resíduos. Este esforço se reflete, na atualidade, com as publicações da RDC ANVISA Nº 306/04 e CONAMA Nº 358/05.

O termo resíduo é mais utilizado para designar sobra (refugo) do beneficiamento de produtos industrializados, aquilo que resta de alguma substância, enquanto que o verbete lixo é usualmente utilizado para designar tudo o que não tem mais utilidade.

A Resolução CONAMA Nº 005/1993 define resíduos nos estados sólidos e semissólidos os que são originados das atividades de origem industrial, doméstica, hospitalar, comercial, agrícola e de serviços de varrição. Ficam incluídos nesta definição os lodos provenientes de sistemas de tratamento de água, aqueles gerados em equipamentos e instalações de controle de poluição, bem como determinados líquidos cujas particularidades tornem inviável o seu lançamento na rede pública de esgotos ou corpos de água. Convém esclarecer que, quando se fala em resíduo sólido, nem sempre estamos nos referimos ao seu estado sólido.

A Agenda 21 é o principal documento, assinado por 170 países, da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento Humano. Ela aponta algumas propostas para o enfrentamento dos resíduos sólidos: a) Redução: diminuição do volume de resíduos na fonte enfatizando desenvolvimento de tecnologias limpas nas linhas de produção e análise do ciclo de vida de novos produtos a serem colocados no mercado; b) Reutilização: reaproveitamento direto sob a forma de um produto retornável e/ou reaproveitável; c) Recuperação: extração de algumas substâncias dos resíduos para uso específico; d) Reciclagem: reaproveitamento cíclico de matérias-primas de fácil purificação (papel, vidro, alumínio etc.); e) Tratamento: transformação dos resíduos através de tratamentos físicos, químicos e biológicos; f) Disposição final: promoção de práticas de disposição final, ambientalmente seguras; g) Recuperação de áreas degradadas: identificação e reabilitação de

áreas contaminadas por resíduos; h) Ampliação da cobertura dos serviços ligados aos resíduos: incluindo o planejamento, desde a coleta até a disposição final.

Atualmente o gerenciamento integrado dos resíduos de serviços de saúde vem se constituindo objeto de debates, estudos e pesquisas pelo desafio inclusive da operacionalização de sistemas especificamente adequados a cada tipo de organização, sejam elas hospitais, clínicas de pequeno e médio porte ou unidades de saúde pública.

Desta forma, este gerenciamento é formado por procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar, aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde, dos recursos naturais e do meio ambiente.

O Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) é o documento que descreve as ações para manejo de resíduos sólidos (segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final), considerando as características e riscos dos resíduos, as ações de proteção à saúde e ao meio ambiente e os princípios da biossegurança de empregar medidas técnicas administrativas e normativas para prevenir acidentes. As operações de venda ou de doação dos resíduos destinados à reciclagem ou compostagem devem ser registradas.

Dentro desta problemática, ciente dos desafios para enfrentamento dos problemas relacionados à geração de resíduos sólidos urbanos, esta pesquisa pretende estudar as particularidades de um hospital de médio porte, em relação ao gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde.

As investigações neste campo do conhecimento são relevantes na medida em que o volume de resíduos nos depósitos apresenta tendência de crescimento, aumentando custos inclusive relacionados à disponibilidade de áreas ambientalmente seguras para recebimento. Neste sentido, a gestão integrada desses resíduos assume papel fundamental para que seja possível um desenvolvimento sustentável.

Com isso, faz-se necessária a minimização da geração, a partir de uma segregação eficiente e métodos de tratamento que sejam capazes de diminuir o volume dos resíduos a serem dispostos em solo, provendo proteção à saúde e ao meio ambiente. Processos que busquem a recuperação desses materiais podem, além de gerar trabalho e renda, redirecionar o lucro para a própria empresa ou setor em questão, aplicando esses recursos em outros projetos locais.

Desta forma, os objetivos do estudo foram: analisar o gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde no Hospital; conhecer o processo de gestão de Resíduos de Serviços de Saúde; verificar problemas decorrentes deste processo de gerenciamento; e identificar os benefícios advindos da gestão de Resíduos de Serviços de Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma investigação de natureza qualitativa, classificada como Estudo de caso, pois tem como objeto de estudo uma unidade organizacional analisada em profundidade, que atraiu o interesse da pesquisadora. Tem também um caráter descritivo da realidade e documental.

Segundo Triviños (2012) o Estudo de Caso pode ser exploratório ao obter informação preliminar acerca do respectivo objeto de interesse. E pode descritivo quando tem como propósito descrever o caso em estudo. Assim, a pesquisa descritiva tem por finalidade observar, registrar e analisar os fenômenos sem entrar tanto no mérito de seu conteúdo. E, por outro lado, se aplica quando o pesquisador tem o interesse em observar a ocorrência do fenômeno no campo e não discuti-lo apenas do ponto de vista da teoria.

O estudo de caso trata-se de uma abordagem metodológica de investigação especialmente adequada quando procuramos compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos fatores. Yin (2005) afirma que esta abordagem é adequada quando: O investigador é confrontado com situações complexas e tem pouco controle sobre os eventos; Procura respostas para o “como?” e o “por quê?”; Quando se intenciona encontrar interações entre fatores relevantes próprios dessa unidade; Quando o objetivo é descrever ou analisar o fenômeno de interesse, contemporâneo e contextualizado na vida real; E quando o investigador pretende apreender a dinâmica do fenômeno, do programa ou do processo.

Esse “caso” poderá ser um indivíduo, um personagem, um pequeno grupo, uma organização, uma comunidade ou mesmo uma nação. Portanto, é uma investigação singular, que esmiúça uma situação específica procurando características e especificidades que possam contribuir para a compreensão do fenômeno de interesse. Assim, este tipo de estudo retrata a realidade de forma profunda, enfatizando a complexidade da situação procurando revelar a multiplicidade de fatos que a envolvem e a determinam. E para isso geralmente são utilizadas fontes de informação coletadas em diferentes momentos.

A análise documental constitui uma técnica importante na pesquisa qualitativa, seja complementando informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema. É realizada a partir de documentos vigentes ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos, neste caso principalmente através de documentos legais (legislação) e pesquisa bibliográfica, pelo aporte na definição e resolução dos problemas já conhecidos, como também na exploração de novas perspectivas onde os mesmos ainda não se cristalizaram suficientemente, permitindo a produção de novas conclusões. (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

Esta pesquisa pode ser ainda classificada como do tipo documental, pelos procedimentos ou meios, visto que envolve investigação com base em documentos ou relatórios presentes dentro da empresa. É também uma investigação de campo, pois realiza entrevista com o responsável pelo Gerenciamento de RSS como coleta complementar de dados, segundo roteiro específico.

A maior parte das informações foi colhida por meio de investigação documental nos registros da organização, respeitando os critérios de confiabilidade exigidos e também em informações disponíveis publicamente em relatórios, site corporativo ou meio eletrônico, evitando a divulgação de dados confidenciais, complementados pela entrevista aberta. Convém comentar que a utilização na pesquisa documental de informações, em sua maior parte, disponíveis em domínio público reduziu, de certa forma, a quantidade de informações disponíveis.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A principal missão da logística é disponibilizar bens e serviços gerados por uma sociedade, nos locais, no tempo, nas quantidades e na qualidade em que são necessários aos utilizadores. Esta área do conhecimento tornou-se vital para o sucesso empresarial, dentro do atual cenário concorrencial, frente à necessidade de competição, cooperação e inovação decorrentes da introdução frequente de novos produtos e clientes sensíveis a serviços, requerendo velocidade de resposta, flexibilidade operacional e maior visibilidade das cadeias de suprimentos.

Silva et al (2010) visualiza a logística, enquanto participante ativa do planejamento estratégico de qualquer organização, segundo quatro pilares interdependentes: infraestrutura (estrutura física, transportes, comunicações, energia, etc.); cadeia de suprimentos (integração no processo logístico, colaboração mútua); tecnologia (recursos – código de barras, tecnologia

de informação – que otimizam a infraestrutura e as diversas cadeias de suprimentos); e pessoas (conhecimento para utilizar a tecnologia na movimentação da cadeia de suprimento dentro da infraestrutura).

Nos dias de hoje existe um aumento significativo nas quantidades e nas variedades das mercadorias produzidas e comercializadas, e o ciclo de vida mercadológico desses produtos é reduzido em virtude da introdução de novos modelos, que tornam os anteriores ultrapassados, acentuando a tendência para serem cada vez mais descartáveis. O retorno dos produtos de pós-venda e de pós-consumo pode refletir nas operações de rentabilidade das atividades das empresas, ao esgotar os sistemas tradicionais de disposição final, inclusive provocando poluição por contaminação ou por excesso.

Legislações ambientais, visando à redução desse impacto, desobrigam gradativamente os governos e responsabilizam as empresas ou suas cadeias industriais, pelo equacionamento dos fluxos reversos dos produtos de pós-consumo que, na ausência, podem constituir em um risco à imagem da empresa, à sua reputação quanto à cidadania, consciência e responsabilidade socioambiental diante da comunidade.

A perspectiva estratégia da logística reversa refere-se às decisões no macro ambiente empresarial constituído pela sociedade, comunidades locais, governo e ambiente concorrencial, levando em consideração as características que garantirão competitividade e sustentabilidade às organizações nos eixos econômico e ambiental. Por sua vez, um aspecto operacional envolve o uso de ferramentas aplicadas, tal qual a caracterização do produto logístico em seus aspectos de relevância para as operações, origens e destinos, modelos de transportes, armazenagem, gestão de estoques, etc.

Leite, (2009) entende por Logística Reversa a área da logística empresarial que planeja, opera e controla o fluxo e as informações logísticas correspondentes, do retorno dos bens de pós-venda e de pós-consumo ao ciclo de negócios ou ao ciclo produtivo, por meio de canais de distribuição reversos, agregando-lhes valores de diversas naturezas: econômico, prestação de serviços, imagem corporativa, ecológico-legal, etc. Já, o produto logístico é o conjunto de dimensões do produto que impactam diretamente nas decisões logísticas: valor agregado, peso, volume, geometria, riscos diversos, etc.

A Logística Reversa de Pós-Venda é a área de atuação específica que se ocupa do equacionamento e da operacionalização do fluxo físico e das informações logísticas correspondentes de bens de pós-venda, não usados ou com pouco uso, os quais, por diferentes motivos, retornam aos diferentes elos da cadeia de distribuição direta, que se constituem de uma parte dos canais reversos pelos quais esses produtos fluem. Seu objetivo estratégico é

agregar valor a um produto logístico que é devolvido por razões comerciais, erro no processamento dos pedidos, garantia dado pelo fabricante, defeitos e falhas de funcionamento, avarias no transporte, etc.

Por sua vez, a Logística Reversa de Pós-Consumo equaciona e operacionaliza igualmente o fluxo físico e as informações correspondentes de bens de pós-consumo descartados pela sociedade em geral, que retornam ao ciclo de negócios ou ao ciclo produtivo por meio de canais de distribuição reversos específicos. Seu objetivo específico é agregar valor ao produto logístico constituído por bens inservíveis ao proprietário original ou que ainda possuem condições de utilização, por produtos descartados pelo fato de terem chegado ao fim da vida útil e por resíduos industriais. Esses produtos de pós-consumo poderão se originar de bens duráveis ou descartáveis e fluir pelos canais reversos de reuso, remanufatura ou reciclagem, até a destinação final.

A RDC nº 33 preconiza que o gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde constitui-se num conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando a proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente. Para a elaboração do plano de gerenciamento desses resíduos os critérios e padrões fixados pelo órgão ambiental deverão ser avaliados.

Segundo Pereira (2012), os Hospitais devem ter planos de gerenciamento de resíduos aprovados pelos órgãos fiscalizadores competentes, contemplando não apenas os fatores estéticos e de controle de infecção hospitalar, mas também considerando as questões ambientais tão importantes para a geração atual e futura. As normas e resoluções existentes classificam os resíduos sólidos em função dos riscos potenciais ao meio ambiente e à saúde, e em função da natureza e origem.

Quanto aos riscos potenciais ao meio ambiente e à saúde pública, os resíduos do tipo A.1, Classe I denominados como perigosos, e são aqueles que, em função de suas propriedades físicas, químicas ou biológicas, podem apresentar riscos à saúde e ao meio ambiente. Eles possuem uma ou mais das seguintes propriedades: inflamabilidade, corrosividade, reatividade, toxicidade e patogenicidade.

Os resíduos do tipo A.2, Classe II são denominados de não perigosos, e são subdivididos em duas classes A.2.1, Classe II-A, são chamados de não inertes e podem ter as propriedades de biodegradabilidade, combustibilidade ou solubilidade em água, e os do tipo A.2.2, Classe II-B, que são nomeados de inertes e não apresentam nenhum de seus

constituíntes solubilizados a concentrações superiores aos padrões de potabilidade de água, com exceção dos aspectos cor, turbidez, dureza e sabor.

Quanto à origem e natureza, os resíduos sólidos podem ser do tipo: Domiciliar (B.1); Comercial, varrição e feiras livres (B.2); Serviços de saúde (B.3); Portos, aeroportos e terminais rodoviários e ferroviários (B.4); Industriais (B.5); Agrícolas (B.6); Construção civil (B.7).

Com relação à responsabilidade pelo gerenciamento, são divididos em: Urbanos (C.1): resíduos domésticos ou residenciais (C.1.1); resíduos comerciais (C.1.2); resíduos públicos (C.1.3); Fontes especiais (C.2): resíduos industriais (C.2.1); resíduos da construção civil (C.2.2); rejeitos radioativos (C.2.3); resíduos de portos, aeroportos e terminais rodoferroviários (C.2.4); resíduos agrícolas (C.2.5); e em resíduos de serviços de saúde (C.2.6).

Na RDC ANVISA Nº 306/04 e a Resolução CONAMA Nº 358/2005, são definidos como geradores de Resíduos de Serviços de Saúde todos os serviços relacionados com o atendimento à saúde humana ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar e de trabalhos de campo; laboratórios analíticos de produtos para a saúde; necrotérios, funerárias e serviços onde se realizem atividades de embalsamamento, serviços de medicina legal, drogarias e farmácias inclusive as de manipulação; estabelecimentos de ensino e pesquisa na área da saúde, centro de controle de zoonoses; distribuidores de produtos farmacêuticos, importadores, distribuidores produtores de materiais e controles para diagnóstico in vitro, unidades móveis de atendimento à saúde; serviços de acupuntura, serviços de tatuagem, dentre outros similares.

As mesmas normas classificam esses resíduos em cinco grupos. O Grupo A engloba os componentes com possível presença de agentes biológicos que, por suas características de maior virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção. Exemplos: placas e lâminas de laboratório, carcaças, peças anatômicas (membros), tecidos, bolsas transfusionais contendo sangue, dentre outras.

O Grupo B contém substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade (medicamentos apreendidos, reagentes de laboratório, resíduos contendo metais pesados, dentre outros).

No Grupo C estão classificados quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de eliminação

especificados nas normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear – CNEN (serviços de medicina nuclear e radioterapia etc.).

Já o Grupo D não apresenta risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, e seus componentes podem ser equiparados aos resíduos domiciliares (sobras de alimentos e do preparo de alimentos, resíduos das áreas administrativas etc.). Finalmente no Grupo E, estão os materiais perfuro-cortantes ou escarificantes, tais como lâminas de barbear, agulhas, ampolas de vidro, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas, espátulas e outros similares.

Desta forma, podemos compreender que os resíduos de serviços de saúde são parte importante do total de resíduos sólidos urbanos, não necessariamente pela quantidade gerada (cerca de 1% a 3% do total), mas pelo potencial de risco que representam à saúde e ao meio ambiente. Os estabelecimentos de saúde incrementam novas tecnologias incorporadas aos métodos de diagnósticos e tratamento, frente à evolução da ciência. Neste processo ocorre a geração de novos materiais, substâncias e equipamentos, com presença de componentes mais complexos e perigosos para quem os manuseia, e para o meio ambiente que os recebe.

Os resíduos do serviço de saúde merecem atenção especial em todas as suas fases de manejo (segregação, condicionamento, armazenamento, coleta, transporte, tratamento e disposição final) em decorrência dos imediatos e graves riscos que podem oferecer, por apresentarem componentes químicos, biológicos e radioativos. Esses resíduos representam um potencial de risco em duas situações: Para a saúde ocupacional de quem manipula esse tipo de resíduo, seja o pessoal ligado à assistência médica ou ao setor de limpeza e manutenção; Para o meio ambiente, como decorrência da destinação inadequada de qualquer tipo de resíduo.

A gestão de resíduos sólidos é considerada um serviço de interesse público de caráter essencial. A gestão integrada de resíduos deve ter como premissa o desenvolvimento sustentável. Para atingir tal meta é imprescindível que os planos adotem os conceitos dos “Três Erres” (Redução, Reutilização, Reciclagem) como padrões sustentáveis, e abordando os seguintes princípios: Precaução (nos casos de desconhecimento dos impactos negativos ao meio ambiente, quando há necessidade de tratamento e disposição de um resíduo sólido de característica desconhecida); Prevenção (nos casos em que os impactos ambientais já são conhecidos); e Poluidor Pagador (define os geradores de resíduos como responsáveis por todo o ciclo de seus resíduos, da geração à disposição final).

A Lei de Política Nacional do Meio Ambiente (Lei Nº 6.938/81), no seu artigo 3º, e a Lei dos Crimes Ambientais (Lei Nº 9.605/98), artigos 54 e 56, responsabilizam

administrativa, civil e criminalmente as pessoas físicas e jurídicas, autoras e coautoras de condutas ou atividades lesivas ao meio ambiente. Com isso, as fontes geradoras ficam obrigadas a adotar tecnologias mais limpas, aplicar métodos de recuperação e reutilização sempre que possível, estimular a reciclagem e dar destinação adequada, incluindo transporte, tratamento e disposição final.

A RDC ANVISA no 306/04 define que é da competência dos serviços geradores de Resíduos de Serviços de Saúde a elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) obedecendo a critérios técnicos, legislação ambiental, normas de coleta e transporte dos serviços locais de limpeza urbana e outras. Exige ainda a designação de profissional para exercer a função de Responsável pela elaboração e implantação do PGRSS e, da mesma forma, a indicação de responsável pela coordenação da execução do PGRSS.

O gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde constitui-se no conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas, técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos. Como resultado do gerenciamento obtém-se o encaminhamento seguro dos resíduos e sua eficácia visa à proteção dos trabalhadores, à preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

O Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) tem por objetivo contribuir para a melhor segregação dos resíduos promovendo a redução do seu volume e diminuir a incidência de acidentes ocupacionais através de uma Educação Continuada. Visa estimular a reciclagem dos resíduos comuns para reduzir os custos com o manejo dos mesmos no cumprimento a legislação vigente. Objetiva também aumentar a vida útil dos aterros sanitários e valas sépticas otimizando a sua utilização, contribuindo para a proteção da saúde e do meio ambiente.

É um documento que descreve as ações relacionadas ao manejo dos resíduos, observando suas características e riscos dentro do estabelecimento, apontando e descrevendo as ações relativas ao manejo dos resíduos de serviço de saúde, observando suas características e riscos, relacionados ao estabelecimento de saúde, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final, bem como as ações de proteção à saúde e ao meio ambiente.

Esta resolução obriga o gerador a prover a capacitação e o treinamento inicial e de forma continuada para o pessoal envolvido no gerenciamento de resíduos, bem como fazer constar nos termos de licitação e de contratação sobre os serviços as exigências de comprovação de capacitação e treinamento dos funcionários das firmas prestadoras de serviço.

de limpeza e conservação que pretendam atuar nos estabelecimentos de saúde, bem como no transporte, tratamento e disposição final destes resíduos, inclusive mantendo registro de operação de venda ou de doação dos resíduos destinados à reciclagem ou compostagem.

Também requer às empresas prestadoras de serviços terceirizadas a apresentação de licença ambiental para o tratamento ou disposição final dos resíduos de serviços de saúde, e documento de cadastro emitido pelo órgão responsável de limpeza urbana para a coleta e o transporte dos resíduos. E exige dos órgãos públicos responsáveis pela execução da coleta, transporte, tratamento ou disposição final dos resíduos de serviços de saúde, documentação que identifique a conformidade com as orientações dos órgãos de meio ambiente.

Na gestão de resíduos sólidos de serviços de saúde, os estabelecimentos prestadores de serviços de saúde podem contratar outros prestadores para realizar os serviços de limpeza, coleta de resíduos, tratamento, disposição final e comercialização de materiais recicláveis. Neste caso é de fundamental importância a verificação periódica se os procedimentos definidos e a conduta dos atores estão em sincronia com as leis.

As contratações devem exigir e garantir que as empresas cumpram as legislações vigentes. Ao assegurar o cumprimento das legislações por parte de empresas terceirizadas, o gerador tem como responsabilizá-los em caso de irregularidades, tornando-os também responsáveis no caso de danos decorrentes da prestação destes serviços. É pertinente lembrar que a responsabilidade do gerador perdura mesmo após a disposição final do resíduo, posto que o destinatário, ao assumir a carga, solidariza-se com o gerador e assim permanece enquanto possível a identificação do resíduo.

Com a missão de aplicar, gerar e difundir conhecimento em saúde, priorizando a oncologia, com competência e responsabilidade social; e com os valores de ética, aperfeiçoamento contínuo, competência, responsabilidade social, humanização, filantropia, o hospital objeto do estudo possui quatro unidades estruturais, em duas cidades. Foi fundada na década de 1950, surgindo a partir da iniciativa de um grupo de profissionais da área da saúde.

O sistema de informação da empresa foi desenvolvido internamente pelo setor de Tecnologia de Informação (TI), de acordo com as necessidades apresentadas pelos colaboradores da instituição, facilitando assim a integração entre as unidades da organização. O estoque fica centralizado em um almoxarifado central, que é responsável pelo armazenamento e distribuição para as unidades, através de reposições diárias ou semanais, de acordo com as especificidades, realizadas pelo setor de transportes. As compras também são centralizadas e efetuadas através de uma plataforma eletrônica ou por licitações e editais de verbas públicas.

O Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) do Hospital analisado foi implantado somente em 2011. Foram realizadas avaliações periódicas através de estudo de planilha de dados alimentada mensalmente para analisar a quantidade em quilogramas (Kg) de resíduos que foram descartados em cada mês. É feita então uma comparação com os anos anteriores observando se houve um aumento ou diminuição da geração desses resíduos. Entre as causas de incremento atípico estão: mudança no manejo dos descartes dos RSS; férias do colaborador responsável; e mudança na estrutura física do hospital.

A quantidade segregada de resíduos por ano foi de 18.950 Kg (Unidade 1), 56.750 Kg (Unidade 2) e 36.025 Kg (Unidade 3), totalizando 111.750 Kg no somatório das três Unidades, enquanto que, no ano seguinte, a quantidade foi de 23.450 Kg (Unidade 1), 64.975 Kg (Unidade 2) e 31.375 kg (Unidade 3), totalizando um consolidado de 119800 Kg. Quanto a variação da proporção de resíduos do Grupo A e E, ocorreu um aumento de 3.650 Kg no último biênio, enquanto que os resíduos do Grupo B diminuíram de 380,0 L. Neste mesmo período, foram reciclados 4.380 Kg de papel/papelão, 2.895 Kg de plástico e 1.815 Kg ferro.

A previsão, por ano, é baixar a quantidade de resíduos na Unidade 2 e a manutenção na Unidade 1 dos patamares anteriores, entretanto na Unidade 3 ocorrerá um aumento nos RSS devido à operacionalização de um setor novo, composto por 29 leitos construídos em parceria com uma operadora de plano de saúde.

O principal problema apontado no gerenciamento dos RSS é a conscientização dos trabalhadores da área da saúde. Após a implantação do PGRSS em 2011 observou-se que as capacitações, realizadas durante os anos seguintes, auxiliaram na tarefa de gerenciar adequadamente esses resíduos, bem como facilitou uma melhor assistência para sanar as dúvidas dos colaboradores da empresa.

Após as capacitações, notou-se a importância de realizar algumas alterações e até algumas substituições no PGRSS, pois é assim que se constitui uma base sólida para acertos e ajustes. Essas alterações e substituições se deram mais a respeito dos principais colaboradores a serem capacitados. As capacitações foram voltadas principalmente aos colaboradores que trabalham diretamente com os RSS (higienização, técnicos de enfermagem e enfermeiros).

Não foi verificada a existência de nenhum programa de qualidade, de redução de custos, de redução de energia e água, ou de reutilização de embalagens. O que existe, na verdade, são ilhas de colaboradores que, muitas vezes por iniciativa própria, trabalham em prol da conscientização acerca da redução dos custos. Este fato vem aumentando em

consequência da maior oferta de alguns treinamentos educacionais pelo aumento da sensibilização dos colaboradores acerca desta problemática.

Sobre a caracterização dos aspectos ambientais, são gerados efluentes sanitários e hospitalares, sendo estes efluentes disseminados na rede de esgoto do município de Natal/RN. As águas residuais contêm basicamente matéria orgânica e mineral, em solução e em suspensão, assim como alta quantidade de bactérias e outros organismos patogênicos e não patogênicos.

Em média a composição do esgoto sanitário é de 99,9% de água e apenas 0,1% de sólidos. Cerca de 75% desses sólidos são constituídos de matéria orgânica em processo de decomposição. O abastecimento é feito através de poço tubular e pela Companhia de Água e Esgotos do Rio Grande do Norte (CAERN), o uso da água tem como finalidade o abastecimento humano, sendo a água utilizada para os funcionários, pacientes, acompanhantes, limpeza da unidade e aguçação de jardim.

O acondicionamento e manuseio de resíduos infectantes do Grupo A é feito em saco plástico impermeável e resistente, de cor branca leitosa, com simbologia específica ou em embalagem para perfurocortantes. Usa-se este como forro de lixeira, de material rígido, com pedal para abertura da tampa, superfície interna lisa e cantos arredondados, resistente, lavável, que não apresente vazamentos e capacidade entre 20 e 100 litros. As lixeiras são de cor branca são identificadas com o símbolo de resíduos infectantes e são submetidas à desinfecção no mínimo, diariamente.

Os RSS infectantes e sem tratamento prévio, possui um acondicionamento que garante o não rompimento da embalagem ou usar duplo saco de cor branca leitosa, sendo um menor para conter os resíduos infectantes e outro maior para receber o primeiro, de forma que seja evitado o contato com seu lado externo e garanta maior segurança contra vazamentos; Os RSS são acondicionados em sacos plásticos de cor branca leitosa, onde é retirado o seu excesso de ar, sem inalar o conteúdo ou expor-se ao fluxo de ar interno. Os sacos plásticos são fechados totalmente, torcendo e amarrando sua abertura com nó, fecho plástico para lacre ou barbante, ao final de cada jornada de trabalho ou quando estiver com cerca de 2/3 de seu volume preenchido.

Os resíduos do grupo E são acondicionados em recipientes rígidos, resistentes à punctura, ruptura ou vazamento, com tampa, devidamente identificados, sendo expressamente proibido o esvaziamento destes recipientes para seu reaproveitamento. As agulhas descartáveis são desprezadas juntamente com as seringas, quando descartáveis, sendo proibido o reencape ou proceder sua retirada manualmente. Os recipientes acima descritos são

descartados quando o preenchimento atingir 2/3 de sua capacidade. Para os RSS do Grupo E, as embalagens são identificadas com o símbolo de risco biológico, acrescido da inscrição “perfurocortantes”.

O uso de EPI é utilizado pelos os funcionários, que lavam as mãos antes de vestir as luvas e depois de retirá-las. Após o manuseio dos RSS, são lavadas as mãos ainda enluvadas, em seguida, são retiradas as luvas e colocadas em local apropriado; Removem-se imediatamente os RSS acondicionados para a sala de armazenamento intermediário; O procedimento de remoção é de forma para que não permita o rompimento das embalagens. No caso de acidente ou derramamento, é realizada imediatamente a limpeza e desinfecção do local, notificando a chefia da unidade.

Para o acondicionamento e manuseio de resíduos químicos (Grupo B) são observadas as exigências de compatibilidade química dos resíduos entre si (ANVISA, RDC nº 306/2004), assim como os materiais das embalagens de forma a evitar reações químicas; As embalagens são identificadas conforme NBR 7500. Os resíduos líquidos são acondicionados em recipientes de material compatível, resistentes, rígidos e estanques, com tampa rosqueada e vedante e identificadas com a discriminação da substância química e frases de risco.

Os resíduos sólidos são acondicionados em recipientes de material rígido, adequados para cada tipo de substância química, respeitadas as características físico-químicas e seu estado físico e identificadas; As embalagens secundárias não contaminadas pelo produto são fisicamente descaracterizadas e tratadas como resíduos do Grupo D.

O acondicionamento e manuseio de resíduos comuns (Grupo D) são feitos por padrões de cores, conforme normas técnicas da ABNT NBR N°9.190, e/ou são identificadas as lixeiras claramente com as simbologias para facilitar a identificação e manuseio de resíduo comum; Os resíduos comuns são manuseados separadamente, com seleção prévia dos componentes orgânicos, não-recicláveis e recicláveis e acomodá-los em contentores estocados em abrigo próprio e exclusivo, com implantação de lixeiras identificadas e uso de lixeiras rígidas e de fácil limpeza.

A identificação consiste no conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS. As identificações são apostas nos sacos de acondicionamento, nos recipientes de coleta interna e externa, nos recipientes de transporte interno e externo, e nos locais de armazenamento, em local de fácil visualização, de forma inapagável, utilizando-se símbolos, cores e frases, onde atendemos aos parâmetros referenciados na norma NBR 7.500 da ABNT,

além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos.

As identificações dos sacos de armazenamento e dos recipientes de transporte são feitas por adesivos, onde são resistentes aos processos normais de manuseio dos sacos e recipientes. O Grupo A é identificado pelo símbolo de substância infectante constante na NBR-7500 da ABNT, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos.

O Grupo B é identificado através do símbolo de risco associado, de acordo com a NBR 7500 da ABNT e com discriminação de substância química e frases de risco. O Grupo E é identificado pelo símbolo de substância infectante constante na NBR-7500 da ABNT, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos, acrescido da inscrição de “resíduo perfurocortante”, indicando o risco que apresenta o resíduo.

Já o armazenamento intermediário (expurgo) Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa.

A coleta e transporte internos consistem no traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo, com a finalidade de apresentação para a coleta. O transporte interno de resíduos é realizado atendendo roteiro previamente definido e em horários não coincidentes com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas ou de atividades. É feito separadamente de acordo com o grupo de resíduos e em recipientes específicos a cada grupo de resíduos.

Os recipientes para transporte interno são constituídos de material rígido, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, cantos e bordas arredondados, e são identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo neles contidos. São providos de rodas revestidas de material que reduza o ruído. O uso de recipientes desprovidos de rodas obedece aos limites de carga permitidos para o transporte pelos trabalhadores, conforme normas reguladoras do Ministério do Trabalho e Emprego.

A sala para guarda de recipientes de transporte interno de resíduos, para o armazenamento final, possui pisos e paredes lisas e laváveis, sendo o piso resistente ao tráfego dos recipientes coletores. A sala de exclusividade de armazenamento de resíduos está identificada como “Sala de Resíduos”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente os Resíduos dos Serviços de Saúde são gerados em enorme quantidade por estabelecimentos hospitalares em nossa sociedade e representam uma considerável fonte de problemas se não gerenciados adequadamente. O Brasil tem uma Legislação Ambiental bastante avançada no contexto dos países em desenvolvimento, o que traduz uma crescente preocupação com o meio ambiente e a percepção de que o crescimento futuro dependerá das condições ecológicas preservadas, principalmente no que se refere ao Sistema de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

A legislação existente a respeito de RSS é completa e engloba pontos referentes à autorização do funcionamento de estabelecimentos de saúde, a classificação de cada resíduo, o tipo de descarte que eles devem sofrer e, ainda, qual o tratamento específico para cada um. Entretanto é a promulgação de leis e normas não garante o seu cumprimento imediato, suscitando uma renovação de valores políticos, éticos e educacionais.

A baixa conscientização e comprometimento dos colaboradores em relação à segregação de RSS questiona a eficácia dos treinamentos realizados. No caso dos efluentes hospitalares, observa-se a dificuldade de utilizar a gestão ambiental como instrumento de melhoria, exceto para o cumprimento da legislação, confirmando a baixa conscientização ambiental. Essa adesão não deveria ser apenas para adequação à legislação vigente, ou para baratear os custos de tratamento e disposição final, mas também para aderir a políticas de sustentabilidade.

A implantação de um PGRSS propicia uma redução na geração dos RSS, bem como o uso de materiais ambientalmente corretos, a redução de custos e a eliminação de desperdícios. Convém investir no monitoramento deste processo através do uso de indicadores, que não apenas mostrem a quantidade de resíduos gerados. É pertinente a inclusão de percentuais por tipo de resíduo, acidentes de trabalho e gastos com gerenciamento. Quanto mais cedo for a implantação dos indicadores de desempenho ambiental, mais rapidamente as informações estarão disponíveis, dentro de um processo natural de melhoria contínua.

A unidade estudada possui um PGRSS atualizado, fazendo cumprir as etapas de separação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final de RSS, estando de acordo com a RDC ANVISA nº 306/2004, ilustrando a preocupação desse estabelecimento em cumprir a legislação e contribuir nas soluções para esta problemática. Torna-se necessário que ocorra a participação mais efetiva de um grupo de profissionais que possam desenvolver e gerenciar melhor o PGRSS, contemplando as

diretrizes dessa política para que a logística reversa dos RSS seja implantada como uma das estratégias para a sustentabilidade do planeta.

Cada hospital tem sua história, suas particularidades e suas características de funcionamento. A adoção do PGRSS ocasionou a implementação de práticas ambientais, considerando os princípios que conduzem à minimização, que visem ao tratamento e à disposição final dos RSS, por meio de diretrizes de órgãos de meio ambiente e de saúde. A motivação legal ainda supera a conscientização ambiental. O emprego das práticas de segregação de resíduos tem o intuito de diminuir a geração de RSS e assim abater custos com tratamento e disposição final, preservando a saúde pública e a qualidade do meio ambiente.

Alguns desafios emergem para os serviços de saúde em relação ao gerenciamento dos RSS: É necessário incentivar a segregação adequada dos resíduos na fonte geradora como forma de minimizar o envio de resíduos; Adotar práticas seguras para uso de substâncias e materiais tóxicos com base em procedimentos indicados por normas e leis pertinentes ao assunto; Exigir implantação de medidas de segurança em todas as etapas de gerenciamento de RSS, principalmente no controle de acidentes com perfurocortantes e reduzir sua incidência e gravidade.

A realização de um controle efetivo dos sistemas de tratamento somente será possível através de uma gestão compartilhada entre a unidade geradora e a municipalidade, pois ambas são responsáveis por esse tratamento. Soma-se a isso a redução de despesas extras pelo consumo exagerado de água e energia, contribuindo para o desenvolvimento sustentável, além da redução dos custos operacionais.

Para o manejo seguro dos RSS não basta apenas a integração entre identificação, classificação dos RSS, aspectos de biossegurança, adequação a normas específicas, elaboração, implantação e atualização do PGRSS, segregação apropriada dos RSS, capacitação dos colaboradores, é fundamental que haja o planejamento das ações e a promoção de melhorias para que o gerenciamento seja eficaz desde a geração até a destinação adequada dos mesmos.

REFERÊNCIAS

ANVISA. **Resolução RDC nº33, de 25 de fevereiro de 2003.** Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Diário Oficial da União em 05 mar 2003.

_____. **Resolução RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004.** Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Diário Oficial da União em 10 dez 2004.

BRASIL, M. S.; ANVISA. **Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 182 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CARVALHO, J. **Logística.** 3ª ed. Lisboa: Edições Silabo, 2002.

CONAMA. **Resolução nº 358, de 29 de abril de 2005.** Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União em 04 mai 2005.

_____. **Resolução nº 20, de 18 de junho de 1986.** Estabelece a classificação das águas doces, salobras e salinas do Território Nacional. Diário Oficial da União em 30 jul 1986.

GIL, A. C. **Estudo de caso.** São Paulo: ATLAS, 2009. 168p.

LEITE, P. R. **Logística reversa: meio ambiente e competitividade.** São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2010.

LÜDKE, M., ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986.

MARTINS, M. A. H. **Metodologia da pesquisa.** Disponível em:
<<http://mariaalicehof5.vilabol.uol.com.br/>>. Acesso em: 06 jun.2016.

MOTTA, M. L. A., ABREU, M. F. **Experiências de Coleta Seletiva.** Editora Petrópolis: Rio de Janeiro, 2002.

PEREIRA, A. L. et al. **Logística reversa e sustentabilidade.** São Paulo: CENGAGE Learning, 2012.

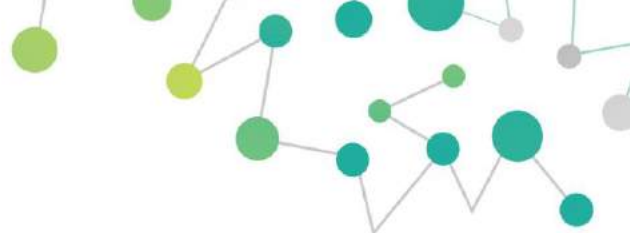
SEVERO, A. A. **Análise do gerenciamento ambiental nos hospitais de Caxias do Sul - RS.** Universidade de Caxias do Sul. Dissertação de Mestrado. 2010. 121p.

SILVA, R. B. et al. **Logística em organizações de saúde.** Rio de Janeiro: FGV, 2010.

TRIVINOS, A. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação.** São Paulo: Atlas, 2012.

VIVALDINI, M.; PIRES, S. **Operadores logísticos: integrando operações em cadeias de suprimento.** São Paulo: Atlas, 2010.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** São Paulo: Bookman Companhia Ed, 2005.



GRUPOS TERAPÊUTICOS E O CUIDADO EM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Viviane Alves dos Santos Bezerra¹
Leonídia Aparecida Pereira da Silva²
Alessandro Dutra Bezerra³
Íris Vieira de França⁴

RESUMO

A inserção do psicólogo na Atenção Básica (AB) possibilitou a este profissional realizar atividades para além daquelas pautadas no modelo clínico-individual. Nos serviços da AB, uma das principais atividades desenvolvidas pelo psicólogo são os grupos terapêuticos, que tem como objetivo principal trabalhar os conflitos que emergem na coletividade. Nestes grupos podem ser utilizadas Práticas Integrativas e Complementares (PIC's), como a Terapia Comunitária Integrativa (TCI), uma tecnologia de cuidado, que possibilita a promoção da saúde e a prevenção do sofrimento psíquico e emocional. Reconhecendo a importância dos grupos de ajuda mútua, foi criado em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) da cidade de Campina Grande - PB/BR, o grupo terapêutico "Café com Prosa". Diante disso, este trabalho tem por objetivo relatar a experiência de uma terapia comunitária integrativa realizada com o referido grupo. Participaram desta atividade sete usuários da Unidade Básica de Saúde da Família. Os resultados obtidos foram organizados e apresentados de acordo com cada etapa preconizada na terapia comunitária integrativa, a saber: acolhimento e acordos terapêuticos, levantamento e escolha do tema, contextualização, problematização e encerramento. Tais resultados foram discutidos à luz da literatura pertinente. Os dados apresentados enfatizam o potencial da TCI para o trabalho com grupos, por propiciar um ambiente acolhedor e de trocas de experiências de modo circular e horizontal. Ademais, enfatiza-se a riqueza da atividade do estágio na Atenção Básica para a formação em Psicologia, estimulando uma atuação ética, política e comprometida com a mudança social.

Palavras-chave: Cuidado em saúde, Terapia Comunitária Integrativa, Atenção Básica.

INTRODUÇÃO

E quanto a você? Que são seus afetos? Onde você guarda seus afetos? Como você se afeta com os guardados?
(ESPINOSA *apud* DELEUZE, 2002)

¹ Mestranda em Psicologia Social na Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), vivianebezerrapsi@gmail.com;

² Residente de Psicologia da Residência Multiprofissional em Saúde da Criança (REMUSC/SES-PB) e Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, leonidiapereira1@gmail.com;

³ Pós-graduando em Saúde Mental e Atendimento Psicossocial (UNICORP) e Graduado em Psicologia pela Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, aledutrapsi@yahoo.com;

⁴ Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, coautor2@email.com;

A epígrafe que dá início a esse texto tem por objetivo chamar a atenção do leitor para a temática que aqui há de ser elucidada: a potencialidade da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) como uma ferramenta mobilizadora de afetos, por meio da qual é possível acessar e compartilhar vivências e sofrimentos, além de pensar conjuntamente em possibilidades para lidar com os mesmos. No entanto, antes de aprofundar em tal problemática, faz-se necessário localizar esta prática enquanto uma das possibilidades de atuação do psicólogo dentro da Atenção Básica (AB).

A inserção do profissional de psicologia no campo da saúde pública, bem como a sua forma de atuação, nem sempre se deu do modo como está atualmente configurada. Sua entrada ocorreu, inicialmente, no contexto hospitalar, onde o psicólogo atuava nas questões alusivas à saúde mental, especificamente, no tratamento de transtornos psicológicos (ALVES et al., 2017). As primeiras mudanças neste panorama ocorreram com a criação das equipes de referência de Saúde Mental, as quais o psicólogo passou a integrar, sendo esta conquista propiciada pelos movimentos de Reforma Psiquiátrica e Sanitária (FURTADO; CARVALHO, 2015).

A mudança no modelo brasileiro de atenção à saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), viabilizou também a construção de diversas políticas e dispositivos com o objetivo de promoção e prevenção à saúde. Entre eles destaca-se no trabalho em questão, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), este último, criado por meio da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). A partir da criação do NASF, que tem como objetivo “apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 10), o psicólogo se insere na Atenção Básica (AB), passando a ser um possível componente da equipe de referência que dá suporte técnico-pedagógico e clínico-ambulatorial às equipes da Estratégia de Saúde da Família do território.

O psicólogo na AB, em dispositivos como o NASF, pode desenvolver uma série de atividades que vão desde ações no âmbito da gestão, da docência (ensino, supervisão e capacitação) até a atenção aos usuários e familiares que buscam os serviços. No que se refere às práticas de atenção aos usuários e familiares, um relatório do CREPOP/CFP (2010), aponta que a realização de visitas domiciliares, atendimentos individuais e os grupos terapêuticos com adolescentes, idosos e mulheres são as atividades mais desenvolvidas pelos profissionais de psicologia nos serviços de saúde.

Tratando-se, especificamente, destes últimos, os grupos terapêuticos são atividades que ocorrem em geral nas UBSF's (Unidades Básicas de Saúde da Família), CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) ou em associações comunitárias. Estes são em sua maioria, coordenados

por psicólogos, mas também contam com a participação de outros profissionais da equipe. Os grupos terapêuticos são considerados como um espaço para se pensar na comunidade e não só no sujeito. As temáticas podem variar conforme as necessidades da comunidade e do território, devendo as atividades ser abertas, permitindo a circulação dos participantes também por outras atividades que ocorram nos serviços (CREPOP/CFP, 2010).

Apesar da potencialidade dos trabalhos em grupo, tendo em vista que a ajuda mútua fornece apoio aos indivíduos na resolução de seus problemas, estabelece uma rede de amizade, que contribui de maneira positiva na construção da autoimagem e eleva a autoestima (VASCONCELOS, 2003), ainda são poucos os municípios que apresentam experiências de trabalho com grupos, cuja finalidade seja a promoção da saúde e prevenção do adoecimento. (GUIMARÃES; FILHA, 2006).

A este respeito, pode-se citar o trabalho desenvolvido por Padilha e Oliveira (2012) cujo objetivo foi descrever e conhecer as práticas de Terapia Comunitária Integrativa (TCI) realizadas por 27 profissionais de saúde da rede do Sistema Único de Saúde da cidade de Santa Catarina. Os resultados deste estudo apontaram que a TCI é uma prática que pode contribuir para a construção de uma clínica ampliada e para a valorização dos recursos do território, sendo, entretanto, necessário que a atuação do terapeuta comunitário seja estendida a uma equipe multidisciplinar, dialogue com outros dispositivos, receba o apoio das gestões dos serviços e se alie a outras políticas públicas, ampliando seu campo de ação para outros setores. Cita-se também a pesquisa realizada por Carvalho et al., (2013) que objetivou analisar as contribuições da TCI considerando as mudanças de comportamentos de usuários de um CAPS localizado na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Os resultados desse estudo evidenciaram a terapia comunitária integrativa como uma práxis libertadora e que propicia mudanças que fazem a diferença na vida dos participantes. Verificou-se que tal estratégia promoveu a recuperação dos processos de socialização natural que constituem a vida humana, enfatizando que o uso da TCI está relacionado a propostas de inclusão e reabilitação psicossocial de seus participantes.

Neste sentido, entendendo a importância da realização deste tipo de atividade, foi criado em uma Unidade Básica de Saúde da Família, da cidade de Campina Grande – PB/BR, o grupo terapêutico “Café com Prosa”, idealizado pela psicóloga que compõe a equipe NASF, que dá suporte ao serviço. O grupo foi idealizado após os profissionais perceberem a necessidade de um espaço para se promover o cuidado em saúde, sobretudo, a saúde psíquica e emocional. Sobre essa questão destaca-se que outro grupo que acontecia na unidade com foco na saúde mental, ocorria no dia que os pacientes da área iam buscar a medicação, nesse sentido, não se

dirigiam à UBSF precisamente com o objetivo de participar do grupo, o que comprometia o funcionamento e a efetividade do mesmo.

Desde a sua criação, no Grupo “Café com Prosa” já foram realizadas algumas atividades com o uso das Práticas Integrativas e Complementares (PIC’s) as quais se caracterizam por sua perspectiva dialógica, emancipadora, participativa e criativa, visando a articulação de saberes, práticas e vivências nos espaços de saúde (NASCIMENTO et al, 2012). Dentre as atividades realizadas pode-se citar: as oficinas de Arteterapia, a Tenda do Conto, entre outras. Essas práticas foram desenvolvidas por meio de estágios supervisionados desempenhados na unidade e do PET GRADUA-SUS, ambos vinculados à Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

No primeiro trimestre do ano de 2018, a UBSF onde ocorre o grupo “Café com Prosa”, acolheu estagiários do curso de Psicologia da UFCG. Como atividades do estágio os alunos acompanhavam o trabalho da psicóloga da equipe durante as visitas domiciliares, nas escutas individuais e também nas atividades em grupo. Um dos requisitos do estágio era que os estudantes propusessem uma atividade para o serviço, articulada com as necessidades observadas e as demandas trazidas pelos profissionais. Diante disso, surgiu a ideia de se realizar com o grupo uma Terapia Comunitária Integrativa (TCI), diante da percepção de que muitos usuários do serviço compartilhavam de problemáticas semelhantes e a TCI enquanto uma prática de ajuda mútua poderia ser uma metodologia eficaz nessa direção.

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é considerada atualmente uma tecnologia de cuidado, que pode ser utilizada pelas equipes de saúde da família para a promoção da saúde, prevenção do sofrimento psíquico, fortalecimento de vínculos com a comunidade, construção de redes de apoio e inclusão social (GUIMARÃES; FILHA, 2006). A TCI começou a ser desenvolvida em 1987 na comunidade do Pirambu, em Fortaleza - CE, pelo psiquiatra, teólogo e antropólogo, Adalberto Barreto, visando atender às necessidades de saúde daquela população (ROCHA et al, 2009). Segundo Barreto (2005), a referida tecnologia de cuidado hoje está presente em 27 estados brasileiros com 16 Pólos Formadores e de Multiplicação e cerca de 7500 terapeutas comunitários formados. A TCI tem como pressupostos teóricos a teoria sistêmica, a teoria da comunicação, a antropologia cultural, a educação popular em saúde e a resiliência, caracterizando-se como uma prática integrativa de cuidado, de ampliação da clínica, e da integralidade em saúde (NASCIMENTO et al, 2012).

Diante do exposto, buscando enfatizar a potencialidade terapêutica dos grupos de ajuda mútua como também o caráter de relevância que foi a realização do estágio na AB, o presente trabalho tem por objetivo apresentar os resultados de uma Terapia Comunitária Integrativa

realizada com o grupo terapêutico “Café com Prosa”, durante a vigência do estágio em Psicologia Social Comunitária realizado no NASF da cidade de Campina Grande- PB.

METODOLOGIA

O presente trabalho caracteriza-se como um estudo descritivo do tipo relato de experiência, elaborado no contexto da disciplina Estágio Básico Supervisionado II, ministrada no oitavo período do curso de Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), o qual tem como objetivo principal conhecer o papel do psicólogo na Atenção Básica e propôr atividades interventivas a partir do conhecimento da realidade local, desenvolvendo práticas de educação em saúde e abordando temas transversais relacionados à saúde comunitária.

Dentre as diversas atividades realizadas durante o estágio, relata-se aqui a experiência da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) vivenciada com o grupo terapêutico “Café com Prosa”, em uma Unidade Básica de Saúde da Família. A TCI foi realizada com sete participantes, sendo 6 do sexo feminino e 1 do sexo masculino. Destes participantes, dois já frequentavam assiduamente as atividades do grupo, quatro haviam ido esporadicamente a algumas atividades e uma participou do grupo pela primeira vez, tendo em vista que era nova na comunidade sendo também a primeira vez que visitava a referida UBSF. Além dos sete participantes usuários do serviço, estavam presentes também 5 estagiários do curso de Psicologia da UFCG, que facilitaram a terapia, e a psicóloga que compunha a equipe do NASF, responsável e idealizadora do grupo.

O primeiro passo para que a realização da Terapia Comunitária Integrativa fosse possível foi a preparação e entrega dos convites aos usuários (Figura 1). O grupo estava sem atividades há quase dois meses devido às festividades de fim de ano, as férias da psicóloga responsável e as comemorações de carnaval, o que fez com que os participantes se dispersassem. Por isso, foram preparados 40 convites para serem distribuídos pelas agentes comunitárias de saúde entre os usuários em suas micro-áreas. Sublinha-se que as agentes comunitárias de saúde são ponto crucial para essa comunicação entre UBSF e comunidade, tendo em vista que são estes profissionais que estão em contato direto com a população e que conhecem com maior propriedade seus dilemas e conflitos (COSTA, et al., 2013).



Figura 1: Convite informativo sobre a volta das atividades do grupo “Café com Prosa”.

Fonte: Acervo próprio.

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI), conforme indicam Jatai e Silva (2012) obedeceu as seguintes fases: 1) acolhimento, recepção e boas-vindas ao grupo; 2) acordo terapêutico, acordos realizados com o grupo para manutenção do sigilo e respeito entre os participantes; 3) levantamento e escolha do tema, cada participante fala sobre o que tem lhe afligido, escolhe-se um dos temas apresentados para discutir em detalhes; 4) contextualização, o participante que teve o tema escolhido fala mais sobre ele, e os demais podem fazer perguntas a respeito para melhor compreensão; 5) problematização ou mote, os demais participantes podem falar se já passaram por experiências parecidas e como fizeram para superar tal situação, e por fim o 6) encerramento, com uma conotação positiva, enfatizando as potencialidades existentes para a resolução dos problemas.

As narrativas que foram construídas durante a Terapia Comunitária Integrativa são apresentadas na seção de Resultados e Discussão de forma descritiva, seguindo a ordem lógica dos acontecimentos, e são discutidos à luz da literatura que versa sobre o tema.

Ademais, sublinha-se que ao longo dos resultados e discussão serão utilizados nomes fictícios para se referir aos participantes da TCI. Os nomes escolhidos para se tratar os participantes, fazem alusão a renomados escritores brasileiros. O que motivou a escolha destes pseudônimos foi o fato de as histórias compartilhadas na TCI serem tão poéticas quanto às escritas pelos autores que foram referenciados. Esta foi a forma encontrada para homenagear e agradecer aqueles que, assim como os escritores, compartilharam conosco suas histórias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Acolhimento e Acordo terapêutico

O acolhimento do grupo foi realizado em dois momentos: inicialmente, após receberem as boas-vindas por parte da psicóloga, os participantes foram convidados a ficar de pé, e em seguida foram realizados alguns exercícios de respiração diafragmática para relaxamento. Destaca-se que o grupo recebeu os exercícios de modo positivo e diante dessa resposta, iniciou-se uma conversa sobre a importância de se respirar de forma correta (pelo diafragma) e os benefícios da respiração para a saúde física e emocional. O grupo se entusiasmou com as informações e referiu não saber que havia uma forma correta e mais benéfica de respirar, indicando que começariam a praticar mais a respiração diafragmática no dia a dia. Em seguida, foi pedido que cada um compartilhasse um sentimento que havia levado para o grupo naquele dia. O grupo de estagiários também expressou os sentimentos com relação ao momento vivenciado e logo após, cada usuário falou, surgindo entre eles: “boas-vindas, satisfação, felicidade, tristeza, e gratidão, foram alguns dos sentimentos colocados”.

Nesse momento, uma participante começou a falar sobre o que denominou-se ao longo desse texto de “aperreios”, os quais seriam os problemas que estavam afligindo-a mais fortemente, antecipando a etapa seguinte da terapia. Como algumas pessoas ainda precisavam falar o sentimento que haviam trazido para o grupo, foi preciso pedir, com sutileza, que a palavra fosse passada para a próxima pessoa para que todos tivessem a oportunidade de falar. Momentos como este demonstram que facilitar uma terapia comunitária integrativa ou qualquer outra metodologia, não se constitui como uma tarefa fácil, indica também a importância de ainda no início, serem estabelecidos com o grupo, os acordos necessários para que o mesmo possa ocorrer de modo a respeitar todos os presentes. O grupo escutou e concordou com todos os acordos que foram propostos, dando assim prosseguimento à atividade.

Levantamento e escolha do tema

No momento de levantamento e escolha do tema, cada participante pôde falar sobre algum problema que vinha passando, incentivados pelo que intitulou-se de “plaquinha do aperreio” (Figura 2). Nesse momento algumas brincadeiras foram feitas, uma das participantes apontou que “os aperreios são tantos que o problema vai ser escolher só um” (Cora Coralina, nome fictício), os demais, em uníssono, concordaram.



Figura 2: Plaquinha feita para convidar os participantes a compartilharem seus “aperreios”.

Fonte: Acervo próprio.

A plaquinha foi passando entre os participantes que colocavam de modo sucinto o que lhes “aperreava”. Foi interessante perceber que a participante que ainda no acolhimento colocou os problemas pelos quais passava, ao pegar a plaquinha reconheceu que já havia falado sobre seu problema e a repassou para o próximo participante, dizendo que “*ainda tem muita gente que tem problema e que precisa falar*” (Clarice Lispector, nome fictício). Isso vai ao encontro do já apontado por Barreto (2005), que assinala que quando um indivíduo percebe a existência do outro, há a possibilidade de aplicar suas habilidades, suas competências e descobrir a alteridade. Demonstra ainda que a comunidade, mesmo não tendo conhecimento técnico-teórico das etapas de uma terapia comunitária integrativa, consegue perceber o funcionamento do grupo e respeitar os acordos, inclusive de tempo, que são estabelecidos.

Os “aperreios” que foram colocados pelo grupo podem ser organizados nas seguintes categorias: conflitos familiares (3), desemprego (1), problemas de saúde (2) e desvalorização pessoal (2). Mesmo sendo um grupo pequeno, é possível perceber que alguns temas levantados foram comuns a mais de uma pessoa, possibilitando o agrupamento em categorias, além disso é importante pontuar que as falas de alguns participantes transitavam entre mais de uma categoria, por isso o número de “aperreios” levantados (8), é maior que o número de participantes (7). Nos trabalhos realizados por Rocha et. al (2009) e Nascimento et. al (2012), também foram apontadas categorias de sofrimento que condizem com as que aqui foram citadas, o que aponta para o fato de que as comunidades possuem demandas específicas na sua singularidade, mas também compartilham sofrimentos em comum.

Diante dos temas colocados, foi pedido que fosse escolhido um para ser mais trabalhado, 5 dos 7 participantes, escolheram o “aperreio” de um senhor, que foi nomeado aqui de Guimarães Rosa.

Contextualização

Guimarães Rosa compartilha emocionado seus sentimentos de não se sentir reconhecido pela esposa a qual cuida há vários anos, além disso, relata também conflitos que vivencia com um cunhado que mora com o casal. Ele, que era o único homem no grupo, conta que começou a frequentar o mesmo por causa de sua companheira, como forma de incentiva-la a ir à unidade, mas que acabou gostando e desde então, faz o possível para estar presente. Segue abaixo um recorte do que Guimarães expôs durante a TCI:

“Eu sempre fiz de tudo por ela (a esposa), sou formado em pedagogia e ela em Artes, quando ela adoeceu, dei aula no lugar dela durante 10 anos. O irmão dela tinha problemas com bebidas e eu chamei ele ‘pra’ morar com a gente, foi a pior coisa que eu fiz, não me ajuda em nada, não posso contar com ele ‘pra’ nada. Até de igreja eu mudei, porque a que eu ia antes ela não gostava. Mas é muito difícil... Muito difícil (voz embargada) ... É muito difícil saber que você se doou a vida toda por uma pessoa e não recebe nem um obrigado”.

O grupo ouviu o relato de modo muito atento e também interessado, deixando Seu Guimarães à vontade e demonstrando que ali era um lugar propício para compartilhar os afetos que estavam guardados. A atmosfera de cuidado que se instalou no grupo, demonstra o efeito terapêutico propiciado pela Terapia Comunitária Integrativa e também como essa ferramenta é pertinente no trabalho com grupos heterogêneos de organização informal. O contato face-a-face proporcionado pela metodologia, demonstra um interesse comum a todos que é o alívio dos sofrimentos e a busca por bem-estar. A TCI promove a construção de vínculos solidários, possibilitando a criação de uma rede de apoio social, reforçando os vínculos e evitando a desintegração social (FUKUI, 2004).

Depois de ouvir Seu Guimarães, alguns membros do Grupo fizeram perguntas na tentativa de compreender melhor a situação. Os estagiários na função de facilitadores do grupo, também levantaram alguns questionamentos tanto para compreender, como também a fim de fazer Seu Guimarães refletir um pouco sobre o que tinha compartilhado.

As perguntas se direcionaram a saber se a situação havia piorado após o irmão ter ido morar com o casal, se ele já havia compartilhado os seus sentimentos com sua esposa entre outras, as quais, Seu Guimarães respondia prontamente sem se constranger. Quando os questionamentos do grupo começaram a enveredar pelo viés do aconselhamento e da busca de informações sobre terceiros, que não estavam presentes, encerramos o momento, agradecendo a Seu Guimarães por ter compartilhado seus afetos conosco, e ao grupo, por ter ouvido de modo tão atento.

Problematização

Entende-se que as situações geradoras de sofrimento, são compartilhadas por várias pessoas da comunidade, mas vivenciadas por cada indivíduo de modo singular, podendo um apontar uma saída que ainda não foi enxergada pelo outro. Parafraseando Guimarães e Filha (2006): sofrer acaba se tornando uma fonte de competência, pois é o sofrer que torna o indivíduo mais humanizado e especialista em resolução. Por isso, a pergunta norteadora que mobilizou este momento foi: “Quem já passou por algo parecido e quais estratégias usou para superar?”.

A maioria dos participantes do grupo apontou estar passando ou já ter passado por alguma situação onde o esforço e dedicação para o cuidado do outro não foi/é reconhecido. Sobretudo filhos e companheiros, são citados como aqueles que nunca reconhecem o que é feito em prol deles. Isso está de acordo com o apontamento feito por Guimarães e Filha (2006), que verificaram que é comum queixas nas comunidades que demonstrem a presença de vínculos frágeis e de risco, principalmente em relação à família.

No que se refere às estratégias utilizadas para lidar com essas situações, a espiritualidade foi a principal solução citada pelos participantes que apontaram encontrar na vivência religiosa, forças para suportar os momentos difíceis e também amor para continuar cuidando do próximo mesmo quando não há demonstração de reconhecimento e gratidão.

A espiritualidade como dito por Boff (2006), é tudo aquilo que produz uma mudança dentro do ser humano, ela o impulsiona para uma transformação interior, que se revela no cuidar do outro, na solidariedade, na compreensão da vida. A fé, a espiritualidade, as crenças religiosas, emergem como uma força que ajuda a enfrentar problemas e tensões inerentes à vida, contribuindo para a manutenção da saúde mental e emocional (REIKDAL; MAFTUM, 2006). No enfrentamento dos problemas vivenciados no cotidiano, a crença em Deus é apontada como a estratégia mais presente, considerada muitas vezes a única ferramenta de resolução da

dificuldade vivenciada. Não devendo nunca ser menosprezada em prol de um conhecimento acadêmico dito superior (GUIMARÃES; FILHA, 2006).

A partir das falas dos participantes, percebeu-se que eles construíram um conhecimento a partir de suas vivências, de sua história pessoal de vida que unidas ao conhecimento que foi compartilhado, pode contribuir para o enfrentamento das inquietações do cotidiano.

Encerramento

É imprescindível que o momento final da terapia comunitária integrativa seja marcado por uma conotação positiva, trabalhando-se a problemática de uma forma mais ampla, buscando a construção de novos sentidos para a crise grupal e individual, enfatizando as possibilidades de resolução dos conflitos que foram colocadas (NASCIMENTO et al, 2012).

Após ouvir as experiências e estratégias de enfrentamento dos participantes, foi valorizado o que foi trazido sobre a espiritualidade, afirmando que a mesma, em seu sentido amplo, é efetiva para lidar com o sofrimento vivenciado no dia a dia. Para além disso, buscou-se discernir pontos que talvez ficassem nas entrelinhas das relações, como por exemplo, o tipo de reconhecimento que se espera do outro. Às vezes a pessoa pode demonstrar por meio de gestos e não de palavras, que reconhece que está sendo cuidado. Diante dessa problematização, Lya Luft expõe:

“É verdade, o velho que eu tomo conta dele, eu reclamo que ele é ingrato, mas ele também se preocupa que só comigo, se eu saio e demoro ‘pra’ voltar, ele já fica preocupado, e outra, só vai pra um canto se eu for. Essa semana mesmo, a filha dele queria levar ele ‘pra’ o sítio e ele disse que só ia se eu fosse. Parece que as vezes eles se preocupam com a gente também”.

Além disso, enfatizou-se também a importância do autocuidado, o cuidar de si para poder cuidar do outro, para que o cuidado oferecido seja de qualidade.

Por fim, foram feitos agradecimentos ao grupo por compartilharem seu tempo e suas histórias, explicando que a vigência do estágio estava chegando ao fim e que os estagiários que conduziram a TCI em questão estavam se despedindo do serviço, mas que o grupo continuaria ocorrendo quinzenalmente. Foi afirmado pelos estudantes a relevância das experiências vividas ali tanto para a formação em psicologia quanto para a vida. Diante disso, os participantes expressaram:

“Eu que agradeço a vocês, desde que entrei aqui que me senti bem, eu estava perdida porque sou nova aqui, nunca tinha vindo nesse posto. Mas agora já conheço várias pessoas, e vou conhecer mais, porque vou continuar vindo.” (Cecília Meireles, nome fictício).

“É uma pena que vocês não vão poder mais vir, agradeço a vocês por tudo, por ouvirem a gente, e desejo muito sucesso”. (Lya Luft, nome fictício).

O encerramento ocorreu assim, com os envolvidos cheios de gratidão e com o reconhecimento de que a TCI, mais do que uma metodologia, é um espaço de acolhimento, para a partilha de sofrimentos e sabedoria de vida que ocorre de maneira circular e horizontal, onde todos igualmente têm algo para contribuir.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, percebe-se que a inserção do psicólogo na Atenção Básica, possibilita a este profissional desenvolver práticas que vão além do modelo clínico individual, vigente durante muito tempo na prática psicológica. Neste campo, o trabalho com grupos torna-se uma das principais atividades do psicólogo buscando encontrar soluções para problemáticas que envolvem a coletividade.

No que se refere à Terapia Comunitária Integrativa (TCI), enfatizou-se por meio deste trabalho a potencialidade desta metodologia como uma estratégia de promoção da saúde mental e prevenção de doenças que as equipes de Saúde da Família podem utilizar como recurso em suas ações preventivas, tendo em vista que a promoção da saúde e a prevenção do adoecimento psíquico e emocional não são ações específicas dos serviços de saúde mental não hospitalares, estando à preocupação com esta temática também nas Unidades de Saúde da Família.

Apesar de ter sido uma intervenção pontual, acredita-se que o construído foi de grande importância, pois como os próprios participantes colocaram, os momentos de discussão e escuta foram fundamentais. Para o grupo de estagiários, o conhecimento e o crescimento que esta atividade proporcionou não podem ser mensurados e enquanto uma atividade potencialmente dialógica todos os envolvidos saíram transformados.

Por fim, não há como terminar este relato sem expressar o que a experiência do estágio na Atenção Básica significou. Como dito por Cris Pizziment, escritora e poetisa, em seu texto intitulado *Sou Feita de Retalhos*: “a cada encontro com o outro, vamos ficando maiores. Em

cada encontro, há uma vida, uma lição, um carinho, que nos tornam mais pessoa, mais humanos, mais completos. A vida se faz de pedaços de outras gentes que vão se tornando parte da gente também. E a melhor parte é que nunca estaremos prontos, finalizados. Haverá sempre um retalho novo para adicionar à alma”.

Este pequeno trecho do poema representa o que foi vivenciar este estágio, em especial realizar a Terapia Comunitária Integrativa. O encontro com o outro, a fim de ouvir suas histórias de luta e superação, mobilizou o profissional em formação e pessoa dos estagiários envolvidos, pois ambas as esferas são indissociáveis, convocando-os para uma atuação política e comprometida com a mudança social, além de uma escuta sensível às necessidades da comunidade. A experiência de estagiar na AB, em específico no NASF, suscitou assim alguns questionamentos: A Psicologia está a serviço de que? A serviço de quem? Tais questões terminaram por nos mobilizar, enquanto estagiários de Psicologia, para a construção de uma atuação ética e comprometida com a transformação social.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente aos participantes do grupo “Café com Prosa” pela receptividade, pela confiança e, principalmente, por compartilharem suas histórias, demonstrando que as práticas de cuidado perpassam, antes de tudo, por uma escuta do outro atenta e acolhedora. Por fim, agradecemos também à psicóloga do NASF onde as atividades de estágio foram desenvolvidas por compartilhar sua experiência e contribuir para o nosso crescimento e desenvolvimento enquanto psicólogos.

REFERÊNCIAS

ALVES, R.; SANTOS, G.; FERREIRA, P.; COSTA, A.; COSTA, E. Atualidades sobre a psicologia da saúde e a realidade Brasileira. **Psic., Saúde & Doenças**, Vol.18, n.2. 2017.

BARRETO, A. **Terapia Comunitária passo a passo**. Fortaleza: Gráfica LCR; 2005.

BOFF, L. **Espiritualidade: um caminho de transformação**. Rio de Janeiro: Sextante, 2006.

CARVALHO, M. A. P.; DIAS, M. D.; MIRANDA, F. A. N.; FILHA, M. O. F. Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS):

do isolamento à sociabilidade libertadora. **Cad. Saúde Pública**, vol. 29, n. 10, p. 2028-2038, 2013.

COSTA, S. M.; ARAÚJO, F. F.; MARTINS, L., V.; NOBRE, L. L. R.; ARAÚJO, F. M.; RODRIGUES, C. A. Q. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 2147-2156. 2013. Disponível em: scielosp.org/article/csc/2013.v18n7/2147-2156/. Acesso em: 19 de julho de 2020.

CREPOP/CFP. **Práticas profissionais de psicólogos e psicólogas na atenção básica à saúde**. 1ª Ed. Brasília –DF. 2010.

FUKUI, L. Terapia comunitária e o conceito de comunidade: uma contribuição da sociologia. [online] 2004. Disponível em: http://www.usp.br/nemge/textos_tecendo_estudando/. Acesso em 18 de março de 2020.

FURTADO, M. E. M. F.; CARVALHO, L. B. O psicólogo no NASF: potencialidades e desafios de um profissional de referência. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 7, n. 1, jan. /jun., p. 09-17. 2015.

GUIMARÃES, F. J.; FILHA, M. O. F. Repercussões da terapia comunitária no cotidiano de seus participantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 03, p. 404 - 414, 2006 Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a11.htm. Acesso em: 18 de março de 2020.

JATAI, J. M.; SILVA, L. M. S. Enfermagem e a implantação da Terapia Comunitária Integrativa na Estratégia Saúde da Família: relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 65, n. 04, p. 691-695, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000400021>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Brasília, DF: Autor. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf. 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. [Versão eletrônica]. Brasília: Autor. 2010.

NASCIMENTO, M. V. N.; LEITE, C. C. A.; RODRIGUES, B. S.; SANTOS, I. A.;

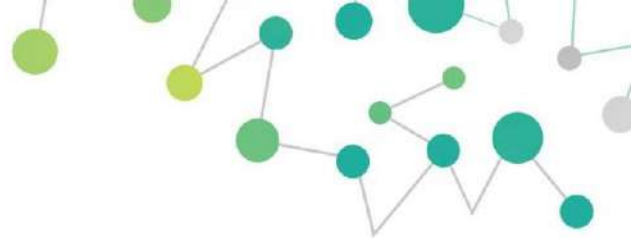
OLIVEIRA, J. O. D.; BITÚ, L. S. L. Práticas integrativas em saúde: uma experiência da terapia comunitária na atenção básica. **Rev enferm UFPE on line**. Vol. 6, n. 10 p. 2586-2595. 2012.

PADILHA, C.S.; OLIVEIRA, W.F. Terapia comunitaria: práctica relatada por los profesionales del SUS de Santa Catarina, Brasil. **Interface - Comunic., Saude, Educ.** 2012.

REIKDAL, A. R.; MAFTUM, M.A. O cuidado com a saúde mental da equipe de enfermagem do PSF de uma unidade de saúde. **Nursing**, Vol.98, n.8, p.925-930, 2006.

ROCHA, I. A.; BRAGA, L. A. V.; TAVARES, L. M.; ANDRADE, F. B.; FILHA, M. O. F.; DIAS, M. D.; SILVA, A. O. A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. **Rev Bras Enferm**, Vol. 62, n. 5, p. 687-94. 2009.

VASCONCELOS, E. M. **O poder que brota da dor e da opressão**: empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus, 2003.



IDEAÇÃO SUICIDA E DESEMPENHO ACADÊMICO: Um Estudo Correlacional

Giovani Amado Rivera ¹
Andréia Lílite de Souza Leite ²
Gabrielly Batista Gomes ³

RESUMO

A ideação suicida é um importante preditor de risco suicida; refere-se aos pensamentos de autodestruição e ideias suicidas, englobando desejos, atitudes e planos que o indivíduo tem para dar fim à própria vida. Os cenários com elevadas sobrecargas emocionais vivenciados pelos universitários, o desempenho acadêmico tem sido pesquisado como um influenciador de ideação suicida. Desse modo, o objetivo deste estudo foi verificar a relação entre desempenho acadêmico e ideação suicida em universitários de uma Instituição de Ensino Superior no Sertão da Paraíba. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, composta por 390 participantes de ambos sexos, que responderam uma pergunta sobre o CRE (Coeficiente de rendimento escolar) um questionário sociodemográfico e a Escala Multi-attitudinal de Tendência ao Suicídio – EMTS. Para os resultados, foram realizadas análises de correlação de Pearson e o teste t. As idades variaram de 18 a 50 anos ($M = 22,2$; $DP = 4,2$); 61% dos estudantes eram do sexo feminino, 51,6% declararam não possuir companheiro, e 14,7% declararam possuir diagnóstico de problemas psicológicos. A correlação entre C.R.E e as dimensões do EMTS apresentou resultado significativo e negativo com a dimensão repulsão pela vida, mostrando que, quanto maior o C.R.E, menos o sujeito pontua nesta dimensão. Embora resultado seja significativo o coeficiente de correlação não foi considerado adequado. Logo, foi possível concluir que não há uma relação direta entre o CRE e as dimensões EMTS, contudo, essas dimensões estão associadas a fatores relevantes como: situação conjugal, diagnóstico de problemas psicológicos.

Palavras-chave: Ideação suicida; Universitários; Desempenho acadêmico

INTRODUÇÃO

O suicídio existe desde os tempos mais antigos da humanidade, tendo mudado apenas a forma como esse ato é encarado (MOREIRO; BASTOS, 2015). Atualmente constitui-se como um problema de saúde pública mundial desde o ano de 2010, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, World Health Organization - WHO, 2010), pois em muitos países, como Portugal, Canadá, Estados Unidos, está entre as três principais causas

¹ Doutorando em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo-FCMSCSP, giovani.amado@gmail.com;

² Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário de Patos – UNIFIP, lilitepsico@gmail.com;

³ Mestranda em Psicologia da Saúde pela Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, gabriellybatist@gmail.com;

entre jovens de 10 a 24 anos. A cada ano, aproximadamente um milhão de pessoas morrem devido ao suicídio, o que representa uma morte a cada 40 segundos (BRAGA; DELL'AGLIO, 2013).

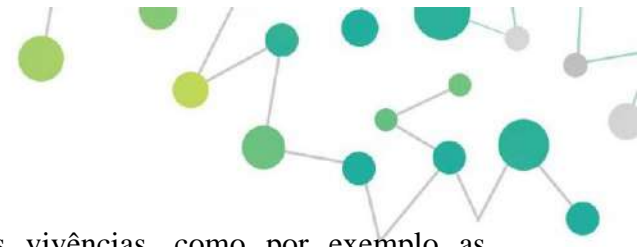
Dados mais recentes da OMS (2018), afirmam que cerca de 800.000 pessoas cometem suicídio, sendo, portanto, a segunda causa mais evidente de morte na faixa etária de 15 a 29 anos. Há estimativas que em 2020, mais de 1,5 milhões de pessoas cometam suicídio e 10 a 20 vezes mais indivíduos tentarão cometer, correspondendo uma morte a cada 20 segundos e uma tentativa a cada 2 segundos.

Na literatura, da Costa, Vieira e Lima (2010 apud SCHLÖSSER; ROSA; MORE, 2014) definem que os comportamentos suicidas abrangem três elementos: as ideias e desejos suicidas (ideação suicida), os comportamentos (ou condutas) suicidas sem resultado de morte e/ou suicídios consumados. Apesar do primeiro elemento citado (ideação suicida) ser considerado por sua vez, uma expressão de menor risco, torna-se o prenunciador da manifestação e tomada de decisão perante ao mesmo (GONÇALVES et al., 2014).

A Ideação suicida se refere aos pensamentos de autodestruição e ideias suicidas, englobando desejos, atitudes e planos que o indivíduo tem para dar fim à própria vida (BORGES; WERLANG, 2006 apud MOREIRO; BASTOS, 2015). Ter pensamentos suicidas uma vez ou outra não é considerado anormal, vez que esses pensamentos fazem parte do processo de desenvolvimento normal do indivíduo, à medida que se lida com problemas existenciais e se está em busca de compreender a vida, a morte e o significado da existência (OMS, 2000).

A pluralidade deste fenômeno resulta de uma interação complexa tanto de fatores genéticos, como psicológicos, sociais, culturais e ambientais, além do histórico anterior de tentativas de autolesão e de também ter familiares ou conhecidos que tentaram ou cometeram o ato (SOUSA RÊGO; PARENTE, 2018). Por causa de sua natureza, definição e as consequências, sabe-se que grande parte dos suicídios registrados são consequências de sujeitos com transtornos psicológicos, tais como Depressão, Ansiedade Generalizada, Transtorno Bipolar ou do Pânico (BOTEGA, 2014).

Além da relação evidente do suicídio com todos esses construtos, as causas desencadeadoras podem ser inúmeras e nem sempre tão claras. Um outro aspecto, pouco estudado na sua relação com a ideação suicida, mas que pode ter um papel importante como um influenciador desses pensamentos, visto que os jovens são as principais vítimas, são



aquelas relacionadas ao ambiente acadêmico e suas vivências, como por exemplo as expectativas acerca do próprio desempenho acadêmico na universidade.

É preciso ressaltar que o estudante ao chegar à universidade carrega, em si muitas vezes, uma carga de limitações diversas, desde as econômicas, como as emocionais e também as sociais, além do conjunto natural de expectativas advindas do sonho de poder cursar uma formação superior. Concomitante a essas mudanças, a adolescência é por definição o momento em que o indivíduo vivencia um conjunto complexo de mudanças em todas as áreas da sua vida, mobilizando os seus esforços na tentativa de descobrir e definir a sua identidade (ARSLAN et al., 2009).

Gonçalves et al. (2014), explanam que as tentativas de suicídio sempre causam grande impacto familiar e social, provocando enorme sofrimento naqueles que convivem e se relacionam com as vítimas. Os docentes do ensino superior, no decorrer das suas atividades acadêmicas, são diversas vezes confrontados com um número preocupante de estudantes que, durante o seu percurso acadêmico, evidenciam situações de grande estresse, sintomatologias relacionadas a cargas de ansiedade enormes, quadros depressivos que podem estar associados a quadros de ideação suicida. Todas essas condições são importantes preditores do risco de suicídio, que, muitas vezes são identificados/diagnosticados, apenas em casos de extrema gravidade.

Frequentemente o ensino superior também marca o início de um processo de transição para o mundo do trabalho e para a autonomia própria do sujeito. Este processo traz consigo um conjunto de preocupações como por exemplo: exames, reprovações e fracas expectativas em relação ao curso que frequentam. Problemas estes, que muitas vezes, se acentuam no caso dos estudantes que para frequentarem um curso superior, tiveram de sair da casa de seus pais e passaram a viver em casas de familiares, residências universitárias ou quartos alugados, apresentando-lhe assim, novas rotinas/atividades na qual podem lhes trazer um conjunto de dificuldades acrescidas, novas responsabilidades, sentimentos de solidão, saudades do lar, familiares e amigos. Sentimentos e dificuldades que muitas vezes, podem dar início ou aumento de consumo de substâncias (consumo de álcool, tabaco e outras drogas), assim como perturbações psíquicas e em casos mais extremos, o suicídio (GONÇALVES et al., 2014).

Os jovens que apresentam ideação suicida se apresentam como pessoas sozinhas, associando essa elaboração a sentimentos de desesperança e solidão, simultaneamente expressam um pedido de ajuda diante de seu sofrimento (COSTA; VIEIRA; LIMA, 2010).

Esse público é mais propenso ao imediatismo e à impulsividade, e ainda não possui plena maturidade emocional; dessa forma, encontram maiores dificuldades para lidar com os estressores agudos.

Tais acontecimentos podem funcionar como desencadeantes de atos suicidas (BOTEGA, 2015). Como principais causalidades relevantes que costumam desencadear uma tentativa de suicídio identificam-se perdas ou rompimentos de relacionamentos afetivos, desentendimentos familiares e as experiências de humilhação que diminuem a autoestima, como o fracasso acadêmico (O'CONNOR; NOCK, 2014).

A passagem entre escola e vida universitária é, para grande parte dos jovens, a conquista de sua própria independência, também pode ser visto como um período crítico de adaptação ao novo ambiente e a novas exigências. Uma parcela significativa dos alunos relata dificuldades no primeiro ano de universidade, por ser um período que pode tornar mais evidentes problemas pessoais, financeiros e acadêmicos dos alunos, ampliando os níveis de estresse e ansiedade dos estudantes (FERRAZ; PEREIRA, 2002).

Em estudos desenvolvidos sobre as características socioeconômicas e culturais das universidades brasileiras (PADOVANI et al., 2014), encontrou-se a relação entre dificuldades emocionais e o desempenho acadêmico dos estudantes: onde uma parte desses estudantes (43%) relataram dificuldades de adaptação em relação à mudança de cidade, local de moradia e distância da família, outra parcela dessa amostra (46%) relataram dificuldade em seus relacionamentos tanto pessoais quanto os sociais e a maioria (52%) apontou ter dificuldades financeiras, sendo este um fator que influenciava diretamente o rendimento e desempenho acadêmico. Existem ainda outros fatores desencadeadores do estresse relatados na pesquisa, como a excessiva carga de trabalho dos estudantes (37%) e a carga de trabalhos acadêmicos destacado por eles (58%).

Nesse contexto, é eminente ressaltar que o meio acadêmico pode desempenhar papel importante no desenvolvimento saudável do jovem-adulto, como ambiente privilegiado para práticas promotoras de saúde, preventivas e de educação à saúde (BRASIL, 2009). No desenvolvimento dessas competências pessoais e sociais, identifica-se promoção da autoestima, aumento da resiliência, esperança e autonomia, criatividade, promoção da equidade entre os alunos e sensibilização para o autocuidado. As mesmas devem incluir todos os membros na comunidade acadêmica, como profissionais de educação, saúde e alunos (GERAIS, 2006; SANTOS et al., 2017).

Diante dos cenários com elevadas sobrecargas emocionais vivenciados pelos estudantes ao longo dos anos de sua formação acadêmica, a relevância deste estudo justificase pela necessidade de conhecer os possíveis impactos do processo de formação acadêmica na saúde mental dos estudantes universitários, que mediante as problemáticas apresentadas se configuram como uma população de risco.

Desse modo, objetivou-se verificar a relação entre o desempenho acadêmico e a ideação suicida em jovens graduandos de uma Instituição de ensino superior no Sertão da Paraíba. Além disso, buscou comparar variáveis sociodemográficas dos participantes da pesquisa quanto á ideação suicida como: idade, coeficiente de rendimento escolar (CRE), situação conjugal, diagnóstico de problemas psicológicos.

MÉTODO

Tipo de Estudo

A presente pesquisa trata-se de um levantamento descritivo, correlacional e de abordagem quantitativa, configurando-se como um estudo estatístico cuja função é quantificar e correlacionar características de um determinado fenômeno.

Participantes e Local

A pesquisa foi realizada com a participação de 390 estudantes universitários de uma Instituição de ensino superior localizada no interior da Paraíba, escolhidos a partir do método não-probabilístico por conveniência de amostragem, a distribuição foi de 30 estudantes para cada curso (Psicologia, Medicina, Odontologia, Nutrição, Biomedicina, Enfermagem, Fisioterapia, Ed. Física, Serviço Social, Direito, Arquitetura e urbanismo, Eng. Civil e Radiologia). Os estudantes participaram de forma voluntária, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Instrumentos

Os participantes responderam uma pergunta sobre o valor do seu CRE (Coeficiente de rendimento escolar) e a dois instrumentos principais:

Um questionário sociodemográfico, com objetivo de levantar dados pertinentes ao perfil dos participantes da pesquisa através de variáveis como sexo, idade e renda familiar.

Escala Multi-attitudinal de Tendência ao Suicídio – EMTS. Desenvolvida por Orbach et al. (1991), avalia quatro dimensões: *Atração pela vida*, composto por sete itens (por exemplo, gosto de muitas coisas na vida), é influenciada pelos sentimentos individuais de segurança, relacionamentos interpessoais e amorosos, necessidade de pertença e autoestima. *Atração pela vida* é também determinada por egos consolidados e estratégias de *coping* e ajustamento; a mesma previne as pessoas da autodestruição.

Repulsão pela vida, com sete itens (por exemplo, acho que não sou muito importante para a minha família), reflete a dor e o sofrimento que o indivíduo experimenta, confrontamentos com problemas não resolvidos, a morte e o amor de alguém, divórcio dos pais, abuso emocional ou físico, sentimento de rejeição, recebimento de mensagens destrutivas, isolamento, alienação, desorganização familiar, internalização da autodestruição, ou identificação com algum parente que tenha desenvolvido depressão ao ponto de pensar em suicídio.

Em geral, repulsa pela vida pode ser visto como uma motivação que leva o indivíduo a sua autodestruição. *Atração pela morte*, também com sete itens (por exemplo, acredito que a morte pode trazer um grande alívio ao sofrimento) envolve crenças que a morte é um modo emocional ou físico de existência mais preferível que a vida; adolescentes que romantizam a morte de vêm nela um estado místico de união com o universo e que isso pode lhes trazer algum tipo de proteção, desse modo, facilitam o comportamento suicida e podem aumentar a atração pela morte, tornando uma força motivacional por trás da autodestruição.

E *Repulsão pela morte*, com nove itens (por exemplo, o pensamento que um dia vou morrer me assusta). Salienta entre as pessoas uma forte tendência a autodestruição. Ela é obtida através de uma visão realística e amedrontadora da percepção da morte; sentimento de culpa podem ser expressos e expectativas de algum tipo de punição; reflete situações de estresse ou dor e atração pela morte, representado por convicções religiosas ou percepções de que a morte é um caminho superior de bem-estar em nível concreto.

Similar a atração pela vida, a repulsão pela morte diferencia-se de cada um deles, a atração pela vida é derivada do grau de satisfação e sensação de bem-estar, enquanto que a repulsão pela morte reflete diversos medos em torno da morte no sujeito. A escala de resposta possui cinco pontos, variando de **1** = Discordo totalmente a **5** = Concordo totalmente.

Procedimento

A coleta de dados foi realizada na própria instituição, em sala de aula, no turno da manhã e noite. A coleta iniciou-se após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos das Faculdades Integradas de Patos, a fim de cumprir os requisitos da Resolução N° 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente.

Esta Resolução incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa; e emissão do Parecer Consubstanciado (CAAE:04063618.2.0000.5181 Número do Parecer:3.136.750).

Tabulação e análise de dados

Foi utilizado para a análise dos dados o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*; versão 24), onde análises de estatística descritiva (média, desvio padrão e frequência) e análises de estatística inferencial foram realizadas. Os testes utilizados foram de comparação de médias (teste *t de student*) e correlação de Pearson. O nível de significância utilizado nas decisões dos testes estatísticos foi de 5%.

RESULTADO E DISCUSSÕES

Caracterização da amostra

A partir dos resultados obtidos na pesquisa, levando em consideração os dados demográficos, o estudo contou com 390 participantes, sendo composto por 61% de estudantes do sexo feminino, 51,6% tendo se declarado sem relacionamento ou apenas solteiros, 61,7% afirmaram morar com familiares no momento da pesquisa, 59,4% não trabalham, 55,6% estavam cursando a primeira metade (do 1° ao 5° período) da graduação e 42,1% se classificaram como possuindo renda considerada média baixa. As idades variaram de 18 a 50 anos ($M = 22,2$; $DP = 4,2$) e destes, 14,7% já haviam sido diagnosticados com algum problema psicológico.

Correlatos entre desempenho acadêmico e idade com suicídio

O principal objetivo desta pesquisa foi analisar a relação entre desempenho acadêmico e ideação suicida em uma amostra de universitários de uma instituição privada no sertão da Paraíba. Partindo desse contexto, Gonçalves et al. (2014) relatam que o ensino superior marca o início de um processo de transição para o mundo do trabalho e para a autonomia própria do jovem adulto; este processo traz consigo um conjunto de preocupações, novas responsabilidades, sentimentos de solidão, saudades do lar, familiares e amigos. Além de sentimentos e dificuldades que muitas vezes, podem dar início ou aumento de consumo de substâncias (consumo de álcool, tabaco e outras drogas), assim como perturbações psíquicas e em casos mais extremos, o suicídio.

Com base na literatura e levando em conta esse objetivo, buscou-se confirmar a hipótese de que os escores do coeficiente de rendimento escolar (CRE) e a idade se correlacionariam negativamente com os escores do questionário de ideação suicida. Como mostra a Tabela 3, as variáveis de idade e o CRE foram correlacionadas com as 4 dimensões da escala de tendência ao suicídio.

Como é possível notar, a idade apresentou correlação significativa apenas com a dimensão *atração pela morte*, sendo uma correlação negativa ($r = -0,12$; $p \leq 0,05$), ou seja, demonstrando que quanto maior a idade do sujeito nesta amostra, menor é sua pontuação nesta dimensão.

No que diz respeito ao CRE, houve uma correlação significativa e negativa, porém, dessa vez com a dimensão *repulsão pela vida*, ou seja, quanto maior o CRE, menos o sujeito pontua nesta dimensão. Vale salientar que embora o resultado seja significativo o coeficiente de correlação não foi considerado adequado, cujo tamanho do efeito começa com valores a partir de 0,30. A seguir, a tabela 3 apresenta os demais coeficientes de Pearson relacionados aos outros fatores.

Tabela 1

Correlação das variáveis idade e CRE com as dimensões da escala de suicídio

Variáveis	Atração pela vida	Repulsão pela vida	Atração pela morte	Repulsão pela morte
Idade	-0,08	-0,09	-0,12*	-0,02
C.R.E	0,07	-0,12*	-0,07	-0,17

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: * $p < 0,05$

A inserção do estudante na universidade o coloca diante de uma nova realidade, na qual se fazem presentes inúmeros desafios, tais como: inserir-se em um contexto novo e diferente; desenvolver habilidades (no âmbito pessoal e profissional) que o permitam ser bem-sucedido no ambiente acadêmico; manter desempenho compatível com o exigido pelas diversas disciplinas que cursa; dentre outros (IGU; BARIANI; MILANESI, 2008; MORENO; e SOARES, 2014; SOARES et al., 2014; LANTYER et al., 2016). Assim, a transição para a vida universitária é complexa e exige do aluno um amplo conjunto de habilidades para lidar com as diferentes exigências que lhes são demandadas, em geral quando este ainda é um jovem no processo de formação.

Nesse processo, as dificuldades podem sobrecarregar, fazendo com que muitos acadêmicos desenvolvam problemas psicológicos ou gerando o agravamento de quadros já existentes à entrada na universidade. Pesquisas apontam os principais problemas desenvolvidos pela população universitária, sendo estes: estresse, ansiedade, depressão, fobias sociais, uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas e ideação suicida (GAMA et al., 2008; BAPTISTA; CARNEIRO, 2011; ZEFERINO et al., 2015; VASCONCELOS-RAPOSO, 2016).

Os estudos até agora existentes relativos à prevalência de ideação suicida em estudantes universitários apresentam resultados muito diversos, sendo relevante considerar o período de análise a que a investigação se reporta, isto é, se a investigação diz respeito exclusivamente acerca do momento em que os estudantes participam, acerca do mês anterior ou acerca de todo o seu desenvolvimento enquanto acadêmicos (PEREIRA; CARDOSO, 2015).

Embora a correlação não tenha apresentado resultados adequados, na literatura, considerando o momento da participação no estudo ou o período até às quatro semanas anteriores à inquirição dos participantes, Tyssen et al. (2001) verificaram que 14% dos estudantes noruegueses que participaram no seu estudo tiveram ideias de suicídio no último ano.

Eisenberg et al. (2007) encontraram na sua pesquisa uma prevalência de ideação suicida de 2,5% em estudantes de licenciatura e 1,6% em estudantes de pós-graduação dos EUA. Também com populações universitárias americanas, Garlow *et al.* (2008) e Arria et al. (2009) verificaram que os pensamentos suicidas estavam presentes em 11,1% e 6% da amostra, respectivamente.

Com amostras recolhidas na Suécia e na Itália foram obtidos valores de 13,7% e 14,3% respectivamente (FRIDNER et al., 2009). Enquanto Eskin et al. (2011) encontraram

uma prevalência de 11,3%, numa amostra austríaca, e 12% numa amostra turca. E nos estudos de Pereira e Cardoso (2015) foi verificada, em Portugal, uma taxa de prevalência de 10,7%.

Estes dados, no seu conjunto, não nos podem deixar indiferentes, e alertam-nos para a necessidade de existirem mais campanhas de prevenção do suicídio, levando em conta que a ideação suicida é frequentemente comum entre os adolescentes e em maior prevalência entre os estudantes universitários.

Como fator de aumento de preocupação, os estudos também indicam que a existência de história de ideação suicida é um fator preditor de morte por suicídio, deixando evidente que este construto não está ligado apenas a um fator, e sim diversos fatores biopsicossociais (GARLOW et al., 2008).

Tabela 2

Relação por meio de teste t entre as dimensões do suicídio e situação conjugal.

Variáveis	Sem Companheiro (n=194)		Com Companheiro (n=183)		t	p
	M	DP	M	DP		
Atração pela vida	4,1	0,6	4,2	0,5	-2,308	0,02*
Repulsão pela vida	2,3	0,7	2,2	0,6	2,435	0,02*
Atração pela morte	2,6	0,7	2,5	0,6	1,977	0,05*
Repulsão pela morte	2,4	0,9	2,4	0,9	2,453	0,92

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: *p<0,05 **p<0,001

A ideação suicida em universitários pode ter uma especificidade devido à presença de pressões sociais e acadêmicas que distinguem essa população (WILCOX et al., 2010). A presença de maiores níveis de apoio social parece exercer um efeito protetor contra esse tipo de comportamento (ARRIA et al., 2009); contraparte, a solidão e a falta de suporte social apresentam-se como elementos facilitadores. Nessa perspectiva, a presença de um companheiro, pode exercer tal efeito protetor contra pensamentos suicidas na vida do indivíduo (ARRIA et al., 2009; JOINER, 2005).

No que diz respeito aos estudos os quais consideram o estado civil em associação com a taxa de suicídio, parece existir consistência nos resultados, sendo que essa taxa diminui quando o estado civil corresponde a casado(a) ou que possui um companheiro. O mesmo não acontece quando se trata de outros estados, nomeadamente divorciado(a), solteiro(a) ou viúvo(a), no geral, indivíduos que não possuem companheiros, no qual evidenciam taxas mais elevadas de suicídio (DENNEY et al., 2009).

Ainda para atender aos objetivos estabelecidos, realizou-se um teste T entre as dimensões de suicídio e os grupos de sujeitos que afirmaram possuir ou não o diagnóstico de algum problema psicológico. A partir dos resultados da tabela 6 nota-se que houve diferença significativa em duas dimensões, sendo estas, *atração pela vida*, onde sujeitos que afirmaram não possuir diagnóstico de problemas psicológicos apresentaram média maior ($M = 4,1$; $p < 0,05$); e *repulsão pela vida*, onde o grupo de sujeitos que afirmou possuir diagnóstico de problemas psicológicos apresentaram média maior ($M = 2,5$; $p < 0,05$).

Tabela 3

Relação por meio de teste t entre as dimensões do suicídio e diagnóstico de problemas psicológicos.

Variáveis	Sim (n=57)		Não (n=328)		T	p
	M	DP	M	DP		
Atração pela vida	4,0	0,6	4,1	0,6	-1,990	0,05*
Repulsão pela vida	2,5	0,7	2,2	0,6	2,415	0,02*
Atração pela morte	2,7	0,7	2,5	0,6	1,509	0,14
Repulsão pela morte	2,5	0,9	2,4	0,9	0,921	0,36

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: * $p < 0,05$ ** $p < 0,001$

A Organização Mundial de Saúde desde o ano de 2000, declarou que os problemas psicológicos estão associados a mais de 90% dos casos de suicídio, destacando-se a esquizofrenia, as perturbações de humor, transtornos de personalidade *borderline* e as perturbações relacionadas ao consumo de substâncias.

Também declarou que não são só as doenças mentais que se relacionam com os comportamentos suicidários, mas também as características psicológicas associadas a essas doenças como pensamentos negativos, impulsividade, agressividade, baixa autoestima, anedonia, sentimento de culpa e ausência de sentido para viver.

Reinherz et al. (2006), afirmam que a hipótese relacionada a ideação suicida como marcador de sofrimento psicológico, (corroborada com a dimensão *Repulsão pela vida*), tem sido confirmada em diversos estudos, onde estes demonstram que a ideação não só surge associada a comorbidade psiquiátrica como também pode ser um fator preditivo de psicopatologias futuras, tanto na fase da adolescência como em jovens adultos.

A ideação suicida também tem sido relacionada com défices de funcionamento comportamental e emocional, como por exemplo, os sintomas depressivos e sujeitos com baixa autoestima, que se estendem também para além da adolescência e permanecem durante o início da idade adulta (REINHERZ et al., 2006).

Nesse contexto, a satisfação com a vida (no que se refere a dimensão *Atração pela vida*), também tem sido avaliada como uma dimensão da saúde mental, pois, além de estar associada negativamente com o diagnóstico de transtornos mentais, também está relacionada a fatores de risco à saúde mental do sujeito.

Baixos níveis de satisfação com a vida são um forte indicativo para morbidade psiquiátrica, sendo muito mais comuns em pacientes psiquiátricos do que na população em geral, independentemente do nível de psicopatologia (KOIVUMAA-HONKANENET et al., 2000, 2001).

CONCLUSÃO

Diante do exposto, os resultados apontam para o fato de que não há uma relação *direta* entre o Coeficiente de Rendimento Escolar (CRE) com as dimensões do suicídio. Porém, diante desse resultado, foi possível identificar que essas dimensões estão associadas a outros fatores, que podemos destacar na literatura como sendo fatores importantes.

A exemplo de situação conjugal, considerada como um fator de proteção; ter o apoio e o suporte social de um parceiro/companheiro, podem distanciar pessoas de pensamentos que podem ser considerados como perigosos ou que poderiam levar o indivíduo a cometer suicídio.

Assim como a presença do diagnóstico de problemas psicológicos, também associada a pensamentos potencialmente relacionados ao suicídio, onde indivíduos que se encontram em uma situação de fragilidade psicológica podem eventualmente desenvolver pensamentos associados a ideias e atos suicidas.

Quanto as inúmeras demandas apresentadas na trajetória acadêmica, são necessárias propostas de intervenção psicológica, que auxiliem o universitário em sua transição para o ensino superior, promovendo o desenvolvimento de habilidades necessárias ao seu desempenho acadêmico saudável, minimizando a probabilidade de surgimento de quadros de adoecimento psicológico nessa população. Tais ações podem contribuir também para a minimização da evasão de alunos no ensino superior, impactando positivamente o desempenho acadêmico desses estudantes.

Sugere-se em estudos futuros amostras mais representativas com relação a proporção por curso, bem como outras variáveis capazes de mensurar com mais precisão o rendimento ou a relação do aluno com seu envolvimento acadêmico no que diz respeito as disciplinas.

Há de se ressaltar também que a coleta num estudo futuro seja realizada mais próximo do período de avaliações ou mais próximo do encerramento do período letivo, como forma de garantir resultados mais fidedignos com relação aos problemas que poderiam surgir fruto das intempéries comuns e características do dia-a-dia do estudante universitário.

Ainda, faz-se necessário em estudos futuros conciliar métodos tanto qualitativos, que considerem a peculiaridade do sujeito, quanto quantitativos, utilizando medidas implícitas, considerando que este estudo utilizou um viés de medida explícita, que é passível de desajustabilidade social, tendo em vista a necessidade de uma compreensão mais aprofundada desse fenômeno.

REFERÊNCIAS

ARRIA, A. M.; O'GRADY, K.; CALDEIRA, K. M.; VINCENT, K. B.; WILCOX, H. C.; WISH, E. W. **Suicide ideation among college students: A multivariate analysis.** Archives of Suicide Research, v.13, n. 3, p , 230-246, 2009.

ARSLAN, G.; AYRANCI, U.; UNSAL, A.; ARSLANTAS, D. **Prevalence of depression, its correlates among students, and its effect on health-related quality of life in a Turkish university.** Upsala Journal of Medical Sciences, v. 114 n. 3, p, 170-177, 2009.

BAPTISTA, M. N.; CARNEIRO, A. M. **Validade da escala de depressão: relação com ansiedade e stress laboral.** Estudos de Psicologia, v. 28, n. 3, p, 345-352, 2001.

BORGES, V.; Werlang, B. **Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos.** Estudos de Psicologia, v.11, n. 3, p, 345-351, 2006.

BOTEGA, N. J. **Comportamento Suicida: Epidemiologia.** Psicologia USP, v. 25, n. 3, p, 231-236, 2014

BOTEGA, N. J. **Crise suicida: avaliação e manejo.** Porto Alegre, RS: Artmed Editora, 2015

BRAGA, L. D. L.; DELL'AGLIO, D. D. **Suicídio na Adolescência: Fatores de Risco, Depressão e Gênero.** Contextos Clínicos, v. 6, n. 1, p, 2-14, 2013.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na Escola. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

COSTA A. L.; VIEIRA, K. F. L.; LIMA C. M. D. P. **Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio.** Psico-USF, v. 15, n.1, p, 47-57, 2010.

DENNEY, J.; ROGERS, R.; KRUEGER, P.; WADSWORTH, T. **Adult suicide mortality in the United States: Marital status, family size, socioeconomic status and differences by sex.** *Social Science Quarterly*, v. 90, n 5, p, 1167-1185, 2009.

EISENBERG, D.; GOLLUST, S. E.; GOLBERSTEIN, E.; HEFNER, J. L. **Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students.** *American Journal of Orthopsychiatry*, v. 77, n. 4, p, 534-542, 2007.

ESKIN, M.; VORACEK, M.; STIEGER.; ALTINYAZAR, V. **A cross-cultural investigation of suicidal behavior and attitudes in Austrian and Turkish medical students.** *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v. 46, n.9, p, 813-823, 2011.

FERRAZ, M. F.; PEREIRA, A. S. **A dinâmica da personalidade e o homesickness (saudades de casa) dos jovens estudantes universitários.** *Psicologia, saúde & doenças*, v. 3, n.2, p, 149-164, 2002

FRIDNER, A.; BELKIC, K.; MARINI, M.; MINUCCI, D.; PAVAN, L.; SCHENCK-GUSTAFSSON, K. **Survey on recent suicidal ideation among female university hospital physicians in Sweden and Italy (the HOUBE Study): Cross-sectional associations with work stressors.** *Gender Medicine*, v.6, n.1, p, 314-328, 2009.

GAMA, M. M. A.; MOURA, G. S.; ARAÚJO, R. F.; SILVA, F. T. **Ansiedade-traço em estudantes universitários de Aracaju (SE).** *Revista Psiquiatria*, v.30, n.1, p, 19-24, 2008.

GARLOW, S. J.; ROSENBERG, J.; MOORE, J. D.; HAAS, A. P.; KOESTNER, B., HENDIN, H.; NEMEROFF, C. B. **Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: Results from the American Foundation for Suicide Prevention. College Screening Project at Emory University.** *Depression and Anxiety*, v. 25, n.6, p, 482-488, 2008.

GERAIS, M. *Secretaria de Estado de Saúde, Atenção em saúde bucal.* Belo Horizonte, MG: SAS/MG, 2006.

GONÇALVES, A.; SIQUEIRA, C.; DUARTE, J.; FREITAS, P. **Ideação Suicida em Estudantes do Ensino Superior Politécnico: Influência de Algumas Variáveis Sociodemográficas, Acadêmicas e Comportamentais.** *Millenium*, v. 47, n.6, p, 191-203, 2014.

IGUE, É. A.; BARIANI, I. C. D.; MILANESI, P. V. B. **Vivência acadêmica e expectativas de universitários ingressantes e concluintes.** *Psico-USF*, v.13, n.2, p,

55-164, 2009

JOINER, T. **Why people die by suicide.** Cambridge: HarvardUniversityPress, 2005.

KOIVUMAA-HONKANEN, H.; HONKANEN, R.; VIINAMÄKI, H.; HEIKKILÄ, K.; KAPRIO, J.; KOSKENVUO, M. **Self-reported life satisfaction and 20-year mortality in healthy Finnish adults.** *American Journal of Epidemiology*, v.152, n.10, p, 983-991, 2000.

KOIVUMAA-HONKANEN, H.; HONKANEN, R.; VIINAMAELI, H.; HEIKKILAE, K.; KAPRIO, J.; KOSKENVUO, M. **Life satisfaction and suicide: a 20-year follow-up study.** *American Journal of Psychiatry*, v. 158, n.3, p, 433-439, 2001.

LANTYER, A. S.; VARANDA, C. C.; SOUZA, F. G.; PADOVANI, R. C.; VIANA, M. B. **Aniedade e qualidade de vida entre estudantes universitários ingressantes: avaliação e intervenção.** Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, v.18, n.2, p, 4- 19, 2016.

MOREIRO, L. C. D. O.; BASTOS, P. R. H. D. O. **Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura.** Psicologia Escolar e Educacional, v.19, n.3, p, 445-453, 2015.

MORENO, P. F.; SOARES, A. B. **O que vai acontecer quando eu estiver na universidade?** Expectativas de jovens estudantes brasileiros. Aletheia, v. 45, n.1, p, 114-127, 2014.

O'CONNOR, R. C.; NOCK, M. K. **The psychology of suicidal behaviour.** The Lancet Psychiatry, v.1, n.1, p, 73-85, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE GENEVRA. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia.** Departamento de saúde mental, transtornos mentais e comportamentais, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Estado das cidades do mundo unindo o urbano dividido,** 2010. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/7246228-Estado-das-cidades-do-mundo-unindo-o-urbano-dividido-resumo-e-principais-constatacoes-por-um-brasil-desenvolvido.html>> Acesso em: 18 abr 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World Suicide Prevention Day,** 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>> Acesso em: 18 abr 2020.

ORBACH, I.; MILSTEIN, I.; HAR-EVEN, D.; APTER, A.; TIANO, S.; ELIZUR, A. **A Multi-Attitude Suicide Tendency Scale for adolescents.** Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, v.3, n.3, p, 398-404, 1991.

PADOVANI, R. D. C.; NEUFELD, C. B.; MALTONI, J.; BARBOSA, L. N. F.; SOUZA, W. F. D.; CAVALCANTI, H. A. F.; LAMEU, J. D. N. **Vulnerabilidade e bem-estar psicológicos do estudante universitário.** Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, v.10, n.1, p, 02-10, 2014.

PEREIRA, A.; CARDOSO, F. S. **Ideação suicida na população universitária: uma revisão de literatura.** Revista E-Psi, v.5, n.2,p, 16-34, 2015.

REINHERZ, H. Z.; TANNER, J. L.; BERGER, S. R.; BEARDSLEE, W. R.; FITZMAURICE, G. M. **Adolescent suicidal ideation as predictive of psychopathology, suicidal behavior, and compromised functioning at age 30.** The American Journal of Psychiatry, v. 163, n.7, p, 1226-1232, 2006.

SANTOS, H. G. B.; MARCON, S. R.; ESPINOSA, M. M.; BAPTISTA, M. N.; DE PAULO, P. M. C. **Fatores associados à presença de ideação suicida entre universitários.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.25, n.1, p,1-8, 2017.

SCHLÖSSER, A.; FERNANDES CAMARGO ROSA, G.; LEONTINA OJEDA
OCAMPO MORE, C. **Revisão: Comportamento Suicida ao Longo do Ciclo Vital.**
Temas em Psicologia, v. 22, n.1, p, 133-145, 2014

SOARES, A. B., et al. **O impacto das expectativas na adaptação acadêmica dos estudantes no Ensino Superior.** Psico-USF, v. 19, n.1, p 49-60, 2014.

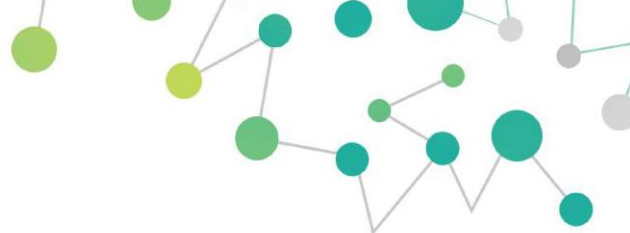
SOUSA RÊGO D. M.; PARENTE, A. C. B. V. **Suicídio e internet:** um comparativo entre ferramentas de busca. Jornal de Ciências da Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí, v. 1, n.1, p, 17-25, 2018.

TYSSEN, R.; VAGLUM, P.; GRONVOLD, N.; EKEBERG, O. **Suicidal ideation among medical students and young physicians:** A nationwide and prospective study of prevalence and predictors. Journal of Affective Disorders, v.64, n.1, p , 69-79, 2001.

WILCOX, H.; ARRIA, A.; CALDEIRA, K.; VINCENT, K.; PINCHEVSKY, G.; O'GRADY, K. **Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans, and attempts during college.** Journal of Affective Disorders, v.127, n. 1-3, p, 287-294, 2010.

VASCONCELOS-RAPOSO, J.; SOARES, A. R.; SILVA, F.; FERNANDES, M. G.; TEIXEIRA, C. M. **Níveis de ideação suicida em jovens adultos.** Estudos em Psicologia, v.33, n. 2, p, 345-354, 2016.

ZEFERINO, M. T.; HAMILTON, H.; BRANDS, B.; WRIGHT, M. G. M., CUMSILLE, F. KHENTI, A. **Consumo de drogas entre estudantes universitários:** família, espiritualidade e entretenimento moderando a influência dos pares. Texto & Contexto Enfermagem, v.24, p, 125-135, 2015.



INDICADORES DE MASSA CORPORAL E QUALIDADE DE VIDA DE ACADÊMICOS DE MEDICINA, ENFERMAGEM, ODONTOLOGIA E EDUCAÇÃO FÍSICA DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS. PESQUISA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA (PAIC - ESA - FAPEAM)

Jefferson Jurema ¹
Cleinaldo de Almeida Costa ²
Antônio César Rodrigues Braga ³
Olivia Alves Martins de Alencar ³

RESUMO

Entre 2007 e 2017 a obesidade no Brasil aumentou em níveis inéditos, o que serve de alerta para esta temática, tendo em vista a quantidade de doenças associadas ao sobrepeso e a obesidade. Além disso, a qualidade de vida destas pessoas é profundamente afetada. Os principais afetados sobrepeso são os jovens e adultos, com predominância na faixa etária presente nas universidades (18-25 anos). Portanto necessita-se de desenvolvimento de pesquisas a respeito desta situação no meio acadêmico. Esta pesquisa visou analisar os resultados do Índice de Massa Corporal (IMC) e qualidade de vida dos acadêmicos de Medicina, enfermagem, odontologia e educação física (EDF) da Universidade do Estado do Amazonas e com isso gerar uma análise comparativa entre os resultados em cada curso. Foi feito um estudo quantitativo, onde houve a aferição do IMC e aplicação do questionário de WHOQOL- Bref. Numa amostra de 35% da população, o curso com maior incidência de IMC ideal foi o curso de Educação Física. Quanto à qualidade de vida, o curso de Enfermagem foi o que ficou com melhor qualidade, enquanto odontologia ficou em última colocação. Com isso, pode-se dizer que curso de Educação Física foi o curso com mais indivíduos dentro do peso ideal e o segundo com mais qualidade de vida. O curso de Enfermagem foi o mais equilibrado quanto ao IMC, e ao mesmo tempo apresentou melhor qualidade de vida. Investigar relação IMC qualidade de vida permite que apontemos haver relação entre o índice de massa corporal e a qualidade de vida e, além disso, que o tipo de rotina propiciada tanto pelo curso do aluno e quanto pelo maior acesso a atividade física influencia no processo de melhoria da qualidade de vida.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Acadêmicos; IMC.

¹ Professor doutor em Sociologia do jogo e da atividade física. Coordenador do Curso de Educação Física da Universidade Estadual do Amazonas - UEA, jjurema@uea.edu.br;

² Professor Doutor em Cirurgia Vascular. Reitor da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) cleinaldocosta@uea.edu.br

³ Graduando do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Amazonas - UEA, oama.med18@uea.edu.br;
Artigo Resultado de Projeto de Pesquisa – Financiado pela FAPEM

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde-OMS (1998) , a obesidade é entendida como um acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal que pode atingir graus capazes de afetar a saúde.

A obesidade não é um fenômeno moderno, segundo Halpern(1999) os registros dos primeiros indivíduos obesos tratam-se do período paleolítico, há 25.000 anos. Antes, por muitos sinal de beleza e fatura, a obesidade não era considerada um problema, porém Cunha (2006) relata que o Filósofo e Médico, Hipócrates, na Grécia antiga, em seus manuscritos alertava que pessoas com excesso de peso tinham maior tendência a mortalidade. Com o passar do tempo e o avanço da ciência e também dos padrões de beleza, Pimenta (2015) afirma que a obesidade passou a ser tratada pela sociedade como um mal a partir da segunda metade do século XX. Atualmente a obesidade é considerada uma doença conforme a American Medical Association (2013) e considerada uma epidemia pela Organização Mundial de Saúde (2000).

A Organização Mundial de Saúde (2018) também aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. A estimativa é que, em 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso; e mais de 700 milhões estejam obesos. O número de crianças com sobrepeso e obesidade no mundo poderá chegar a 75 milhões. De acordo com DeMaria (2007), a obesidade depende de muitos fatores, como fatores bioquímicos, dietéticos e comportamentais. Segundo Fett et al. (2006) os fatores bioquímicos que estão relacionados a obesidade são : O aumento do colesterol total (CT) eTM200, do colesterol-LDL (LDL) eTM160, dos triglicérides (Tg) eTM150 , do ácido úrico >7,6 , da glicemia >100 , da taxa CT/colesterol-HDL >5 e a redução do colesterol-HDL (HDL) <50 para mulheres e <40 para homens (todos em mg/dL). Conforme Rolls & Shide (1992) entre os fatores dietéticos, pode-se ressaltar o excesso de ingestão de lipídeos e a grande quantidade de consumo de calorias não associada a atividades físicas. Segundo Nahás(1999) fatores que ocorrem comumente na vida de todas as pessoas também aumento as chances de excesso de peso, são elas: gravidez, adolescência e menopausa, decorrido pela ação hormonal; a morte de um ente querido ou processos de separação, causando estresses e ansiedades; aposentadoria, meia-idade e eventos festivos. Marcon & Gus (2007) um grande benefício para a prevenção e combate a obesidade, é a prática da atividade física. Pois, além de melhorar o condicionamento, ajuda no

melhoramento do perfil lipídico da sangue, diminuição do triglicérides, aumento do HDL, diminuição do LDL e do colesterol geral. De acordo com o Ministério da Saúde (2018), no ano de 2016, 1 em cada 5 indivíduos (18,9%) apresentava obesidade, e mais da metade da população das capitais brasileiras (54,0%) apresentava excesso de peso. Em dez anos (2006-2016), houve um crescimento de 110% no número de pessoas de 18 a 24 anos que sofrem com obesidade, quase o dobro do aumento em todas as faixas etárias (60%)[...].

As principais causas da obesidade, conforme Carlucci et al. (2014), são a má alimentação e o sedentarismo. Isso aconteceu em decorrência dos avanços tecnológicos, que fez com que a sociedade ficasse mais sujeita a comodidades e confortos. Com isso, as atividades físicas, diminuíram, gerando mais sedentários, e aumentou a ingestão de alimentos de altos valores energéticos. Arce & Jurema (2008) afirmam que o sedentarismo, uma das causas para a obesidade, é um fator ainda mais grave, já que os impactos na saúde por decorrência da falta de atividade física, matam mais que a obesidade, em si, afetando pessoas não obesas.

Brasil (2017) declara que a obesidade pode resultar em doenças como a diabetes, a hipertensão, o câncer e doenças cardíacas. E segundo Instituto Nacional de Câncer (INCA), a obesidade está relacionada à maior probabilidade de 13 tipos de câncer [...]. A obesidade também está correlacionada a doenças de cunho psicológico como a depressão e a ansiedade (LIN et al., 2013). Além, da baixa qualidade de vida, que interfere diretamente nas pessoas que possuem sobrepeso ou obesidade (KUNKEL et al., 2009). Silva et al (2006) ressalta que a desvalorização da auto-imagem é de profunda relação com a baixa auto-estima, o que pode causar, ansiedade, depressão, problemas de relacionamento e de inadequação social. Estes problemas afetam diretamente a qualidade de vida dessas pessoas. Apesar do conceito de qualidade de vida não ser totalmente definido, instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida, traçaram um padrão que englobam os aspectos: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio-ambiente. Como é o caso do WHOQOL (The World Health Organization Quality of Life), instrumento desenvolvido pelo grupo de Qualidade de Vida da OMS.

A avaliação do estado nutricional de adultos requer o conhecimento das reservas energéticas e da massa metabolicamente ativa dos indivíduos sendo avaliados, o que se obtém através da avaliação da composição corporal (CC). Existem vários métodos para a avaliação da CC e mesmo os mais simples necessitam de treinamento especializado. Portanto, é necessário o desenvolvimento de um indicador que incorpore medidas simples e expresse de algum modo as reservas energéticas do indivíduo. (ANJOS, 1992, p. 431)

[...] A busca para o desenvolvimento de tais indicadores tem sido baseada nos dados de massa corporal (MC) e estatura (EST). Teoricamente, o indicador não deveria se correlacionar com EST, mas com a MC e outras

medidas de gordura corporal. Tal indicador deve ser independente da estatura, já que um indivíduo mais alto terá massa corporal maior, decorrente da maior massa magra (osso, músculo e outras) e não necessariamente da massa gorda. Esses indicadores são genericamente chamados de "índices de massa corporal" pois incorporam relações entre a MC e EST. [...] (ANJOS, 1992, p. 431)

Há duas décadas, Keys e col.21 (1972) sugeriram chamar a relação MC.(EST-2) de Índice de Massa Corporal (IMC), com a massa corporal expressa em quilogramas e a estatura em metros. A partir daí esta relação ficou popular na avaliação nutricional de adultos. [...] Isto se deve ao fato do IMC ser aparentemente o de melhor correlação com MC (valores do coeficiente de correlação "r" normalmente superiores a 0,80) e, principalmente, pela sua baixa correlação com EST (normalmente "r" em torno de 0,10). [...] (ANJOS, 1992, p.432)

Para se determinar quadros de obesidade ou peso ideal, são utilizados métodos que envolvem a quantificação direta de gordura corpórea por meio de aparelhos sofisticados de densitometria corporal ou ressonância magnética. Entretanto, esses procedimentos são muito caros para se utilizar como método de rastreamento na população, ainda mais considerando a necessidade de repeti-los a cada nova avaliação clínica. A ciência então busca alternativas práticas e confiáveis para avaliar a adequação da quantidade de gordura corporal, como o **Índice de Massa Corpórea (IMC)** e o **Índice de Adiposidade Corpórea (IAC)**. (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ, s.n).

O IAC aparece como uma medida promissora para substituir o IMC, por ser mais específica para quantificar a quantidade de gordura corporal. No entanto, o cálculo não é tão simples e a medida do quadril é um pouco mais complexa que a simples pesagem do indivíduo. (MELO, 2011)

A qualidade de vida é conceituada da seguinte forma: "A percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações." (The WHOQOL Group, 1994, p. 17).

Gill & Feisntein (1994) ressaltam que a qualidade de vida não está restrita somente ao bem-estar emocional, físico e mental, mas também ao relacionamento com familiares, amigos, ao trabalho, e situações do cotidiado. E isso depende de cada pessoa. Concluindo que a qualidade de vida é uma percepção pessoal. Uma fase da vida sujeita a muitas mudanças que afetam a vida como um todo e os interesses individuais, é a juventude (de 15 a 24 anos, segundo o IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Segundo Guimarães et al. (2017) a juventude é um período de descobertas, maior autonomia e responsabilidades. E é

justamente nessa fase que se encontra a maioria dos universitários, em uma média de 21 anos nos cursos presenciais, conforme a pesquisa INEP- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, no Censo do Ensino Superior 2016.

Padovanni et al.(2014) afirma que as exigências no meio acadêmico, ocorrem desde o ingresso na instituição, este fato combiando com os anseios pelo futuro e demandas do mercado de trabalho, estes estudantes acabam por desenvolver problemas de cunho psicoafetivos, além de atitudes negativas a saúde como o uso de drogas, falta de atividade física e má alimentação entre outros.

Uma fase da vida na qual muitos indivíduos passam por mudanças, é a entrada da universidade, devido a autonomia adquirida. E conforme Martins et al (2008) as vidas dos universitários podem ser afetadas por fatores como o a alimentação, o uso de drogas, alcool, atividade física e comportamento sexual, o que implica diretamente na qualidade de vida.

Conforme Ferraz & Pereira (2002) a transição para a Universidade coloca os estudantes em uma situação de aumento de stress, ansiedade e fatores ligados a solidão, problemas por estar longe de casa, ter que tomar decisões. Também há as preocupações com o rendimento escolar, com reprovações em exames, além de problemas pessoais ligados ao ambiente familiar.

A ausência de um instrumento que avaliasse qualidade de vida *per se*, com uma perspectiva internacional, fez com que a OMS constituísse um Grupo de Qualidade de Vida (Grupo WHOQOL) com a finalidade de desenvolver instrumentos capazes de fazê-lo dentro de um perspectiva transcultural. (FLECK, 2000, p. 33)

Ao proporcionar uma avaliação detalhada das 24 facetas que o compõem, o WHOQOL pode tornar-se muito extenso para algumas aplicações; por exemplo, em grandes estudos epidemiológicos em que a avaliação de qualidade de vida é apenas uma das variáveis em estudo. A necessidade de um instrumento mais curto, que demandasse pouco tempo para o preenchimento e que preservasse características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref. (FLECK, 2000, p. 33)

Diferente do WHOQOL-100 em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de quatro questões, no WHOQOL-bref cada faceta é avaliada por apenas uma questão. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países (The WHOQOL Group, 1998b). (FLECK, 2000, p. 33)

A versão final do WHOQOL-BREF foi composta por 26 questões, sendo que 24 representam cada uma das facetas que compõem o WHOQOL-100, e duas avaliam de forma geral a percepção de saúde e QV. Assim, o WHOQOL-BREF avalia os seguintes domínios da QV: 1. Domínio físico,

(dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; capacidade de trabalho); 2. Domínio psicológico (sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade/religião/ crenças pessoais); 3. Domínio relações sociais: relações pessoais; suporte/apoio social; atividade sexual); 4. Domínio meio ambiente: segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em, e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima; transporte). Além destes quatro domínios, as duas primeiras questões do WHOQOL-BREF avaliam a QV global e percepção geral de saúde. (SANTOS, 2015, p. 26)

De acordo com o Ministério da Saúde (2018), no ano de 2016, 1 em cada 5 indivíduos (18,9%) apresentava obesidade, e mais da metade da população das capitais brasileiras (54,0%) apresentava excesso de peso. Em dez anos (2006-2016), houve um crescimento de 110% no número de pessoas de 18 a 24 anos que sofrem com obesidade, quase o dobro do aumento em todas as faixas etárias (60%). Nas faixas de 25 a 34 anos houve alta de 69,0%; de 35 a 44 anos (23,0%); 45 a 54 anos (14,0%); de 55 a 64 anos (16,0%); e nos idosos acima de 65 anos houve crescimento de 2,0%.

Brasil (2017) declara que a obesidade pode resultar em doenças como a diabetes, a hipertensão, o câncer e doenças cardíacas. E segundo Instituto Nacional de Câncer (INCA), a obesidade está relacionada à maior probabilidade de 13 tipos de câncer: esôfago, estômago, pâncreas, vesícula biliar, fígado, intestino, rins, mama (nas mulheres na pós-menopausa), ovário, endométrio, meningioma, tireoide e mieloma múltiplo (próstata e mama, em homens) e linfoma difuso de grandes células B.

Logo, podemos perceber que a população brasileira enfrenta um aumento significativo da obesidade e do sobrepeso, o que está associado entre outras coisas a má alimentação e a falta de atividades físicas. No meio acadêmico, fatores como a mudança de ambiente, estresse e outros comportamentos, podem afetar a qualidade de vida, além de desencadear diversos outros agravantes. Entre esses problemas, estão as doenças no âmbito mental, cardíaco e etc. Nas universidades é comum encontrar indivíduos aparentando sobrepeso ou obesidade, cansaço ou desconforto aparente e ainda buscando lugares para descanso e até mesmo dormir.

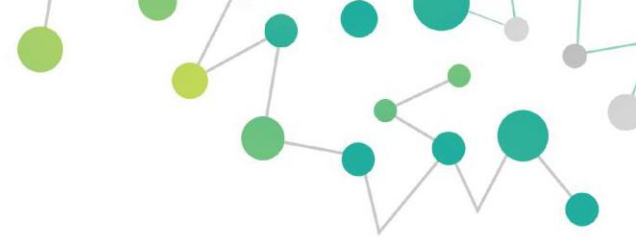
A pesquisa sobre os acadêmicos teve como principal objetivo, analisar os resultados do Índice de Massa Corporal (IMC) e qualidade de vida dos acadêmicos de Medicina, enfermagem, odontologia e educação física da Universidade do Estado do Amazonas, com enfoque em reconhecer o nível de obesidade e sobrepeso dos acadêmicos de Medicina,

enfermagem, odontologia e educação física; investigar as relações entre o IMC e a qualidade de vida e construir índices de qualidade de vida dos universitários.

Tendo em vista que a obesidade é considerada a epidemia do século, afetando de forma assustadora a população brasileira, principalmente os adultos, o que pode provocar doenças que levam a morte, este estudo se propõe a avaliar os índices de massa corporal de universitários dos cursos de Medicina, enfermagem, odontologia e educação física. Acrescentando a isso que distúrbios metabólicos estão diretamente ligados a qualidade de vida, este estudo analisará também se há relação entre o Índice de Massa Corporal (IMC) e a qualidade de vida dos acadêmicos.

Deste modo, esta pesquisa é fundamental para a sociedade compreender a saúde dos universitários e a relação do Índice de Massa Corporal e a Qualidade de Vida e obter benefícios a partir desta. Assim, ajudando professores e instituições a buscarem atender as demandas dos universitários quanto a melhorias no ambiente acadêmico e para que sejam desenvolvidas novas estratégias para a prevenção de distúrbios metabólicos e doenças associadas nestes indivíduos.

No estudo apresentado, houve aferição do Índice de Massa Corporal (IMC) e aplicação do questionário de Qualidade de Vida- The World Health Organization instrument to evaluate quality of life (WHOQOL- Bref). Ele foi realizado no Laboratório de Medidas e Avaliações, no Prédio Anexo da Escola Superior de Ciências da Saúde (UEA-ESA). Com os acadêmicos das turmas que ingressaram entre os anos de 2018 a 2019 nos cursos de medicina, enfermagem, odontologia e educação física. Além disso a pesquisa obteve como resultado que numa amostra de 35% da população, o curso com maior incidência de IMC ideal foi o curso de Educação Física seguido de enfermagem e quanto à melhor qualidade de vida, o curso de Enfermagem foi o que se apresentou em primeiro lugar e educação física em segundo lugar. Com isso, o curso de Educação física e Enfermagem foram os mais equilibrados quanto ao IMC, e o com melhor qualidade de vida proporcionalmente ao número de indivíduos analisados. Portanto pôde-se cogitar a existência da relação entre o índice de massa corporal e a qualidade de vida e que o curso de Educação física possui mais alunos com IMC normal e Enfermagem mais alunos com melhor qualidade de vida.



METODOLOGIA

Este estudo teve caráter quantitativo, no qual houve a aferição do Índice de Massa Corporal (IMC) e aplicação do questionário de Qualidade de Vida- The World Health Organization instrument to evaluate quality of life (WHOQOL- Bref) em alunos dos cursos de medicina, enfermagem, odontologia e educação física da Escola Superior de Ciências da Saúde (UEA-ESA) no Laboratório de Medidas e Avaliações, no Prédio Anexo da Localizada na Av. Carvalho Leal, 1777, Bairro Cachoeirinha, Manaus. Estes sendo acadêmicos das turmas que ingressaram entre os anos de 2018 a 2019 regularmente matriculados nos estudos acima referidos maiores.

A coleta dos dados desta pesquisa foi realizada com uma breve explicação do projeto e solicitação da participação dos acadêmicos na pesquisa, os que aceitaram participar, foram chamados de 10 em 10, de acordo com a ordem alfabética, para comparecerem ao laboratório de Medidas e Avaliações e preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e o questionário de Qualidade de Vida, e após, ocorreu a aferição do peso e da altura de forma individual que foi repetida duas vezes para evitar erros nos dados.

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade por meio da Plataforma Brasil e foi aprovado pelo mesmo com número CAE 05217218.9.0000.5016, tendo iniciado em agosto de 2019 e terminado em agosto de 2020 e financiado pela FAPEAM durante o período de aplicação do projeto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram coletados os dados (peso e altura) de 259 acadêmicos correspondente a 35% da população delimitada, sendo eles 52 alunos (20,1%) do curso de Educação Física, 75 (29%) são do curso de Medicina, 62 (23,9%) são do curso de Enfermagem e 70 (27%) são do curso de Odontologia, todos da Universidade do Estado do Amazonas, e aplicado Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida (The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-Bref)

Conforme pode ser demonstrado pelo gráfico 1, o curso com maior qualidade de vida foi Educação física com apenas 7 alunos com qualidade de vida abaixo de regular, seguido do curso de Enfermagem com 16 alunos com qualidade de vida que precisa melhorar, Medicina com 22 alunos com qualidade de vida abaixo de regular e Odontologia disparando com 25

alunos com qualidade de vida que precisa melhorar, respectivamente, com base no preenchimento do questionário "The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref".

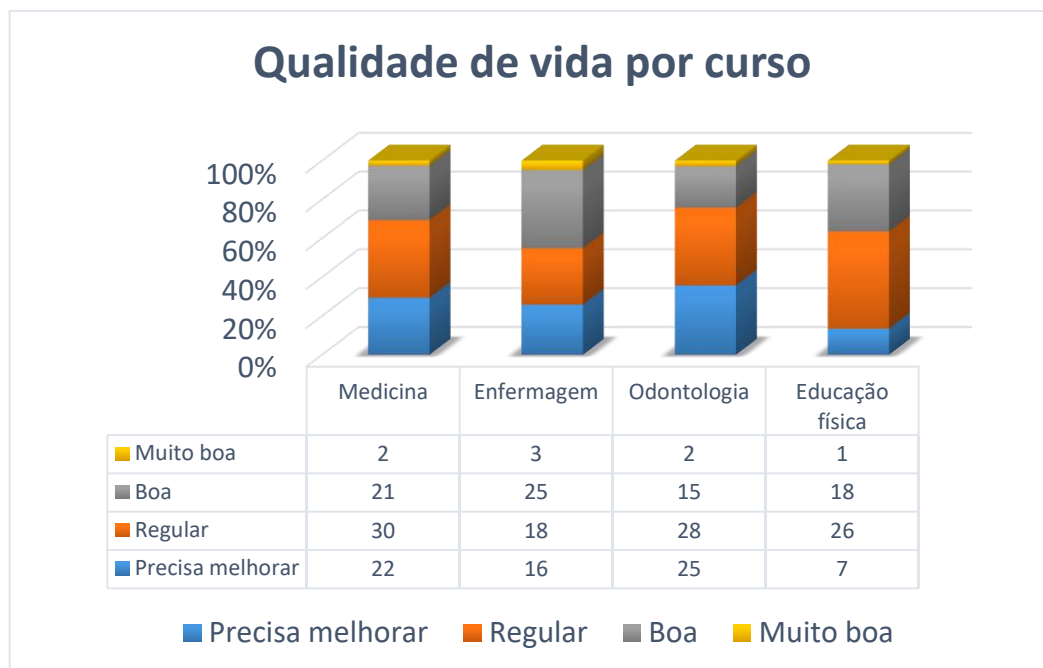


Gráfico 1. Qualidade de Vida Por Curso.

A melhor qualidade de vida ser atribuída ao curso de educação física pode ser pautada no discurso de Claumann et. Al. (2017) que afirma que no curso de educação física por mais que haja uma sobrecarga física dos exercícios, mental e uma preocupação exacerbada com o estereótipo de saúde do aluno que afetam a qualidade de vida, eles também tem um envolvimento maior em atividades físicas proporcionando melhorias a sua saúde física e psicológica.

Isso é contrastante ao fato do curso de odontologia segundo Rodrigues et. Al. (2019) ser caracterizado pelo alto nível de estresse aos estudantes onde durante o período pré-clínico existe uma alta carga teórica, grande competição acadêmica entre os alunos. Quando chegam os últimos períodos, isso se exacerba por adicionar a isso, a exercer atividades atendendo pacientes, aumentando a responsabilidade de cuidar de um paciente, realizar tratamentos irreversíveis, cooperação de pacientes difíceis e elevadas exigências de habilidades práticas, fatores esses que influenciam diretamente a qualidade de vida dos acadêmicos sendo uma suposição para ter sido o curso com menor qualidade de vida.

Para Seidl (2004), o interesse no conceito de qualidade de vida na área da saúde é relativamente recente e provém dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas. Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos. Consoante essa mudança de paradigma, a melhoria da qualidade de vida passou a ser um dos resultados esperados.

Quanto ao Índice de massa corporal, segundo o gráfico 2, pôde-se verificar que o curso com maior percentual de indivíduos com IMC dentro dos padrões de normalidade foi o curso de Educação física com apenas 7 indivíduos com IMC de sobrepeso ou obesidade, o que já era esperado devido à carga horária do curso. O curso com mais indivíduos acima do peso ou obesos foi o curso de Medicina com 27 indivíduos; e o com mais indivíduos abaixo do peso foi o curso de Odontologia contando com 36 alunos abaixo do IMC ideal.

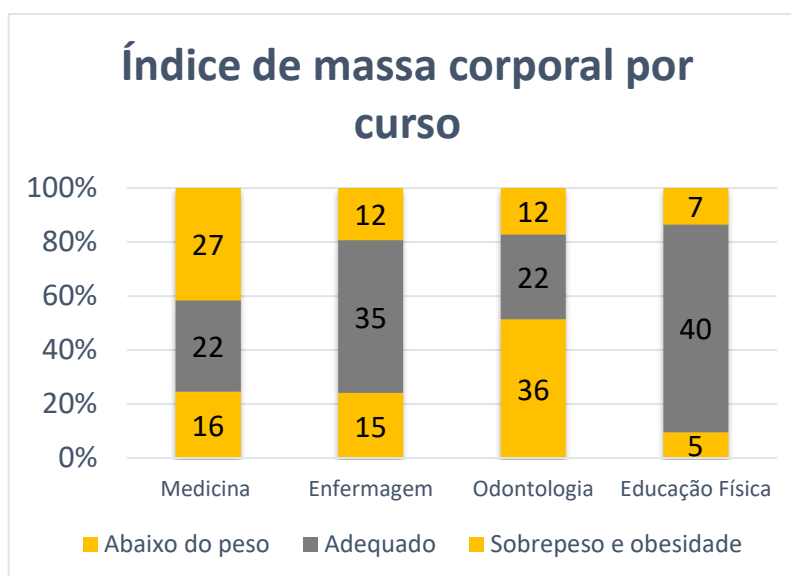


Gráfico 2. Índice de Massa Corporal por Curso.

Segundo Santos et. Al. (2016) os hábitos de vida dos estudantes de medicina contrastam com o conhecimento adquirido sobre saúde uma vez que eles possuem hábitos alimentares irregulares e não praticam exercício físico o que contribuem para o maior percentual de obesidade entre eles.

Para Alves (2010), há muitas pesquisas ao redor do mundo mostrando que situações estressantes na vida do médico comprometem sua qualidade de vida. Ainda complementa que, em pesquisa recente, divulgada pelo Conselho Federal de Medicina, foi revelado que mais de 50% dos médicos no Brasil apresenta distúrbios psiquiátricos, como ansiedade e depressão.

Também apontou que 5% dos médicos se sentem sem esperança, infelizes e com pensamentos suicidas. Alguns estudos apontam a presença de fatores estressantes já na formação médica e suas consequências para a saúde dos estudantes.

Enns et al (2001) diz que fatores estressantes, como a pressão para aprender, falta de tempo, contato com doenças graves e com a morte no cuidado clínico dos pacientes, podem vir a contribuir para o aparecimento de sintomas depressivos nos estudantes.

CONCLUSÕES:

Sobre a análise de IMC e qualidade de vida, conclui-se que o curso de educação física foi o que mais apresentou indivíduos dentro do peso ideal e, ao mesmo tempo, o segundo com mais qualidade de vida. Enquanto o curso de Enfermagem foi o mais equilibrado quanto ao IMC, e o com melhor qualidade de vida. O curso de Medicina, por sua vez, teve o maior número de indivíduos acima do peso ideal assim como de indivíduos obesos, sendo que em qualidade de vida ficou num nível entre regular e boa. E Odontologia teve o maior número de indivíduos abaixo do peso e com qualidade de vida regular.

Considerando os dados de Odontologia, conclui-se que há necessidade de revisão no perfil dos acadêmicos por seus coordenadores, aproximando a relação com os mesmos e auxiliando a homogênea distribuição de tempo e recursos com a comunidade, uma vez que este grande número de indivíduos abaixo do peso pode se um primeiro indicador para alguns fatores que afetam os profissionais após sua formação, como problemas de coluna e arritmias.

Referente ao reconhecimento do número de indivíduos obesos, o curso de Medicina foi o com mais indivíduos, com 3 acadêmicos, seguido de Odontologia (2), Enfermagem (2) e Educação Física (1). Estes índices revelam que, em contraponto ao caráter elitista de alguns cursos, a qualidade de vida dos acadêmicos inseridos no mesmo pode estar comprometida, a começar pelos seus corpos, com o acúmulo de gordura e sedentarismo. Medidas de incentivo à atividade física e o aumento dos intervalos tendem a ser medidas aceitáveis e viáveis para redução dos índices de sobrepeso e obesidade.

Investigar relação IMC qualidade de vida a partir dos dados coletados e discutidos na presente pesquisa, permite que apontemos haver relação entre o índice de massa corporal e a qualidade de vida e, além disso, que o tipo de rotina propiciada tanto pelo curso do aluno e quanto pelo maior acesso a atividade física influencia no processo de melhoria da qualidade

de vida. Uma expansão possível para essa pesquisa seria a aferição de indicadores socioeconômicos dos acadêmicos, visando correlacionar qualidade de vida, perfil socioeconômico, curso optado e IMC, trazendo uma análise mais aprofundada e abordando mais variáveis para o estudo.

REFERÊNCIAS

ALVES, João Guilherme Bezerra et al. Qualidade de vida em estudantes de Medicina no início e final do curso: avaliação pelo Whoqol-bref. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 91-96, Mar. 2010. Acesso em: 11 Nov. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000100011>.

ANJOS, Luiz A. Índice de massa corporal (massa corpórea. Estatura²) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão de literatura. **Rev. Saúde públ.** São Paulo. V 26, n 6, p. 431-436, 1992.

Arce, J.H.S.; Jurema, J. Atuação do centro de Educação Física e Desporto da Polícia Militar Do Amazonas com foco na Prevenção e no combate ao sedentarismo e a obesidade; 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. **Com obesidade em alta, pesquisa mostra brasileiros iniciando vida mais saudável.** Disponível em: <<http://portalmms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43604-apesar-de-obesidade-em-alta-pesquisa-mostra-brasileiros-mais-saudaveis>> Acesso em: 19 de novembro de 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. **Fonte de diversas doenças, obesidade pode causar de diabetes a câncer.** Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2017/10/fonte-de-diversas-doencas-obesidade-pode-causar-de-diabetes-a-cancer>> Acesso em: 19 de novembro de 2018.

CARLUCCI, E.M.S. et al. Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular. **Com. Ciências Saúde**, v. 24, n. 4, p. 375-384, 2013.

CLAUMANN, Gaia Salvador et al . QUALIDADE DE VIDA EM ACADÊMICOS INGRESSANTES EM CURSOS DE EDUCAÇÃO FÍSICA. **J. Phys. Educ.**, Maringá, v. 28, ed. 2824, 2017.

CUNHA, A.C.P.T. da, NETO, C.S.P. ; JÚNIOR, A.T. da C. Indicadores de obesidade e estilo de vida de dois grupos de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. **Fitness & Performance Journal**, v. 5, nº 3, p. 146-154, 2006

De Maria EJ. Bariatric surgery for morbid obesity. *N Engl J Med* 2007;356:2176-83

Enns, M. W., Cox, B. J., Sareen, J., & Freeman, P. Adaptive and maladaptive perfectionism in medical students: a longitudinal investigation. *Medical education*, V. 35, n. 11, p. 1034–1042,

FERRAZ, M. Fernanda; PEREIRA, Anabela Sousa. A dinâmica da personalidade e o homesickness (saudades de casa) dos jovens estudantes universitários. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 3, n. 2, p. 149-164, 2002.

FETT, Carlos Alexandre. **Avaliação metabólica nutricional de obesas no basal e após tratamento com dieta hipocalórica e treinamento em circuito ou caminhada**. 2005. Tese (Doutorado em Clínica Médica) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. doi:10.11606/T.17.2005.tde-20052005-093115. Acesso em: 2019-11-20.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

IBGE. População Jovem No Brasil. Disponível em :< <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9292-populacao-jovem-no-brasil.html?=&t=o-que-e>> Acesso em: 20 de Novembro de 2018.

INEP. Censo da educação superior 2006: Notas Estatísticas. Disponível em : http://download.inep.gov.br/educacao_superior/centso_superior/documentos/2016/notas_sobre_o_censo_da_educacao_superior_2016.pdf Acesso em: 20 de novembro de 2018

GILL, T.M.; FEINSTEIN, A.R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v.272, n.8, p.619-26, 1994.

HALPERN, A. A Epidemia de Obesidade. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo**, Vol.43, no.3, São Paulo, Junho, 1999.

HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ. **IMC E IAC: CONHEÇA OS MÉTODOS PARA CALCULAR A GORDURA CORPORAL**. Disponível em: <<https://www.hospitaloswaldocruz.org.br/prevencao-e-saude/dicas-saude/imc-e-iac-conheca-os-metodos-para-calculer-a-gordura-corporal>>. Acesso em: 30/01/2020.

LIN, HY et al. Psychiatric disorders of patients seeking obesity treatment. **BMC Psychiatry**. Vol 13, ed. 1, 2013.

Marcon, E.R.; Gus, I. A Importância da Atividade Física no Tratamento e Prevenção da Obesidade. **Caderno de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. Vol. 15. Num. 2. 2007. p. 291- 294.

MARTINS, A.; PACHECO, A.; JESUS, S. Estilos de vida de estudantes do ensino superior. **Mudanças: psicologia da saúde**, São Bernardo do Campo, v. 16, n. 2, p. 100-105, 2008.

MELO, Maria Edna. **Índice de Adiposidade Corporal: Novo Método de Avaliação**. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/noticia/indice-de-adiposidade-corporal-novo-metodo-de-avaliacao>>. Acesso em: 30/01/2020.

NAHÁS, M.V. Obesidade, controle de peso e atividade física. Londrina : Midiograf, 1999.

PADOVANI, Ricardo da Costa et al . Vulnerabilidade e bem-estar psicológicos do estudante universitário. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 1, p. 02-10, jun. 2014

PIMENTA, T.A.M, Obesidade: uma breve reflexão histórica das mudanças sociais e culturais no processo de estigmatização. FIEP Bulletin - Volume 85 - Special Edition - ARTICLE I - 2015 (<http://www.fiepbulletin.net>)

RODRIGUES, Maria Imaculada de Queiroz et. Al. Fatores de estresse e qualidade de vida de estudantes de Odontologia. **Revista da ABENO**, v. 19, n. 1, p. 49-57, 2019.

ROLLS, B.J., SHIDE, D.J. The influence of dietary fat on food intake and body weight. *Nutrition Reviews*, Washington DC, v.50, n.10, p.283-290, 1992.

SANTOS, Ítalo José Lima et. Al. Avaliação da prevalência de obesidade e sobrepeso entre estudantes de Medicina da Universidade Severino Sombra, Vassouras – RJ. **Revista Fluminense de Extensão Universitária**, v. 6, n ½, p. 13-20, jan/dez, 2016.

SANTOS, Priscila Mari dos. Principais instrumentos de avaliação da qualidade de vida de idosos no Brasil: vantagens e desvantagens na utilização. **Rev. Corpoconsciência**, Cuiabá – MT, vol. 19, n 2, p. 25-36, mai/ago, 2015.

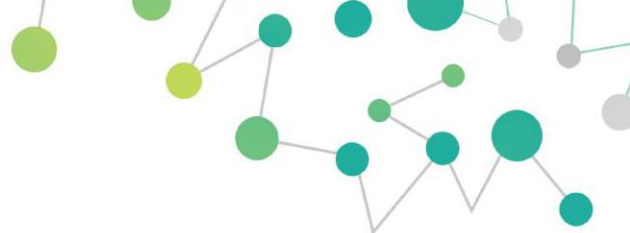
SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, abril, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 de agosto de 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200027>.

SILVA, M.P., et al. Obesidade e Qualidade de Vida. **O Acta Med Port** , v. 19, p. 247-250, 2006.

WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. (Eds.). **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer, 1994. p.41-60.



World Health Organization. **Obesity: Preventing and managing the global epidemic.**
Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: WHO; 1998.



O CONSUMO DE ÁLCOOL POR GRADUANDOS DO CURSO DE MEDICINA NO BRASIL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Débora Guilherme de Albuquerque e Rodrigues de Sousa¹

Lucas Ian Sousa Queiroz²

Gabrielly Batista Gomes³

Rivando Rodrigues de Sousa Oliveira⁴

RESUMO

O álcool é considerado a substância psicoativa mais consumida no mundo, especialmente pelos estudantes universitários, como os graduandos de medicina. Diante deste consumo, tais alunos são propensos a consequências emocionais, cognitivas e comportamentais negativas. O presente estudo objetivou verificar a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas pelos acadêmicos de medicina e os possíveis fatores de riscos. Trata-se de uma revisão sistemática das bases de dados PUBMED, Scientific Electronic Library Online e Biblioteca Virtual em Saúde. As combinações de descritores usadas na busca foram: “[*alcohol AND medical students AND Brazil*]”. Foram incluídos artigos em Português, Inglês ou Espanhol com publicação pertencente ao período de 2010 a 2020. Aqueles incompletos ou não gratuitos foram excluídos. Após a leitura dos títulos e resumos, eliminou os não correlacionados com o tema. Ao fim, seis artigos foram selecionados. Evidenciou alto percentual de etilistas no meio universitário, variando entre 60,4-85,2%. Com o questionário *Alcohol Use Disorders Identification Test*, 25,2-44,2% apresentaram um padrão de consumo potencialmente danoso à saúde. Um estudo constatou que valor de p não foi significativo para as diferenças entre os sexos. Além disso, destaca-se a superioridade do consumo pelos alunos pertencentes aos períodos finais (mínimo de 79,5% e máximo de 96,7%). Os resultados obtidos demonstraram a alta prevalência de consumo alcoólico por estes discentes, principalmente como meio de fuga da realidade estressante inserida. Portanto, é necessário implementar projetos valorizando a prevenção contra o abuso de álcool por estes futuros profissionais de saúde.

Palavras-chave: Consumo de Álcool na Faculdade, Estudantes de Medicina, Faculdades de Medicina.

INTRODUÇÃO

O álcool, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é considerado como a substância psicoativa mais consumida no mundo. O uso de bebidas com teor alcoólico representa um dos principais problemas de saúde pública atual, sendo responsável 3,3 milhões de mortes por ano (6 mortes por minuto) (WORLD HEALTH ORGANISATION, 2014).

¹ Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Católica de Santos - UNISANTOS, debora.gars2@hotmail.com;

² Graduando de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, lucasiansq@gmail.com;

³ Mestranda em Psicologia da Saúde pela Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, gabriellybatist@gmail.com;

⁴ Professor do Curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, rivandorodrigues@hotmail.com;

Essa substância é tida como agente de mais de 200 tipos de agravos, dentre elas doenças mentais, respiratórias, neoplásicas, cardiovasculares, neurodegenerativas, gastrointestinais e hepáticas. Além do cunho biológico, o consumo alcoólico pode acarretar em prejuízos sociais em diversos níveis, como, por exemplo, nos elevados índices de violência interpessoal, homicídio, suicídio, danificações de propriedades privadas ou públicas e acidentes com veículos automotores (WORLD HEALTH ORGANISATION, 2014).

Este consumo é refletido principalmente entre os mais jovens, em especial os estudantes universitários, sendo considerada atualmente a substância mais utilizada entre os discentes (BRASIL, 2010). Tal fato ocorre, pois o ingresso no meio universitário se caracteriza por uma nova etapa na vida de jovens estudantes. Esse período acadêmico é considerado uma fase de transição para a vida profissional, possibilitando novas experiências a partir dos encontros sociais, com risco de favorecimento ao acesso a drogas lícitas ou ilícitas (MAGALHÃES et al., 2018).

Em virtude das alterações ocorridas nesse período marcado por influência dos pares, mudanças nos hábitos e pensamentos, bem como uma maior independência e autonomia, tais estudantes estão mais susceptíveis ao início do consumo de substâncias e, a *posteriori*, de sua continuidade ao subestimar suas prováveis consequências negativas (FERRAZ et al., 2017; GOMES; ALVES; NASCIMENTO, 2010; ROCHA et al., 2011; ZEPKA BAUMGARTEN; DE OLIVEIRA GOMES; DA FONSECA, 2012).

No Brasil, o álcool é considerado a droga mais usada em todas as faixas etárias, sendo consumida por quase 70% da população geral (GALDURÓZ; CAETANO, 2004; ROCHA et al., 2011; VIEIRA et al., 2007). Neste país, a idade de risco se aproxima daquela em que os estudantes ingressam no ensino superior, sendo considerado, independentemente do curso, o consumo universitário maior que na população geral (FEIJÃO et al., 2016; ROCHA et al., 2011). Pesquisas realizadas com acadêmicos recomendam a necessidade de metodologias preventivas contra o uso de substâncias de abuso nesse público. Gênero, expectativa sobre o uso de álcool, busca de sensações e tipo de residência são considerados fatores que favorecem o aumento da incidência do uso de álcool no início da graduação (VIEIRA et al., 2008)

Identificar a prevalência e os fatores associados ao consumo de substâncias químicas entre estudantes tem sido considerado uma dificuldade nos últimos anos, principalmente naqueles pertencentes à área da saúde (SARAIVA et al., 2017). Um estudo realizado recentemente numa universidade federal apresentou uma prevalência de consumo de álcool de 85% entre os estudantes da área da saúde (PELICIOLI et al., 2017).

Dentre esses cursos, é observado um elevado consumo de álcool entre os acadêmicos do curso de Medicina (MUSSE, 2008). Nesta área, diversos fatores influenciam a iniciação e o constante consumo alcoólico como, por exemplo, o distanciamento familiar, a elevada pressão ao rendimento acadêmico, a competitividade implícita ou explícita entre os discentes, o despreparo emocional dos mais jovens, a independência financeira súbita e à facilidade de acesso à substância (BARBOSA et al., 2013; BECK, 2008; ROCHA et al., 2011).

É necessário considerar que os alunos de Medicina participam de festas e ambientes onde o álcool se faz presente. Uma revisão sistemática sumarizou o consumo de álcool em estudantes universitários da República da Irlanda e no Reino Unido. Em relação aos estudantes do curso de Medicina, foi evidenciado, que, dos 216 estudantes da amostra, 21,6% apresentavam o consumo de 15 doses ou mais de álcool por semana (DAVOREN et al., 2016)

O uso deliberado de bebidas com teor alcoólico pode causar prejuízos emocionais, cognitivos e comportamentais para o estudante, refletindo negativamente na sua formação acadêmica e conseqüentemente na sua futura carreira profissional e estabilidade pessoal (ARAÚJO et al., 2009). Especificamente em relação aos estudantes de Medicina, essa preocupação é maior, por causa do risco desse comportamento negativo permanecer durante a formação profissional e interferir de forma prejudicial no ambiente de trabalho, tendo vista que esses alunos no futuro serão promotores diretos da saúde para a população em geral (RABELO; PRATES; SAMPAIO, 2017). Durante a graduação, tais estudantes já exercem um papel importante nos principais programas de prevenção e orientação do consumo de bebidas alcoólicas e tabaco, levando orientação à comunidade e exercendo seu papel social (PINHEIRO et al., 2017b)

Sendo assim, em função da importância e relevância do consumo de álcool entre jovens brasileiros, particularmente estudantes universitários, o estudo exposto tem como objetivo avaliar o uso do álcool pelos estudantes do curso de Medicina no Brasil, apresentando a prevalência do consumo alcoólico e os possíveis fatores de riscos correspondentes.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão sistemática da literatura acerca do consumo de álcool pelos acadêmicos do curso de medicina no Brasil. Foram utilizadas como referencial bibliográfico as bases PUBMED, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Esta pesquisa foi realizada em outubro de 2020, aderindo como estratégia de busca o uso de descritores (DeCs Terminologia) de saúde nas referidas bases de dados. As combinações de descritores usadas na busca foram: “[*alcohol AND medical students AND Brazil*)]”. Tais foram combinados no campo de busca, utilizando as ferramentas de refinamento quando disponíveis.

Com isso, 172 artigos foram encontrados. Posteriormente, esse total passou por um processo de seleção, cujos critérios foram: artigo originais publicado em Português, Inglês ou Espanhol; bem como, a publicação ser pertencente ao período de 2010-2020 (últimos 10 anos) nas bases de dados acima relatadas, acarretando em 92 artigos. Além disso, foram excluídos os artigos cujo material esteja disponibilizado de forma incompleta e/ou não acessível de forma gratuita, restando 74 estudos.

Após seleção, ocorreu a leitura dos títulos dos artigos e seus respectivos resumos. Foram excluídos os editoriais, revisões da literatura e artigos duplicados. Além disso, descartou-se os estudos cujo tema principal não fosse o consumo de álcool dos estudantes de Medicina, como, por exemplo, se referir a estudantes que não são do curso citado; utilizar outras drogas; associar álcool com trotes; se referir à depressão, ao estresse, à hipertensão e às doenças cardiovasculares; além de relacionar o ato de beber e hospitalização. Entretanto, aqueles cujo tema utilizava o consumo de substâncias psicoativas, dentre elas o álcool, foram incluídos se apresentassem dados plausíveis do referente produto.

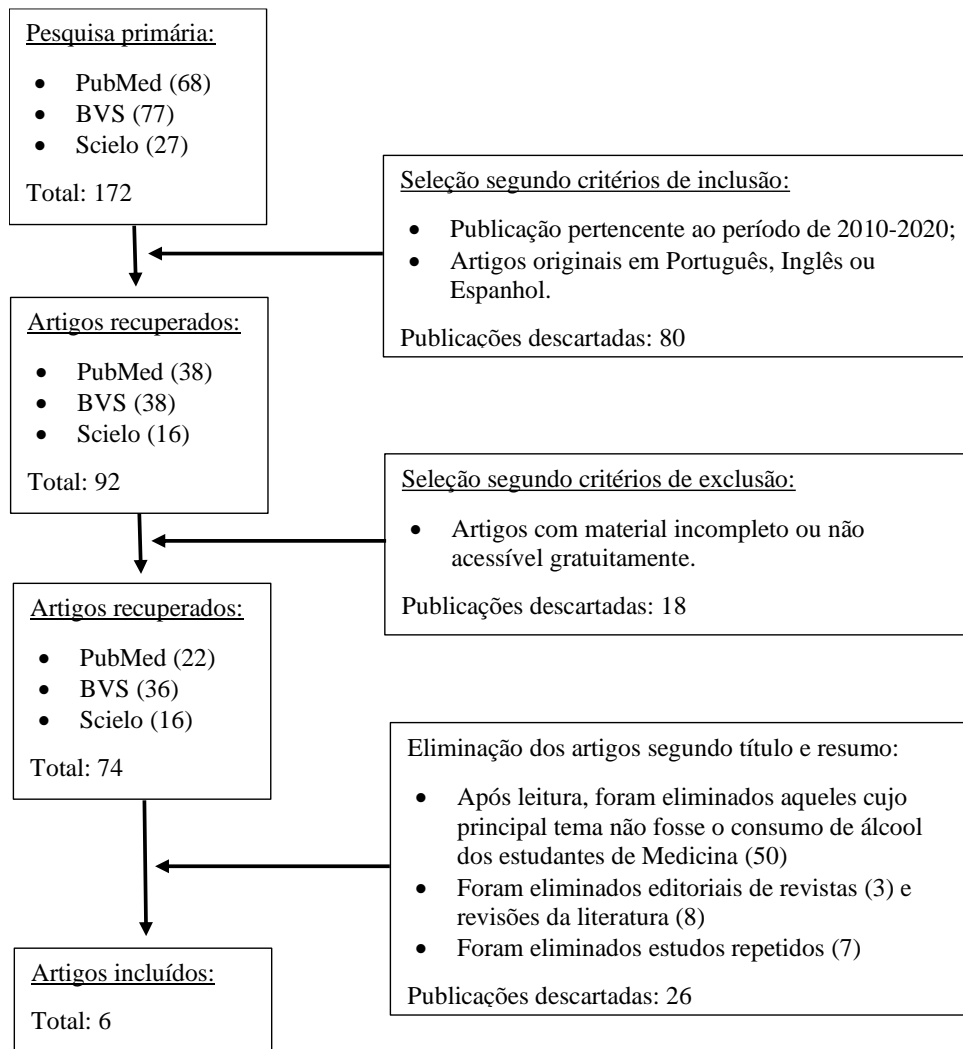
Ao final da busca, 6 estudos foram selecionados para a presente análise. O fluxograma representando a síntese da estratégia de busca e seleção de artigos encontra-se na Figura 1. A força de associação entre o objetivo de cada artigo e o objetivo desta revisão foi avaliada baseada nos seguintes critérios: relação temática e validade interna.

Foi desenvolvido um formulário para registro das informações fundamentais como a identificação dos estudos (autor, ano e desenho do estudo); localização da escola médica (região geográfica); quantitativo de estudantes entrevistados (amostra); ferramenta utilizada para desenvolver a pesquisa; prevalência de uso de álcool (geral, segundo o sexo e a fase no curso de medicina); prevalência de pontuações iguais ou superiores a 8 no questionário *Alcohol Use Disorders Identification Test* (Audit), considerado tal resultado como risco de consumo prejudicial de bebida alcoólica (LIMA et al., 2005; MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2003). Esses dados coletados foram agrupados em forma de tabelas através do Microsoft Office Excel 2010.

O presente estudo seguiu as normas recomendadas para pesquisas científicas envolvendo seres humanos. Foi desenvolvido com dados previamente publicados e

disponibilizados de forma online em bases de literatura científicas, sem a identificação dos sujeitos incluídos nos estudos originais.

Figura 1 – Fluxograma de identificação, seleção e inclusão de publicações na revisão sistemática.



Fonte: Figura elaborada pelos autores

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a análise das informações retirada dos estudos, foram elaboradas duas tabelas contendo os artigos e seus respectivos dados considerados relevantes para a presente revisão. Na Tabela 1, incluiu o autor do artigo e o ano de publicação correspondente, seu delineamento, a amostra em estudo, a região geográfica da escola médica e a ferramenta de desenvolvimento da pesquisa.

Tabela 1 – Publicações selecionadas para análise.

Autor	Ano	Região	Desenho	Amostra	Questionário
AGUIAR, A. S. DE et al.	2018	Sudeste	Transversal	371	Sociodemográfico, Escala de atitudes, Escala de conhecimento e Audit
BARBOSA, F. L. et al.	2013	Nordeste	Transversal	338	Socioeconômico e Audit
GOMES, I. P. et al.	2019	Nordeste	Transversal	360	Estruturado desenvolvido pelo autor
PETROIANU, A. et al.	2010	Centro- Oeste	Transversal	332	Autoaplicável estruturado
PINHEIRO, M. DE A. et al.	2017	Nordeste	Transversal	1.035	Estruturado desenvolvido pelo autor
ROCHA, L. A. et al.	2011	Centro- Oeste	Transversal	571	Socioeconômico e Audit

Fonte: Tabela elaborada pelos autores

Dentre os artigos selecionados, os estudos se restringem a publicação nos anos de 2010, 2011, 2013, 2017 e 2018, apresentando a mesma quantidade de artigos (1) para cada ano. Os seis estudos selecionados para esta revisão apresentaram amostra de indivíduos que variavam entre 332 a 1035 pessoas.

Observa-se também que todas as publicações selecionadas para a presente revisão apresentam desenho de estudo do tipo transversal e analítico. Isso corrobora, portanto, com o objetivo desta revisão, ao saber que os estudos transversais são comumente utilizados para realizar estudos de prevalência, pois analisam a doença em um determinado momento, elencando a probabilidade ou risco de um indivíduo sofrer de determinado agravo na população estudada. Além disso, tais estudos são úteis na elaboração de políticas de saúde, ao organizar os recursos existentes para os problemas de saúde mais importantes (BASTOS; DUQUIA, 2013; MARGARET et al., 2020).

Em relação ao local das escolas médicas dos correspondentes artigos, houve predomínio da análise do consumo alcoólico nos estudantes da região Nordeste (3 artigos), seguido pela região Centro-Oeste (2 artigos) e pela região Sudeste (1 artigo). As regiões Sul e Norte não foram contempladas nos artigos selecionados para esta revisão.

Já a Tabela 2, sintetiza os principais achados relacionados a prevalência do consumo alcoólico na população em questão. Foi descrito a prevalência nas amostras em geral, bem como suas subdivisões, quando presentes, em relação ao sexo e a fase do curso na qual o estudante se encontra. Esta foi enquadrada em três períodos principais: início (englobando os 1º e 2º anos), meio (os 3º e 4º anos) e final (marcando os 5º e 6º anos) da graduação. Além disso, quando utilizado como instrumento nos estudos, o questionário Audit foi mensurado e representando, na tabela abaixo, sua prevalência em relação a valores finais, considerando de risco prejudicial as pontuações iguais ou superiores a 8.

Tabela 2 – Prevalência do consumo de álcool por estudantes de Medicina e risco de consumo prejudicial, dados de estudos publicados entre os anos de 2010 e 2020, no Brasil.

Autor	Prevalência do consumo de álcool						Audit ≥ 8
	Geral	Sexo		Tempo de Curso			
		Masculino	Feminino	Início	Meio	Final	
AGUIAR, A. S. DE et al.	60,4%	-	-	-	-	-	30,7%
BARBOSA, F. L. et al.	64,2%	58,68%	52,1%	58%	60,7%	79,5%	44,2%
GOMES, I. P. et al.	82%	-	-	84,6%	-	92,6%	-
PETROIANU, A. et al.	85,2%	-	-	-	-	-	-
PINHEIRO, M. DE A. et al.	83,8%	-	-	83,9%	92,8%	96,7%	-
ROCHA, L. A. et al.	63,7%	-	-	-	-	-	25,2%

Fonte: Tabela elaborada pelos autores

Em tais estudos, foram utilizadas ferramentas para identificar a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas pelos acadêmicos. Foi evidenciado um alto percentual de etilistas na população, variando entre 60,4% a 85,2% das amostras, apontando uma elevada porcentagem de usuários dessa droga lícita no meio universitário (AGUIAR et al., 2018; BARBOSA et al., 2013; GOMES et al., 2019; PETROIANU et al., 2010; PINHEIRO et al., 2017b; ROCHA et al., 2011). Pesquisas conduzidas entre universitários de Medicina do Brasil e entre os da África do Sul evidenciaram resultados análogos com 66,34% e 85,2%, respectivamente (MARAIS et al., 2002; PADUANI et al., 2008). Um estudo realizadas numa faculdade de Medicina de Minas Gerais evidenciou que 99% dos acadêmicos já consumiram bebida alcoólica pelo menos uma vez na vida (TOSTES; CAMPOS; PEREIRA, 2016).

Como motivação para o abuso de álcool entre os estudantes o curso médico, inclui, em grande parte das vezes, o estresse da educação médica e o fato de a universidade ser a primeira experiência de independência do estudante. Tais fatores aumentam a vulnerabilidade dos estudantes a experiências ilícitas. Apesar da maioria se adaptar, uma porcentagem não consegue, resultando em problemas psicossociais como o abuso de substâncias, principalmente o álcool (BARBOSA et al., 2013; GOMES et al., 2019; PINHEIRO et al., 2017b).

Dentre os instrumentos utilizados, somente três estudos fizeram uso do questionário *Alcohol Use Disorders Identification Test* (Audit), o qual foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2003) e validado para a população brasileira (LIMA et al., 2005). O questionário é composto de dez perguntas que avaliam o padrão do consumo individual do álcool no último ano, sendo que as três primeiras questionamentos estimam a quantidade e frequência do uso regular ou ocasional do álcool; as três subsequentes apuram os sintomas de dependência; e as últimas quatro se relacionam a problemas na vida do indivíduo relacionados ao consumo alcoólico (RODRIGUES et al., 2007).

Ademais, o Audit é considerado o melhor método de identificação e classificação do alcoolismo, podendo alcançar uma pontuação de 0 a 40, variando de baixa (0-8), moderada (16-19) e elevada (acima de 20) dependência (ROCHA et al., 2011). Segundo os artigos selecionados, de 25,2% a 44,2% das amostras apresentaram valores iguais ou superiores a 8 no Audit (AGUIAR et al., 2018; BARBOSA et al., 2013; ROCHA et al., 2011). Isso identifica um padrão de consumo considerado potencialmente danoso à saúde com dependência de moderado a elevado porte nesta população. Isso acarreta em risco futuro de ferimentos, violências, problemas legais ou sociais e/ou ter baixo desempenho nos estudos. Estes se beneficiariam de orientações sobre a educação para o uso de álcool, aconselhamento,

para a mudança do padrão de beber, análise dos fatores que contribuem para o beber excessivo e treinamento de habilidades para lidar com estes fatores (ROCHA et al., 2011). Além disso, é de fundamental importância a necessidade de desenvolvimento de políticas públicas de conscientização para a saúde não somente do curso de Medicina, mas também de outros profissionais de saúde (BARBOSA et al., 2013)

Quando analisado o consumo em cada gênero, somente um estudo relatou a prevalência do uso de álcool, sendo que de 64,2% da amostra que se declararam usuários, 58,6% dos homens declararam hábito de consumo, bem como 52,1% das mulheres. Apesar disso, o valor de p não foi significativo para as diferenças entre os sexos, sendo assim, inexistente a associação entre o gênero e o hábito de ingerir bebidas alcoólicas (BARBOSA et al., 2013). Apesar desta pesquisa não ter sido encontrada diferença no uso entre os sexos, outros trabalhos revelaram que o sexo masculino consome mais do que o feminino (LAMBERT PASSOS et al., 2006; MAKANJUOLA; DARAMOLA; OBEMBE, 2007). Entretanto, a presença de um consumo de bebidas alcoólicas também elevado no sexo feminino é preocupante, devido a maior suscetibilidade desse gênero aos efeitos lesivos do álcool. Isso ocorre, pois o sexo feminino tem menor concentração de álcool-desidrogenase gástrica, menor volume de distribuição corporal, bem como os próprios fatores hormonais a tornam mais propensa à doença hepática alcoólica (BARBOSA et al., 2013; LOPES, 2006).

Já em relação a prevalência segundo a fase do curso, três estudos demonstraram valores de consumo acima de 50% da amostra desde os períodos iniciais do curso (BARBOSA et al., 2013; GOMES et al., 2019; PINHEIRO et al., 2017b). Além disso, ficou evidente a superioridade do consumo pelos alunos pertencentes aos períodos finais em relação aos iniciais, com aumento da ingestão alcoólica ocorrendo principalmente durante o período do internato. Nesta fase apresenta percentuais de usuários dessa substância com valores mínimo de 79,5% e máximo de 96,7% da amostra (BARBOSA et al., 2013; GOMES et al., 2019; PINHEIRO et al., 2017a). Isso corrobora a hipótese de maior vulnerabilidade dos estudantes de Medicina, pois é nesse período o qual existe maior cobrança de suas responsabilidades como futuro profissional. Um estudo realizou dois inquéritos com a mesma amostra em períodos temporais diferentes (um no início do curso e outro após quatro anos), percebendo que o consumo de bebida alcoólica aumentou 2,27 vezes, passando de 36,1% dos estudantes no primeiro ano do curso para 81,9% durante o internato (GOMES et al., 2019). Ademais, diversos estudos também evidenciaram o maior consumo de álcool entre os estudantes de períodos mais adiantados, com valores de p estatisticamente significantes, demonstrando que

muitos estudantes iniciam o uso durante o curso da faculdade com manutenção do hábito pelos estudantes (BARBOSA et al., 2013; PADUANI et al., 2008).

No estudo realizado em Fortaleza, foi constatado que a embriaguez esteve presente em todos os momentos de lazer dos entrevistados, com frequência considerada maior, e estatisticamente significativa, em festas de faculdade e finais de semana (GOMES et al., 2019). Também, outro estudo realizado no Maranhão corroborou que a situação mais propícia para o consumo de álcool foram as festas de faculdade (43,6%), entretanto, também foi incluso o período pós-provas (7%) e ao final de um dia estressante (1,6%) (BARBOSA et al., 2013). Sendo assim, percebeu-se que na maioria das situações de maior consumo estão relacionadas diretamente ao próprio ambiente acadêmico (PEDROSA et al., 2011).

Neste mesmo estudo, foram indicados a cerveja/chope como o tipo de bebida mais consumido entre aqueles que fazem uso de álcool, com 78,34% de preferência (BARBOSA et al., 2013). Tal fato também foi verificado em pesquisa realizada entre estudantes de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia e em quatro escolas médicas da cidade de Fortaleza (GOMES et al., 2019; PADUANI et al., 2008). Segundo o Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, 60% da população do Brasil tem favoritismo por este tipo de bebida (SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. GABINETE DE SEGURANÇA NACIONAL., 2007)

Ademais, um estudo com 371 indivíduos avaliou a atitude dos estudantes frente ao paciente alcoolista e o conhecimento do aluno sobre uso do álcool em função do seu padrão de beber. Com o progredir do curso, observou-se que o conhecimento sobre alcoolismo aumentou, entretanto sem interferência no padrão de beber dos estudantes, não possuindo correlação significativa entre conhecimento e padrão de beber (Spearman $> 0,05$). Destacou-se também que, paralelamente, as maiores pontuações na escala de conhecimento implicaram em maior atitude perante o paciente, com correlação positiva e fraca entre conhecimento e atitude ($p = 0,0001$). Já em relação à atitude, observou-se que desde o terceiro período já é considerável satisfatória, mas com melhora no sexto período (AGUIAR et al., 2018). Esses dados demonstram a necessidade de análise dos comportamentos relacionados ao etilismo nos alunos da área médica, os quais futuramente irão manejar pacientes dependentes de substâncias psicoativas, como o álcool.

Vale ressaltar ainda que o consumo alcoólico pode ser o gatilho inicial para o consumo de outras drogas, como o tabaco e substâncias ilícitas (PINHEIRO et al., 2017b). O tabaco é a segunda droga em ordem de prevalência de consumo entre os estudantes de Medicina, entretanto alcança níveis considerado mais baixos quando comparados aos do álcool.

(GOMES et al., 2019). Além disso, em Minas Gerais, um estudo identificou a prevalência do consumo de álcool em relação ao uso com outras drogas por estudantes de Medicina. Foi demonstrado que a ingestão de bebidas alcoólicas relacionou-se com o uso de estimulantes em 1,09 vezes ($P = 0,015$); de cigarro em 1,23 vezes ($P = 0,00007$); e de maconha em 1,24 vezes ($P = 0,00003$) (PETROIANU et al., 2010).

No setor da saúde, a formação dos profissionais para enfrentamento dos problemas relacionados ao uso de drogas apresenta como foco a dependência, esquecendo-se de priorizar na prevenção (COSTA et al., 2015; GOMES et al., 2019). Assim, destaca-se a existência de uma lacuna na formação desses profissionais que precisa ser revista.

Atualmente, nas universidades brasileiras, há uma escassez de projetos pedagógicos a fim de reduzir do consumo de álcool entre os estudantes universitários. Além disso, se faz necessário a atualização da matriz curricular dos cursos de Medicina para a abordagem de dependentes químicos, especificamente alcoolistas (AGUIAR et al., 2018). Um recente trabalho analisou o impacto dessa implementação curricular, demonstrando que a introdução desses temas pode melhorar a confiança dos estudantes de Medicina no manejo de pacientes em uso de substâncias psicoativas, além de aumentar seu conhecimento sobre as consequências das mesmas (FEELEY et al., 2018)

Combater as consequências negativas do álcool tanto entre estudantes universitários como na população em geral não demanda somente uma única solução, mas sim uma união de medidas, como, por exemplo, acesso restritivo à substância e proibição de sua publicidade (DAVOREN et al., 2016). Tais iniciativas vêm demonstrando efetividade na redução do consumo de álcool e de seus efeitos nocivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos mostraram que os estudantes do curso de Medicina, apesar de serem futuros profissionais da saúde e receberem informações técnicas durante sua formação sobre os malefícios do abuso de álcool, apresentam alta prevalência do consumo dessa substância nas diversas regiões do Brasil. É evidente que início do consumo do álcool ocorre durante o período acadêmico, sendo agravada ao longo do curso, devido ao elevado nível de estresse acadêmico, além dos conflitos interpessoais, levando os jovens a buscar meios de tentar se ausentar dessa realidade.

O abuso dessas substâncias possui impacto negativo em sua atuação como futuros médicos, visto que o profissional médico influencia direta e indiretamente a saúde pública por

meio da habilidade de fazer diagnóstico precoce e tratar, além de servir de modelo para a sociedade.

Há necessidade de intervenções nos hábitos dos acadêmicos de Medicina com o objetivo de reduzir o consumo exagerado de álcool. É imprescindível, portanto, orientar o estudante de Medicina sobre os riscos do consumo de álcool de forma nociva e as consequências que este hábito pode trazer para sua profissão. Além disso, é de fundamental importância o incentivo a diminuição desse consumo dentro do próprio ambiente universitário por parte das instituições, valorizando a saúde mental do discente e do mesmo como futuro profissional.

Por fim, é importante mencionar as limitações encontradas no presente trabalho, a fim de que novas pesquisas possam identificá-las e solucioná-las. Apesar de ser uma revisão sistemática, por englobar somente estudos transversais, os resultados encontrados nesses artigos informam sobre a situação do consumo de álcool em uma circunstância específica, impossibilitando a identificação dos efeitos a longo prazo.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. S. DE et al. Estudo da Atitude diante do Paciente Alcoolista e do Conhecimento sobre Alcoolismo em função do Padrão de Beber de Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 3, p. 49–56, set. 2018.

ARAÚJO, C. P. DE et al. Uso de álcool e psicotrópicos e o sofrimento psíquico em estudantes de medicina da Universidade Estácio de Sá. **Adolescência e Saúde**, v. 6, n. 1, p. 28–32, 2009.

BARBOSA, F. L. et al. Uso de álcool entre estudantes de medicina da Universidade Federal do Maranhão. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 1, p. 89–95, mar. 2013.

BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Erratum para: Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: Estudo transversal [volume 17, número 4]. **Scientia Medica**, v. 23, n. 2, p. 229–232, 2013.

BECK, K. Social Context of Drinking and Alcohol Problems Among College Students. **American Journal of Health Behavior**, v. 32, n. 4, p. 420–430, 2008.

BRASIL. I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre

Universitários das 27 Capitais Brasileiras. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP e SENAD. **Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**, p. 27, 2010.

COSTA, P. H. A. DA et al. Capacitação em álcool e outras drogas para profissionais da saúde e assistência social: relato de experiência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 53, p. 395–404, 27 mar. 2015.

DAVOREN, M. P. et al. Alcohol consumption among university students in Ireland and the United Kingdom from 2002 to 2014: a systematic review. **BMC Public Health**, v. 16, n. 1, p. 173, 19 dez. 2016.

FEELEY, R. J. et al. A Focused Addiction Curriculum and Its Impact on Student Knowledge, Attitudes, and Confidence in the Treatment of Patients with Substance Use. **Academic Psychiatry**, v. 42, n. 2, p. 304–308, 3 abr. 2018.

FEIJÃO, I. E. DA P. et al. Binge Drinking Among University Students. v. 25, n. 4, p. 462–468, 2016.

FERRAZ, L. et al. O uso de álcool e tabaco entre acadêmicos de uma universidade do sul do Brasil. **Revista Brasileira em promoção da Saúde**, p. 79–85, 30 mar. 2017.

GALDURÓZ, J. C. F.; CAETANO, R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. suppl 1, p. 3–6, maio 2004.

GOMES, B. DA M. R.; ALVES, J. G. B.; NASCIMENTO, L. C. Consumo de álcool entre estudantes de escolas públicas da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 706–712, abr. 2010.

GOMES, I. P. et al. Fatores Associados à Manutenção do Vício de Fumar e do Consumo de Álcool entre Acadêmicos de Medicina em uma Capital do Nordeste do Brasil Factors Associated with Continued Smoking Medical Students in Capital City in the Northeast of Brazil. **Revista Brasileira De Educação Médica**, v. 43, n. 1, p. 55–64, 2019.

LAMBERT PASSOS, S. R. et al. Prevalence of psychoactive drug use among medical students in Rio de Janeiro. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 41, n. 12, p. 989–996, 12 dez. 2006.

LIMA, C. T. et al. CONCURRENT AND CONSTRUCT VALIDITY OF THE AUDIT IN

LOPES, A. **Tratado de Clínica Médica**. [s.l.: s.n.].

MAGALHÃES, L. DE S. P. DE et al. The drugs phenomenon from the perspective of nursing students: patterns of consumption, attitudes and beliefs. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 1, p. 1–8, 1 fev. 2018.

MAKANJUOLA, A. B.; DARAMOLA, T. O.; OBEMBE, A. O. Psychoactive substance use among medical students in a Nigerian university. **World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)**, v. 6, n. 2, p. 112–4, 2007.

MARAIS, A. L. et al. Alcohol use among sixth-year medical students at the University of the Free State. **South African Journal of Psychiatry**, v. 8, n. 3, p. 6, 1 dez. 2002.

MARGARET, M. et al. Medidas de frequência : calculando prevalência e incidência na era do COVID-19. **J Bras Pneumol**, v. 46, n. 3, p. 20200243, 2020.

MENDOZA-SASSI, R. A.; BÉRIA, J. U. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Brazil. **Addiction**, v. 98, n. 6, p. 799–804, jun. 2003.

MUSSE, A. B. Apologia ao uso e abuso de álcool entre universitários: uma análise de cartazes de propaganda de festas universitárias. **Apologia ao uso e abuso de álcool entre universitários: uma análise de cartazes de propaganda de festas universitárias**, v. 4, n. 1, p. 00–00, 2008.

PADUANI, G. F. et al. Consumo de álcool e fumo entre os estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 1, p. 66–74, mar. 2008.

PEDROSA, A. A. DA S. et al. Consumo de álcool entre estudantes universitários. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 8, p. 1611–1621, ago. 2011.

PELICIOLO, M. et al. Perfil do consumo de álcool e prática do beber pesado episódico entre universitários brasileiros da área da saúde. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 66, n. 3, p. 150–156, set. 2017.

PETROIANU, A. et al. Prevalência do consumo de álcool, tabaco e entorpecentes por estudantes de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 5, p. 568–571, 2010.

PINHEIRO, M. DE A. et al. Consumo de álcool entre estudantes de faculdades de Medicina de Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 1, p. 369–375, 2017a.

PINHEIRO, M. DE A. et al. Prevalência e Fatores Associados ao Consumo de Álcool e Tabaco entre Estudantes de Medicina no Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 41, n. 2, p. 231–239, jun. 2017b.

RABELO, M. O.; PRATES, T. E. C.; SAMPAIO, C. A. Consumo de álcool por estudantes da área da saúde: uma Revisão Sistemática da Literatura. **Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde**, v. 4, n. 1, p. 01–08, 2017.

ROCHA, L. A. et al. Consumo de álcool entre estudantes de faculdades de Medicina de Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 3, p. 369–375, set. 2011.

RODRIGUES, A. P. et al. Avaliação do nível de propensão para o desenvolvimento do alcoolismo entre estudantes do curso de graduação em enfermagem da Universidade Católica Dom Bosco. **SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 3, n. 1, p. 01, 1 fev. 2007.

SARAIVA, A. et al. Tobacco dependence in nursing students. **Revista de Enfermagem Referência**, v. IV Série, n. 12, p. 9–18, 27 mar. 2017.

SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. GABINETE DE SEGURANÇA NACIONAL. **I LEVANTAMENTO NACIONAL SOBRE OS PADRÕES DE CONSUMO DE ÁLCOOL NA POPULAÇÃO BRASILEIRA**. Brasília: [s.n.].

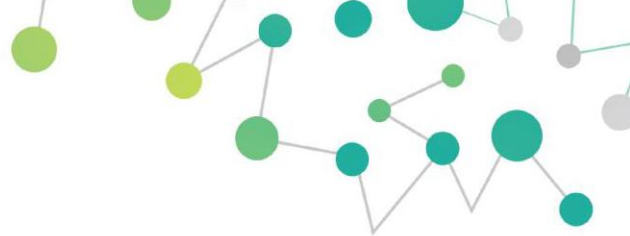
TOSTES, J. G.; CAMPOS, F. P. DE; PEREIRA, L. G. R. Consumo de Álcool e Outras Drogas em uma Faculdade de Medicina do Sul de Minas Gerais / Consumption of Alcohol and Other Drugs in a Medical School in Southern Minas Gerais. **REVISTA CIÊNCIAS EM SAÚDE**, v. 6, n. 2, p. 16–24, 1 jan. 2016.

VIEIRA, D. L. et al. Álcool e adolescentes: estudo para implementar políticas municipais.

VIEIRA, P. C. et al. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 11, p. 2487–2498, nov. 2008.

WORLD HEALTH ORGANISATION. Global status report on alcohol and health 2014. p. 1–392, 2014.

ZEPKA BAUMGARTEN, L.; DE OLIVEIRA GOMES, V. L.; DA FONSECA, A. D. C. Consumo alcoólico entre universitários(as) da área da saúde da Universidade Federal do Rio Grande/RS: subsídios para enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 530–535, 2012.



O EMPREGO DO APLICATIVO WISE COMO INOVAÇÃO NAS CONSULTAS DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR EM CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

Ana Karinna Silveira Pereira Caracas¹

Roberto Augusto Caracas Neto²

Tecia Vieira Carvalho³

Antônio Sérgio Guimarães⁴

RESUMO

Com a globalização do conhecimento e potencialização de instrumentos de pesquisas *on-line*, novas tecnologias foram criadas, para facilitar o diagnóstico clínico e tomada de decisão no consultório odontológico. O presente artigo tem como objetivo demonstrar a importância da inovação no atendimento clínico odontológico, através do emprego do aplicativo WISE (*Web Based Interdisciplinary Symptom Evaluation*), baseado na *web*, que ajuda no tratamento e acompanhamento interdisciplinar dos pacientes com diagnóstico de disfunção temporomandibular (DTM) e dor orofacial (DOF). O WISE é um questionário de tomada de história do paciente, metodologicamente e sistematicamente orientado, que apresenta um consolidado resumido. Garante o anonimato do paciente, é de fácil de visualização e operação, seguro, personalizado e acessível aos profissionais de saúde, em especial cirurgiões-dentistas, que tratam das DTM e DOF, facilitando os encaminhamentos, quando necessário. O uso do aplicativo mostrou-se uma ferramenta relevante no diagnóstico e tratamento interdisciplinar das DTM e DOF.

Palavras-chave: Clínica Odontológica. Fatores Biopsicossociais. Dor orofacial.

INTRODUÇÃO

A Academia Americana de Dor Orofacial (*American Academy of Orofacial Pain*) define disfunção temporomandibular (DTM) como um conjunto de condições dolorosas e/ou disfuncionais relacionados aos músculos da mastigação, às articulações temporomandibulares (ATMs) e estruturas associadas (DE LEEUW, 2008, p.129).

¹ Mestranda em Clínica Odontológica na área de concentração DTM e dor orofacial da Faculdade São Leopoldo Mandic. *stricto sensu*. E-mail: karinnacaracas@gmail.com;

² Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Propriedade Intelectual e Transferência de Tecnologia para a Inovação. *stricto sensu*. E-mail: robertocaracas2000@gmail.com;

³ Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Propriedade Intelectual e Transferência de Tecnologia para a Inovação. *stricto sensu*. E-mail: tecia.carvalho@nepen.org.br; e

⁴ Professor Doutor da Faculdade São Leopoldo Mandic. *stricto sensu*. E-mail: asgadm@gmail.com.

A sensação de dor é essencial para a sobrevivência humana. Essa sensação é uma experiência subjetiva, pessoal e multidimensional que envolve dimensões psicológicas, comportamentais, afetivas, cognitivas e sensoriais. Neste contexto, a dor pode ser considerada um fenômeno multifacetado, pois é afetada pela experiência passada e pela cultura. Dor é o primeiro indicador de qualquer lesão tecidual. Por ser uma experiência subjetiva, a sensação de dor não pode ser objetivamente determinada por instrumentos físicos que, usualmente, mensuram diretamente o peso corporal, a temperatura, a altura, a pressão arterial e a pulsação. Em outras palavras, não existe um instrumento padrão único e invariável, tal como uma régua, que permita a um observador externo mensurar de forma objetiva essa experiência interna, complexa e genuinamente pessoal. (DA SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2011, p.139-151)

A mensuração da dor é extremamente importante no ambiente clínico, pois se torna impossível manipular um problema desta natureza sem ter uma medida sobre a qual basear o tratamento ou a conduta terapêutica. Sua etiologia é multifatorial, destacando-se fatores genéticos e comportamentais, trauma direto ou indireto, fatores psicológicos e hábitos posturais e parafuncionais. Schiffman *et al.*, (2014) classificaram as DTM de acordo com o Critério Diagnóstico Internacional (DC/TMD) que separa os sintomas físicos (eixo I) e psicológicos (eixo II).

O modelo biopsicossocial, como sugere o próprio nome, reflete nosso crescente entendimento de que a enfermidade e a cura são realmente complexas. Inúmeros fatores, como cultura e sociedade em que estamos inseridos, juntamente com a biologia devem ser considerados para entender como e quando vivenciamos a dor e como iremos responder ao tratamento. Esse modelo não procura competir com, nem substituir, modelos biológicos cientificamente embasados ou práticas clínicas atuais (TYNER, 2001).

Fatores psicológicos têm sido intimamente ligados a DTM e podem ser um componente da apresentação clínica. Aumentados níveis de somatização, depressão e ansiedade têm sido relatadas por pessoas que sofrem de DTM, comparadas a pessoas assintomáticas. Também foi postulado que os fatores psicológicos podem explicar o porquê de algumas pessoas serem perturbadas pelos sintomas de DTM enquanto apenas uma pequena proporção delas procura tratamento (LEE *et al.*, 2008, p.184-190).

Com o advento da implantação tecnológica na área da saúde, médicos, cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos e demais áreas de apoio à saúde, cada vez mais estão procurando instrumentos de inovações científicas, para poder mensurar a dor do paciente e posterior plano de tratamento. (ALMEIDA; MELLO, 2004, p.9-27)

Inovação pode ser conceituada de formas variadas, dependendo principalmente de sua aplicabilidade num contexto de exploração de novas ideias com potencialidade de sucesso. Este sucesso deve atingir objetivos distintos para públicos diferentes, a exemplo da empresa que busca na inovação aumento de ativos, faturamento, lucros e benefícios a curto, médio ou longo prazo, ou combinação deles. As inovações são: de produtos ou de processos; sendo o segundo o que interage com inovações tecnológicas que pretendem alcançar novos mercados, modelos de negócios, processos ou métodos organizacionais, logísticos ou até novas fontes de suprimentos. (ABGI, 2020)

Os equipamentos de tecnologias portáteis, tais como: celulares, *smartphones*, *tabletes* e *notebooks*, anteriormente utilizados para troca de informações entre operadores da saúde, ganham impulso na prática clínica, com difusão em todo o planeta. São meios auxiliares de inovação na área da saúde, associando o *software* ao *hardware* como uma ferramenta tecnológica em prol dos pacientes e da promoção à saúde. Portanto, com a potencialização de instrumentos de pesquisas *on-line*, novas tecnologias foram criadas, sendo relevantes no apoio ao diagnóstico e tomada de decisão em relação a conduta clínica a ser realizada. (ALMEIDA; MELLO, 2004, p. 9-27)

Com a universalização, ocorreu a rápida evolução tecnológica dos equipamentos (miniaturização e acréscimo do processamento) e popularização das tecnologias portáteis. Eles se tornaram mais acessíveis, e com a facilitação e agregação de aplicativos (APP) nos mesmos, os profissionais de saúde passaram a ter acesso mais facilmente ao conhecimento.

A inovação tecnológica no processo de anamnese e diagnóstico utilizando aplicativos de autoavaliação nas consultas odontológicas poderá facilitar a construção de diagnósticos mais precisos, tornando o tratamento odontológico e o controle da dor mais eficientes. De acordo com o Instituto Nacional de Saúde (NIH), dos Estados Unidos, a autoavaliação é o “indicador mais confiável da existência e da intensidade da dor”. As medidas da dor que podem ser quantificadas incluem a intensidade, a localização a distribuição, a duração e periodicidade, a qualidade, sinais associados e sintomas, o impacto e o significado pessoal. O instrumento ideal para avaliação da dor, portanto, deve incluir a identificação da presença de dor, bem como o progresso da dor com o tempo ou em função do tratamento. Este instrumento deveria também ser aplicável a qualquer indivíduo, independente das características fisiológicas, emocionais ou culturais. (GRACEY, 1999, p.897-908)

O objetivo deste artigo é demonstrar a relevância deste aplicativo como ferramenta de inovação para diagnóstico e tratamento da disfunção temporomandibular e dor orofacial, bem como sua aplicabilidade na clínica odontológica.

Neste contexto, o cirurgião-dentista faz uso do aplicativo WISE, que investiga os fatores biopsicossociais causadores das disfunções temporomandibulares e dores orofaciais, sendo um instrumento complementar para se chegar a um diagnóstico e posterior assistência ao paciente.

METODOLOGIA

Foi utilizada a metodologia da pesquisa bibliográfica, respaldada na literatura pertinente e em artigos referenciados em bancos de dados eletrônicos (SciELO, Lilacs, PubMed, Bireme, EBSCOhost, Periódicos Capes e Medline), no período de 1993 a 2020, nas línguas portuguesa e inglesa, utilizando os seguintes descritores: inovação, dor orofacial, disfunção temporomandibular, WISE, clínica odontológica, fatores biopsicossociais, “*innovation*”, “*orofacial pain*”, “*temporomandibular dysfunction*”, “*WISE*”, “*Ontological clinic*” e “*Biopsychosocial factors*”.

Foram selecionados artigos que continham estes descritores nos títulos e/ou nos resumos, e excluídos os artigos nos quais o resumo não era compatível com esta pesquisa.

A composição do questionário do WISE foi formulada com base nos seguintes índices, questionários, escalas e identificadores:

- a. Questionário de Sintomas DC-TMD, que pergunta sobre a presença de sintomas comuns associados à dor orofacial e à DTM;
- b. Questionário de saúde do paciente 15 (PHQ-15), onde avalia a gravidade dos sintomas somáticos. Não é destinado a diagnosticar uma entidade clínica específica;
- c. Questionários validados de busca de casos. Os questionários esclarecem se os sintomas de sobrecarga fazem parte de uma condição definida pelo especialista e, assim, auxiliam os médicos na identificação de pacientes que podem se beneficiar de uma avaliação adicional por especialistas.
- d. Questionário de Saúde do Paciente 4 (PHQ-4), rastreia ansiedade e depressão em pacientes de cuidados primários;
- e. Transtorno Geral de Ansiedade 7 (GAD-7), avalia a ansiedade geral em pacientes de cuidados primários;
- f. Questionário de Saúde do Paciente 9 (PHQ-9), avalia a gravidade da depressão;
- g. Escala de dor crônica graduada (GCPS), foi originalmente desenvolvida para inquiridos à população em geral e cuidados primários de saúde para melhorar a categorização do prognóstico e as decisões de tratamento;

- h. Escala de Catastrofização da Dor (PCS), avalia pensamentos de catastrofização e comportamento correspondente;
- i. Índice de gravidade da insônia (ISI), rastreia os distúrbios do sono medindo a gravidade dos problemas de insônia, a satisfação relacionada ao sono e a interferência;
- j. Questionário de Percepção de Doença Breve (B-IPQ), avalia as representações cognitivas e emocionais da doença e ameaça à saúde;
- k. Questionário de Experiência de Injustiça (IEQ), avalia a injustiça experimentada devido a acidentes, lesões ou maus-tratos;
- l. Questionário de preocupação dismórfica (DCQ), avalia a preocupação excessiva com defeitos imaginários ou reais, mínimos na aparência, que influenciam significativamente o funcionamento psicossocial;
- m. Questionário de gravidade do zumbido (THI), avalia a gravidade do zumbido e seu impacto na vida diária;
- n. Identificação de Migrânea (ID-Migraine™), rastreiam enxaquecas;
- o. Questionário de Função Mandibular (JFQ), é uma lista de verificação de 12 atividades diárias da maxila para avaliar a deficiência relacionada à dor orofacial e a DTM;
- p. Lista de verificação de sintomas somatossensoriais (SSC), alterações faciais somatossensitivas não são sistematicamente captadas em questionários de dor orofacial; e
- q. PHQ-Stress, aborda a sobrecarga do estresse psicossocial.

Essas informações supramencionadas foram oriundas de pesquisas prévias, obtidas por entrevistas, levantamentos estatísticos, levantamentos bibliográficos, onde o autor Dominick A. Ettlin. *et. al.* (2016); implantaram um questionário de suporte via web. A intenção foi a eliminação dos questionários de papel, com dados mais precisos e completos, buscando a sustentabilidade e otimização de recursos de arquivo físico e espaços nas clínicas odontológicas, em convênio com a universidade de Zurique, na Suíça, em prol de um produto ativo de inovação tecnológica.

O aplicativo WISE é um instrumento de inovação e autoavaliação que verifica os dois eixos, sendo um questionário capaz de captar, armazenar e avaliar dados coletados durante as consultas, proporcionando atendimento interdisciplinar aos pacientes com disfunção temporomandibular e dor orofacial, sendo extremamente útil para um correto diagnóstico durante a consulta odontológica. Foi utilizado na Clínica Odontológica da Unidade de Atenção Primária à Saúde Frei Tito de Alencar Lima, situada no município de Fortaleza - CE. Foi testado por um cirurgião-dentista voluntário e aplicado em 40 (quarenta) pacientes aleatórios.

Ao procurar o atendimento odontológico, os pacientes com quadro de dor orofacial e desordem temporomandibular foram convidados a responder ao questionário do aplicativo WISE, online de fácil aplicação, que avalia fatores biopsicossociais e nos oferece um *feedback* direto por meio de um resumo de relato de caso (Dominik A. Ettlin. *et al.*; 2016). O uso do instrumento se justifica, pois avalia os fatores biopsicossociais causadores dessas patologias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

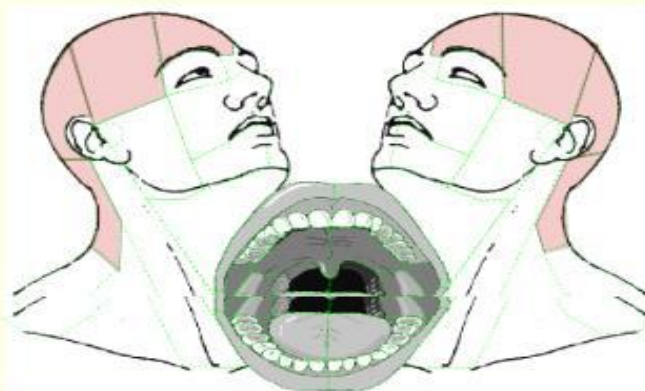
Pensando nisso, foi elaborado por Dominik A. Ettlin. *et al.* (2016) na Suíça, em Zurique, uma avaliação interdisciplinar de sintomas baseados na web (WISE). As ferramentas incluem opções de desenho de corpo (Figuras 1, 2 e 3) e vídeos instrutivos. Essa nova modalidade fornece um consolidado (Figura 4), por meio de um resumo de caso, adaptado as respostas de cada paciente.

Os resultados foram avaliados pelo profissional, levantando limitações e possibilidades de melhorias, enviando um *feedback* para os autores do aplicativo. A maior participação foram as áreas de investigação no grau de sintomas somáticos e psicológicos, fontes de inúmeras patologias que tem reflexos nas regiões de cabeça e pescoço.

Na figura 1, verificamos um exemplo de localização da dor orofacial, durante as últimas 4 (quatro) semanas, apontada(s) pelo paciente na tela do equipamento que contém o aplicativo, com uma ou mais marcações nas regiões da cabeça e pescoço, sendo o local iluminado na tela “*touch screen*” com a cor vermelha.

Figura 1- **Localização das dores orofaciais**

Queixa principal

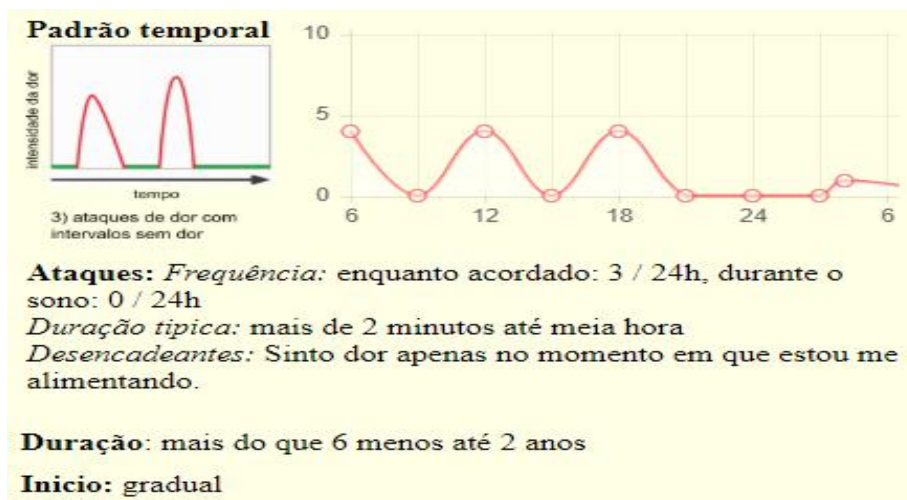


Comentários sobre dor de cabeça / dor facial: As minhas dores começaram com uma queda de ônibus

Fonte: adaptada de ETTLIN, 2016

Na figura 2, foi relatado pelo mesmo paciente ataques de dor, com intervalos sem dor na região da cabeça e pescoço. Os horários de maior intensidade de dor foram: 6h, 12h e 18h. Mostra os momentos em que ocorreu o desencadeamento, a duração dos ataques e a quanto tempo já vem sentindo a(s) dor(es).

Figura 2 - Padrão de dor temporal



Fonte: adaptada de ETTLIN, 2016

Na figura 3, outro paciente, apontou as regiões que melhor se adequam à localização da sua dor durante as últimas 4 (quatro) semanas, iluminando na tela “touch screen” as regiões do corpo com a cor vermelha, sendo essas dores compatíveis com os locais de contato decorrente da queda informada pelo paciente.

Figura 3 - Localização das dores no corpo


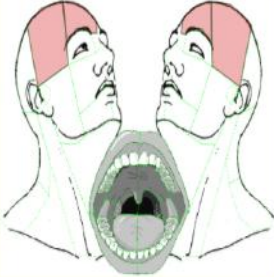




Fonte: adaptada de ETTLIN, 2016

Na figura 4, é apresentado o resultado do questionário WISE do paciente, auxiliando o cirurgião-dentista no diagnóstico, tratamento e encaminhamentos, quando necessário. O idoso de 77 anos, apresentava como queixa principal dor nos músculos temporais e frontal. A

sensação dolorosa intensificava com a preocupação com os filhos. Na marcação corporal, o paciente indicava dor em algumas partes do corpo, devido a artrose. Podemos observar a associação de fatores biopsicossociais e degenerativos, que indicam a necessidade de encaminhamento do paciente para especialistas nas áreas de psicologia e ortopedia.

Figura 4 - WISE Consolidado.

<p>Relatório de resumo de caso único: / 2020-08-29</p>		<p>Preocupação com a minha queixa principal 2 / 2 Fadiga aumentada / perda de energia / perda de peso não intencional 1 / 2 Ronco / apneia durante o sono 2 / 2 Tontura / náusea / desmaios / falta de ar / sensação de bater no coração ou corrida / indigestão 2 / 2 Falta de tempo / estresse relacionado ao trabalho / responsabilidades de cuidado / problemas financeiros 2 / 2 Eventos de vida estressantes: Preocupação com os filhos. 1 / 2</p> <p>Um incomodo para: Para os filhos</p>								
<p>Gênero: F, Idade: 77, Altura: 63, Peso: 155, BMI: 26 Ocupação: aposentado Referido por: Sus Médico do Posto Primario M.D. SUS Seguro de saúde SUS</p> <p>Hábitos: Não fumante / Não bebe bebida alcoólica diariamente</p>	<p>Ataques: <i>Frequência:</i> enquanto acordado: 2 / 24h, durante o sono: 0 / 24h <i>Duração típica:</i> mais de 2 minutos até meia hora <i>Desencadeantes:</i> Quando fico fazendo os serviços de casa Preocupação com os filhos</p>	<p>Avaliações</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Questionários adicionais</th> <th>Pontuação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Graded Chronic Pain Scale - Body</td> <td>2 / 6</td> </tr> <tr> <td>DASS Stress-Scale</td> <td>5 / 21</td> </tr> <tr> <td>Injustice Experience Questionnaire</td> <td>8 / 48</td> </tr> </tbody> </table>	Questionários adicionais	Pontuação	Graded Chronic Pain Scale - Body	2 / 6	DASS Stress-Scale	5 / 21	Injustice Experience Questionnaire	8 / 48
Questionários adicionais	Pontuação									
Graded Chronic Pain Scale - Body	2 / 6									
DASS Stress-Scale	5 / 21									
Injustice Experience Questionnaire	8 / 48									
<p>Queixa principal</p>  <p><i>Comentários sobre dor de cabeça / dor facial:</i> Aumenta com a preocupação.</p>	<p>Duração: mais do que 2 anos até 5 anos Início: gradual</p>  <p><i>Comentários sobre dor no corpo:</i> Sinto dor no corpo inteiro, devido a artrose.</p>	<p>Diagnósticos e tratamentos prévios</p> <p>Diagnóstico Exames: Sangue Urina US abdominal Rx das pernas Exame oftalmológico Diagnóstico: Artrose catarata A melhor explicação para a queixa principal: Artrose</p>								
<p>Queixa principal: Dor em todas as articulações Visão deficiente Deficiência principal: Nada Expectativas: Melhorar das dores</p> <p>Fatores moduladores: <i>De piora:</i> Preocupação com os filhos <i>De melhora:</i> Passear e conversar</p> <p>Qualidade da dor <i>ni início:</i> pressão - desagradável <i>agora:</i> pressão - desagradável, miserável - desgastante, atormenta - esgotante</p> <p>Intensidade da dor: mais frequente 4, maxima 7, tolerável 2</p> <p>Padrão temporal</p>	<p>Deficiência (lista de controle)</p> <p>Deficiência na face/cabeça</p> <p>Dor de dente / dor oral (por exemplo, língua, gengiva) 1 / 2 Dor / aperto na mandíbula ou face 1 / 2 Dor de ouvido, pressão no ouvido, zumbido (por exemplo, ruído de toque) 1 / 2</p> <p>Deficiência mandibular</p> <p>Boca seca / mau hálito / dificuldades de deglutição 2 / 2</p> <p>Outra deficiência</p>	<p>Medicação para dor</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicação</th> <th>Eficácia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Paracetamol 750 mg desde 2015-01-01, 3 x / w, para dor</td> <td>3 / 10</td> </tr> </tbody> </table>	Medicação	Eficácia	Paracetamol 750 mg desde 2015-01-01, 3 x / w, para dor	3 / 10				
Medicação	Eficácia									
Paracetamol 750 mg desde 2015-01-01, 3 x / w, para dor	3 / 10									
<p>Consentimento</p> <p>A informação medica pode ser trocada: SIM Os dados podem ser usados para pesquisa: SIM Gostaria de ser informado sobre os resultados: SIM</p> <p> This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License.</p>										

Fonte: adaptada de ETTLIN, 2016

As cidades que possuem internet são consideradas centros locais de saúde de maior importância⁵. Esse produto pode ser oferecido aos profissionais de saúde cadastrados junto ao aplicativo, com a finalidade de melhorar a gestão sustentável no controle de pacientes e seus prontuários, respeitados os direitos autorais e sendo uma possibilidade de transferência de tecnologia para a inovação.

⁵Baseado nos estudos recentes que definem Regiões Geográficas Imediatas e Intermediárias (IBGE, 2018), definindo a regionalização mais recente para o território nacional a partir dos principais elementos que definem as cidades polarizadoras da rede urbana.

Então, desde 2019, os trabalhos operacionais passaram a ser realizados pelos profissionais de saúde, já possuidores do aplicativo, em especial cirurgiões-dentistas das redes de saúde públicas e privadas, que trabalham com DTM e DOF. Estão sendo produzidos feedbacks para os idealizadores do produto, a fim de intercambiar o melhoramento do processo de inserção de dados, facilitar a interpretação das imagens e informações produzidas pelo conteúdo tecnológico do APP e de maior valor agregado.

A implantação do aplicativo WISE foi projetada e construída tecnicamente visando apoio na avaliação dos profissionais de saúde, para estruturar sintomas interdisciplinares em todo o mundo. É uma ferramenta de software de código aberto e questionários validados gratuitos disponíveis em vários idiomas e respeitando os direitos autorais no que tange as regras contra a violação desses direitos. Foi desenvolvido com base nas amostras adaptadas dos requisitos de um único centro de saúde na Suíça e respaldado nos conceitos delimitados. O armazenamento de dados altamente seguro limita o acesso estritamente àqueles que usam a ferramenta para coletar, armazenar e avaliar seus dados. Apresenta resultados ilustrados, proporcionando atendimento interdisciplinar aos pacientes com dor orofacial e desordem temporomandibular. (ETTLIN, 2016)

Com o emprego do WISE é possível aplicar uma avaliação biopsicossocial oferecendo feedback com vários ambientes clínicos com âncora no resumo dos relatos de caso do paciente. Identificamos a atividade inovativa e as capacidades de condensação de um produto construído no conjunto de diversos questionários detalhados que servem como instrumentos de busca de casos e lista de sintomas combinados, com abordagem modular em algoritmo que transforma a complexidade de um caso e a necessidade de uma avaliação especializada direcionada e uma ferramenta de fácil visualização das queixas com marcação das opções de desenho de corpo e vídeos instrutivos, fornecendo assim, um instrumento personalizado adaptado à resposta para a coleta de dados quantitativos focados na carga de sintomas e custo-benefício. (ETTLIN, 2016)

O sigilo é fundamental entre profissionais de saúde e paciente. Partindo da premissa que o WISE pode ser executado em qualquer servidor da Web. O WISE foi projetado e construído usando o LimeSurvey™ (LS) 2.05+ (150310), ou seja, estrutura independente de código aberto de pesquisas efetivadas na internet para dor orofacial e disfunção temporomandibular (ENGARD, 2009, p.272).

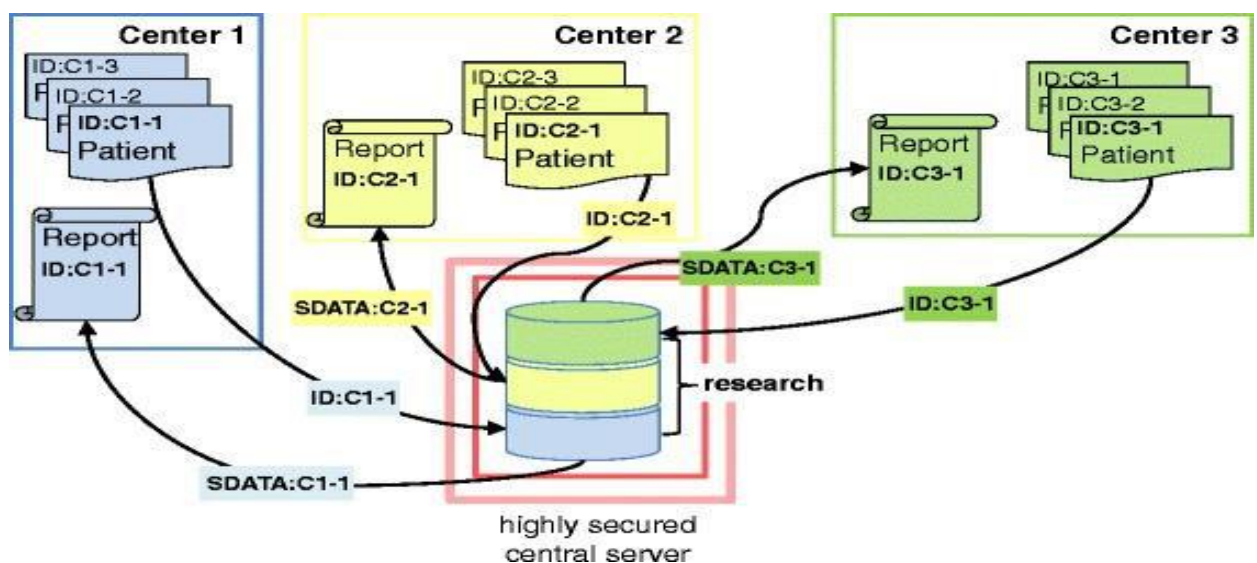
O LS é executado em qualquer servidor da Web, com suporte em múltiplos idiomas e seus dados são armazenados em um banco de dados MySQL. A segurança é um ponto forte, já que são transmitidos via https seguro (dados seguros), com estrutura de pesquisa em formatos de resposta pré-definidos por equações e matrizes de resposta, com base em múltipla ou única

escolha. Essas equações que uma vez pontuadas permitem o cálculo que irão estratificar filtros para outras perguntas detalhadas, chegando a resultados que podem ser impressos ou salvos em diversos formatos, como o SPSS, o Excel e outros. (ETTLIN, 2016)

O WISE para apresentar as imagens anteriormente apresentadas se utiliza do ImagemMapper (IM) que é uma ferramenta de base JQuery, o qual utiliza mapas de imagem para a inserção de dados de áreas pré-definidas de uma imagem do corpo, cabeça e boca para seleção. Eles são representados graficamente, sendo marcados os pontos de sensação de dor, facilmente pelo operador do aplicativo, pois o código da pergunta LS identifica e o relacionando com as demais perguntas e indicar a localização e gravidade das dores orofaciais. (TREWORGY, 2013)

Durante a inserção e troca dos dados, apenas são transmitidos ID anônimos e dados de pesquisa anônimos (SDATA), o que reforça a segurança na proteção dos dados. Na coleta inicial dos dados, os autores manejaram pacientes da Unidade de Dor Orofacial do Centro de Medicina Odontológica, a Universidade de Zurique (UZH) estabeleceu um host seguro central (Figura 5) em Serviço e Suporte para Ciência Tecnologia da Informação (TI) da UZH, aderindo às leis federais e cantonais suíças para proteção de privacidade, leis que estão alinhadas com a legislação brasileira. Ou seja, para a prática clínica, os relatórios de casos individuais personalizados disponíveis apenas para clínica de fornecimento são gerados a partir de dados armazenados centralmente, que são ligados por um número de identificação único (ID). Para fins de pesquisa, os clusters de dados anônimos podem ser mesclados permitindo assim projetos de pesquisa multicêntricos. (ETTLIN, 2016)

Figura 5 – Visão geral das opções de troca de dados entre vários centros de gerenciamento de pacientes e um servidor de coleta de dados central seguro.



A segurança e o armazenamento de dados podem ser gerenciados em um único país ou em servidores difundidos. Para uma segurança de dados ideal, os dados vinculados à identidade do paciente são armazenados independentemente dos dados da pesquisa. Os últimos são armazenados de forma anônima em um servidor central altamente seguro, enquanto os dados de identidade do paciente são armazenados localmente em clínicas ou centros. Os relatórios de resumo de caso único são gerados vinculando dados locais e centrais por meio de um número de identificação exclusivo (ID). (ETTLIN, 2016)

O aplicativo apresenta limitações, como qualquer outra ferramenta, depende da clínica ou da pesquisa e com os casos de: PHQ-9, GAD-7, IPQ, PCS, DCQ, IEQ, PHQ-S, THI-12, ISI. O limite está consolidado no checklist relacionado à dor e sua gradação que focam na localização e intensidade da dor graficamente nas seguintes áreas: cabeça / face, tronco e outras partes do corpo. Outras questões também são levantadas como: qualidade da dor, início, duração, padrão de tempo, curso diurno e incapacidade relacionada à dor. (ETTLIN, 2016)

Dominik A Ettlín. *et al.*, (2016), esclarece que a ferramenta pode trazer as seguintes vantagens:

a. Para os pacientes – disponibilidade livre de localização, flexibilizando as entrevistas para o tempo do paciente, via qualquer computador disponível, em múltiplas plataformas, navegadores e idiomas.

b. Para provedores de cuidados e pessoal administrativo - é fácil de administrar, de utilizar por profissionais de saúde sem registro eletrônico, os dados guardados na segurança das nuvens digitais e as informações de cargas somáticas e psicossociais podem ser utilizadas por profissionais interdisciplinares da área de saúde, pois o resumo de caso único do WISE foca as queixas mais onerosas (queixa principal), facilitando a interação entre o cuidador e o paciente. (LAZARIDOU, 2016)

c. Para os educadores – pode auxiliar a educação interprofissional (IPE) compartilhando conhecimentos entre disciplinas de saúde, pois podem ilustrar para alunos de equipes interprofissionais os benefícios da implementação correlacionada conforme recomenda o Instituto de Medicina das Academias Nacionais dos EUA (EUA, 2010).

d. Pesquisadores clínicos - padronização de fontes de dados sem a necessidade de consolidação em papel, permitindo a coleta e a agregação do dados prospectivos de locais de coletas diferentes e centros, sendo possível solicitar novos estudos que superem os limites dos ensaios clínicos controlados e randomizados convencionalmente ou por comparação ou por fenótipos biopsicossociais de forma mais específica e com registro mais padronizado (HERMAN, 2014, p.1).

e. Para operadoras de planos de saúde e outros agentes financeiros terceirizados - contribui com a redução de custos, reduzindo o risco de cronicidade.

O WISE é um produto de apoio ao processo direcionado ao setor de saúde, portanto de natureza essencial e com capacidade para o estabelecimento de sinergias e redução de custos, por não produzir papel e otimizar tempo do profissional e do paciente, buscando a real solução do problema e encaminhamentos para outros profissionais, quando necessário. (ETTLIN, 2016)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma das limitações do WISE em relação aos questionários em papel, é em alguns casos, o consumo de um maior tempo clínico, que pode variar de 30 (trinta) minutos até 2 (duas) horas para o preenchimento. Alguns profissionais necessitam de assistência em relação ao uso dos dispositivos eletrônicos, porém, com a prática essas dificuldades diminuem.

A Ferramenta WISE aborda os sintomas somáticos e biopsicossociais causadores das DTM e dores orofaciais. Garante o anonimato do paciente, é segura, personalizada, e propicia a colaboração interprofissional, facilitando os encaminhamentos, quando necessário.

O mapeamento topográfico da rede, tem passado por atualizações operacionais na plataforma. Dando resolubilidade aos problemas informados pelos profissionais de saúde que estão empregando o aplicativo na fase de implantação, para que sejam equacionados e contemplados com todos os estudos e ações determinantes corretivas, proporcionando consolidação, execução e operacionalização do aplicativo empregável e comercializável.

Por fim, os resultados de trazer economicidade aos cirurgiões-dentistas e demais profissionais de saúde envolvidos, com a diminuição de consumo de papel, tempo de estudos de exames, tempo para diagnósticos e encaminhamento para o tratamento em conjunto com a colaboração interdisciplinar em saúde, foram alcançados na presente fase operacional. Foi demonstrado a relevância do aplicativo WISE no diagnóstico mais rápido e preciso das disfunções temporomandibulares e dores orofaciais, e como auxílio no tratamento interdisciplinar dessas patologias.

Com a melhoria do programa, decorrente das correções sugeridas na apresentação dos dados consolidados do WISE são esperadas:

1. a difusão do aplicativo, pois poderá proporcionar maior aceitação e procura pelo produto;
2. a garantia de estabilidade do aplicativo;

3. promoção no atendimento interdisciplinar do paciente com informações únicas e consolidadas;
4. redução do tempo de trabalho do profissional;
5. sustentabilidade decorrente da diminuição do uso do papel;
6. distribuição comercial para os demais profissionais de saúde não incluídos na fase operacional.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G. W. de; MELLO, R. C.. Uso de novas tecnologias de informação por profissionais da área de saúde na Bahia. **Revista de Administração Contemporânea**, [s.l.], v.8, n.3, p. 9-27, 2004. DOI 10.1590/S1415-65552004000300002. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edssci&AN=edssci.S1415.65552004000300002&lang=pt-br&site=eds-live>. Acesso em 29 set. 2020.

DA SILVA, J. A.; RIBEIRO-FILHO, N. P.. A dor como um problema psicofísico. **Rev. dor**, São Paulo, v.12, n.2, p.138-151, jun. 2011. DOI [10.1590/S1806-00132011000200011](https://doi.org/10.1590/S1806-00132011000200011) Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132011000200011&lng=en&nrm=iso . Acesso em 26 set. 2020.

DE LEEUW, R. Orofacial pain; guidelines for assessment, diagnosis, and management, 4^a ed. Scith Book News, [s.l.], Chicago: Quintessence; 2008. p.129-58. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsgao&AN=edsgcl.184354061&lang=pt-br&site=eds-live> . Acesso em 27 set.2020.

ENGARD, N. LimeSurvey <http://limesurvey.org>. **Public Services Quarterly** [s.l.], v.5, n.4, p.272-273, 2009. DOI 10.1080/15228950903288728. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=45542626&lang=pt-br&site=ehost-live>. Acesso em: 27 set. 2020.

ETTLIN, D. A. *et al.* Design, construction, and technical implementation of a web-based interdisciplinary symptom evaluation (WISE) – a heuristic proposal for orofacial pain and temporomandibular disorders. **The Journal of Headache and Pain: Official Journal of the “European Headache Federation”** and of “Liftong The Burden – The Global Campaign

against Headache”, [s.l.] v.17, n.1, p.1, 2016. DOI 10.1186/s10194-016-0670-5. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edssjs&AN=edssjs3AADFCAB&lang=pt-br&site=eds-live>. Acesso em: 27 set.2020.

EUA. Comitê de Planejamento de um Instituto de Educação Profissional em Saúde Continuada do instituto de Medicina. **Redesenhando a educação permanente nas profissões da saúde**. Washington (DC): National Academies Press (EUA); 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK219811/> DOI: 10.17226 / 12704. Acesso em: 27 set. 2020.

GRACELY, R.H. Pain measurement. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, [s.l.], v.43, n.9, p.897-908, 1999. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AN=10522737&lang=pt-br&site=eds-live>. Acesso em: 27 set. 2020.

GRUPO ABGI (Brasil). Conceito de inovação [São Paulo,SP]: ABGI Brasil – Group, 2020. Disponível em: <<https://brasil.abgi-group.com/a-inovacao/>>. Acesso em 26 set. 2020.

HERMA, P. M. *et al.* IMPACT – Integrative Medicine PrimAry Care Trial: protocol for a comparative effectiveness study of the clinical and cost outcomes of na integrative primary care clinic model. **BMC complementary and alternative medicine**, [s.l.], v.14, p.132, 2014. DOI 10.1186/1472-6882-14-132. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=24708726&lang=pt-br&site=eds-live>. Acesso em: 27 set. 2020.

LAZARIDOU, A.; EDWARDS, R. R. Getting personal: the role of individual patient preferences and characteristics in shaping pain treatment outcomes. **Pain**, [s.l.], v.157, n.1, p.1-2, 2016. DOI 10.1097/j.pain.0000000000000376. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=26447708&lang=pt-br&site=eds-live>. Acesso em: 27 set. 2020.

LEE, L. T. K. *et al.* Diagnostic sub-types, psychological distress and psychosocial dysfunction in southern Chinese people with temporomandibular disorders. **Journal of oral rehabilitation**, [s.l.], v.35, n.3, p.184-190, 2008. DOI 10.1111/j.1365-2842.2007.01792.x.

Disponível em: [http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db-mdc&AN=18254795
&lang=pt-br&site=eds-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db-mdc&AN=18254795&lang=pt-br&site=eds-live). Acesso em 27 set. 2020.

SCHIFFMAN, E. *et al.* Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the Internacional RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Group†. **Journal of Oral & Facial Pain & Headache**, [s.l.] v.28, n.1, p.6-27, 2014. DOI 10.11607/jop.1151. Disponível em: <http://ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ddh&AN=94682608&lang-pt-br&site-eds-live>. Acesso em: 27 set. 2020.

TREWORGY J. **ImageMapster**. 2013. Disponível em: <http://www.outsharked.com/imagemapster/>. Acesso em 27 set. 2020.

TYNER, J. H. Orofacial Pain: From Basic Science to Clinical Management. **Journal of Dental Hygiene**. [s.l.], n.2, 2001. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsgih&NA=edsgcl.75434196&lang=pt-br&site=eds-live>. Acesso em: 27 set. 2020.



PERFIL NUTRICIONAL, GANHO DE PESO MATERNO E SUAS IMPLICAÇÕES NAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA PROLE: O PAPEL DA PROGRAMAÇÃO FETAL E DA EPIGENÉTICA

Laiane Maria Nobre de Melo da Silva ¹

RESUMO

Objetivo: Discutir a influência do estado nutricional e ganho de peso materno no crescimento uterino, programação fetal e suas consequências na vida adulta. **Método:** Realizou-se uma revisão integrativa para verificar na literatura a influência do perfil nutricional materno sobre as condições de crescimento e programação fetal e suas repercussões para o recém-nascido. A amostra foi composta por oito artigos publicados entre 2006 e 2017 indexados nas bases de dados PubMed, Lilacs, Medline, Ibics, Bireme e Scielo. **Resultados:** Os estudos incluídos evidenciam a prevalência de distúrbios nutricionais nas gestantes, sejam eles progressivos ou adquiridos nesse período, assim como o ganho de peso durante a gestação repercutem no peso ao nascer e crescimento intrauterino. Recém nascidos com baixo peso ou macrossômicos tendem a cursar com desfechos cardiovasculares desfavoráveis. **Conclusão:** O desenvolvimento do feto é refletido pelas condições ao qual é submetido no ambiente intrauterino, episódio denominado de programação fetal. Evidencia-se a necessidade da prevenção e controle de peso corpóreo, glicêmico, lipídico com as gestantes através de ações de educação alimentar e nutricional em todas as esferas visando promover hábitos alimentares e estado nutricional adequados.

Palavras-chave: Programação fetal, Estado nutricional, Peso ao nascer, Macrossomia fetal.

INTRODUÇÃO

O estado nutricional é reflexo do equilíbrio entre a ingestão de nutrientes e o gasto energético diário. Uma alimentação saudável e balanceada mantém o estado nutricional materno adequado e oferta nutrientes fundamentais para o processo de crescimento e desenvolvimento do feto, promovendo a saúde da mãe e do bebê a curto e longo prazo (SANTOS, et al. 2011; NOGUEIRA, CARREIRO, 2013). Os distúrbios nutricionais, assim como a obesidade materna e o insuficiente ganho de peso aumentam os riscos de intercorrências na gravidez e interferem nos desfechos neonatais proporcionando e favorecendo o diabetes gestacional, parto cesário, pré-eclampsia, Crescimento Intrauterino

¹Nutricionista, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Nutrição, Atividade Física e Plasticidade Fenotípica pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE/CAV, laiane.nobre@ufpe.br



Restrito (CIUR), recém-nascidos (RN) prematuros, pequenos para idade gestacional (PIG) e com baixo peso (NOMURA, et al. 2012; SANTOS, et al. 2011).

O crescimento uterino ocorre através do fornecimento de nutrientes e do oxigênio pela genitora, logo, resulta da interação entre fatores ambientais, genéticos, fetais e placentários que refletem na idade gestacional e no ganho de peso ao nascer (PN). As condições que o feto é exposto durante esse período crítico de vulnerabilidade são responsáveis pela programação metabólica, quando estas são insatisfatórias há a criação de mecanismos adaptativos para sobreviver em meio ao ambiente adverso não expressando adequadamente o seu potencial genético do crescimento, sendo classificado como PIG e baixo peso (BP) em razão do CIUR, impactando na morbimortalidade, posto que o peso ao nascer tem relação com a saúde a longo prazo e essas alterações são levadas ao longo da vida imaginando-se que o cenário será sempre o mesmo (COSTA, LEONE, 2009; GEORGEN, BOSCO, ADAMI, 2015; GOTTLIEB, CRUZ, BODANESE, 2008; LIMA et al. 2011; LOPES, 2014; MOREIRA NETO; CÓRDOBA; PERAÇOLI, 2011).

A programação fetal é definida pela exposição do feto a estímulos ambientais e injúrias (como a nutrição deficiente), criando-se condições críticas para o crescimento e o desenvolvimento, desencadeando no feto respostas adaptativas metabólicas, estruturais e morfológicas, como a programação da ingestão alimentar a curto e longo prazo, da composição corporal com menor massa magra e conseqüentemente baixo peso ao nascer. A sua associação com fatores epigenéticos explica o surgimento de doenças durante a vida adulta (SECO, MATIAS, 2009; LOPES, 2014; SANTOS, 2016).

Estudos epidemiológicos e experimentais atribuem ao CIUR e programação fetal o surgimento de algumas doenças na vida adulta, tais como: síndrome metabólica, doenças cardiovasculares isquêmicas e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (LIMA et al. 2011, GEORGEN, BOSCO, ADAMI, 2015; BISCHOFF, 2016).

Os estudos acerca da programação fetal para doenças humanas já vem ocorrendo há um bom tempo. Sendo alvo de pesquisas experimentais e epidemiológicas com o intuito de desvendar os mecanismos envolvidos na programação e suas influências (LOPES, 2014). No entanto, ainda são poucos os trabalhos que abordam a relação entre o estado nutricional e o ganho de peso materno como fatores que condicionam o baixo peso ao nascer e a prematuridade, bem como a sua associação com a programação fetal e epigenética nos fatores determinantes de doenças na vida adulta.



O Estado nutricional materno pode ter uma ligação direta com o crescimento intrauterino, com a programação da composição corporal do feto e com o surgimento de doenças nos recém-nascidos em longo prazo. Portanto, é fundamental para a saúde pública a expansão desses conceitos e conhecimentos para que os profissionais de saúde e inclusive o nutricionista tenham uma abordagem mais ampla evitando e minimizando alterações e desvios no crescimento por meio de ações de orientação e intervenção nutricional individualizada durante a assistência pré-natal, a fim de gerar impacto positivo nos indicadores de saúde da população com modificação do atual perfil epidemiológico caracterizado pela alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (SANTOS et al. 2011).

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo discutir, com base nas publicações a influência do estado nutricional e do ganho de peso materno no crescimento uterino e na programação fetal e suas consequências no surgimento de doenças na vida adulta fornecendo dados que embasem a importância da realização das ações do profissional nutricionista com essas mães.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura, esse método proporciona a realização de uma análise sistemática e ordenada do conhecimento adquirido a cerca de um tema, possibilitando ao autor verificar se este adequa-se a uma determinada realidade, pois, por meio dele é possível a formulação de uma conclusão síntese de pesquisas que foram realizadas de maneira separada, mas, que, no entanto investigam situações similares ou idênticas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a elaboração da presente revisão integrativa foram seguidas seis etapas, as quais são: estruturação da pergunta norteadora, descrição dos critérios de inclusão e exclusão do estudo, definição das informações que serão extraídas dos estudos, avaliação dos artigos selecionados, interpretação dos resultados e apresentação da revisão integrativa (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Dada a importância da influência do perfil nutricional materno sobre as condições de crescimento e programação fetal e suas repercussões a curto e longo prazo na vida do recém-nascido percebeu-se a necessidade de procurar evidências que explicassem melhor essa relação, houve a identificação da temática a ser pesquisada e formulada a seguinte pergunta que norteou a revisão: Qual a relação do estado nutricional materno com o crescimento



uterino e a programação fetal e como estes influenciam o peso ao nascer, a idade gestacional e as condições de saúde do recém-nascido em longo prazo?

Os critérios de inclusão foram os artigos publicados a partir do ano 2006 disponíveis na íntegra, o delineamento do estudo dos tipos: estudos de coorte, estudos transversais, a população de gestantes, recém-nascidos e crianças. Os critérios de exclusão foram os artigos publicados em outros idiomas que não o português e inglês, que não abordassem o crescimento intrauterino e a programação fetal.

A busca foi realizada entre novembro de 2016 e março de 2017. A coleta de dados se deu por meio do levantamento bibliográfico de publicações nacionais e internacionais dos últimos 10 anos indexados nas bases de dados PubMed, Lilacs, Medline, Ibecs, Bireme e Scielo. Foram utilizados os seguintes descritores e suas combinações: peso ao nascer, programação fetal, estado nutricional, obesidade, baixo peso, gestante, desenvolvimento fetal e restrição de crescimento intrauterino associados aos operadores booleanos *AND* e *OR*, a fim de obter pesquisas condizentes ao tema proposto.

Após o cruzamento dos descritores nas bases de dados foram escolhidos aqueles com maior relevância para o tema, foram excluídas as duplicatas, posteriormente seguiu-se a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e por fim a leitura dos títulos e resumos para a compilação dos artigos que fizeram parte da presente revisão. Para a coleta dos dados contidos nos artigos foi utilizado um instrumento validado (URSI; GALVÃO, 2006) adaptado para esta pesquisa composto pelos seguintes itens: identificação do artigo, objetivo do estudo, perfil metodológico, resultados e conclusões para verificar a apropriação dos estudos com a questão norteadora desta pesquisa. Para a análise dos dados e elaboração da síntese dos estudos compilados foi utilizado um quadro sinóptico organizado de acordo com a ordem cronológica dos estudos que abordou os seguintes aspectos: título do artigo, autores, objetivos, metodologia, resultados encontrados e conclusões.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após o cruzamento dos descritores nas bases de dados foram encontrados 2061 estudos, sendo escolhidos 100 artigos por apresentar maior relevância com o tema pesquisado, destes, 16 estavam duplicados. Para o refinamento dos artigos aplicou-se os critérios de inclusão e exclusão, nessa etapa foram eliminados 54 estudos, os 30 artigos restantes

passaram para a segunda etapa do refinamento referente à leitura dos títulos sendo eleitos 18 artigos que condizem com a temática seguindo-se posteriormente a leitura dos resumos, nessa fase foram selecionados 9 estudos, após a leitura completa dos artigos, apenas 8 constituíram a amostra (quadro 1), sendo todos quantitativos publicados na íntegra entre 2007 e 2015. Os desfechos avaliados foram: estado nutricional materno, ganho de peso gestacional, crescimento intrauterino e programação fetal.

Quadro 1- Aspectos dos estudos incluídos para a revisão integrativa, Caruaru-PE, 2017.

Autor/Ano	Título/ Periódico	Objetivo	Metodologia	Resultados	Recomendações e conclusões
MELO, A. S. O et al, 2007	Estado nutricional materno, ganho de peso gestacional e peso ao nascer Rev. Bras. Epid.	Descrever as características de gestantes, classificando-as de acordo com o estado nutricional inicial, o ganho ponderal gestacional e a resistência nas artérias uterinas	(1)Estudo Longitudinal (2)PSF de Campina Grande – PB (3)115 gestantes e recém nascidos > 36 semanas.	O baixo peso ao nascer (BPN) denota possível influência da alta incidência de incisura nas artérias uterinas observada na coorte, a qual estaria repercutindo sobre o crescimento fetal independente do estado nutricional materno e do ganho de peso gestacional. Há uma possibilidade de fatores nutricionais interferindo na placentação, uma vez que tanto a etiologia da pré-eclâmpsia como da restrição de crescimento intrauterino é complexa e multifatorial.	O alto percentual de RNs macrossômicos resulta da alta incidência de ganho de peso gestacional excessivo. Contudo faz-se necessário mais pesquisas que venham investigar a problemática do peso inadequado ao nascer, para prevenção da morbimortalidade infantil e adulta.
GUERRA, A. F. F. S; HEYDE, M. E. D. V. D. MULINARI, R. A. 2007	Impacto do estado nutricional no peso ao nascer de recém-nascidos de gestantes Adolescentes Rev. Bras. de Ginec. Obste.	Conhecer o estado nutricional da gestante adolescente, avaliado por meio de indicadores antropométricos e dietéticos, e avaliar o seu impacto no peso do recém-nascido.	Coorte histórico. (2) Hospital e Maternidade Victor Ferreira do Amaral em Curitiba, Paraná. (3) 97 gestantes adolescentes e recém-nascidos	(1) Os RNs de adolescentes com altura igual ou inferior a 1,50 m pesavam, em média, 295 g a menos do que os nascidos de adolescentes mais altas. (2) Recém-nascidos de adolescentes que iniciaram a gestação com baixo peso (BP) apresentaram a maior média de Peso ao nascer (PN), enquanto comparados aos RNs daquelas com sobrepeso com menor média.	(1) O PN é o fator isolado mais importante na determinação da sobrevivência infantil. Crianças com PN menor que 2.500g têm maiores riscos de adoecer ou morrer no primeiro ano de vida. (2)A altura materna pode representar o principal determinante para o BP ao nascer. Tem sido observada associação significativa entre a desnutrição no final do período gravídico e BP ao nascer. (3) A relação entre ganho de peso (GP) gestacional e PN foi avaliada de várias formas e, em todas as

(Continuação)

Autor/ Ano	Título/ Periódico	Objetivo	Metodologia	Resultados	Recomendações e conclusões
				<p>(3) 44,3% nasceram com BP ou peso insuficiente, 32,55% nasceram de mães desnutridas, 62,8% de mães eutróficas e 4,65% de mães com sobrepeso.</p> <p>(4) Dentre as mães que ganharam peso insuficiente 59% das crianças BP ou peso insuficiente.</p> <p>(5) Os RNs de mães com ganho peso insuficiente apresentaram a menor média de PN quando comparados aos RNs de adolescentes que apresentaram ganho de peso adequado ou excessivo.</p>	<p>situações, foi verificada correlação positiva e significativa.</p> <p>(4) O peso do RN aumenta com a adequação do ganho de peso durante a gestação. O estado nutricional progresso, avaliado pela altura pré gestacional, e GP gestacional, influenciam o peso do RN de gestantes adolescentes, demonstrando o impacto do estado nutricional materno nas condições de nascimento.</p>
<p>LEMA S, D. J. et al., 2015</p>	<p>Associações de status de peso materno antes e durante a gravidez com marcadores cardiometabólicos neonatais ao nascer: o estudo Healthy Start.</p> <p><i>Int J Obes (Lond).</i></p>	<p>Investigar as associações de índice de massa corporal pré-gravidez materna Índice de massa corporal (IMC) materno e ganho de peso gestacional marcadores cardiometabólicos neonatais independentes do crescimento fetal e adiposidade neonatal.</p>	<p>(1) Coorte longitudinal</p> <p>(2) Hospital Universitário de Obstetrícia do Colorado</p> <p>(3) 753 pares de gestantes e RN</p>	<p>(1) Filhos de mães obesas tiveram um peso ao nascer significativamente maior</p> <p>(2) O IMC materno pré-gestacional, mas não o GP gestacional, estava associado negativamente a lipoproteínas de alta densidade (HDL-c) o GP gestacional foi associado positivamente à glicose neonatal.</p> <p>(3) O excesso de peso ou a obesidade materna antes da gravidez e o aumento do ganho de peso durante a gravidez foram associados a vários marcadores cardiometabólicos do sangue do cordão umbilical na prole.</p> <p>(4) A exposição à obesidade materna no útero pode aumentar o risco cardio-metabólico futuro, independente do crescimento fetal e da</p>	<p>(1) O colesterol neonatal não HDL foi significativamente menor em gravidezes obesas e que o IMC pré-gestacional foi associado negativamente ao HDL-c neonatal, independente do crescimento fetal e da adiposidade. Esses resultados refletem as possíveis interações entre o estado do peso materno durante a gravidez e o transporte de colesterol placentário e / ou caminhos metabólicos do colesterol fetal que contribuem para o HDL-c neonatal mais baixo ao parto e podem aumentar o risco de doenças cardiovasculares (DCV) na prole durante a idade adulta.</p> <p>(2) A leptina neonatal tem sido sugerida como um possível biomarcador da futura programação fetal, dados os efeitos conhecidos da leptina no desenvolvimento cerebral, controle do apetite e outras vias metabólicas críticas</p> <p>(3) O peso materno antes e / ou durante a gravidez está</p>

(Continuação)

Autor/ Ano	Título/ Periódico	Objetivo	Metodologia	Resultados	Recomendações e conclusões
				<p>acumulação de gordura, possivelmente através de mecanismos que resultem em resistência programada à insulina e leptina. (5) Há uma propensão programada para a resistência à insulina na prole de mães obesas que já é aparente no nascimento.</p>	<p>associado a vários marcadores cardio-metabólicos de risco futuro na prole, já presentes no nascimento. Está associado a leptina neonatal, glicose, Gli/Ins mais baixas e menor HDL-c ao parto independentes da adiposidade neonatal. A exposição <i>in utero</i> à obesidade materna resulta na resistência programada à insulina e leptina, uma hipótese que precisa de mais testes em estudos mecanicistas. No entanto, essas descobertas dão suporte adicional à noção de que a prevenção primordial da doença cardio-metabólica deve começar durante o período pré-natal.</p>
<p>MELLER, T. C.; SANTOS L. C. 2009</p>	<p>A Influência do Estado Nutricional da Gestante na Saúde do Recém-Nascido Rev. Bras. de Ciências da Saúde</p>	<p>Verificar a influência do estado nutricional da gestante na saúde do recém-nascido.</p>	<p>(1) Retrospectivo (2) Hospital de Porto Alegre (3) 260 mulheres</p>	<p>(1) 47% das mães que iniciaram a gestação desnutridas tiveram crianças com baixo peso e peso insuficiente e 53% com peso adequado. 36% das mães eutróficas tiveram crianças com baixo peso e peso insuficiente e 61,7% tiveram crianças com peso adequado. 17,8% das mães que iniciaram a gestação com sobrepeso tiveram crianças com baixo peso e peso insuficiente e 79,2% crianças com peso adequado. 39,2% das mães que iniciaram a gestação com obesidade tiveram crianças com baixo peso e peso insuficiente e 50% tiveram crianças com peso adequado. (2) Quanto à idade gestacional 88,6% nasceram a termo. Observou-se, na</p>	<p>(1) Não houve relação estatística significativa entre o IMC pré-gestacional e o peso ao nascer. (2) O GP gestacional influenciou significativamente o PN. Maior ocorrência de BP ao nascer entre mães com ganho de peso menor que 8 Kg e maior ocorrência de macrossomia entre aquelas com ganho de peso superior a 16 Kg, o GP insuficiente foi mais frequente entre as mães mais jovens. (2) Ressaltando a importância de um acompanhamento pré-natal eficiente, que atue sobre as inadequações de ganho de peso detectadas e intercorrências.</p>

(Continuação)

Autor/ Ano	Título/ Periódico	Objetivo	Metodologia	Resultados	Recomendações e conclusões
				gestacional (AIG), seguidos de 22,3% gigante para idade gestacional (GIG) e, 5,4% PIG	
NOMURA, R. M. Y. et al. 2012	Influência do estado nutricional materno, ganho de peso e consumo energético sobre o crescimento fetal, em gestações de alto risco Rev. Bras. Ginecol. Obstet.	Analisar gestações de alto risco, buscando a influência do estado nutricional e do ganho de peso materno e do consumo energético no crescimento fetal.	(1) Prospectivo e transversal (2) Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da FM-USP. (3) 374 gestantes	(1) As mulheres com neonatos PIG apresentaram média significativamente menor do IMC pré-gestacional, bem como do IMC no final da gestação e maior proporção de casos classificados como BP materno pelo IMC no final da gestação. (2) As mulheres com neonatos GIG apresentaram média significativamente maior do IMC pré-gestacional, do IMC no final da gestação e maior proporção de sobrepeso (30,8%) e obesidade (38,5%) pela classificação do IMC pré-gestacional, e obesidade pelo IMC no final da gestação (53,8%). (3) No entanto, o ganho de peso materno e o consumo de calorias na dieta materna não mostraram relação significativa com anormalidades do crescimento fetal. (4) Dentre as crianças 270 são AIG, 91 são PIG e 13 GIG. A média de IG no nascimento, semanas, foi de 37,7 ($\pm 2,6$) para AIG, 36,4 ($\pm 3,0$) para PIG e 38,4 ($\pm 1,0$). Das crianças PIG 42,6% nasceram de mães baixo peso, 26,8% de mães eutróficas.	(1) Constatou-se associação entre o estado nutricional materno e as anormalidades no crescimento fetal. (2) Para a predição de neonato PIG, identificou-se como fatores independentes: o diagnóstico de hipertensão arterial e o valor do IMC no final da gravidez; para a predição do neonato GIG, foram identificados como fatores independentes o diagnóstico de diabetes <i>mellitus</i> complicando a gravidez e a obesidade pelo IMC no final da gestação. O IMC final parece ser fator comum que influencia de forma independente o crescimento fetal. (3) A obesidade no final da gravidez é fator de risco para o neonato GIG e o valor absoluto do IMC final exerce efeito protetor para a ocorrência de neonato PIG. (4) O controle do GP corporal na gestação é importante para a saúde materna e para o parto. (5) A longo prazo, recém-nascidos GIG de mães obesas ou diabéticas tem predisposição para o desenvolvimento de obesidade infantil e síndrome metabólica na vida adulta.
AMORIM, M. M. R. et al. 2009	Fatores de risco para macrosomia em recém-nascidos	Determinar a frequência de macrosomia em recém-nascidos de	(1) Descritivo, transversal. (2) Instituto de Saúde Elpídio de Almeida	(1) 43,4% GP gestacional insuficiente, 35,4% adequado e 21,3% excessivo. (2) Estado nutricional	(1) Fatores fortemente associados à macrosomia: GP excessivo durante a gravidez (aumentando em quase sete vezes o risco de macrosomia) e a presença

(Continuação)

Autor/ Ano	Título/ Periódico	Objetivo	Metodologia	Resultados	Recomendações e conclusões
	de uma maternidade-escola no Nordeste do Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet.	uma unidade de referência materno-infantil em Campina Grande e os principais fatores de risco materno associados	(ISEA) em Campina Grande, Paraíba (3) 551 puérperas	no fim da gestação: 24,2% das mães com baixo peso, 42,4% eutróficas, 18,4% sobrepeso e 15% obesidade. (3) Peso ao nascer das crianças: 9,6 % Baixo peso, 25,0% peso insuficiente, 59,9% peso adequado e 5,4% peso excessivo (macrossômicos).	de diabetes (aumento do risco em torno de nove vezes) (2) O GP excessivo durante a gravidez se apresenta como fator de risco independente relacionado ao aumento do peso de RN ao nascimento. (3) O controle glicêmico rigoroso, controle de peso em mulheres que desejam engravidar está bem estabelecido, assim como a manutenção deste controle durante o pré-natal, resultando em melhora dos desfechos gestacionais e redução dos riscos maternos e perinatais, tanto em mulheres obesas como em mulheres não obesas.
PEREIRA, J. A 2007	A influência do peso ao nascer sobre a Pressão arterial e composição corporal em crianças USP – Faculdade de saúde pública (Dissertação de mestrado)	Estudar a relação entre o peso ao nascer e os valores de PA e da composição corporal atuais na coorte de crianças de Jundiaí-SP	(1) Coorte prospectiva (2) Jundiaí-SP (3) 472 crianças de 5-8 anos	(1) Crescimento intrauterino: PIG 13,57% e GIG 4,81% (2) 96,72% a termo (3) RN BP 5,72% ; peso insuficiente 26,27%; peso adequado 63,13% e peso excessivo 4,87% Peso atual: 22,66% com risco de sobrepeso e sobrepeso e 9,54% (4) O peso ao nascer mostrou correlação positiva com peso, altura, IMC, circunferência da cintura, área gordurosa do braço (variáveis relacionadas a adiposidade corporal)	(1) As consequências biológicas PIG são vistas na infância com a não recuperação do crescimento e, na vida adulta, o aparecimento de DCV e metabólicas. (2) As crianças avaliadas apresentaram uma média de Colesterol Total (CT) superior aos valores de referência propostos para a faixa etária de 2 a 9 anos. lipoproteínas de baixa densidade (LDL), Triglicerídeos (TG) e HDL tiveram valores inferiores aos de referência. (3) Encontrou-se associação negativa entre PN e pressão arterial sistólica (PAS). (4) Os indicadores de composição corporal mostram relação com PN
GOMES, F. M. S. 2010	Relação entre peso de nascimento e ganho pondero estatural no primeiro ano de vida e fatores de	Verificar sinais e sintomas de Síndrome Metabólica nos usuários do Centro de Saúde Escola “Prof. Samuel B. Pessoa” da	(1) transversal e retrospectivo. (2) Centro de Saúde-Escola “Prof. Samuel B. Pessoa” da FMUSP (CSE) no município de São Paulo	RN BP 13,8%; 29,5% de peso insuficiente. CT em 89,3%, o HDL em 82,9% estava dentro do ideal, o LDL em 58,7% ideal e em 38,9% no limite. O colesterol não - HDL em 77,5% ideal. TG em 94,6% dentro do ideal. A glicemia de jejum em 99,7% estava	(1) As condições de alimentação maternas durante a gravidez podem influenciar a nutrição fetal sem afetar significativamente o seu crescimento. (2) No gênero feminino foi observada a relação significativa entre o PN e a altura atual do usuário, confirmando a hipótese de Barker, que

(Conclusão)

Autor/ Ano	Título/ Periódico	Objetivo	Metodologia	Resultados	Recomendações e conclusões
	<p>risco para doenças cardiovasculares em adultos nascidos entre 1977 e 1989 acompanha dos no Centro de Saúde-Escola “Prof. Samuel B. Pessoa” do Butantã, cidade de São Paulo.</p> <p>Tese de doutorado - FMUSP</p>	<p>Faculdade de Medicina da Universidad e de São Paulo com idade entre 20 e 32 anos, e relacionar os achados atuais às condições sócio-demográficas, de nascimento e crescimento no primeiro ano de vida</p>	<p>(3) 298 adultos</p>	<p>dentro da dosagem ideal. O IMC mostrou-se normal em 53,2% dos indivíduos, com sobrepeso em 27,6% , e obesidade em 13,8%, e ainda, desnutrição em 5,4%.</p> <p>Nas estatísticas das variáveis de saúde atual comparadas com os vários níveis de peso de nascimento, constatamos que foram significativas nos pesos acima de 3000g, com maiores níveis de glicose, IMC, PAS, pressão arterial diastólica (PAD), circunferência abdominal e do quadril. As meninas com PN maior 3000g estavam significativamente ligadas a maiores níveis de IMC e frequência cardíaca Já o gênero masculino nos pesos acima de 3500g é significativamente ligado a maiores níveis de IMC.</p> <p>nota-se que foi significativa no gênero feminino a associação dos menores pesos de nascimento com as menores estaturas na vida adulta.</p> <p>A comparação do peso de um ano de idade com as variáveis de saúde atual, nota-se nos indivíduos com peso acima de 8200g, uma significância de maiores PAS, PAD e CA. Nota-se que foi significativa no gênero feminino a associação dos menores pesos de nascimento com as menores estaturas na vida adulta.</p>	<p>quando há um ambiente de restrição nutricional intra-uterina a criança não se desenvolve adequadamente, e terá uma estatura final mais baixa.</p> <p>(3) Uma ligação entre o ambiente intra-uterino e a hipertensão arterial é sugerida pela relação negativa entre PN e pressão sanguínea.</p> <p>(4) Indivíduos com maiores cinturas abdominais apresentam maiores níveis séricos de lipídios e maiores IMCs, com aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca.</p> <p>(5) O efeito do baixo peso ao nascer é aumentado com o crescimento lento nos dois primeiros anos de vida, e seguido de um rápido ganho de peso na infância; sendo que a doença cardíaca coronariana e diabetes mellitus tipo dois podem se originar de dois fenômenos biológicos diferentes: plasticidade do desenvolvimento e crescimento compensatório. O menor peso com um ano de idade, refletindo um baixo crescimento na infância, tem sido associado com alterações séricas de lipídios e de níveis pressóricos e de peso na vida adulta.</p>

Fonte: Elaboração própria (2017)



A análise das pesquisas possibilitou que fossem subdivididas em 2 categorias: Estado nutricional materno, ganho de peso gestacional e sua relação com estado nutricional do recém nascido; Crescimento intrauterino e Programação fetal ao surgimento de doenças na infância e fase adulta, o que representam 62,5% e 37,5% da amostra dessa revisão integrativa, respectivamente.

No que concerne ao estado nutricional materno e ganho de peso gestacional foram evidenciados que 5 artigos (62,5%) analisam sua influência sob o estado nutricional do RN (MELO et al., 2007; GUERRA; HEYDE; MULINARI, 2007; LEMAS et al., 2015; MELLER; SANTOS, 2009; NOMURA et al., 2012; AMORIM et al., 2009). Em estudo realizado por Melo e colaboradores (2007), a prevalência de distúrbios nutricionais nas gestantes foi de 50% da amostra, sendo 23% baixo peso, 19% sobrepeso, 8% obesidade. A média de ganho de peso durante a gestação foi de $10,3 \pm 3,6$, com ganho mínimo de 2,8 kg e máximo de 20,8 kg. Conforme a categorização por trimestre gestacional observou-se que no segundo e terceiro trimestre o ganho de peso se deu da seguinte maneira: 44% e 37% ganho de peso adequado, 44% e 52% excessivo, 12% e 26% insuficiente, respectivamente. No que concerne aos RNs, 3% eram BP, 21% peso insuficiente e 9% macrossômicos, destas, 44% das crianças desnutridas nasceram de mães desnutridas.

O peso ao nascer é um dado que reflete no perfil de morbimortalidade das crianças no primeiro ano de vida (GUERRA; HEYDE; MULINARI, 2007). Meller e Santos (2009) em seu estudo revelaram que 9,2% dos RNs apresentaram baixo peso, 24,6% peso insuficiente, 2,7% excesso de peso. Vale ressaltar que 47% das mães que iniciaram a gestação com desnutrição, 17,8% das que iniciaram com sobrepeso e 39,2% daquelas com obesidade pariram crianças com baixo peso e peso insuficiente. Vale salientar que a maior prevalência de RNs com baixo peso e macrossômicos foram em mães com ganho de peso insuficiente e excessivo, respectivamente.

A macrossomia fetal foi relatada por (MELO et al., 2007; AMORIM et al., 2009; MELLER; SANTOS, 2009) ela eleva as chances de complicações para a mãe e o bebê. Amorim e colaboradores (2009) identificaram a frequência de macrossomia em recém-nascidos correspondente a 5,4% correlacionando-os com os principais fatores de risco materno associados que são sobrepeso ou obesidade pré-gestacional, ganho de peso em excesso durante a gestação e diabetes mellitus. Em estudo realizado por Nomura e colaboradores (2012) com mulheres grávidas de alto risco observou relação entre gestantes com diabetes mellitus e crianças GIG. As mães que geraram crianças PIG possuíam menor



IMC pré-gestacional, já as com GIG tinham maior prevalência de excesso de peso antes e durante a gravidez. Conclui-se também que a HA está associada à PIG e Diabetes a GIG de forma independente.

Em relação ao crescimento intrauterino e a programação fetal evidenciou-se 3 estudos (GOMES, 2010; PEREIRA, 2007; LEMAS et al., 2015). RNs macrossômicos podem cursar com morte intrauterina além de dislipidemias, diabetes, obesidade, resistência à insulina e doenças ateroscleróticas na fase adulta (PEREIRA, 2007). Lemas e colaboradores (2015) revelaram em sua pesquisa que o excesso de peso das mães antes da gestação, bem como o ganho elevado de peso durante a gravidez relacionaram-se a marcadores cardiovasculares e metabólicos no sangue do cordão umbilical. Logo, essa exposição ainda in útero eleva o risco cardio-metabólico futuro. Mães obesas conduzem a menor taxa de glicose para insulina no cordão umbilical dos RNs, este indicador serve como marcador de resistência insulínica em crianças e adultos, o que evidencia a programação fetal, além disso a obesidade materna leva a redução do HDL-c o que propicia maior risco de DCV. O aumento da leptina no sangue do neonato surge como reflexo da exposição no ambiente uterino que está associado a GP gestacional, ao IMC ou diabetes materno, o que posteriormente pode resultar em incapacidade de elevar a quantidade de leptina sérica para suprimir a liberação de insulina, o ganho de peso corpóreo e a regulação do apetite. Portanto, esta pesquisa aponta para a importância da prevenção destes desfechos ainda em esfera pré-natal.

Em estudo realizado por Gomes e colaboradores (2010), com indivíduos adultos para verificar sinais e sintomas de síndrome metabólica considerando os dados sobre crescimento e desenvolvimento no início da vida, pode-se observar que 46,8% encontram-se com algum distúrbio nutricional: desnutrição 5,4%; sobrepeso 27,6% e obesidade em 13,8%. , observa-se que aqueles homens com PN acima de 3500g apresentaram maior IMC. No que concerne à estatura na idade adulta houve relação significativa de menor estatura para mulheres com menor PN, o que evidencia a hipótese de que quando há restrição no período intrauterino a criança não se desenvolve corretamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, conclui-se que o crescimento e desenvolvimento fetal é refletido pelas condições as quais este é submetido no ambiente intrauterino. O estado nutricional pré-gestacional, o ganho de peso materno durante o período da gestação se faz fundamental como



preditor do estado nutricional dos neonatos, sendo os seus extremos e suas comorbidades associados responsáveis pelas alterações do crescimento intrauterino, modulando também o perfil cardiovascular e metabólico a curto e longo prazo. Ademais, crianças com baixo peso ao nascer possuem menor quantidade de massa muscular e apresentam maior risco para doenças cardiovasculares.

Por outro lado, a macrosomia apresenta correlação com obesidade na vida adulta. Portanto, estudos epidemiológicos demonstram que ambos os extremos de peso ao nascer trazem consequências na fase adulta, episódio denominado de programação fetal. Portanto, evidencia-se a necessidade da abordagem desse público pela equipe de saúde com planejamento e execução de ações de prevenção, diagnóstico e enfrentamento aos distúrbios nutricionais proporcionando maior controle de peso corpóreo, glicêmico, lipídico e de consumo alimentar no período pré-gestacional e gestacional objetivando melhores desfechos maternos e neonatais.

REFERÊNCIAS

AMORIM, M. M. R. et al. Fatores de risco para macrosomia em recém-nascidos de uma maternidade-escola no Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. V. 31, n. 5, p. 241-248, 2009.

BISCHOFF, A. R. **Relação entre peso ao nascer o comportamento alimentar em escolares**. 2016. 46f. TCC (Residência em pediatria) - Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre. 2016.

COSTA, I. T.; LEONE, C. R. Influência do crescimento intrauterino restrito sobre a evolução nutricional e crescimento de recém-nascidos pré-termo até a alta hospitalar. **Revista Paulista de Pediatria**. V. 27, n.1, p. 15-20, 2009.

GEORGEN, I. B.; BOSCO, S. M. D; ADAMI, F, S. Relação entre o peso ao nascer e o tempo de aleitamento materno com o estado nutricional atual de crianças. **Revista brasileira de promoção à saúde**. Fortaleza, v.28, n. 3, p.344-350, jul./set., 2015.

GOMES, F. M. S. **Relação entre peso de nascimento e ganho pondero estatural no primeiro ano de vida e fatores de risco para doenças cardiovasculares em adultos nascidos entre 1977 e 1989 acompanhados no Centro de Saúde-Escola “Prof. Samuel B. Pessoa” do Butantã, cidade de São Paulo**. 2010. 88f. Tese (Doutorado em ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

GOTTLIEB, M. G. V.; CRUZ, I. B. M.; BODANESE, L.C. Origem da síndrome metabólica: aspectos genético-evolutivos e nutricionais. **Scientia Medica**. Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 31-38, jan./mar. 2008.



GUERRA, A. F. F. S.; HEYDE, M. E. D. V. D.; MULINARI, R. A. Impacto do estado nutricional no peso ao nascer de recém-nascidos de gestantes Adolescentes. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. V. 29, n. 3, p. 126-133, 2007.

LEMAS, D. J. et al. Associações de status de peso materno antes e durante a gravidez com marcadores cardio-metabólicos neonatais ao nascer: o estudo Healthy Start. **International Journal of Obesity**. V. 39, n. 10, p. 1437-1442, out. 2015.

LIMA, M. C. et al. Verificar a influência do baixo peso ao nascer na composição corporal aos 8 anos de idade em crianças nascidas a termo, de baixo peso e peso adequado, ajustado pelos fatores socioeconômicos, estado nutricional materno e morbidade prévia da criança. **Jornal de Pediatria**. Porto Alegre, v.87, n.1, jan./fev. 2011.

LOPES, G. A. D. **Repercussões a longo prazo do padrão alimentar ocidental ocorrido durante a gestação, lactação e fase juvenil na susceptibilidade ao desenvolvimento de câncer do cólon em ratos**. 2014. 134f. Dissertação (Doutorado em patologia) - Universidade Estadual Paulista. Botucatu, 2014.

MELLER, T. C.; SANTOS L. C. A Influência do Estado Nutricional da Gestante na Saúde do Recém-Nascido. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. V. 13, n. 1, p. 31-40, 2009.

MELO, A. S. O. et al. Estado nutricional materno, ganho de peso gestacional e peso ao nascer. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Paraíba, v. 10, n, 2, p. 249-257, 2007.

MENDES, K. D. D.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto enfermagem**. V. 17, n.4, p. 758-764, 2018.

MOREIRA NETO, A. R.; CÓRDOBA, J. C. M.; PERAÇOLI, J. C. Etiologia da restrição de crescimento intrauterino (RCIU). **Com. Ciências Saúde**. V.22, p. 21-30, 2011.

NOGUEIRA, A. I.; CARREIRO, M. P. Obesidade e gravidez. **Revista de Medicina de Minas Gerais**. V. 23, n. 1, p. 88-98, 2013.

NOMURA, R. M. Y. et al. Influência do estado nutricional materno, ganho de peso e consumo energético sobre o crescimento fetal, em gestações de alto risco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, mar. p. 107-112, 2012.

PEREIRA, J. A. **A influência do peso ao nascer sobre a Pressão arterial e composição corporal em crianças**. 2007. 123 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

SANTOS, E. V. O. et al. Estado nutricional pré-gestacional e gestacional: uma análise de gestantes internas em um hospital público. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. Paraíba, v. 15, n. 4, p. 439-436, 2011.

SANTOS, L. A. S. **Fatores de risco cardiovasculares em adolescentes de escolas públicas de arraial do cabo e impacto da dieta hipoenergética associada ao consumo da farinha de semente de abóbora nos adolescentes com excesso de massa corporal**. 2016. 190f. Dissertação (Doutorado em ciências cardiovasculares) Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2016.

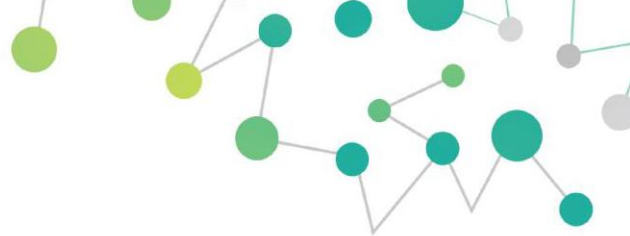


SECO, S. MATIAS, A. Origem fetal das doenças do adulto: revisitando a teoria de Barker. **Acta Obstetrica e Ginecológica Portuguesa**. Portugal. V. 3, n.3, p. 158-168, 2009.

SILVA, J. C. et al. Obesidade materna e suas consequências na gestação e no parto: uma revisão sistemática. **Revista Femina**. Joinville, v.42, n. 3, p. 135-140, mai/jun 2014.

SOUZA, M.T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**. V. 8, p. 102-106, 2010.

URSI, E. S.; GALVÃO, C. M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: Revisão integrativa da literatura. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. V. 14, n. 1, p. 124-131.



QUANDO O SONHO SE TORNA PESADELO: SÍNDROME DE *BURNOUT* E IDEACÃO SUICIDA EM ACADÊMICOS DE MEDICINA

Gabrielly Batista Gomes¹
Lucas Ian Sousa Queiroz²
Andréia Lílite de Souza Leite³
Giovani Amado Rivera⁴

RESUMO

Burnout é uma síndrome psicológica que surge em resposta à estressores crônicos no contexto laboral e com os quais os trabalhadores não lidam eficazmente acarretando prejuízos de ordem física, moral e psicológica. Sendo o *burnout* produto de uma reação a um ambiente estressante, presume-se que os estudantes de medicina são mais suscetíveis a desencadeá-lo. Na população de acadêmicos, o *Burnout*, se organiza em três dimensões: Exaustão Emocional, Descrença e Eficácia Profissional. Com efeito, o *burnout* e as condutas suicidárias parecem estar associados já na graduação, no decorrer do curso de medicina. O objetivo foi verificar a relação entre a síndrome de *burnout* e a ideação suicida em acadêmicos de medicina do sertão paraibano. Trata-se de um estudo correlacional, de corte transversal e delineamento quantitativo, sendo a amostra composta por 305 discentes acadêmicos dos cursos de medicina de Instituições de Ensino Superior (IES) públicas e privadas do sertão paraibano. Os instrumentos utilizados foram o *Maslach Burnout Inventory – Student Survey (MBI-SS)*, o *Questionário de Ideação Suicida (QIS)* e um questionário sociodemográfico. As correlações evidenciaram um resultado no sentido positivo para o escore geral do QIS e as dimensões Exaustão Emocional ($r=0,29$; $p < 0,01$) e Descrença ($r=0,38$; $p < 0,01$) e negativa em relação a Eficácia Profissional ($r= -0,18$; $p < 0,05$). Conclui-se que os acadêmicos de medicina dessa amostra não apresentaram *burnout*, entretanto, os dados indicam que o processo de desenvolvimento da síndrome de *burnout* pode estar em curso. Pôde-se constatar também que a frequência de cognições suicidas é baixa.

Palavras-chave: Síndrome de *Burnout*; Acadêmicos de medicina; Ideação suicida.

INTRODUÇÃO

A importância atribuída ao *burnout* no momento atual vem gerando um alargamento dessa área do conhecimento: dos estudos iniciais direcionados para profissionais de ajuda, ampliou-se a outros setores profissionais, e, há pouco tempo, estão emergindo pesquisas com estudantes. Essa expansão de estudos na área evidencia o fato de que, na atualidade, os

¹ Mestranda em Psicologia da Saúde pela Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, gabriellybatista@gmail.com;

² Graduando de Medicina pela Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, lucasiansq@gmail.com;

³ Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário de Patos - UNIFIP, lilitepsico@gmail.com;

⁴ Doutorando em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo- FCMSCSP, giovani.amado@gmail.com.

estudantes apresentam-se enquanto sujeitos suscetíveis a uma série de eventos estressores que se assemelham aos verificados nas conjunturas de trabalho (BORGES; CARLOTTO, 2004).

É sabido que a jornada acadêmica e o ingresso no mercado de trabalho ocasionam estresse, podendo prejudicar a saúde e a qualidade de vida dos discentes (PEREIRA et al., 2015). As escolas médicas, especificamente, proporcionam uma atmosfera tóxica em se tratando de aspectos psicológicos, produto da excessiva carga horária de estudo, privação de tempo para lazer, competitividade exacerbada entre os colegas, contato frequente com o sofrimento humano e a morte, episódios de abuso, problemas financeiros, insegurança em relação a entrada no mercado profissional, autocobrança e exigência social (MAIA et al., 2020).

O médico tem sido elemento constante de pesquisas psicológicas e sociológicas, tomando como base a condição e os desdobramentos particulares de sua atividade (AGUIAR et al., 2009). Presume-se que a gênese do *burnout* pode estar sendo introduzida ao longo do processo de formação deste profissional, quando o esgotamento e a estafa emocional passam a ser a regra, e uma gama de situações desfavoráveis costumam emergir (BENEVIDES-PEREIRA; GONÇALVES, 2009; CARLOTTO; CÂMARA, 2008; PINTO et al., 2018).

Maslach e Leiter (2016) definem *burnout* como uma síndrome psicológica que surge em resposta à estressores crônicos pertencentes ao contexto laboral e com os quais os trabalhadores não lidam de forma eficaz. O conceito mais aceito do *burnout*, na atualidade, é o embasado na vertente social-psicológica de Maslach e colaboradores, sendo esta composta de três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional (CARLOTTO, 2002).

Na população de acadêmicos, o *Burnout*, se organiza em três dimensões: Exaustão Emocional, descrita pelo sentimento de exaustão em virtude das demandas acadêmicas e falta de relação teórico-prática; Descrença, que contempla o desdobramento de atitudes de distanciamento e cinismo no tocante ao estudo e Eficácia Profissional, caracterizada uma avaliação negativa como estudante, ou seja, de que o ensino não lhe oportuniza aprendizagem útil para sua formação profissional (ANVERSA; FERNANDES, 2019; CARLOTTO; NAKAMURA; CÂMARA, 2006; SANCHES et al., 2017).

Sendo o *burnout* produto de uma reação a um ambiente estressante, indicadores apontam que os estudantes de medicina são mais suscetíveis a desencadeá-lo, essencialmente devido ao nível elevado de estresse contínuo e excessiva toxicidade psicológica, além de não buscarem ajuda para si, postura adotada frequentemente por médicos e também por estudantes. Estes elementos podem desencadear implicações negativas para os futuros profissionais de medicina como a ingestão de psicotrópicos, problemas de saúde ligados ao estresse e ao aparecimento de

doenças relacionadas à saúde mental, como transtornos ansiosos, depressão e ideação suicida (CHAGAS et al., 2016; MOURA; DELBEN; ARTAL, 2018).

Achados contemporâneos de diferentes partes do mundo apontam que as taxas de suicídio observadas entre estudantes de medicina, bem como, entre os médicos são muito mais significativas do que as verificadas entre a população em geral, configurando-os como população de risco (BRANCO; PAN, 2016). Um dos aspectos que parece cooperar para essa suscetibilidade é a ocorrência da síndrome de *burnout*, que embora aguardada em fases posteriores da carreira médica, em razão do stress ocupacional prolongado, parece manifestar-se com maior frequência em internos e médicos que estão iniciando a carreira. Com efeito, o *burnout* e as condutas suicidárias parecem estar associados não somente no período do internato, mas precocemente, já na graduação no decorrer do curso de medicina (MARQUES et al., 2015).

Segundo Borges e Werlang (2006) o construto ideação suicida relaciona-se aos pensamentos de autodestruição ou a ideias suicidas. Compreende aspirações, atitudes ou projetos que o sujeito tem para colocar fim a própria vida. Se identificadas precocemente essas ideias, pode-se auxiliar a frustrar tentativas de suicídio e a precaver o sucesso do ato em questão.

Diante desse cenário de elevada sobrecarga emocional vivenciado pelo estudante ao longo dos anos de formação médica, a relevância deste estudo justifica-se pela necessidade de conhecer os possíveis impactos do processo de formação acadêmica na saúde mental dos estudantes de medicina que, de acordo com a literatura revisada, apresentam índices de prevalência e incidência para o suicídio superiores àqueles observados para a população geral, configurando-se portanto como uma população de risco (COSTA et al., 2020; PEREIRA, 2020).

Em virtude da relevância do tema para a atualidade, e considerando que a literatura ainda é bastante incipientes no que se refere a estudos que relacionem os construtos *burnout* e ideação suicida nesta população, destaca-se a pertinência a nível científico de aprofundar o estudo da temática, uma vez que, conhecer as causas da síndrome e os fatores de risco associados, bem como abordar suas consequências e explorar suas implicações na saúde e na qualidade de vida dos estudantes contribuirão para uma maior eficácia das intervenções propiciando medidas efetivas de promoção de saúde mental dos acadêmicos de medicina.

Desse modo, essa pesquisa teve como objetivo verificar a relação entre a síndrome de *burnout* e a ideação suicida em acadêmicos de medicina do sertão paraibano. Tomando *burnout* e ideação suicida como construtos relacionados buscou responder as seguintes questões: os estudantes de medicina apresentam sintomas de *burnout*? Quais dimensões de *burnout* se

relacionam significativamente com a ideação suicida? Há diferença entre os discentes do ciclo básico, clínico e internos em relação às dimensões de *burnout* e a ideação suicida? Há diferença em função da origem da IES quanto às dimensões de *burnout* e a ideação suicida?

METODOLOGIA

Tipo de estudo, local e participantes da pesquisa

Trata-se de um estudo correlacional, de corte transversal e delineamento quantitativo. Nesse tipo de pesquisa, o pesquisador procura explorar relação entre variáveis, exceto a relação de causa-efeito já que não há manipulação de variáveis (GIL, 2017). Contou com a participação de 305 acadêmicos dos cursos de medicina de Instituições de Ensino Superior (IES) públicas e privadas das cidades de Patos e Campina Grande, no sertão paraibano.

A amostra foi composta por uma estratégia acidental do tipo não-probabilística por conveniência (FREITAG, 2018), incluindo o maior número possível de discentes disponíveis nas IES e que, após serem convidados, aceitaram participar deste estudo. Foram excluídos do contingente amostral os estudantes que estavam ausentes no momento da coleta dos dados, e os que se recusaram a colaborar voluntariamente com a pesquisa.

Instrumentos

Maslach Burnout Inventory/ Student Survey (MBI-SS) – de Schaufeli et al. (2002), traduzida e adaptada para o Brasil por Carlotto e Câmara (2006), é uma escala auto-aplicável que possui 15 itens distribuídos em três subescalas que avaliam os fatores: Exaustão Emocional (5 itens, $\alpha = 0,83$; exemplo de item: ‘Os meus estudos deixam-me completamente esgotado’); Descrença (4 itens, $\alpha = 0,88$; exemplo de item: ‘Sinto-me cada vez mais cínico relativamente à utilidade potencial dos meus estudos’) e Eficácia Profissional (6 itens, $\alpha = 0,79$; exemplo de item: ‘Sinto que sou um bom aluno’). Os itens do MBI-SS estão ordenados em uma escala tipo *Likert* com 7 opções de resposta (0 = ‘Nenhuma vez’ a 6 = ‘Todos os dias’). Salienta-se que são indicativos de *burnout* médias elevadas nos fatores Exaustão Emocional e Descrença e baixa em Eficácia Profissional, visto que esta última dimensão se configura como uma subescala inversa.

Questionário de Ideação Suicida (QIS) – versão portuguesa do *Suicide Ideation Questionnaire* adaptado para a população portuguesa por Ferreira e Castela (1999). O QIS é

um questionário que objetiva avaliar a magnitude dos pensamentos suicidas em adolescentes e adultos, avaliando a frequência com que a ideação suicida ocorre. É composto por 30 itens ($\alpha = 0,96$; exemplo de item ‘Pensei que suicidar-me resolveria os meus problemas’) que devem ser respondidos numa escala *Likert* de 7 pontos, variando de (0) “Nunca tive este pensamento” até (6) “Quase todos os dias”. O valor da escala, que varia entre 0 e 180 pontos, é obtido somando-se as pontuações dos 30 itens numa direção patológica. Logo, quanto maior a pontuação obtida pelo respondente, maior a ideação suicida.

Questionário Sociodemográfico – construído pelos autores deste artigo para coletar dados biográficos (sexo, idade, estado civil, renda) e acadêmicos (curso, ano de curso e período), para fins de caracterização amostral.

Procedimentos de coleta de dados

A execução desta pesquisa deu-se após autorização das Instituições de Ensino Superior e parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro Universitário de Patos (UNIFIP) (CAAE: 04148318.5.0000.5181), respeitando as recomendações contidas nas resoluções de Nº 466/2012 e Nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que rege acerca do respeito pela dignidade humana visando assegurar os direitos e deveres aos participantes de pesquisa envolvendo seres humanos, à comunidade científica e ao Estado.

Os instrumentos de coleta de dados foram organizados em um único protocolo e aplicados por meio presencial aos discentes que, após serem convidados, expressaram o desejo de participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), contendo os objetivos da pesquisa e informações sobre o anonimato, o sigilo das respostas, o caráter de voluntariedade em permanecer ou se desligar da pesquisa, em qualquer momento, sem qualquer prejuízo pessoal ou institucional. O tempo estimado de resposta do protocolo foi de aproximadamente 15 minutos.

Procedimentos de análise de dados

Os dados foram armazenados e analisado por meio do programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS). Foram sucedidas análises de estatísticas descritivas (média, desvio-padrão, frequência e porcentagem) e estatísticas inferenciais, como o teste *t* de *Student*, análise de variância (ANOVA) e correlação de *Pearson*, com o objetivo de verificar a relação entre as

dimensões da síndrome de *burnout* e o escore total da escala de ideação suicida (QIS). O nível de significância adotado nas decisões dos testes estatísticos foi para um p menor do que 5%.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados biográficos apontam que a amostra é composta majoritariamente por indivíduos do sexo feminino (61,6%) enquanto 38,4% são do sexo masculino, com idade variando de 18 a 61 anos ($M = 22,5$; $DP = 4,7$). Em relação ao estado civil, 63,6% está sem companheiro e 36,4% com companheiro. Referente a renda, 37% apresenta renda de até 3 salários, 31,1% de 4 a 6 salários e 31,8% acima de 7 salários.

No que se refere aos dados acadêmicos, 51,1% são oriundos de instituições públicas de ensino superior, enquanto que 48,9% estudam em instituições privadas. Em relação ao ano de curso ($M = 4,7$; $DP = 3,3$), a maior parte (55,1%) são estudantes do ciclo básico do curso de medicina (1° ao 4° período), seguido por 29,2% que cursam o ciclo clínico (5° ao 8° período) e internos (9° ao 12° período) que representaram 15,7%.

A predominância de estudantes do sexo feminino pode ser explicada em razão da expressividade com que as mulheres tem se inserido na categoria médica. Atualmente, observa-se um crescimento da população médica no Brasil, o que de acordo com dados da Demografia Médica 2018 (SCHEFFER et al. 2018), acompanha transformações no perfil etário e de gênero, reforçando processos de juvenização e de feminização dessa profissão no país.

De acordo com o autor, embora a predominância ainda seja de médicos do sexo masculino (54,4%) contra 45,6% do sexo feminino, essa desproporção vem se abreviando progressivamente, uma vez que, o sexo feminino já prevalece entre os médicos mais jovens, no grupo até 29 anos (57,4%,) e totaliza 53,7%, entre 30 e 34 anos. Em relação aos estados em que o percentual de mulheres médicas vem ultrapassando os homens destaca-se os estados de Pernambuco (49,6%), Distrito Federal (47,6%) e Paraíba (47,5%), estado em que esta pesquisa foi desenvolvida.

Na Tabela 1 são apresentadas as correlações entre o escore total do *QIS* e os fatores do *MBI-SS*. O escore total da escala de ideação suicida (*QIS*) apresentou correlação com as três dimensões da Síndrome de *Burnout* (*SB*). Verificou-se significância estatística relacionada às dimensões Exaustão Emocional ($r=0,29$; $p < 0,01$) assim como nas dimensões Descrença ($r=0,38$; $p < 0,01$) e Eficácia Profissional ($r= -0,18$; $p < 0,05$).

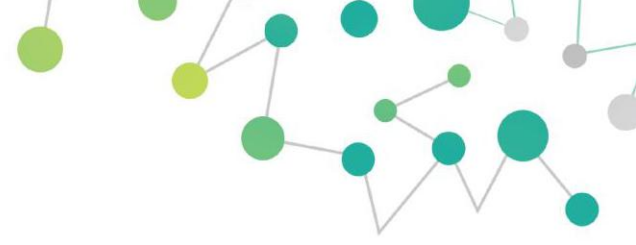


Tabela 1: Correlação de *Pearson* do QIS com os fatores do MBI-SS (n=305)

Variáveis	Exaustão	Descrença	Eficácia
	Emocional		Profissional
Escore total QIS	0,29**	0,38**	-0,18**

Nota: * $p < 0,05$ ** $p < 0,001$

Fonte: Tabela elaborada pelos autores

Essas correlações evidenciam um resultado no sentido positivo entre as dimensões Exaustão Emocional e Descrença, no qual essas características de *burnout* se intensificavam ao passo que o sujeito apresentava também pontuações mais elevadas no QIS. Já em relação a Eficácia Profissional, evidencia-se uma correlação negativa, em que a frequência de ideação suicida foi mais baixa entre aqueles estudantes que apresentaram escores maiores nesta dimensão de *burnout*. O que permite presumir que essa variável está fortemente relacionada a síndrome de *burnout* nesse estudo.

Tais achados corroboram com os resultados encontrados por Floss (2017) em um estudo realizado com estudantes. Os dados apontaram que as variáveis relacionadas à pensamentos suicidas e pensamentos em desistir do curso apresentaram correlação com as dimensões da SB, sendo que, quanto maiores foram os pensamentos suicidas e de desistência do curso, maiores os escores de Exaustão Emocional e Descrença e menores os escores apresentados em Eficácia Profissional.

Pesquisas apontam que os índices de depressão e ideação suicida entre os acadêmicos de medicina são muito expressivos em comparação à população geral (CAVESTRO; ROCHA, 2006; PEREIRA, 2017; PEREIRA, 2020). Nos estudos de Shanafelt et al. (2011), a ideação suicida relacionou-se diretamente com síndrome de *burnout*, sintomas depressivos e falhas médicas e inversamente em relação a qualidade de vida, sendo a relação entre ideação suicida e *burnout* considerada reversível, uma vez que, a recuperação da síndrome, implica em menor risco de suicídio.

Na Tabela 2 são apresentadas as comparações entre os estudantes oriundos de IES públicas e privadas. Com relação ao escore total do questionário de ideação suicida, não se verificou significância estatística ($p=0,21$). Em relação as médias, as pontuações foram mais elevadas entre os estudantes de instituições públicas de ensino ($M = 15,3$; $DP = 22,7$) comparadas as médias obtidas pelos estudantes de instituições privadas ($M = 11,8$; $DP = 25,8$).

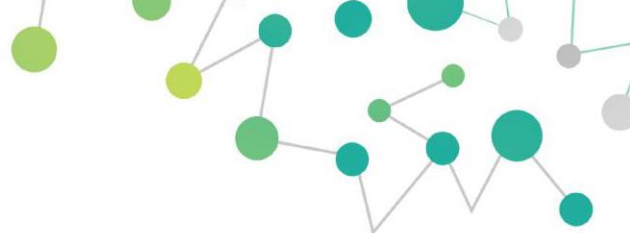


Tabela 2: Relação do teste t de *Student* do escore total do QIS e as dimensões do MBI-SS de acordo com a origem das IES (n=305)

Variáveis	Pública (n=156)		Privada (n=149)		t	p
	M	DP	M	DP		
Escore Total QIS	15,3	22,7	11,8	25,8	1,256	0,21
Exaustão Emocional	3,4	1,4	3,5	1,4	-0,751	0,45
Descrença	2,1	1,6	1,6	1,4	3,183	0,00**
Eficácia Profissional	3,8	1,1	4,4	1,2	-4,507	0,00**

Nota: *p<0,05 **p<0,001

Fonte: Tabela elaborada pelos autores

Para os fatores de *burnout* na comparação entre as IES públicas e privadas, a dimensão Exaustão Emocional apresentou escores mais elevados entre os estudantes de IES privadas ($M = 3,5$; $DP = 1,4$) em relação aos estudantes de IES públicas ($M = 3,4$; $DP = 1,4$), embora não tenha apresentado significância estatística ($p=0,45$). Com relação a Descrença os resultados foram considerados altamente significativos ($p=0,00$) apontando que os estudantes oriundos de IES públicas ($M = 2,1$; $DP = 1,6$) apresentam mais descrença em relação aqueles de IES privadas ($M = 1,6$; $DP = 1,4$). A dimensão Eficácia Profissional também apresentou significância estatística ($p=0,00$), sendo as médias mais elevadas observadas nos estudantes oriundos de IES privadas ($M = 4,4$; $DP = 1,2$) comparados aos de IES públicas ($M = 3,8$; $DP = 1,1$).

Vale salientar que as IES avaliadas diferem tanto em relação a estrutura curricular dos cursos quanto a metodologia de ensino utilizada. A IES privada onde foi realizada esta pesquisa, utiliza-se da metodologia *Problem Based Learning*/Aprendizagem Baseada em Problema (ABP/PBL), que é uma abordagem orientada para o aluno, que objetiva estimular sua autonomia fazendo-o entrar em contato com problemas reais fomentando assim seu processo de aprendizagem. Essa perspectiva vai de encontro ao modelo tradicional de ensino adotado pela IES pública, onde o professor ainda é a figura central, sendo ele o detentor do conhecimento e quem articula todo processo de ensino, explicando, exemplificando e utilizando ferramentas para alcançar todos os alunos (DINIZ et al. 2016).

As diferenças apresentadas em relação a dimensão Eficácia Profissional também foram verificadas nos estudos de Maia et al. (2012), onde foram observados altos índices de Eficácia Profissional nos estudantes submetidos ao método de ensino que tem por base o estudo,

orientado por discussões de problemas em grupos, sentindo-se mais realizados em cursar a graduação.

Em relação ao escore total da escala de ideação suicida foi apresentado valor médio igual a $M=13,6$ e $DP= 24,3$. Sendo a pontuação desta escala obtida mediante o somatório das pontuações dos 30 itens que variam de 0 a 180 pontos, e que quanto maior a pontuação atingida, maior a frequência com que as cognições suicidas o correm e vice-versa, podemos constatar que nessa amostra, a frequência de cognições suicidas é baixa.

No que se refere aos resultados da avaliação das dimensões do *burnout*, verifica-se que a Exaustão Emocional apresentou médias superiores em relação as outras dimensões ($M = 3,5$; $DP = 1,4$) apontando para a existência de desgaste emocional pelos estudantes “uma vez por semana”. Referente a Descrença ($M = 1,8$; $DP = 1,5$), observa-se sentimento de pouca confiança no ensino “uma vez por mês” e Eficácia Profissional ($M = 4,1$; $DP = 1,2$) constatando que o aluno se sente eficaz “algumas vezes por semana”.

Na análise dos resultados de acordo com o modelo teórico processual de *burnout* (MASLACH, 1976), a Exaustão Emocional, geralmente, é a primeira dimensão a manifestar-se no decurso da síndrome, apresentando-se com pontuação mais elevada, sucedida por Descrença e, pelo sentimento de baixa Realização Profissional.

Diante dos resultados obtidos, os dados não configuram o aparecimento da síndrome de *Burnout* na amostra pesquisada. Contudo, causa alerta o escore elevado, acima do ponto médio da escala, encontrado na amostra na dimensão Exaustão Emocional. Esses achados assinalam um indício potencial de que o processo de desenvolvimento da síndrome de *burnout* pode estar em curso, sendo comediada pelo sentimento de Eficácia Profissional, uma vez que esta dimensão apresentou médias superiores.

Tabela 3: Distribuição relacionada ao QIS e os fatores de *burnout* da amostra (n=305)

Variáveis	Frequências				
	M	DP	Min	Max	
Escore total QIS	13,6	24,3	0	18	
<i>Burnout</i>	Exaustão Emocional	3,5	1,4	0	6
	Descrença	1,8	1,5	0	6
	Eficácia Profissional	4,1	1,2	0	6

Fonte: Tabela elaborada pelos autores

No que diz respeito às variáveis acadêmicas, buscou-se também verificar a relação entre o escore total do QIS e os fatores do MBI-SS em relação ao ciclo de formação do acadêmico de Medicina. Separados em três ciclos, foram comparados estudantes do ciclo básico (1° ao 4° período), clínico (5° ao 8° período) e do internato (9° ao 12° período). Os resultados podem ser observados na tabela 4.

Tabela 4: Análise de Variância (ANOVA) da relação entre o QIS e os fatores do MBI-SS e o ciclo de formação do acadêmico de medicina

Variáveis	Básico (n=168)		Clínico (n=89)		Internato (n=48)		p
	M	DP	M	DP	M	DP	
Escore Total QIS	10,4	17,6	18,4	31,9	16,0	26,7	0,03*
Exaustão Emocional	3,5	1,4	3,5	1,4	3,4	1,2	0,82*
Descrença	1,6	1,4	2,2	1,7	2,1	1,6	0,01**
Eficácia Profissional	4,4	1,1	3,8	1,3	3,9	1,1	0,00**

Nota: * $p < 0,05$ ** $p < 0,001$

Fonte: Tabela elaborada pelos autores

Comparando-se os resultados destes 3 grupos com o escore total do questionário de ideação suicida, observou-se que os estudantes do ciclo clínico ($M = 18,4$; $DP = 31,9$) obtiveram as maiores médias em relação aos internos ($M = 16,0$; $DP = 26,7$) seguido pelos estudantes do ciclo básico ($M = 10,4$; $DP = 17,6$), que obtiveram as médias mais baixas, com valor considerado estatisticamente significativo ($p = 0,03$). Pode-se inferir, portanto, que o escore de ideação suicida elevou-se de forma significativa à medida que o aluno se encontrava no ciclo clínico ou no internato, não havendo este tipo de característica presente em relação aos alunos do ciclo básico.

Na comparação com os fatores do *burnout* não foi verificada significância estatística para a dimensão Exaustão Emocional ($p = 0,82$). Ademais, no fator Descrença houve diferença significativa ($p = 0,01$) no qual novamente estudantes do ciclo clínico obtiveram médias superiores ($M = 2,2$; $DP = 1,7$) que as dos internos ($M = 2,1$; $DP = 1,6$) e dos estudantes do ciclo básico ($M = 1,6$; $DP = 1,4$). Resultados análogos foram encontrados nos estudos de Carlotto, Nakamura e Câmara (2006) com uma amostra de estudantes universitários da área da saúde (dentre eles, estudantes de medicina) em que a dimensão Descrença associou-se

negativamente aos anos iniciais da graduação, evidenciando que é menor o sentimento de Descrença quanto mais recente for o ingresso.

O ciclo clínico é apontado como sendo um momento determinante na vida do estudante de medicina. É um período marcado por elevada ansiedade, inquietações e expectativas, grande volume de atividades, jornadas noturnas, estresse elevado, insegurança, escassez de tempo para família, amigos e lazer, e início do convívio direto com os pacientes, muitos em condições delicadas, ampliando a responsabilidade do estudante, o que gera grande exigência emocional e em confronto com os seus conhecimentos teóricos, o que pode acarretar sentimentos de insuficiência podendo favorecer o *burnout* (CRUZ, 2020; GONÇALVES, 2016).

Com relação a dimensão Eficácia Profissional foi detectado que os estudantes que cursavam o ciclo básico obtiveram médias mais elevadas ($M = 4,4$; $DP = 1,1$) seguidos dos vieram os estudantes do internato ($M = 3,9$; $DP = 1,1$) e os do ciclo clínico ($M = 3,8$; $DP = 1,3$), sendo estes também considerados achados altamente significativos do ponto de vista estatístico ($p=0,00$).

De acordo com Ribeiro (2014), o ingresso na faculdade de medicina traz consigo um momento de entusiasmo, na qual a atmosfera prazerosa de acolhida gera no aluno sentimentos de prestígio e reconhecimento da sua performance, no qual após um prolongado período de estudos e desgaste emocional, o anseio de ser médico finalmente será alcançado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados obtidos, é possível concluir que os acadêmicos de medicina que compuseram a amostra deste estudo não apresentaram síndrome de *burnout*, entretanto, os dados assinalaram um indicativo de que o processo de desenvolvimento da síndrome de *burnout* pode estar em curso. Pôde-se constatar também que nessa amostra, a frequência de cognições suicidas é baixa.

O score geral do QIS se correlacionou positivamente com os fatores Exaustão Emocional e Descrença e negativamente com Eficácia Profissional, apresentando significância estatística para as três dimensões. O que permite presumir, que essa variável está fortemente relacionada a Síndrome de *Burnout* nesse estudo.

Quanto a origem das IES, os estudantes de IES públicas apresentaram médias superiores em relação aos de IES privadas em relação ao score geral do QIS. No que concerne ao *burnout*, estudantes de IES privadas obtiveram médias superiores nas dimensões Exaustão Emocional e

Eficácia Profissional e inferiores na dimensão Descrença. Também foram verificadas diferenças nos níveis de *burnout* em função do ciclo em que o estudante está cursando, sendo os estudantes do ciclo clínico os que apresentaram as maiores pontuações tanto na dimensão de *burnout* denominada Descrença como no escore geral do questionário de ideação suicida (QIS).

Salienta-se a necessidade de aprofundamento dos resultados alcançados, bem como o desenvolvimento de novos estudos fundamentados na relação entre a Síndrome de *Burnout* e a ideação suicida entre acadêmicos de Medicina, permitindo assim a investigação de outras variáveis relacionadas à experiência acadêmica, levando em consideração os aspectos que permeiam todo o processo de formação médica.

Como limitações desta pesquisa, destaca-se o fato de que ela foi conduzida em uma população restrita de estudantes de universidades públicas e privadas do sertão da Paraíba, não sendo possível a generalização dos seus resultados.

Conclui-se que as informações e os dados nesta pesquisa podem contribuir no sentido de fomentar o processo de aprendizagem crítica e reflexiva mediante o contexto e as problemáticas referentes ao fenômeno estudado, bem como, podem ser utilizados para sistematizar conhecimentos da ciência psicológica capazes de subsidiar intervenções de modo a reduzir a exposição às condições estressoras do curso de medicina, impactando positivamente a qualidade de vida dos estudantes e promovendo uma melhor formação dos futuros profissionais da área.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, S. M. et al. Prevalência de sintomas de estresse nos estudantes de medicina. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [s.l.], v. 58, n. 1, p. 34-38, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852009000100005>. Acesso em: 03 abr. 2018.

ANVERSA, M. B.; FERNANDES, N. C. **A prevalência da síndrome de burnout em estudantes de medicina do distrito federal**. 2019. 32 f. TCC (Graduação) - Curso de Programa de Iniciação Científica, Centro Universitário de Brasília – Uniceub, Brasília, 2019. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/270257156.pdf>. Acesso em: 13 out. 2020.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T.; GONÇALVES, M. B. Transtornos emocionais e a formação em Medicina: um estudo longitudinal. **Revista Brasileira de Educação Médica**,

[s.l.], v. 33, n. 1, p. 10-23, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000100003>. Acesso em: 10 out. 2019.

BORGES, A. M. B.; CARLOTTO, M. S. Síndrome de burnout e fatores de estresse em Estudantes de um Curso Técnico de Enfermagem. **Aletheia**, Canoas, v. 1, n. 19, p. 45-56, 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n19/n19a05.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2020.

BORGES, V. R.; WERLANG, B. S. G. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. **Estudos de Psicologia**, [s.l.], v. 11, n. 3, p. 345-351, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2006000300012>. Acesso em: 25 out. 2019.

BRANCO, P. I.; PAN, M. A. G. S. Rodas de conversa: uma intervenção da psicologia educacional no curso de medicina. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 156-167, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v18n3/v18n3a12.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2019.

CARLOTTO, M. S. A síndrome de burnout e o trabalho docente. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 21-29, 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-73722002000100005>. Acesso em: 08 jul. 2020.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Análise da produção científica sobre a síndrome de burnout no Brasil. **Psico**, Porto Alegre, v. 39, n. 2, p. 152-158, 2008. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1461>. Acesso em: 16 nov. 2018.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Características psicométricas do Maslach Burnout Inventory - Student Survey (MBI-SS) em estudantes universitários brasileiros. **Psico-USF**, [s.l.], v. 11, n. 2, p. 167-173, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-82712006000200005>. Acesso em: 24 de out. 2020.

CARLOTTO, M. S.; NAKAMURA, A. P.; CÂMARA, S. G. Síndrome de burnout em estudantes universitários da área da saúde. **Psico**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, p. 57-62, 2006. Disponível em: [file:///C:/Users/Pessoal/Downloads/Dialnet-SindromeDeBurnoutEmEstudantesUniversitariosDaArea-5161473%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Pessoal/Downloads/Dialnet-SindromeDeBurnoutEmEstudantesUniversitariosDaArea-5161473%20(3).pdf). Acesso em: 30 set. 2020.

CAVESTRO, J. M.; ROCHA, F. L. Prevalência de depressão entre estudantes universitários. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [s.l.], v. 55, n. 4, p. 264-267, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0047-20852006000400001>. Acesso em: 07 de out. 2020.

CHAGAS, M. K. S. et al. Ocorrência da síndrome de burnout em acadêmicos de medicina de instituição de ensino no interior de Minas Gerais. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, [s.l.], v. 5, n. 2, p. 234-245, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Pessoal/Downloads/7241-33125-1-PB.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2020.

COSTA, C. H. G. et al. A influência social, econômica e ambiental no processo saúde-doença envolvendo o suicídio entre estudantes de medicina e médicos. **Fag Journal Of Health (FJH)**, [S.L.], v. 2, n. 1, p. 135-141, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.35984/fjh.v2i1.167>. Acesso em: 17 abr. 2018.

CRUZ, C. S. R. **Síndrome de burnout em estudantes de medicina do ICBAS: prevalência, relação com dados sociodemográficos e acadêmicos e relação com ansiedade e depressão**. 2020. 29 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Integrado em Medicina, Universidade do Porto, Porto, 2020. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/128176/2/411089.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2020.

DINIZ, C. L. et al. **O método de aprendizagem baseada em problemas – PBL (Problem Based Learning): uma inovação no ensino superior presente no curso de medicina**. 2016. 22 f. TCC (Graduação) - Curso de Especialização em Docência Universitária, Faculdade Católica de Anápolis, Anápolis, 2016. Disponível em: <http://catolicadeanapolis.edu.br/biblioteca/wp-content/uploads/2018/03/O-M%C3%89TODO-DE-APRENDIZAGEM-BASEADA-EM-PROBLEMAS-%E2%80%93-PBLPROBLEM-BASED-LEARNING-UMA-INOVA%C3%87%C3%83O-NO-ENSINO-SUPERIOR-PRESENTE-NO-CURSO-DE-MEDICINA.pdf>. Acesso em: 30 out. 2020.

FERREIRA, J.; CASTELA, M. Questionário de ideação suicida (Q.I.S). In M. R. Simões, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), **Testes e provas psicológicas em Portugal**, p. 129-130, 1999. **Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais**.

FLOSS, G. G. Burnout em estudantes de graduação da área da saúde. 2017. 101 f. TCC (Graduação) - Curso de Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. Disponível em:

[https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/176573/TCC%20-](https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/176573/TCC%20-%20Gabriela%20Guth%20Floss..pdf?sequence=1&isAllowed=y)

[%20Gabriela%20Guth%20Floss..pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/176573/TCC%20-%20Gabriela%20Guth%20Floss..pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 12 de nov. 2020.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017. 129 p.

FREITAG, R. M. Ko. Amostras sociolinguísticas: probabilísticas ou por conveniência?. **Revista de Estudos da Linguagem**, [s.l.], v. 26, n. 2, p. 667-686, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17851/2237-2083.26.2.667-686>. Acesso em: 20 de out. 2020.

GONÇALVES, C. I. R. V. B. **Síndrome de burnout em estudantes de medicina**. 2016. 31 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Integrado em Medicina, Universidade do Porto, Porto, 2016. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/87104/2/165931.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2018.

MAIA, D. A. C. et al. Síndrome de burnout em estudantes de medicina: relação com a prática de atividade física. **Cadernos Esp - Revista Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará**, Ceará, v. 6, n. 2, p. 50-59, 2012. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/57/62>. Acesso em: 12 nov. 2018.

MAIA, H. A. A. S. et al. Prevalência de sintomas depressivos em estudantes de medicina com currículo de aprendizagem baseada em problemas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.], v. 44, n. 3, p. 1-7, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-5271v44.3-20200005>. Acesso em: 12 nov. 2020.

MARQUES, J. G. et al. Comportamento suicidário nos internos de psiquiatria em Portugal: comparação com a realidade europeia. **Acta Médica Portuguesa**, [S.L.], v. 28, n. 5, p. 608-612, 11 set. 2015. Disponível em: <Http://dx.doi.org/10.20344/amp.6038>. Acesso em: 10 fev. 2020.

MASLACH, C.; LEITER, M. P. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. **World Psychiatry**, [s.l.], v. 15, n. 2, p. 103-111, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/wps.20311>. Acesso em: 13 nov. 2020.

MASLACH, Cristina. Burned-out. **Human Behavior**, [S.L.], v. 5, n. 9, p. 22-26, 1976.

MOURA, A. R. R.; DELBEN, T. V. T.; ARTAL, N. P. O Fardo da modernização: síndrome de burnout. **Saúde & Conhecimento**, [s.l.], v. 2, n. 1, p. 13-17, 2018. Disponível em: <https://periodicos.univag.com.br/index.php/jornaldemedicina/article/viewFile/1064/1239#:~:text=abrang%20sentimentos%20de%20desesperan%C3%A7a%2C%20solid%C3%A3o,cervi%20e%20dist%C3%BArbios%20do%20sono>. Acesso em: 10 fev. 2020.

PEREIRA, A. P. M. **Qualidade de vida e vulnerabilidade ao stress nos estudantes de medicina dos 5º e 6º anos**. 2017. 42 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal, 2017. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/82616/1/Trabalho%20Final%20-%20QdV%20e%20VSP%20nos%20Estudantes%20de%20Medicina%20%28versa%CC%83o%20final%29.pdf>. Acesso em: 07 de mai. 2019.

PEREIRA, G. A. et al. Prevalência de síndromes funcionais em estudantes e residentes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.], v. 39, n. 3, p. 395-400, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n3e00022014>. Acesso em: 23 jun. 2019.

PEREIRA, L. H. M. Suicídio e transtorno depressivo entre médicos e estudantes de medicina: um recorte de gênero. **Psychiatry On-Line Brazil**, [s.l.], v. 5, n. 4, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://www.polbr.med.br/2020/04/01/suicidio-e-transtorno-depressivo-entre-medicos-e-estudantes-de-medicina-um-recorte-de-genero/>. Acesso em: 10 nov. 2020.

PINTO, P. S. et al. Síndrome de burnout em estudantes de odontologia, medicina e enfermagem: uma revisão da literatura. **Revista Família Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, [s.l.], v. 6, n. 2, p. 238-248, 2018. Disponível em: [10.18554/refacs.v6i2.2822](https://doi.org/10.18554/refacs.v6i2.2822). Acesso em: 13 nov. 2020.

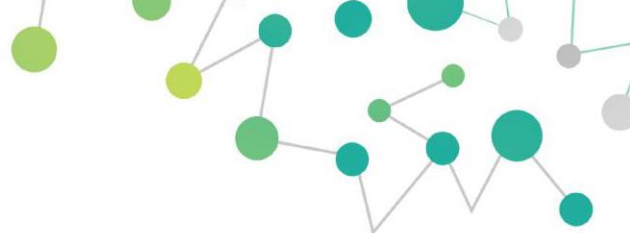
RIBEIRO, M. G. S. **Sofrimento psíquico entre estudantes de medicina da UFMG: uma contribuição da assessoria de escuta acadêmica**. 2014. 165 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/33873/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Sofrimento%20ps%C3%ADquico%20entre%20estudantes%20de%20medicina.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2018.

SANCHES, G. F. et al. Síndrome de burnout entre concluintes de graduação em enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 11, n. 1, p. 31-39, 2017. Disponível em: [10.5205/reuol.9978-88449-6-1101201705](https://doi.org/10.5205/reuol.9978-88449-6-1101201705). Acesso em: 25 abr. 2020.

SCHAUFELI, W. B. et al. Burnout and Engagement in University Students. **Journal Of Cross-Cultural Psychology**, [s.l.], v. 33, n. 5, p. 464-481, 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0022022102033005003>. Acesso em: 23 de out. 2020.

SCHEFFER, M. et al. Demografia médica no Brasil, 2018. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4. Disponível em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20\(3\).pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20(3).pdf). Acesso em: 24 de out. 2020.

SHANAFELT, T. D. et al. Suicidal Ideation Among American Surgeons. **Archives Of Surgery**, [s.l.], v. 146, n. 1, p. 54-62, 2011. American Medical Association (AMA). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1001/archsurg.2010.292>. Acesso em: 29 out. 2020.



SÍNDROME DE *BURNOUT* E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EM DOCENTES DO ENSINO MÉDIO EM ESCOLAS PÚBLICAS DE CAMPINA GRANDE (PB)

Kaíza Rafaelle Lucas Martins Barros¹
Silvânia da Cruz Barbosa²
Ana Cristina Rabelo Loureiro³
Tanise Kely Bezerra de Souza⁴

RESUMO

Burnout é uma síndrome psicológica que se desenvolve como uma reação ao estresse crônico no trabalho, sendo constituída de três dimensões: Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Profissional. Essa pesquisa foi realizada em 23 escolas estaduais urbanas de Campina Grande-PB para avaliar os níveis de *burnout* e sua relação com as características sociodemográficas dos docentes do ensino médio. Participaram 227 docentes (amostra de 31%). Aplicaram-se os instrumentos *Maslach Burnout Inventory* e uma Ficha Sociodemográfica. Foram efetuadas estatísticas descritivas (média, frequência, desvio-padrão, porcentagem), inferenciais (teste t de *Student*, ANOVA), correlação de *Pearson* e análise de *Cluster*. Os resultados identificaram duas configurações de *Burnout*: 1) Moderado e 2) Avançado, em 20,7% e 60,8% da amostra, respectivamente. A reduzida Realização Profissional se destacou como a dimensão mais afetada do *burnout*, apresentando correlação inversa com número de filhos ($r = -0,14$; $p < 0,05$) e diferenças estatisticamente significativas com estado civil ($F = 2,91$; $p \leq 0,02$) e com religião ($F = 3,66$; $p \leq 0,01$). Sugere-se que as escolas priorizem medidas de apoio psicológico aos docentes adoecidos pela SB, bem como políticas públicas de educação que contemplem a valorização da saúde mental do docente, investindo em sua formação e em melhores condições de trabalho, enfocando, principalmente, as relações interpessoais no ambiente escolar e o desenvolvimento de competências voltadas ao autoconhecimento de emoções positivas e habilidades de comunicação.

Palavras-chave: *Burnout*; Trabalho Docente; Políticas Públicas.

INTRODUÇÃO

As transformações na economia capitalista, iniciadas na década de 1970, possibilitaram a implantação de uma política de trabalho flexível, combinando inovações de produtos/processos que passam a requerer um perfil de trabalhador flexível, capaz de aprender e de se ajustar continuamente ao mercado (ANTUNES & PINTO, 2017). Se atribuiu à educação a responsabilidade pela formação e qualificação desse novo tipo de trabalhador, o que tem

¹ Mestranda em Psicologia da Saúde pela Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, kaizambarros@gmail.com

² Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, silv.barbosa@gmail.com;

³ Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB, anacristinaloureiro1@gmail.com

⁴ Mestranda em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB, tanise_kely@hotmail.com

ampliado as exigências sobre o trabalho do professor, sem, no entanto, lhes ser garantido os meios tangíveis e intangíveis para executá-lo adequadamente (FACCI; URT & BARROS, 2018). O descompasso entre as novas exigências e a ausência ou insuficiência de recursos tem surtido efeitos nocivos profundos na saúde mental do professorado, deixando lacunas entreabertas entre o real e o ideal no processo educativo, rastros de prejuízos pessoais que fazem dessa ocupação uma das mais estressantes no mundo, e, conforme os relatórios da Organização Internacional do Trabalho (OIT), a segunda profissão mais acometida pela Síndrome de *Burnout* (SB) (CARLOTTO et al., 2018; FERNANDES & VANDENBERGUE, 2018; HANZELMANN et al., 2020).

Em meados de 1970, a SB ganhou visibilidade científica, nos Estados Unidos, após as pesquisas clínicas desenvolvidas pelo psicanalista Freudenberg (1974) e as pesquisas psicossociais da psicóloga Maslach (1976). Além dessas duas abordagens pioneiras, o debate científico sobre o tema tem gerado outras perspectivas teóricas importantes, tais como: organizacional, sócio-histórica, e existencial (CASTRO, 2013; TAMAYO, 2015), porém, de acordo com Vieira (2010), a perspectiva psicossocial (MASLACH, 1976; MASLACH & JACKSON, 1981) obteve maior aceitação científica, definindo *burnout* como uma síndrome psicológica que surge como uma reação ao estresse crônico no trabalho, constituída de três dimensões:

A primeira dimensão, Exaustão Emocional (EE), representa o aspecto do estresse individual da síndrome; se manifesta pela sensação de fadiga extrema, esgotamento da energia mental e física do trabalhador devido à alta demanda no trabalho. A segunda, Despersonalização (DE), representa o aspecto interpessoal da síndrome, se expressa por atitudes de dureza, distanciamento afetivo, cinismo e indiferença em relação aos usuários dos serviços e aos colegas de trabalho. A terceira dimensão, Realização Profissional (RP), reflete o aspecto de autoavaliação da síndrome e se apresenta de forma invertida, refletindo quanto o trabalhador experimenta insatisfação profissional, desmotivação no trabalho, sensação de fracasso e de ineficácia no desempenho das atividades, sendo avaliada, portanto, a partir de uma reduzida Realização Profissional (rRP) (MASLACH, 1993; MASLACH; SHAUFEI & LEITER, 2001).

O desencadeamento da SB em professores decorre da sua exposição à estressores psicossociais como, sobrecarga de trabalho dentro e fora do espaço escolar, salas de aula superlotadas, baixos salários, desvalorização social da profissão, insuficiência de recursos pedagógicos, insegurança e violência na escola, dificuldade nas relações interpessoais, questões sobre carreira no magistério, múltiplos empregos, horários de trabalho extenuantes, e jornadas

de dois ou três turnos (ARRAZ, 2018; CARLOTTO & PALAZZO, 2006; FERENHOF & FERENHOF, 2001).

Esses estressores, embora possam ser vivenciados por professores de qualquer nível de ensino e de qualquer tipo de escola, seja pública ou privada, urbana ou rural (CARLOTTO, 2010), alguns autores (FERENHOF & FERENHOF, 2001; ROMEU, 1987) consideram que, no Brasil, eles são ainda mais intensos nas escolas públicas devido à falta de amparo e de prioridade das autoridades políticas para com a educação pública, podendo o desamparo ser visualizado, por exemplo, nas degradações físicas das escolas, grafitagens de siglas alusivas a grupos rivais, violência, venda e consumo de drogas, etc.

Seja como for, distintos estudos apontam a docência como uma profissão de risco e que professores com *burnout* frequentemente apresentam problemas de saúde física (CARVALHO & MAGALHÃES, 2014), conflitos familiares (FREITAS et al., 2018), insatisfação no trabalho (CÂMPELO, 2019; CARLOTTO & CÂMARA, 2007; DALLACOSTA, 2014), dificuldades de desempenho (CARLOTTO et al., 2015) e desejo de abandonar a profissão (CARLOTTO, CÂMARA & OLIVEIRA, 2019; DIEHL & CARLOTTO, 2014). Alguns estudos sociodemográficos, na categoria docente, apontam como mais vulneráveis ao *burnout* as mulheres (CARLOTTO, 2003), professores jovens (CARLOTTO & CÂMARA, 2007; FARBER 1991) e solteiros (OZDEMIR, 2007). Outros estudos que buscam relacioná-lo a variáveis laborais do contexto docente têm identificado associação com elevada carga horária e quantidade de alunos atendidos (CARLOTTO & PALAZZO, 2006; MOURA, 1997), além de maior tempo de profissão (MOAMMED, 1995).

Nos ambientes educacionais a SB atingiu grandes proporções, sendo considerada um problema de saúde pública (TAMAYO, 2015) e, portanto, de grande relevância científica, visto que os danos na saúde docente geram, também, prejuízos organizacionais e sociais, como a queda de produtividade e a baixa qualidade dos serviços educacionais prestados à sociedade. Para que o professor possa prevenir ou enfrentar os sintomas da SB, tão prejudiciais a si, à escola e à sociedade, faz-se necessário que as políticas públicas de educação e de saúde do trabalhador contemplem aspectos que minimizem os problemas ocupacionais e melhorem as condições de trabalho desses profissionais. Sabe-se que o Plano Nacional de Educação (2015), no seu Art. 2º prevê a valorização dos profissionais da educação (inciso IX) e a promoção dos princípios aos direitos humanos (inciso X), no entanto, a literatura (FERREIRA et al., 2009; LIMA & LIMA-FILHO, 2009; SCHEIBE, 2010) é rica em apontar que, efetivamente, pouco se tem avançado na garantia dos direitos e da saúde desses trabalhadores.

Essa pesquisa foi realizada em 23 escolas estaduais urbanas de Campina Grande, Paraíba, com objetivo de avaliar os níveis de *burnout* e sua relação com as características sociodemográficas dos docentes do ensino médio. A pesquisa partiu das seguintes questões: os professores do ensino médio de Campina Grande apresentam sintomas de *burnout*? Quais dimensões de *burnout* se relacionam significativamente às características sociodemográficas da amostra?

MÉTODO

Tipo de estudo, local e participantes da pesquisa

A pesquisa é quantitativa, descritiva, *ex post facto* e de corte transversal. Esse tipo de estudo possibilita descrever um fenômeno, num dado momento, explorando relações entre variáveis, sem, no entanto, manipulá-las (GIL, 2002). Foi realizada em 23 escolas estaduais de Campina Grande, onde 732 docentes lecionam em nível médio de ensino. O tamanho da amostra foi definido por amostragem acidental não probabilística, por conveniência (NOBRE et al., 2017), incluindo o número máximo possível de docentes disponíveis nas escolas e que, após serem convidados, aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídos os professores com contratos temporários de trabalho, os aposentados e os que estavam temporariamente afastados do serviço (p. ex. licença trabalhista, férias, capacitação docente). Com esse procedimento obteve-se a participação de 227 docentes, correspondendo a uma amostra de 31% da população.

Instrumentos

Foi utilizado como instrumento o *Maslach Burnout Inventory* (MBI – versão ED) – da autoria de Maslach e Jackson (1981), este instrumento foi usado em sua versão *Education Survey* (MBI-ED) por ser específico para avaliar níveis de *burnout* em profissionais de educação. Este instrumento possui 22 itens distribuídos numa escala tipo *Likert* de 7 pontos, variando de 0 (nunca) a 6 (todos os dias) e nesta pesquisa se aplicou a versão traduzida, adaptada e validada por Carlotto e Câmara (2004). Estas autoras usaram o sistema de pontuação de 1 a 5 que tinha sido recomendado por Tamayo (1997) após identificar dificuldades dos brasileiros em responder muitos itens da escala original americana com categorias de frequência de 7 pontos. Dessa forma, a escala ficou assim definida: 1 ‘nunca’, 2 ‘algumas vezes ao ano’, 3 ‘algumas vezes ao mês’, 4 ‘algumas vezes na semana’, e 5 ‘diariamente’ para avaliar os fatores: Exaustão Emocional (EE), com nove itens que avaliam a sensação de fadiga extrema e falta de

energia no trabalho e na vida pessoal ($\alpha = 0,88$; exemplo de item: ‘Sinto-me emocionalmente decepcionado com o meu trabalho’); Despersonalização (DE), com cinco itens referentes ao sentimento de indiferença e hostilidade em relação aos usuários e aos colegas de trabalho ($\alpha = 0,58$; exemplo de item ‘Sinto que me tornei mais duro com as pessoas, desde que comecei este trabalho’); reduzida Realização Profissional (rRP), com oito itens invertidos que avaliam sentimentos de insatisfação e de ineficiência do indivíduo em relação ao trabalho ($\alpha = 0,82$; exemplo de item ‘Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho’). O MBI permite diagnosticar que um indivíduo está acometido por *burnout* quando ele apresenta elevados escores em EE e em DE, seguidos de baixos escores em RP, visto que nessa última dimensão a escala de pontuação é invertida.

Ficha Sociodemográfica elaborada pelos autores do artigo para coletar informações biográficas (idade, sexo, estado civil, número de filhos, escolaridade, religião) e sócio-ocupacionais (tempo de profissão, renda salarial, carga horária de trabalho) para caracterizar a amostra e explorar as relações com as dimensões de *burnout*.

Procedimento de coleta de dados

A coleta dos dados foi iniciada após receber a autorização da 3ª Região de Ensino e Cultura do Município de Campina Grande - PB e a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), sob o protocolo de nº 0667.0.133.000-11. Para inserir na pesquisa professores das 23 escolas estaduais, foram necessárias duas etapas de coleta dos dados, sendo a primeira realizada em três ambientes distintos onde eles estavam fazendo um curso de capacitação docente. Como nessa etapa não foi possível abarcar todas as escolas, realizou-se a segunda fase da coleta diretamente nas escolas que não tinham liberado os professores para participar da referida capacitação.

Os instrumentos foram organizados em um único protocolo, juntamente com um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) contendo informações sobre o objetivo da pesquisa, o anonimato, o sigilo das respostas, e o caráter de voluntariedade em permanecer ou se desligar da pesquisa, em qualquer momento, sem que quaisquer prejuízos pessoal ou institucional. O tempo gasto para responder o protocolo foi de aproximadamente 20 minutos.

Os dados foram armazenados no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), por meio do qual foram efetuadas análises estatísticas descritivas (média, frequência, desvio-padrão e porcentagem) e inferenciais, como o teste *t de Student*, análise de variância (ANOVA) e correlação de *Pearson*, tomando-se as variáveis do questionário sociodemográfico. Efetuou-se, também, a análise de conglomerados (*Cluster*) para identificar as semelhanças e diferenças significativas dos grupos. Nos resultados foram exclusivamente discutidas as variáveis sociodemográficas que apresentaram alguma evidência de associação com as dimensões de *burnout*. O nível de significância adotado foi para um *p* menor do que 0,05.

RESULTADOS

Os dados biográficos indicam que a amostra é composta por 65,2% de professores do sexo feminino e 34,8% do sexo masculino. A maioria tem de 1 a 2 filhos (46,7%), contudo há uma boa parcela sem filhos (36,1%). A média de idade é de 40 anos, variando de 20 a 65 anos, com concentração na faixa de 41 a 50 anos (34,4%). O estado civil da maioria é casado (48,5%), seguido da condição de solteiro (31,3%). O grau de escolaridade predominante é de pós-graduação *lato sensu* (48%). Referente à religião, predominou a católica (53,7%), seguida da evangélica (19,4%).

Os dados sócio-ocupacionais indicam que o tempo de profissão se concentra na faixa de 1 a 15 anos (50,7%), seguido de 16 a 30 anos (37,9%). Mais da metade da amostra (60,4%) possui outra fonte de renda, seja exercendo a docência em mais de uma escola ou exercendo outro tipo de atividade (p.ex. músico, segurança, balconista, contador, farmacêutico). A renda mensal varia de um a dois salários mínimos (37,9%), seguido de dois a três salários mínimos (23,8%). A carga horária de trabalho da maioria (60,2%) gira em torno de 20 a 40 horas semanais, sendo que 29,2% trabalha acima de 40 horas.

Para calcular os níveis de *burnout* (baixo, médio, alto) de cada fator do MBI, foram usados os pontos de corte propostos pelo Grupo de Estudos e Pesquisas em Estresse e *Burnout* – GEPEB (BENEVIDES-PEREIRA, 2002), quais sejam: no fator EE (15 = Baixo; 16-25 = Médio; 26 = Alto); no fator Despersonalização (2 = Baixo; 3-8 = Médio; 9 = Alto); no fator Realização Profissional (33 = Baixo; 34-42 = Médio; 43 = Alto).

Os resultados descritivos (Tabela 1) indicam médias de 22,78 (*dp* = 4,59) para Exaustão Emocional, de 8,50 (*dp* = 0,50) para Despersonalização, e de 33,05 (*dp* = 0,63) para reduzida Realização Profissional. Estes resultados revelam altos níveis de Exaustão Emocional em 71 professores (31,3%), altos níveis de Despersonalização em 110 professores (48,5%) e reduzidos

níveis de Realização Profissional em 203 professores (89,4%), sendo essa última dimensão a mais afetada, atingindo praticamente toda a amostra.

Tabela 1. Níveis de burnout em docentes do ensino médio de Campina Grande.

Fator	M	DP	Nível	Número de sujeitos	%
Exaustão Emocional N = 211 (93,0%)	22,78	4,59	Baixo	54	23,8
			Médio	86	37,9
			Alto	71	31,3
Despersonalização N = 221 (97,4%)	8,50	0,50	Baixo	-	-
			Médio	111	48,9
			Alto	110	48,5
reduzida Realização Profissional N = 203 (89,4%)	33,05	0,63	Baixo	203	89,4
			Médio	-	-
			Alto	-	-

Para identificar configurações de *burnout* na amostra, se aplicou a técnica de análise de Conglomerados (*Cluster*) que consiste em dividir a amostra em subgrupos e combinar os escores atribuídos aos indicadores de *burnout*, identificando as diferenças significativas entre os grupos, e, também, as semelhanças dentro do próprio grupo. O resultado (Tabela 2) identificou 185 professores (85% da amostra) divididos em dois grupos com perfis de *Burnout*, designados: Moderado e Avançado.

O primeiro grupo (*Burnout Moderado*), reúne 47 professores (20,7%) com duas dimensões da síndrome afetadas (Despersonalização e reduzida Realização Profissional), sinalizando um resultado crítico ou agudo que permite classificá-lo como um grupo portador de *Burnout Moderado*. O segundo grupo (*Burnout Avançado*), mais numeroso, reúne 138 professores (60,8%) com todas as dimensões da síndrome bastante atingidas, sinalizando uma situação grave ou crônica que permite classificá-lo como um grupo portador de *Burnout Avançado*.

Tabela 2. Combinação dos escores nos três indicadores de *Burnout*.

Fatores	<i>Burnout Moderado</i>	<i>Burnout Avançado</i>
Exaustão Emocional	Baixo	Alto
Despersonalização	Médio	Alto
Realização Profissional	Baixo	Baixo
N (185/227)	47	138

Nota: a análise de *cluster* mostrou na tabela da Anova que todas as variáveis consideradas na análise são capazes de diferenciar significativamente os grupos ($p \leq 0,001$).

Se calculou o coeficiente de correlação de *Pearson* (aplicando-se o teste de significância bicaudal, com eliminação dos casos em branco através do método *pairwise*) para verificar a força de magnitude entre os indicadores de *burnout* e as variáveis sociodemográficas. Os resultados indicam que os níveis altos de Despersonalização se correlacionaram negativamente com idade ($r = -0,16$; $p < 0,05$) e com número de filhos ($r = -0,14$; $p < 0,05$), sugerindo que os professores mais jovens e sem filhos apresentam mais frieza nas relações interpessoais. Os altos níveis de Exaustão Emocional se mostraram diretamente influenciados pela variável carga horária ($r = 0,18$; $p < 0,01$), sugerindo que quanto mais horas dedicadas ao trabalho maior o esgotamento psíquico. Os baixos níveis de Realização Profissional (rRP) apresentaram correlação negativa com número de filhos ($r = -0,14$; $p < 0,05$), sugerindo que os docentes com menos filhos se percebem mais ineficazes e profissionalmente insatisfeitos.

O cálculo de tabela cruzada mostrou que os professores mais despersonalizados têm menos de 20 anos (22,1%) e no máximo 40 anos de idade (35,6%), sem filhos (66,4%); os mais exauridos emocionalmente cumprem jornada de trabalho acima de 40 horas semanais (39,4%); os que se declaram mais insatisfeitos profissionalmente não têm filhos (59,9%). Esses resultados corroboram a pesquisa de Carlotto e Palazzo (2006), no que diz respeito às variáveis idade e número de filhos, sugerindo que docentes mais jovens apresentam maiores níveis de *burnout* e os que têm filhos, apresentam os menores níveis.

Aplicando-se o teste *t* de *Student* não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre as médias dos fatores de *burnout* para homens e mulheres (Tabela 3).

Tabela 3. Comparação das médias dos fatores de *burnout* entre homens e mulheres.

Fatores de <i>burnout</i>	Sexo	Média	Desvio-padrão	Teste t
Exaustão Emocional	Masculino	2,40	0,80	$t = 1,20$
	Feminino	2,55	0,94	$p = 0,23$
Despersonalização	Masculino	1,84	0,74	$t = 0,79$
	Feminino	1,92	0,80	$p = 0,43$
red. Realização Profissional	Masculino	2,36	0,78	$t = -1,11$
	Feminino	2,23	0,79	$p = 0,27$

Efetuada-se uma Anova (teste *post hoc* de LSD) para comparar as médias obtidas nos três fatores de *burnout* por características sociodemográficas, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas variáveis, estado civil ($F = 2,91$; $p < 0,02$), religião ($F = 3,66$; $p < 0,01$) e escolaridade ($F = 3,51$; $p < 0,01$), indicando que os docentes pouco realizados profissionalmente (rRP) são os que convivem maritalmente com outra pessoa, os que se

declaram sem religião e os que seguem a doutrina espírita; enquanto os mais despersonalizados são os pós-graduados em nível de mestrado (Tabela 4).

Tabela 4. Média dos fatores usados para medir burnout por características sociodemográficas

Fatores de burnout	Estado civil	Média	Desvio-Padrão	Razão F	
red. Realização Profissional	Solteiro	2,26	0,76	$F(4,198) = 2,91; p \leq 0,02$	
	Casado	2,21	0,80		
	Viúvo	2,13	0,58		
	Separado/divorciado	2,15	0,69		
	Convivendo com outra pessoa	2,96	0,88		
		Religião	Média	Desvio-Padrão	Razão F
		Católica	2,20	0,75	$F(4,197) = 3,66; p < 0,01$
		Evangélico	2,04	0,70	
		Sem religião	2,60	0,91	
		Espírita	2,60	0,71	
	Escolaridade	Média	Desvio-Padrão	Razão F	
Despersonalização	Superior incompleto	2,16	0,79	$F(3,217) = 3,51; p < 0,01$	
	Superior completo	1,81	0,75		
	Especialização	1,83	0,75		
	Mestrado	2,36	0,90		

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados indicaram que a amostra está acometida de *burnout* em graus Moderado e Avançado. Em ambas as configurações, os baixos níveis de Realização Profissional se destacam como os mais visíveis, seguidos dos altos níveis de Despersonalização, sendo essas duas dimensões de *burnout* que mais se correlacionaram com as características sociodemográficas.

Sabe-se que a reduzida Realização Profissional representa o aspecto de autoavaliação da síndrome e que essa dimensão geralmente está associada a ausência ou insuficiência de recursos tangíveis que pode dificultar o alcance de objetivos profissionais, conduzindo os professores a se sentirem ineficaz e, muitas vezes, culpados pelo baixo rendimento. Note-se que a amostra dos professores de escolas públicas, como tantas outras no Brasil, vem sendo cada vez mais precarizadas em relação às privadas (FERENHOF & FERENHOF, 2002; FRANÇA & GONÇALVES, 2010; ROMEU, 1987), considerando que se exige do professorado grande esforço para lidar não apenas com os estressores típicos da profissão, como também suportar a

desvalorização social do ofício e o descuido dos governantes para com a educação pública. Conforme sublinha Esteve (1999) e Silva (2006), a precarização das condições de trabalho tem interferido no desempenho docente, conduzindo o professor a um sentimento de ineficácia, e, conseqüentemente, a insatisfação profissional, já que seus esforços lhe parecem inúteis para alcançar o ideal de ser um bom educador e valorizado como tal.

A Despersonalização, segunda dimensão mais afetada na amostra, representa o aspecto interpessoal da síndrome, podendo estar associada ao perfil de aluno do ensino médio, geralmente formado por adolescentes menores de 17 anos. Embora estressante em qualquer nível de ensino (CARLOTTO, 2010), uma das especificidades da docência no ensino médio e que intensifica a complexidade da profissão de ensinar, é que o professor precisa não apenas lecionar com domínio de conhecimento, mas também ser habilidoso para lidar com as características dessa faixa etária. Geralmente, é na adolescência que ocorrem maiores conflitos na relação professor-aluno sendo frequentes as queixas relacionadas a dificuldades de comportamento do alunado (CAMPÊLO, 2009; CARLOTTO, 2010). Além da indisciplina de alunos adolescentes nesse nível de ensino, estudos exploratórios (BENACHIO & ROSI, 2008; DAOLIO & NEUFELD, 2017) têm confirmado que uma das fontes de estresse mais comum em professores é o próprio estresse que muitos alunos experimentam nos períodos de exames do ENEM e dos vestibulares.

Embora os estudos sobre a associação entre *burnout* e características sociodemográficas não se mostrem concludentes, essa pesquisa corrobora o estudo de Gil-Monte e Peiró (1997) sobre profissionais mais jovens serem, provavelmente, mais propensos à síndrome, e também o estudo de Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) sobre o grau de escolaridade do professor estar associado ao desencadeamento do *burnout*. Esses dois estudos sugerem que o *burnout* vem acometendo profissionais com menos de 30 anos de idade, e que os mais escolarizados tendem a formular maiores expectativas quanto ao futuro de sua carreira e sucesso na vida, porém quando seus ideais lhes parecem inatingíveis podem se sentir profissionalmente frustrados e desenvolver *burnout*.

Sobre a jornada de trabalho os resultados corroboram as pesquisas de Batista et al. (2010) e de Garcia e Benevides-Pereira (2003), indicando que a elevada carga horária semanal do trabalho docente (40 horas ou mais) interfere na Exaustão Emocional. Assim como em outros estudos (SILVA et al, 2017; SILVA; BOLSONI-SILVA & LOUREIRO, 2018) que dizem ser comum entre o professorado brasileiro assumir vários empregos para aumentar a renda salarial, constatou-se 60,4% da amostra nessa situação. Conjuntamente, estes resultados da carga horária e de múltiplos empregos sugerem, por um lado, existir um processo de

pauperização entre os professores, e por outro lado, uma possível intensificação do trabalho físico, cognitivo e emocional, já que no ofício docente, além das horas trabalhadas na escola, é muito comum o professor transportar para o seu lar as atividades escolares que não puderam ser concluídas na própria escola. Ademais, ter múltiplos empregos e jornadas extenuantes de trabalho constituem sérios fatores de risco à saúde psíquica do docente, visto que o expõe por mais tempo aos estressores de diferentes ambientes laborais e, simultaneamente, lhe subtrai horas de folga que poderiam ser dedicadas ao convívio familiar, à prática de esportes e ao lazer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A docência é uma das atividades mais importantes e necessárias no mundo pela sua essencialidade na formação do cidadão reflexivo e educado. A perda de sentido do trabalho e o sentimento de impotência para torná-lo mais significativo têm levado muitos professores a desenvolver *burnout*. A presente pesquisa identificou a presença das três dimensões de *burnout* afetadas, com destaque para a reduzida Realização Profissional, que se mostrou a mais atingida na amostra, e que, talvez, esteja refletindo o sentimento de desvalorização social do professorado em consequência da precarização das condições do trabalho docente e do descaso governamental para com a educação e com os educadores brasileiros, lhes frustrando as expectativas profissionais.

Ressalta-se que os estudos no Brasil sobre *burnout* em professores ainda são incipientes e não têm se mostrado concludentes quanto à associação da síndrome às variáveis sociodemográficas, dificultando uma comparação mais detalhada com outros estudos. Os resultados, entretanto, sinalizam a importância de intervenções psicológicas que contemplem essas variáveis e auxiliem a comunidade escolar a lidar com o estresse laboral, notadamente dos professores mais jovens, mais escolarizados, e que têm jornadas duplas e triplas de trabalho. Defende-se, então, que haja uma valorização efetiva da carreira docente nas políticas públicas de educação, promovendo-se melhores condições de trabalho, seja do ponto de vista financeiro e material, seja do ponto de vista subjetivo, com ênfase nas relações interpessoais entre os membros da comunidade escolar. Faz-se necessário, portanto, um investimento na formação do docente, seja na graduação, desde o início da sua carreira, seja no ambiente de trabalho, no sentido de desenvolver competências e habilidades para melhor lidar com as dificuldades encontradas na profissão. Tais competências incluem o autoconhecimento emocional, o conhecimento de emoções positivas, a empatia e as habilidades de comunicação, amplamente abordados na Psicologia Positiva.

Sugere-se, então, o desenvolvimento de novos estudos fundamentados na Psicologia Positiva que possam identificar as principais forças e virtudes que promovem o funcionamento positivo dos docentes (ou de pessoas que escolhem o ofício docente), e que podem ser desenvolvidas e geridas para melhor desempenho no trabalho. Considera-se igualmente importante que se façam estudos comparando-se os níveis de *burnout* entre professores de escolas públicas e privadas, identificando possíveis diferenças que favoreçam o trabalho dos profissionais de educação e que venham nortear o futuro dessa profissão. Por fim, recomenda-se cautela quanto aos resultados da presente pesquisa, uma vez que ela foi realizada dentro de um contexto sociolaboral específico composto por uma amostra não-probabilística, o que implica baixo poder de generalizá-la para outras realidades institucionais ou para outros professores.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, R.; PINTO, G. A. **A Fábrica da educação: da especialização taylorista à flexibilização toyotista.** São Paulo: Cortez, 2017.

ARRAZ, F. M. A síndrome de *burnout* em docentes. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, [s.l.], v. 3, n. 7, p. 34-47, 2018. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/burnout-em-docentes> Acesso em: 30 de ago. 2020.

BATISTA, J. B. V; CARLOTTO, M. S.; COUTINHO, A. S.; AUGUSTO, L. G. S. Prevalência da síndrome de *burnout* e fatores sociodemográficos e laborais em professores de escolas municipais da cidade de João Pessoa, PB. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, SP, v. 13, p. 502-512, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000300013. Acesso em: 23 de set. 2020.

BENACHIO, M. V.; ROSI, K. R. B. S. O estresse docente no ensino médio da rede pública estadual de Campo Grande – MS: estudo exploratório. **Revista Multitemas**, Campo Grande, MS, v. 1, n. 36, p. 47-62, 2008. Disponível em: <https://www.multitemas.ucdb.br/multitemas/article/view/670/694>. Acesso em: 23 de set. 2020.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Plano Nacional de Educação PNE 2014-2024.** Brasília, DF: Inep, 2015. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/documents/186968/485745/Plano+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+PNE+2014-2024++Linha+de+Base/c2dd0faa-7227-40ee-a520-12c6fc77700f?version=1.1> Acesso em: 23 de set. 2020.

CAMPÊLO, C. **Síndrome de *burnout* e alterações cognitivas: um estudo com professores do ensino médio, em regime noturno, na cidade de Campina Grande – PB. Relatório PIBIC/UEPB, 2009.**

CAMPÊLO, M. P. S. **Síndrome de *burnout* e satisfação laboral em professores no Juazeiro do Norte.** 2019. (Dissertação de Mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2019. Disponível em <http://hdl.handle.net/10437/9697> Acesso em: 31 de ago. 2020.

CARLOTTO, M. S. Síndrome de *burnout*: diferenças segundo níveis de ensino. **Revista PsicoPUCRS.** [s.l.], v. 41, n. 4, p. 495-502, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/kaiza/Downloads/4881-Texto%20do%20artigo-29241-1-10-20110201.pdf>. Acesso em: 23 de ago. 2020.

CARLOTTO, M. S. Síndrome de *burnout* e gênero em docentes de instituições particulares de ensino. **Revista de Psicologia da Universidade do Contestado**, [s.l.], n. 1, v.1, p. 15-23, 2003. Disponível em www.nead.uncnet.br/revista/psicologia. Acesso em: 23 de set. 2020.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Análise fatorial do *Maslach Burnout Inventory* (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. **Revista Psicologia em Estudo**, [s.l.], v. 9, n. 3, p. 499-505, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pe/v9n3/v9n3a17.pdf>. Acesso em: 13 de ago. 2020.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Preditores da Síndrome de *Burnout* em professores. **Psicologia Escolar e Educacional**, [s.l.], v 11, n. 1, p. 101-110, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-85572007000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 23 de ago. 2020.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Propriedades psicométricas do *Maslach Burnout Inventory* em amostra multifuncional. **Estudos de Psicologia**, Campinas, SP, v. 24, n. 3, p. 325-332, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2007000300004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 13 de ago. 2020.

CARLOTTO, M. S., CÂMARA, S. G., DIEHL, L., ELY, K., FREITAS, I. M.; SCHNEIDER, G. A. Estressores ocupacionais e estratégias de enfrentamento. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, CE, v. 18, n. 1, p. 92-105, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/6462>. Acesso em: 13 de ago. 2020.

CARLOTTO, M. S., CÂMARA, S. G., OLIVEIRA, M. E. T. Intenção de abandono profissional entre professores: o papel dos estressores ocupacionais. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, RJ, v. 24, p. 1-18, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782019000100223&tlng=pt. Acesso em: 13 de ago. 2020.

CARLOTTO, M. S., DIAS, S. R. S., BATISTA, J. B. V.; DIEHL, L. O papel mediador da autoeficácia na relação entre a sobrecarga de trabalho e as dimensões de *burnout* em professores. **Revista Psico-USF**, Itatiba, SP, v. 20, n. 1, p. 13-23, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-82712015200102> Acesso em: 31 de ago. 2020.

CARLOTTO, M. S.; PALAZZO, L. S. Síndrome de *burnout* e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 22, n. 5, p. 1017-1026, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/14.pdf>. Acesso em: 23 de set. 2020.

CARVALHO, C. G.; MAGALHÃES S. R. Inteligência emocional como estratégia de prevenção contra a síndrome de *burnout*. **Revista Universidade do Vale Rio Verde**, Três corações, MG, v. 11, n. 2, p. 540-550, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v11i2.540550>. Acesso em: 31 de ago. 2020.

CASTRO, F. G. *Burnout* e complexidade histórica. **Psicologia, Organizações e Trabalho**, Florianópolis, SC, v. 13, n. 1, p. 49-60, abr. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572013000100005. Acesso em: 22 de set. 2020.

DALLACOSTA, F. M. **Avaliação do nível de satisfação no trabalho e dos sintomas de *burnout* em docentes da área de saúde.** (Tese de Doutorado) Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil, 2014. Disponível em <https://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/1791/1/464260.pdf>. Acesso em: 31 de ago. 2020.

DAOLIO, C. C.; NEUFELD, C. B. Intervenção para stress e ansiedade em pré-vestibulandos: estudo piloto. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, Florianópolis, SC, v. 18, n. 2, p. 129-140, 2017. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-33902017000200002. Acesso em: 31 de ago. 2020.

DIEHL, L.; CARLOTTO, M. S. Conhecimento de professores sobre a Síndrome de *Burnout*: Processo, fatores de risco e consequências. **Psicologia em Estudo**, Maringá, PR, v. 19, n. 4, p. 741-752, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pe/v19n4/1413-7372-pe-19-04-00741.pdf>. Acesso em: 31 de ago. 2020.

ESTEVE, J. M. **O mal-estar docente: a sala de aula e a saúde dos professores.** Bauru: EDUSC, 1999.

FACCI, M. G. D.; URT, S. C.; BARROS, A. T. F. Professor readaptado: a precarização do trabalho docente e o adoecimento. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 22, n. 2, p. 281-290, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pee/v22n2/2175-3539-pee-22-02-281.pdf>. Acesso em: 23 de set. 2020.

FARBER, B. A. **Crisis in education. Stress and *burnout* in the American teacher.** São Francisco: Jossey-Bass Inc, 1991.

FERENHOF, I. A.; FERENHOF, E. A síndrome de *burnout* em professores influenciará a educação? **Revista de Educação Brasileira**, v. 23, n. 47, p. 109-130, 2001.

FERENHOF, I. A.; FERENHOF, E. *Burnout* em professores. **EccoS Revista Científica**. São Paulo, SP, v. 4, n.1, p. 131-151, 2002. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/715/71540108.pdf>. Acesso em: 23 de ago. 2020.

FERNANDES, G. C. P. S.; VANDENBERGUE, L. O estresse, o professor e o trabalho docente. **Revista Labor**, Fortaleza, CE, v. 1, n. 19, p. 75-86, 2018. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/38413/1/2018_art_gcpsfernandeslvandenbergue.pdf Acesso em: 23 de ago. 2020.

FERREIRA, L. P.; SERVILHA, E. A. M.; MASSON, M. L. V. REINALDI, M. B. F. M. Políticas públicas e voz do professor: caracterização das leis brasileiras. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, [s.l.], v. 14, n. 1, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151680342009000100003&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 23 de ago. 2020.

FRANÇA, M. T. A.; GONÇALVES, F de O. Provisão pública e privada de educação fundamental: diferenças de qualidade medidas por meio de *propensity score*. **Revista de Economia Aplicada**, [s.l.], v. 14, n. 4, p. 373-390, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ecoa/v14n4/a06v14n4.pdf>. Acesso em: 22 de ago. 2020.

FREITAS, T. L. L.; FOSCHERA, J. A.; SCHNEIDER, V., SANTOS, M. E. C. R.; HENDGES, L. G.; MATTOS, V. B. Síndrome de *Burnout*: implicações conflituosas entre relações profissionais e familiares. **Revista Barbarói**, Santa Cruz do Sul, RS, v. 51, n. 1, p. 212-226, 2018. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/4033> Acesso em: 31 de agosto de 2020.

FREUDENBERGER, H. Staff burn-out. **Journal of Social Issues**, v. 30, n. 1, p. 159-165, 1974.

GARCIA, L. P.; BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. Investigando o burnout em professores universitários. **Revista Eletrônica InterAção Psy**, v. 1, n. 1, p 76-89, 2003

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL-MONTE, P.; PEIRÓ, J. M. **Desgaste psíquico en el trabajo**: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntese Psicologia, 1997.

HANZELMANN, R. S., PEREIRA, E. A. A., VELASCO, A. R., SILVA, A. S., OLIVERIA, E. B.; PASSOS, J. P. Estresse do professor do ensino fundamental: o ambiente em evidência. **Research, Society and Development**, [s.l.], v. 9, n. 8, p. 1-20, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.2910>. Acesso em: 31 de ago. 2020.

LIMA, M. F. E. M.; LIMA-FILHO, D. de O. Condições de trabalho e saúde do/a professor/a universitário/a. **Revista Ciências & Cognição**, [s.l.], v. 14, n. 3, p. 062-082, nov. 2009. Disponível em: <http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/253/136>. Acesso em: 23 de set. 2020.

MASLACH, C. *Burn-Out*: the loss of human caring. **Human Behavior**, v. 5, p. 16-22, 1976.

MASLACH, C. *Burnout*: a multidimensionalidade perspective. In: SHAUFELI, W. B.; MASLACH, C.; MAREK, T. (Eds.). **Professional burnout**: recent developments in theory and research. New York: Taylor & Francis, 1993, p. 19-32.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. **Maslach burnout inventory**. Palo Alto: Consulting Psychologist Press, 1981.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job *Burnout*. **Annual Review Psychology**, [s.l.], v. 52, p. 397-422, 2001. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.psych.52.1.397>. Acesso em: 23 de set. 2020.

MOAMMED, A. A. The effect of some personality traits, sex, and experience on teacher *burnout*. **Derasat Nafseyah**; v. 5, n. 2, p. 345-76, 1995.

MOURA, E. P.G. **Saúde mental e trabalho: esgotamento profissional em professores da rede de ensino particular de Pelotas, RS**. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil, 1997. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000136&pid=S1413855720030002000400028&lng=pt. Acesso em: 23 de set. 2020.

NOBRE, F. C.; CORRÊA, D. A.; NEPOMUCENO, L. H.; NOBRE, L. H. N.; SOUZA, A. J.; SIQUEIRA-FILHO, V. A amostragem na pesquisa de natureza científica em um campo multiparadigmático: peculiaridades do método qualitativo. **Revista Espacios**, [s.l.], v. 38, n. 22, p. 157-166, 2017. Disponível em <https://www.revistaespacios.com/a17v38n22/a17v38n21p13.pdf>. Acesso em: 23 de ago. 2020.

OZDEMIR, Y. The role of classroom management efficacy in predicting teacher *burnout*. **International Journal Social Science**, [s.l.], v. 2, n. 4, p. 257-63, 2007. Disponível em: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/58352468/2007_Sinif_Yonetimi_ve_Tukenmislik.pdf?1549545666=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DThe_Role_of_Classroom_Management_Efficac.pdf&Expires=1600894887&Signature=ER4xVO-VtoqKAadvXVLLIXFRHZDa6gvt2ZFIYfgLH6PFp1PBcL5zpxy3qUJtQjETjXY-wNgW61T1~MDBMuELFmaqaxvFxUypbVyW8IM7MJoCRxrShbJIZs91ku9yhc5wNDLvZqcYGHNu47~xYrPwDyB2vfZwXjscxMzcv3oIVgNPn49vTX5aXO6Mi3mrPdW7u4VzNGrdjNjRG5DxQqDWgnW-Jh7X8QLwgOvIYGQLkH-nlINt5ngP83ZiWEIFwSDTFYIELTH2iGP9ty7yzxHOC3n~ygG9ALozlgbmHJ5OIJv6McyQpQgbSylj-yi-Whe8zA9t4WwnaEP0wo-WOaPw_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA Acesso em: 22 de set. 2020.

ROMEU, S. A. **Escola: objetivos organizacionais e objetivos educacionais**. São Paulo: EPU, 1987.

SCHEIBE, L. Valorização e formação dos professores para a educação básica: questões desafiadoras para um novo Plano Nacional de Educação. **Educação & Sociedade**, Campinas, SP, v. 31, n. 112, p. 981-1000, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010173302010000300017&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 23 de set. 2020.

SILVA, M. E. P. Burnout: por que sofrem os professores? **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 6, n. 1, p. 89-98, 2006. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v6n1/artigos/PDF/v6n1a08.pdf> Acesso em: 28 de set. 2020.

SILVA, F. A.; MAIA, M. F. M.; LIMA, C. A. G.; GUEDES, I. T.; PEDREIRA, K. C.; SILVA, D. A. S.; PETROSKI, E. L. Fatores que prevalecem ao esgotamento profissional em professores. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 25, n. 2, p. 333-339, 2017. Disponível em <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0822>. Acesso em: 23 de set. 2020.

SILVA, N. R.; BOLSONI-SILVA, A. T.; LOUREIRO, S. R. *Burnout* e depressão em professores do ensino fundamental: um estudo correlacional. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, RJ, v. 23, p. 1-18, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141324782018000100240&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em: 22 de set. 2020.

TAMAYO, M. R. **Relação entre a síndrome do burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos**. (Dissertação de Mestrado) em Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 1997.

TAMAYO, M. R. *Burnout*. In: BENDASSOLLI, P. F.; BORGES-ANDRADE, J. E. (Orgs.). **Dicionário de Psicologia do Trabalho e das Organizações**. São Paulo: Casa do Psicólogo. p.139-146, 2015.

VIEIRA, I. Conceito(s) de *burnout*: questões atuais de pesquisa e a contribuição clínica. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, SP, v. 35, n. 122, p. 269-276, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0303-76572010000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 23 de set. 2020.

SÍNDROME DE *BURNOUT* E ESTRESSORES LABORAIS: ESTUDO COM PROFESSORES DO ENSINO MÉDIO NOTURNO

Ana Cristina Rabêlo Loureiro¹; Silvânia da Cruz Barbosa²; Lílian Michelly Carvalho
Marinho³; Ana Luiza Silva Lima⁴

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo avaliar sintomas da Síndrome de *Burnout* (SB) em docentes do ensino médio noturno na cidade de Campina Grande, PB, e sua possível associação com a percepção de estressores laborais. Participaram 125 professores (amostra de 59,5%). Foram utilizados os instrumentos: *Maslach Burnout Inventory*, um Questionário Laboral e um Questionário Sociodemográfico. Aplicou-se a técnica de análise de conteúdo temática e estatísticas descritivas, com auxílio do *software Statistical Package for Social Science*. Os resultados indicam que a SB se apresenta na amostra em níveis elevados de desânimo no trabalho (Exaustão Emocional), moderados de distanciamento afetivo nas relações interpessoais (Despersonalização) e elevados de frustração profissional (reduzida Realização Profissional), estando estes sintomas associados à vários estressores laborais (problemas com alunado e com companheiros de trabalho, déficits de saúde física, carga de trabalho excessiva, desvalorização da profissão, etc.). Ademais, constatou-se absenteísmo em 26,4% da amostra devido a enfermidades contraídas no trabalho, indicando que as consequências negativas da SB já se manifestam no plano individual e organizacional, sendo previsível que possam prejudicar a eficácia docente e a qualidade dos serviços prestados à escola e à sociedade.

Palavras-chave: *Burnout*; Trabalho; Estresse Ocupacional; Professores.

INTRODUÇÃO

A partir do final do século XX o capitalismo inicia um conjunto de reformas estruturais, combinando inovações tecnológicas, produtivas e gerenciais, que possibilita flexibilizar o trabalho no interior de fábricas e escritórios. Para formar e qualificar trabalhadores flexíveis capazes de suprir as demandas do novo capitalismo a educação e o educador passam a ser centrais, conduzindo os países capitalistas a investirem em reformas educacionais (ANTUNES; PINTO, 2017; ARAÚJO; PEREIRA & RIBEIRO, 2020).

¹ Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba UFPB, anacristinaloureiro1@gmail.com

² Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte UFRN, silv.barbosa@gmail.com

³ Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba UEPB, lilianmichelly.psi@gmail.com

⁴ Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba UEPB, annasilva271@hotmail.com

De modo geral, os planos de reformas educacionais têm gerado, conforme as especificidades sociais, políticas e econômicas de cada país, aumento das atividades, dos encargos e compromissos docentes, sem, no entanto, ter sido propiciado ao professor os recursos necessários para que ele possa atender eficazmente às novas demandas e metas educacionais (ESTEVE, 1999; CORTEZ, SOUZA, AMARAL & SILVA, 2017; COSTA & OLIVEIRA, 2011). No contexto das reformas educacionais, alguns fenômenos como: intensificação do trabalho, flexibilização nas formas de contratação dos professores, desvalorização profissional e arrocho salarial (OLIVEIRA & PIRES, 2014; PIOVEZAN & DAL-RI, 2019), possibilitaram ampliar o processo de precarização do emprego e das condições do trabalho docente, fazendo dessa profissão uma das mais estressantes e expostas a riscos psicossociais no trabalho (ABACAR; ROAZZI & BUENO, 2017; CARLOTTO, et al., 2018; VALE & AGUILLERA, 2016).

Estudos sobre a dinâmica de precarização vivenciada na docência (p. ex. COSTA & OLIVEIRA, 2011; FACCI & URT, 2017; FINAMOR-NETO; 2014; PEREIRA, 2012; SANCHES & GAMA, 2016), chamam a atenção para a multiexposição do professor a fatores psicossociais desestruturantes, que o fragiliza física e emocionalmente, conduzindo ao surgimento de um -
várias formas, sendo a Síndrome de *Burnout* (SB) uma das mais nefastas por se tratar de uma experiência negativa (cognitiva, emocional e atitudinal) frente ao próprio trabalho e às pessoas (colegas, alunos e familiares de alunos) com quem os docentes interagem no ambiente laboral.

A SB é um distúrbio emocional (não psicótico) que surge como uma reação ao estresse crônico no trabalho (MASLACH & JACKSON, 1981). Geralmente acomete trabalhadores dinâmicos, idealistas e engajados no trabalho, levando

necessária na preparação de pessoas reflexivas e educadas, e o professor, sendo um dos artífices da educação, precisa estar bem para educar bem.

Se sabe que a atividade docente pode ser estressante em qualquer tipo de escola (pública ou privada) e em qualquer nível de ensino (CARLOTTO, 2010), mas, alguns autores (FERENHOF & FERENHOF, 2001; ROMEU, 1987) consideram que, no Brasil, o estresse é mais intenso nas escolas públicas do que nas privadas devido à falta de prioridade, e até mesmo de descaso, das autoridades políticas brasileiras para com a educação pública. Diferentes pesquisas (ARRAZ, 2018; CARDOSO; LIRA, SOUSA & PINHO, 2019; DIAS & SILVA, 2020) ressaltam que, frequentemente, o professorado de escolas públicas recebe baixos salários, dispõe de recursos materiais insuficientes, enfrenta salas de aula superlotadas, convive com insegurança e violência nas escolas, com excesso e acúmulo de trabalho, com a desvalorização social da profissão e, em função dos baixos rendimentos, assume outros empregos e carga horária de trabalho elevada (às vezes leciona em três turnos).

Ademais, estudos (GONÇALVES; PASSOS & PASSOS, 2005; TOGNI & CARVALHO, 2007) indicam que as especificidades da docência no ensino médio noturno intensificam a complexidade da profissão de ensinar porque exige do professor uma atuação que requer, além do domínio de conhecimentos, habilidade para superar o próprio cansaço do turno da noite (sobretudo se estiver no terceiro turno de trabalho diário), lidar com o cansaço do aluno-trabalhador (boa parte do alunado do nível médio trabalha oito ou mais horas diárias, não raro em atividades extenuantes) e com o desafio de lecionar conteúdos que nem sempre estão na pauta de interesse do aluno-trabalhador.

Pelo exposto, a presente pesquisa foi realizada com docentes do ensino médio noturno das escolas públicas de Campina Grande (PB) com objetivo de avaliar sintomas da Síndrome de *Burnout* e possível associação com a percepção de estressores laborais.

Se utilizou a abordagem psicossociológica, formulada por Maslach e Jackson (1981), a qual compreende o aparecimento da SB associado à percepção que os indivíduos têm do meio laboral em que estão inseridos, e não às suas predisposições psíquicas. Para sintetizar essa abordagem se tomou como ponto de partida as décadas de 1970 até 1990, período em que o fenômeno começa a ser observado, teorizado e avaliado.

Abordagem psicossociológica de Maslach sobre *Burnout*

O vocábulo *burnout* foi introduzido no meio científico por Bradley, em 1969, e na literatura da Psicologia, no início da década de 1970, quando emergem estudos pioneiros com

posicionamentos teóricos distintos sobre a SB. Os estudos clínicos do psiquiatra Freudenberg (1974) descrevem *burnout* como um estado de elevado esgotamento energético no trabalho que se inicia com uma inquietação, decepção e perda de interesse profissional, aumentando à medida que a alegria de trabalhar vai desaparecendo. Os estudos psicossociológicos da psicóloga Maslach (1976), divergindo da perspectiva clínica, pressupõem que a influência do meio assume papel preponderante e que os traços de personalidade têm menor peso no desencadeamento do quadro. Para esta psicóloga, o desgaste psíquico não seria um problema interno das pessoas, mas da percepção que elas têm do ambiente social em que trabalham.

As primeiras pesquisas da década de 1970 eram, em sua maioria, de caráter descritivo e de natureza qualitativa, usando técnicas como, entrevistas, estudo de casos e observações *in loco*. Na década de 1980 as pesquisas deslocam-se para uma fase mais empírica, sistemática e quantitativa, com elaboração e uso de escalas psicométricas (MASLACH & JACKSON, 1981). Na década de 1990 prossegue a fase empírica, se intensifica o uso de ferramentas estatísticas e começam os estudos longitudinais (MASLACH, SCHAUFELI & LEITER, 2001).

Atualmente existem várias perspectivas teóricas sobre SB, como por exemplo, organizacional, sociohistórica e existencialista (SALANOVA & LLORENS, 2011; LOPES, 2011), e vários instrumentos para avaliar a síndrome, por exemplo, *Staff Burnout Scale for Health Professionals*, *Cuestionário del Burnout para Profesores*, *Escala de Caracterização do Burnout*. Porém, segundo Vieira (2010), o modelo psicossociológico e o instrumento *Maslach Burnout Inventory* (MBI), criado por Maslach e Jackson (1981), contam com maior aceitação no meio científico para estudar *burnout* como uma síndrome constituída de três dimensões interdependentes: Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (DE) e Realização Profissional (RP).

A primeira dimensão, Exaustão Emocional (EE), consiste em sentimentos de fadiga intensa, falta de energia para enfrentar o dia de trabalho e sensação de estar sendo exigido além dos limites emocionais. A segunda dimensão, Despersonalização (DE), se manifesta por atitudes de frieza e distanciamento emocional em relação às pessoas no trabalho; muitas vezes o indivíduo manifesta cinismo ou se mostra indiferente aos problemas e dificuldades alheias. A terceira dimensão, Realização Profissional (RP), se refere ao sentimento de satisfação profissional, entusiasmo e motivação no trabalho. Enquanto sintoma da síndrome, essa última dimensão se apresenta de forma invertida, ou seja, o trabalhador expressa insatisfação com o desempenho, desmotivação e sensação de fracasso no trabalho, sendo avaliada, portanto, a partir de reduzida Realização Profissional (rRP).

Tomando por base a avaliação destas três dimensões, um indivíduo está com a SB quando apresenta altos níveis de Exaustão Emocional e de Despersonalização, seguido de baixos níveis de Realização Profissional (MASLACH & LEITER, 1999; VIEIRA et al., 2006), sendo que a predominância e a ordem de aparecimento de cada dimensão dependerá de como os indivíduos percebem as condições de trabalho (MASLACH, 2009).

No Brasil, o primeiro estudo de grande porte sobre SB em educadores foi realizado por Codo e Vasquez-Menezes (1999), envolvendo uma amostra de 52 mil profissionais da rede pública (professores, funcionários e especialistas em educação) atuantes em 1.440 escolas situadas em todos os Estados brasileiros. Os resultados desse estudo indicaram que quase metade da população (48,4%) apresentou elevado desgaste mental provocado por extrema dedicação profissional e baixa remuneração, desvalorização profissional, baixa autoestima, e por trabalhar em condições precárias e extenuantes que dificultam alcançar bons resultados. Outros estudos vêm demonstrando que a SB em professores está associada a problemas de insatisfação no trabalho (CÂMPELO, 2019; CARLOTTO & CÂMARA, 2007; DALLACOSTA, 2014), autoestima negativa (PEDRO & PEIXOTO, 2006), diversos problemas físicos de saúde (CARVALHO & MAGALHÃES, 2014; GOMES et al., 2010).

Apesar de existir um número consistente de pesquisas sobre *burnout* em professores, uma das dificuldades para reexame da literatura é que nem sempre os autores explicitam o nível de ensino da amostra. Apesar dessa dificuldade, foi possível selecionar quatro estudos que oferecem uma ideia do desgaste mental em amostras específicas de professores do ensino médio. Um deles, desenvolvido por Genuíno, Gomes e Moraes (2010) indica que os mesmos professores com sintomas de *burnout* também apresentam déficits de memória, tensão muscular, cansaço físico constante, sensação de boca ressecada, vontade súbita de iniciar novos projetos fora do âmbito educacional, gastrite, dor ou nó no estômago, aumento da sudorese, entusiasmo seguido de irritabilidade excessiva.

Em outro estudo (CARLOTTO, 2010), os resultados indicam que os professores do ensino médio quando comparados aos dos níveis infantil, fundamental e universitário, apresentam maiores índices de Despersonalização e menores índices de Realização Profissional. Verificou-se que o ensino médio concentrou maior número de professores afetados nas três dimensões de *burnout*, e que nesse nível de ensino quanto maior a carga horária de trabalho e o número de alunos, maior a Despersonalização e menor a Realização Profissional dos professores. Carlotto e Palazzo (2006) observaram, em outra pesquisa, que também a dimensão Exaustão Emocional está relacionada com carga horária elevada e maior número de alunos. Na pesquisa de Lopes (2011) com 53 professores de uma escola inclusiva, o fator com

maior média foi reduzida Realização Profissional, atingindo principalmente os que ganham abaixo de dois salários mínimos. Os resultados da análise bivariada identificaram que os maiores índices de *burnout* foram encontrados nos professores com vínculos efetivos (concursados) e nos que lecionam acima de seis anos. De modo geral, os resultados dos quatro estudos apontam na direção de que as variáveis em questão afetam sobremaneira as três dimensões da SB.

Um aspecto preocupante é que os prejuízos decorrentes da SB não afetam somente o professor, mas também a organização e a sociedade, visto que provoca um ciclo degenerativo na eficácia do exercício docente ameaçando a qualidade do ensino e a formação de futuras gerações. Assim, os potenciais danos e agravos à saúde física e mental dos professores podem trazer sérios prejuízos à educação, queda de produtividade e baixa qualidade dos serviços educacionais conduzindo à resultados pífios na formação dos educandos.

Para melhor estimular atitudes preventivas e de tratamento nos professores e na organização não basta diagnosticar a síndrome, sendo necessário identificar quais são as fontes geradoras de estresse no ambiente escolar. Com essa finalidade, a presente pesquisa fez um elo entre as três dimensões de *burnout* e os estressores laborais percebidos por docentes do ensino médio noturno.

MÉTODO

Tipo de estudo, local

professores disponíveis nas escolas, e que após serem convidados, aceitaram participar da pesquisa.

Foram incluídos na amostra exclusivamente os docentes com vínculo empregatício efetivo, em pleno exercício da função e que concordaram participar da pesquisa assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos os que lecionavam somente em turno diurno, bem como os aposentados, os que estavam na condição de desviados da função docente, e os que estavam legalmente afastados do trabalho (p. ex. férias, licença médica) ou ausentes no período em que se coletou os dados.

Obteve-se a participação de 125 professores, correspondendo a uma amostra de 59,5%. A maioria é do sexo masculino (60,8%), casada (57,6%), com idade variando entre 19 a 61 anos ($M = 39,3$; $dp = 9,66$). Mais da metade tem pós-graduação *lato sensu* (49,6%), seguido do nível superior (40,8%). Verificou-se que 57,6% têm em média 11 anos de docência ($dp = 8,2$), existindo casos com até 30 anos, o que configura um grupo profissionalmente experiente. Boa parte (39,2%) possui mais de um emprego remunerado, no entanto, somados todos os empregos, a renda mensal de 68% da amostra é apenas ligeiramente acima de três salários mínimos. A maioria (68%) leciona entre 20 e 40 horas semanais, mas existe um percentual expressivo da (19,2%) trabalhando acima de 45 horas semanais.

Instrumentos

Para avaliar os níveis da síndrome de *burnout* nas suas três dimensões constituintes (EE, DE e rRP), utilizou-se o *Maslach Burnout Inventory* (versão *Educator's Survey*), edição espanhola de Seisdedos (1997), traduzida e adaptada pelo Grupo de Estudos e Pesquisas em Estresse e *Burnout* GEPEB (BENEVIDES-PEREIRA, 2001). Esta escala possui 22 itens que variam de 0 (nunca) a 6 (todo os dias), com alfas de *Cronbach* de 0,84 para a subescala EE, de 0,57 para a subescala DP, e de 0,76 para os itens invertidos da subescala RP.

Para identificar os principais estressores do ambiente de trabalho percebidos pelos professores, elaborou-se um Questionário Laboral com perguntas que indagaram sobre o significado pessoal e social do trabalho docente, sobre quais aspectos do trabalho são considerados prazerosos e quais são estressantes, sobre as vantagens e desvantagens do horário noturno, e se os professores apresentam algum problema de saúde, permanente ou frequente, causado pelo exercício docente.

Para descrever as principais características da amostra (sexo, idade, estado civil, instrução escolar, tempo de serviço, renda mensal e carga horária de trabalho), utilizou-se um

Questionário Sociodemográfico, sendo tais características já apresentadas na seção que narra o perfil dos participantes da pesquisa.

Procedimento de coleta dos dados

Foram respeitados os regulamentos éticos das Resoluções Nº 466/12 e Nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde – CNS que orientam pesquisas em seres humanos. A coleta dos dados foi iniciada após se obter a anuência da 3ª Região de Ensino e Cultura e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

Os professores que foram convidados e aceitaram participar da pesquisa receberam um protocolo, contendo todos os instrumentos, e assinaram um TCLE contendo informações sobre o objetivo da pesquisa, o anonimato e sigilo das respostas, e sobre o direito de desistência, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pessoal ou institucional. Os protocolos foram aplicados coletivamente nas escolas, em salas cedidas pelos gestores escolares, sendo tal aplicação previamente agendada conforme a disponibilidade de horário e tempo dos professores. O tempo gasto para preenchimento de todos os instrumentos foi, aproximadamente, 15 minutos.

Procedimento de análise dos dados

Os dados do MBI e do Questionário Sociodemográfico foram lançados no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) e, em seguida, foram efetuadas análises descritivas (média, desvio padrão, porcentagens) para delinear o perfil sociodemográfico da amostra e para verificar o ponto de corte das três subescalas do MBI.

No que diz respeito ao Questionário Laboral, as respostas foram categorizadas aplicando-se a técnica de análise de conteúdo temática (BARDIN, 2010). O primeiro passo consistiu em uma leitura flutuante das respostas que permitiu aos pesquisadores ir conhecendo o texto e se deixando captar pelas primeiras impressões, possibilitando uma pré-categorização das respostas. Em seguida, procedeu-se com a identificação e codificação das categorias empíricas encontradas. Após essa fase, dois juízes também se debruçaram sobre os dados e compararam os resultados encontrados com os da primeira autora a fim de obter o grau de concordância nas classificações. Por fim, registraram-se as categorias no banco de dados do SPSS e efetuaram-se análises estatísticas (frequência).

RESULTADOS

Recorda-se que uma pessoa acometida pela síndrome de *burnout* apresenta no MBI altos escores nos fatores EE e DE, e baixos escores no fator RP. Para calcular as médias nestes três fatores e examinar os níveis reduzido, médio e alto de cada fator, tomou-se como parâmetro os valores sugeridos pelo GEPEB (Tabela 1).

Tabela 1. Níveis da SB de acordo com os pontos de corte do MBI indicados pelo GEPEB

Fatores do MBI	Média	Níveis		
		Reduzido	Médio	Alto
Exaustão Emocional	20,93	15	16 25	26
Despersonalização	6,31	2	3 8	9
Realização Profissional	37,49	33	34 42	43

Fonte: Benevides-Pereira (2002)

Os resultados (Tabela 2) identificaram que as médias nos fatores Exaustão Emocional ($M = 24,9$; $dp = 14,2$) e Despersonalização ($M = 7,2$; $dp = 6,4$) foram maiores do que as do GEPEB, e a média do fator Realização Profissional ($M = 30,5$; $dp = 8,0$) foi menor que a do GEPEB. Quando se aplica o ponto de corte, observa-se que a Exaustão Emocional atinge 44% da amostra numa intensidade muito forte, a Despersonalização atinge graus elevados em 30,4% dos docentes e 62,4% apresenta níveis reduzidos de Realização Profissional.

Estes resultados corroboram as pesquisas de Carlotto (2010) e Lopes (2011) no que diz respeito à dimensão reduzida Realização Profissional que se destacou como a mais preocupante, atingindo ampla parcela da amostra (62,4%). Apesar do percentual alarmante, é preciso ponderar com cuidado esse resultado visto que, por ocasião da coleta dos dados, os professores deflagraram uma greve que se estendeu por cerca de quatro meses. Assim, esse percentual pode não ser, por si, indicativo de uma intensa frustração com a profissão, mas, talvez, a manifestação do descontentamento momentâneo com as condições salariais e de trabalho, reivindicadas na greve, ou com a situação de conflito e de difícil negociação com o governo estadual.

Ressalta-se que a SB surge em trabalhadores cronicamente estressados e que não conseguem enfrentar eficazmente os estressores no trabalho. Embora não se tenha dados sobre o desfecho da referida greve, é possível dizer que, o uso de estratégias combativas ao estresse (*coping*), tal como a greve, quando bem sucedidas, possibilitam aliviar tensões e recuperar o equilíbrio emocional.

Tabela 2. Médias, desvios-padrão e distribuição dos valores do MBI conforme os pontos de corte do GEPEB (N = 125)

Fator	Média	Desvio-padrão	Nível	Número de sujeitos	%
Exaustão Emocional N = 122 (97,6%)	24,9	14,2	Reduzido	42	33,6
			Médio	25	20,0
			Alto	55	44,0
Despersonalização N = 121 (96,8%)	7,2	6,4	Reduzido	47	37,6
			Médio	36	28,8
			Alto	38	30,4
Realização Profissional N = 120 (96%)	30,5	8,0	Reduzido	78	62,4
			Médio	42	33,6
			Alto	-	-

Para conhecer os principais estressores laborais percebidos pela amostra, essa pesquisa explorou as perguntas do Questionário Laboral a respeito do que os professores pensam do seu trabalho, das condições em que o executa, e dos danos causados à saúde.

Inicialmente, se perguntou o que o trabalho docente significa para eles. Observou-se que 48% das respostas apontam a docência como fonte de realização pessoal e profissional, 25,6% se refere ao trabalho como a esfera mais importante da vida, 19,2% o vê como uma fonte de renda, 16,8% o considera um compromisso social, e 16,0% como possibilidade de trocar conhecimentos. Quando perguntados se a docência é um trabalho valorizado pela sociedade, a maioria das respostas indica que os professores se sentem profissionalmente mais desvalorizados (62,4%) do que valorizados (49,6%).

Solicitou-se, em seguida, que os professores indicassem quais fatores são mais gratificantes e quais os mais estressantes no contexto laboral. A Tabela 3 mostra que o aspecto positivo mais citado nas respostas foi o relacionamento interpessoal (64%), sugerindo que trabalhar com pessoas, conviver e estabelecer contatos sociais são aspectos compensadores e motivadores. O segundo aspecto mais citado foi o sentimento de utilidade social (48% das respostas), indicando que o professor, se percebe realizando uma atividade importante e útil para a melhoria da sociedade. Relativo aos aspectos negativos (fonte de estresse), 47,2% das respostas se referem a conflitos interpessoais com o alunado e com os colegas de trabalho, 28% se referem aos problemas psicossociais e de saúde provenientes das condições de trabalho, 27,2% à déficits nos salários (27,2%) e 27,2% a desvalorização profissional.

Observa-se nesses resultados que, simultaneamente, as relação interpessoais foram fortemente citadas como um aspecto gratificante (64,0%) e estressante (47,2%), sinalizando que, talvez, o surgimento do *burnout* na amostra tenha raízes na corrosão dos relacionamentos vivenciados no dia a dia do trabalho. Observa-se, ainda, que as duas última categorias (Déficits

Econômicos e Desvalorização Profissional) apresentam o mesmo percentual de respostas, conduzindo a concluir que esses dois aspectos podem estar associados e indicando que o sentimento de insatisfação da amostra se expressa nas condições tangíveis de trabalho, notadamente nas questões salariais, como defasagem, pontualidade nos pagamentos e ajustes salariais, que durante a greve foram os quesitos mais importantes na pauta de reivindicações junto ao governo estadual.

Tabela 3. Aspectos gratificantes e estressantes percebidos no trabalho

Fatores gratificantes no trabalho docente	Frequências	%
Relacionamentos: com alunos e colegas, conviver com pessoas.	80	64,0
Sentimento de utilidade: ser útil/contribuir com a sociedade/formação/crescimento/sucesso do aluno, transformar pessoas, transmitir conhecimentos.	60	48,0
Expressividade: novas experiências, troca de experiências.	18	14,4
Total de respostas	158	100
Fatores estressantes no trabalho docente	Frequências	%
Conflitos interpessoais: desrespeito do alunado e desinteresse pelos estudos, ingratidão, intrigas com colegas, falta de cooperação/união de equipe, politicagem.	59	47,2
Problemas psicossociais e de saúde: desgastes físico e mental, estresse, pressões/cobranças, alta carga horária, levar trabalho p/casa, rotina, pouco tempo, material precário, riscos de assalto.	35	28,0
Déficits econômicos: má remuneração, baixo salário, atraso de pagamento.	34	27,2
Desvalorização profissional: falta de reconhecimento, descaso e descompromisso dos governantes.	34	27,2
Total de respostas	162	100

Nesta pesquisa todos os docentes lecionam em horário noturno, ainda que 39,2% possuam outro(s) emprego(s) e possam estar trabalhando, também, em horários diurnos (matutino e/ou vespertino). O horário noturno vem sendo apontado na literatura educacional (GONÇALVES; PASSOS & PASSOS, 2005; TOGNI & CARVALHO, 2007) como bastante problemático porque, em muitos casos, os professores já estão em seu terceiro turno de trabalho, cansados, tendo que enfrentar classes numerosas e heterogêneas, e dificuldades de infraestrutura.

Quando questionados se esse tipo de horário traz alguma consequência pessoal e para a vida familiar, observou-se um número diversificado de respostas (Tabela 4), sendo a quantidade de vantagens superior às desvantagens (97 e 64, respectivamente). Os resultados indicam que a principal vantagem de trabalhar à noite (39,3% das respostas) é dispor de mais tempo durante

o dia para realizar atividades laborais que não puderam ser concluídas na escola (planejar aulas, corrigir provas) e atividades extralaborais (resolver problemas pessoais, estudar). Corroborando a literatura (GONÇALVES; PASSOS & PASSOS, 2005; TOGNI & CARVALHO, 2007), outro aspecto vantajoso é que no horário noturno do ensino médio estudam alunos trabalhadores, de maior faixa etária, com mais maturidade e dispostos a vencer (23,2% das respostas), o que torna a docência mais gratificante e desafiadora. Mesmo que possa ser estimulante lidar com alunos trabalhadores, esses autores advertem que o turno noturno é mais sacrificante e requer disposição diária do professor para transmitir bem os conteúdos de aula.

Quando se examina as respostas sobre as desvantagens do horário noturno, observa-se que a amostra se queixa do cansaço físico e mental (17,6% das respostas), sobretudo quando lecionam em mais de uma escola ou exercem outra atividade remunerada, o que acaba acarretando acúmulo e excesso de trabalho. Outra desvantagem é a insegurança e medo na volta para casa (9,8% das respostas) tendo em vista que, geralmente, o horário de término das aulas noturnas é bastante avançado e os professores que dependem de transporte coletivo correm ainda mais riscos do que os que dispõem de veículos particulares.

Tabela 4. Vantagens e desvantagens do horário noturno de trabalho

<u>Vantagens</u>	Frequências	Proporção das respostas
Tempo diurno disponível para planejar aulas	49	39,3
Lidar com aluno trabalhador/ mais velhos/ dispostos a vencer/ desafio em lidar com limites do aluno	29	23,2
Ambiente noturno tranquilo/ agradável/ menos cansativo/ menor carga horária	8	8,4
Maior disposição física à noite/ melhor desempenho	5	4,0
Ter outra fonte de renda	4	3,2
Crescimento profissional	2	1,6
Total de respostas	97	100
<u>Desvantagens/prejuízos</u>		
Cansaço/ desgaste físico e mental/ adoecimento/ excesso de trabalho/ levar trabalho para casa	22	17,6
Sair tarde/ transportes/ insegurança	12	9,8
Carga horária elevada/ horário dificulta estudar	7	5,6
Desrespeito/ desvalorização/ Desunião entre docentes	8	6,4
Má remuneração	5	4,0
Pouco lazer	4	3,2
Má alimentação	2	1,6
Precária acomodação física	2	1,6
Desmotivação	2	1,6
Total de respostas	64	100

A SB pode se manifestar de variadas formas no indivíduo, sendo os sintomas físicos de saúde uma das mais comuns (BENEVIDES-PEREIRA, 2002; GIL-MONTE & PEIRÓ, 1997; VIEIRA, 2010). Foram levantados os principais problemas de saúde diretamente associados ao trabalho do professor solicitando que eles apontassem as enfermidades permanentes ou frequentes contraídas no trabalho, e quais delas dificultam ou os impede de comparecer à escola. As respostas (Tabela 5) indicam que 88,8% das respostas se referem à dores frequentes, 36,8% à problemas na voz e 31,2% à fadiga pelo excesso de trabalho.

Constatou-se que decorrente dessas enfermidades, 26,4% da amostra já faltaram ou se afastaram do trabalho por licença médica, sendo o problema de voz e as dores de cabeça (cefaleias) os males mais comuns para o afastamento. Resultados semelhantes sobre as causas do absenteísmo em docentes são apontadas em outras pesquisas (ESTEVE, 1999; PASCHOALINO & FIDALGO, 2010).

Tabela 5. Problemas de saúde associados ao trabalho

Enfermidades	Frequências	Proporção das Respostas
Dores (de cabeça, musculares, pernas, coluna, estômago)	111	88,8
Problema de voz	46	36,8
Cansaço/ fadiga	39	31,2
Problemas respiratórios (alergia, rinite, faringite)	33	26,4
Distúrbio do sono	26	20,8
Outros (hipertensão, anemia, problema de visão, bursite)	5	4,0
Total de Respostas	260	100,0

DISCUSSÃO

As três dimensões da SB atingem, em diferentes graus, os professores do ensino médio das escolas estaduais de Campina Grande, sendo a Realização Profissional (RP) a mais afetada. Essa dimensão representa o aspecto de autoavaliação da síndrome e, geralmente, está associada a avaliação da própria competência e ao sentimento de reconhecimento pelo trabalho. É possível que trabalhar em escolas públicas com condições possivelmente precarizadas (FERENHOF & FERENHOF, 2002; ROMEU, 1987) esteja exigindo do professor um sobreesforço psíquico para lidar não apenas com os estressores típicos da profissão, mas principalmente com a desvalorização do ofício que se manifesta de forma mais concreta nos baixos salários e na greve por melhores salários. Não há como descartar a possibilidade de que tais circunstâncias de

trabalho, cedo ou tarde, possam interferir drasticamente no desempenho docente (ESTEVE, 1999), levando o professor a cometer erros, culpar-se pelos fracassos, sentir-se inoperante no trabalho, e conseqüentemente insatisfeito quando seus esforços parecem em vão para alcançar os objetivos da educação e o valor do educador.

A Realização Profissional, além de abranger o maior número de sujeitos, é também a que está mais implícita e explicitamente no conteúdo das respostas ao Questionário Laboral por meio de sentimentos de desvalorização profissional. Nos resultados encontrados sobre a importância do trabalho docente (para si e para a sociedade), ainda que pese a importância atribuída à recompensa salarial, foi possível observar que o trabalho significa para o professor algo mais que um meio de sobrevivência. Para eles o trabalho é um importante fator de socialização com os pares, e por meio do qual é possível realizar-se como pessoa e como profissional, e também contribuir para a melhoria da sociedade. Nesses termos, a educação constitui valor intrínseco que dá sentido ao trabalho.

Apesar da alta importância atribuída ao trabalho, observou-se que a maioria das características do ambiente laboral foi percebida negativamente pelos professores e constituem ameaças à preservação do sentido do trabalho. Estudos psicossociais (ESTEVE, 1999; SELIGMANN-SILVA, 2013) têm apontado que grupos ocupacionais com atividades voltadas para a formação e desenvolvimento humano, como é o caso do professor, muitas vezes veem o seu trabalho como uma missão e mantêm grandes expectativas quanto ao que desejam realizar e ao reconhecimento que acreditam merecer. Porém quando surgem ameaças à preservação do sentido do trabalho, a síndrome de *burnout* começa a se instalar de forma insidiosa e progressiva.

Apesar da amostra atribuir mais vantagens do que desvantagens ao horário noturno de trabalho, observou-se que ao considerar vantajoso lecionar à noite porque o dia pode ser utilizado para fazer as tarefas escolares que não foram possíveis concluir no próprio ambiente de trabalho, apenas revela bem como o professor já incorporou levar trabalho para casa como uma rotina normal na vida docente.

Para a amostra, as ameaças presentes no ambiente laboral se configuram como problemas interpessoais com o alunado e com os companheiros de trabalho, déficits de saúde, carga de trabalho excessiva, e o sentimento de desvalorização social da profissão, que conjuntamente podem estar contribuindo para desencadear o processo de *burnout*.

No tocante as enfermidades que causam o absentéismo na amostra, observou-se que dois dos problemas mais frequentes (dor e fadiga) são sintomas invisíveis que, muitas vezes, as organizações atribuem equivocadamente a preguiça ou negligência do trabalhador. O

absenteísmo na amostra, decorrente dessas enfermidades, parece revelar o alto grau de esgotamento psíquico encontrado nas três dimensões de *burnout*. O absenteísmo é, também, uma maneira de mostrar-se insatisfeito com as condições de trabalho, ou um mecanismo inconscientemente usado para restabelecer o equilíbrio emocional, podendo ser o caso dos professores estudados. Seja como for, sabe-se que o aumento do absenteísmo incide na diminuição do rendimento no trabalho, sendo previsível que as consequências da SB no professor repercutam negativamente no plano individual, organizacional e societal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa evidenciou que algumas variáveis organizacionais estressoras demandam do professor ir além das suas forças psíquicas, levando-o a desenvolver a síndrome de *burnout*. Verificou-se na pesquisa que alguns fatores laborais como, desvalorização profissional, salário deficitário, múltiplos empregos, de alguma maneira podem estar contribuindo para o aparecimento de *burnout* na amostra. A dimensão Realização Profissional da SB se apresentou como a mais afetada, podendo estar associada aos sentimentos de desvalorização do professor e a percepção de condições materiais deficitárias, como os salários.

Recomenda-se cautela com relação aos resultados desta pesquisa, uma vez que ela foi realizada dentro de um contexto sociolaboral específico composto por uma amostra não-probabilística, o que implica baixo poder de generalizá-la para outros professores ou realidades institucionais. Os resultados, entretanto, sinalizam a importância de intervenções que contemplem as variáveis estudadas e auxiliem a comunidade escolar na busca de uma melhor qualidade de vida no trabalho e de um melhor serviço à sociedade.

Considera-se, ainda, que a divulgação dos resultados são ferramentas importantes que podem se juntar a outros elementos para subsidiar ações educativas voltadas a disseminar o conhecimento sobre a síndrome e, ao mesmo tempo, auxiliar o professor no manejo do *burnout*. Sabe-se, entretanto, que apenas o conhecimento sobre o problema não é suficiente para resolvê-lo, sendo indispensável traçar planos de políticas públicas de prevenção ao *burnout* para evitar que ele assuma maiores proporções, prejudicando ainda mais a qualidade de vida dos docentes e/ou impedindo a boa produtividade e o desenvolvimento dos projetos escolares.

Um dado que chama a atenção nos resultados, é que o um dos motivos que pode desencadear a síndrome o contato com as pessoas é a principal característica ou a motivação principal dos benefícios da prática docente na amostra. Questiona-se, o que poderá estar

ocorrendo na relação professor, aluno e instituição, que está classificando o trabalho como mais negativo e pouco prazeroso? Tal questionamento não pode ser respondido em um âmbito apenas pessoal ou institucional, podendo até mesmo suscitar outro questionamento, em nível macro, sobre a relação dessas três instâncias citadas e a política educacional.

A perspectiva psicossociológica sinaliza para a importância do foco da prevenção e do diagnóstico da síndrome de *burnout* nas questões institucionais, sociais e, especialmente, com ênfase das políticas públicas de saúde do trabalhador, o que já vem sendo pesquisado por outros autores (p. ex. SOUZA, 2010). Tal ênfase poderá contribuir para a valorização e

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. MBI-Maslach Burnout Inventory e suas adaptações para o Brasil. **Anais da 32ª Reunião Anual de Psicologia**, p. 84-85, 2001.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

CAMPÊLO, M. P. S. **Síndrome de burnout e satisfação laboral em professores no Juazeiro do Norte**. 2019. (Dissertação de Mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2019. Disponível em <http://hdl.handle.net/10437/9697> Acesso em: 31 de ago. 2020.

CARDOSO, A. M.; LIRA, D. C.; SOUSA, T. J.; PINHO, A. M. Síndrome de burnout e docência: uma revisão integrativa. **Revista Expressão Católica**, v. 8, n. 2, p. 7-14, 2019.

CARLOTTO, M. S. Síndrome de burnout: diferenças segundo níveis de ensino. **Revista PsicoPUC-RS**, Porto Alegre, v. 41, n. 4, p. 495-502, 2010.

CARLOTTO, M. S., CÂMARA, S. G., DIEHL, L., ELY, K., FREITAS, I. M., & SCHNEIDER, G. A. Estressores ocupacionais e estratégias de enfrentamento. **Revista Subjetividades**, v. 18, n. 1, p. 92-105, 2018.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Preditores da síndrome de burnout em professores. **Revista Psicologia Escolar e Educacional**, Uberlândia, v. 11, n. 1, p. 101-110, 2007.

CARLOTTO, M. S.; PALAZZO, L. S. Síndrome de burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro - RJ, v. 22, n. 5, p. 1017-1026, 2006.

CARVALHO, C. G.; MAGALHÃES S. R. Inteligência emocional como estratégia de prevenção contra a síndrome de burnout. **Revista Universidade do Vale Rio Verde**, Três corações, MG, v. 11, n. 2, p. 540-550, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v11i2.540550>. Acesso em: 31 de ago. 2020.

SHAUGHNESSY, J. J.; ZECHMEISTER, E. B.; ZECHMEISTER, J. S. **Metodologia de pesquisa em psicologia**. AMGH Editora, 2012.

CODO, W.; VASQUEZ-MENEZES, I. V. O que é burnout? In: CODO, W. (Org.). **Educação: Carinho e Trabalho**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999, p. 237-254.

CORTEZ, P. A.; SOUZA, M. V. R.; AMARAL, L. O.; SILVA, L. C. A. A saúde docente no trabalho: apontamentos a partir da literatura recente. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 113-122, 2017.

COSTA, G. L. M.; OLIVEIRA, D. A. Trabalho docente no ensino médio no Brasil. **Perspectiva**, Florianópolis, v. 29, n. 2, p. 727-750. 2011.

DALLACOSTA, F. M. **Avaliação do nível de satisfação no trabalho e dos sintomas de burnout em docentes da área de saúde**. (Tese de Doutorado) Universidade Católica do Rio

Grande do Sul, Brasil, 2014. Disponível em <https://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/1791/1/464260.pdf>. Acesso em: 31 de ago. 2020.

DIAS, B. V. B.; SILVA, P. S. S. Síndrome de Burnout em docentes: revisão integrativa sobre as causas. **Revista Cuidados em Enfermagem**, v 12, n. 1, p. 95-100, 2020.

ESTEVE, J. M. **O mal-estar docente**: a sala de aula e a saúde dos professores. Bauru: EDUSC, 1999.

FACCI, M. G. D.; URT, S. C. **Precarização do trabalho, adoecimento e sofrimento do professor**. Teresina: EDUFPI, 2017.

FERENHOF, I. A.; FERENHOF, E. A síndrome de burnout em professores influenciará a educação?. **Revista de Educação Brasileira**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 47, p. 109-130, 2001.

FERENHOF, I. A.; FERENHOF, E. Burnout em professores. **Revista Avaliação e Mudança**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 131-151, 2002.

FINAMOR-NETO, J. G. A precarização do trabalho docente na rede estadual de educação do rio Grande do Sul: a contratação temporária de professores como flexibilização das relações de trabalho. In XV ANPED SUL. **Anais...** Florianópolis, 2004, p.1-7

FREUDENBERGER, H. J. Staff burnout. **Journal of Social Issues**, New York, v. 30, n. 1, p. 159-165, 1974.

GENUÍNO, S. L. V.; GOMES, M. S.; MORAES, E. M. O estresse ocupacional e a síndrome de burnout no ambiente de trabalho: suas influências no comportamento dos professores da rede privada do ensino médio de João Pessoa. **Revista Anagrama**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 1-9, 2010.

GIL-MONTE, P.; PEIRÓ, J. M. **Desgaste psíquico en el trabajo**: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis Psicología, 1997.

GOMES, A. R.; MONTENEGRO, N.; PEIXOTO, A. M. B. C.; PEIXOTO, A. R. B. C. Stress ocupacional no ensino: um estudo com professores dos 3º ciclo e ensino secundário. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 22, n. 3, p. 587-597, 2010.

GONÇALVES, L. R.; PASSOS, S. R. M. M. S.; PASSOS, A. A. Novos rumos para o ensino médio noturno como e por que fazer? **Ensaio**: avaliação e políticas públicas em educação, Rio de Janeiro, v. 13, n. 48, p. 345-360, 2005.

LAPO, F. R.; BUENO, B. Os Professores, desencanto com a profissão e abandono do magistério. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 118, p. 65-88, 2003.

LOPES, M. O. Síndrome de burnout: um estudo com professores do ensino médio em uma escola pública inclusiva de Belo Horizonte. 2011. Dissertação (Mestrado em Administração), Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte, 2011.

MASLACH, C. Burned-out. **Human Behavior**, v. 5, n. 9, p. 16-22, 1976.

MASLACH, C. Compreendendo el burnout. **Ciencia & Trabajo**, Santiago, v. 11, n. 32, p. 37-43, 2009.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. **Maslach Burnout Inventory**. Palo Alto: Consulting Psychologist Press, 1981.

MASLACH, C.; LEITER, M. **The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it**. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1997.

MASLACH, C.; LEITER, M. **Trabalho: fonte de prazer ou desgaste?**. Campinas: Papirus, 1999.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W; LEITER, M. Job burnout. **Annual Reviews Psychology**, n. 52, p. 397-422, 2001.

NOBRE, F. C.; CORRÊA, D. A.; NEPOMUCENO, L. H.; NOBRE, L. H. N.; SOUZA, A. J.; SIQUEIRA-FILHO, V. A amostragem na pesquisa de natureza científica em um campo multiparadigmático: peculiaridades do método qualitativo. **Revista Espacios**, [s.l.], v. 38, n. 22, p. 157-166, 2017. Disponível em <https://www.revistaespacios.com/a17v38n22/a17v38n21p13.pdf>. Acesso em: 23 de ago. 2020.

OLIVEIRA, L. J.; PIRES, A. P. V. Da precarização do trabalho docente no Brasil e o processo de reestruturação produtiva. **Revista do direito público**, v. 9, n. 1, p. 73-100, 2014.

OMS/OPAS-Brasil. CID: *Burnout* é um fenômeno ocupacional. 2019. Recuperado de: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5949:cid-burnout-e-um-fenomeno-ocupacional&Itemid=875

PASCHOALINO, J. B. Q.; FIDALGO, F. S. R. O Sacrossanto IDEB: a lógica atual da avaliação e impactos no currículo escolar. In: IX COLÓQUIO SOBRE QUESTÕES CURRICULARES/ V COLÓQUIO BRASILEIRO, 2010, Porto, **Anais...** Portugal, 2010, p. 4547-4557.

PEREIRA, J. A. (2012). Sofrimento mental relacionado ao trabalho docente. In: VII

SANCHES, A. P. R.; GAMA, R. P. O mal-estar docente no contexto escolar: um olhar para as produções acadêmicas brasileiras. **Laplage em revista**, v. 2, n. 3, p. 149-162, 2016.

SEISDEDOS, N. . Manual da tradução espanhola. Madrid: TEA, 1997.

SELIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia no trabalho: aspectos contemporâneos. In: J. J. FERREIRA; L. O. PENIDO (Orgs.). **Saúde mental no trabalho**: coletânea do fórum da saúde e segurança no trabalho do estado de Goiás. Goiânia: Cir Gráfica, 2013, p. 209-237.

SILVANO, A. M. C. Possibilidades e limites da abordagem quantitativa na pesquisa em educação. **Educação, Escola e Sociedade**, v. 9, n. 9, p. 95-110, 2016.

SOUZA, C. A. A. Avaliação de medidas de burnout: políticas públicas de saúde do professor. In: LEVY, G. C. T; F. P. N. SOBRINHO (Orgs.). **A síndrome de burnout em professores do ensino regular: pesquisa, reflexões e enfrentamento**. Rio de Janeiro: Cognitiva. 2010, p. 98-116.

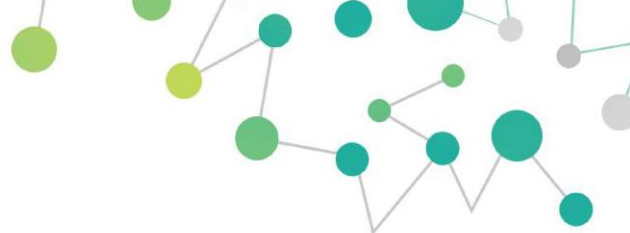
TAMAYO, M. R. Burnout. In: BENDASSOLLI, P. F.; BORGES-ANDRADE, J. E. (Orgs.), **Dicionário de Psicologia do Trabalho e das Organizações**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015, p.139-146.

TOGNI, A. C.; CARVALHO, M. J. S. A escola noturna de ensino médio no Brasil. **Revista Ibero Americana de Educación**, Buenos Aires, n. 44, p. 61-76, 2007.

VALE, P. C. S.; AGUILLERA, F. Estresse dos professores de ensino fundamental em escolas públicas: Uma revisão de literatura. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 5, n. 1, 2016.

VIEIRA, I. Conceito de burnout: questões atuais de pesquisa e a contribuição clínica. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 269-276, 2010.

VIEIRA, I. et al. Burnout na clínica psiquiátrica: relato de um caso. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto alegre, v. 28, n. 3, p. 352- 356, 2006.



SÍNDROME DE *BURNOUT* EM ESTUDANTES DE DIFERENTES PERÍODOS ACADÊMICOS DE PSICOLOGIA¹

Silvânia da Cruz Barbosa²
Ana Luiza Silva Lima³

RESUMO

A Síndrome de *Burnout* (SB) se caracteriza por total esgotamento energético individual e surge como resposta à estressores laborais crônicos. Pode se desenvolver em qualquer grupo ocupacional ou pré-ocupacional inseridos em contextos com alta demanda de atividades e pressão no trabalho. Essa pesquisa foi desenvolvida numa universidade pública com objetivo de avaliar valores significativos nas dimensões de *burnout* em graduandos de psicologia, diferenciados por períodos acadêmicos de início, meio, e final do curso. Participaram 147 estudantes (amostra de 59,5%). Foram aplicados os instrumentos: *Maslach Burnout Inventory – SS* para medir níveis de intensidade das três dimensões de *burnout*: Exaustão Emocional (EE), Eficácia Profissional (EP) e Descrença (DE), e uma Ficha Sociodemográfica para caracterização da amostra. Foram efetuadas análises descritivas (média, frequência, desvio-padrão, porcentagem) e comparativas (ANOVA). Observou-se 40,8% estudantes com baixa EP, 14,3% com EE, e apenas 1,4% com DE. Não houve diferença significativa entre as médias das dimensões de *burnout* dos alunos por períodos cursado (início, meio e final). Conclui-se que os estudantes de psicologia não apresentam SB, porém as dimensões afetadas (EE e EP) sugerem sobrecarga emocional e sentimentos de incompetência que merecem atenção dos gestores da universidade para evitar que futuros psicólogos ingressem adoecidos no mercado de trabalho e/ou venham prestar serviços de baixa qualidade. Teoricamente essas duas dimensões surgem da sobrecarga e acúmulo de atividades, mas é provável que outros aspectos estressores no contexto acadêmico estejam contribuindo para danificar a saúde mental da amostra. Sugere-se averiguar, em futuras pesquisas, as principais fontes do estresse acadêmico em psicologia.

Palavras-chave: *Burnout*; Estudantes de Psicologia; Períodos Acadêmicos.

INTRODUÇÃO

A palavra inglesa *burnout*, que em português significa “queimar-se” ou “destruir-se pelo fogo” (TAMAYO, 2015), se tornou usual no contexto ocupacional como uma metáfora para descrever o esgotamento energético de indivíduos que se sentem consumidos pelo trabalho como uma vela ou fogueira quando vai gradativamente apagando (BAPTISTA; GALVÃO & ALVES, 2015).

¹ A pesquisa recebeu apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por meio do Programa de Iniciação Científica da PRPGP/UEPB.

² Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, silv.barbosa@gmail.com.

³ Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, annasilva271@hotmail.com.

Na literatura psicológica, atribui-se ao psiquiatra Freudenberger e a psicóloga social Cristina Maslach o pioneirismo dos estudos sobre *burnout*, sendo estes estudos iniciados em meados de 1970 de forma independente e com posicionamentos teóricos distintos (FONTES, 2016). Freudenberger (1974) iniciou seus estudos ao observar em si mesmo e em outros profissionais que trabalhavam com ele em um programa de saúde para dependentes químicos, (*Free Clinic*), comportamentos de desmotivação e falta de comprometimento no trabalho associados a sintomas como, fadiga, irritabilidade, tremores, falta de ar e dores de cabeça. Adotando uma concepção clínica de saúde, este autor descreveu *burnout* como um estado de elevado esgotamento energético no trabalho que se inicia com uma decepção ou perda de interesse profissional, aumentando na medida em que o entusiasmo de trabalhar vai desaparecendo. Maslach (1976) iniciou seus estudos com profissionais de serviço social e de saúde, chegando a resultados aproximados aos de Freudenberger quanto à presença de sentimentos de exaustão e de apatia nesses profissionais; além disso observou que eles apresentavam atitudes de distanciamento afetivo nas relações interpessoais no trabalho. Adotando uma perspectiva psicossociológica de saúde, essa autora considerou que o esgotamento emocional não tinha origem interna nas pessoas, e sim nas interações dos indivíduos com o ambiente sociolaboral.

Na abordagem psicossociológica, diferente da perspectiva clínica, a percepção do meio social assume papel preponderante no surgimento da síndrome, enquanto os traços pessoais e de personalidade têm menor importância, embora não devam ser negligenciados nos estudos. Outra diferença é que *burnout* não é considerado um estado, e sim um processo de esgotamento físico e psíquico. Além dessas duas abordagens pioneiras, os estudos sobre *burnout* têm possibilitado o desenvolvimento de outras perspectivas teóricas (p.ex. organizacional, sócio-histórica, existencialista) (SALANOVA; LLORENS, 2011), mas segundo Carlotto e Câmara (2004) a abordagem psicossociológica conta com maior aceitabilidade no meio científico. De maneira geral, em todas elas, a maioria dos autores estão de acordo que *burnout* é uma síndrome relacionada ao meio laboral e surge como uma reação aos estressores crônicos no trabalho (BENEVIDES-PEREIRA, 2003).

No modelo psicossociológico de Maslach e Jackson (1981) a síndrome possui três dimensões: 1. Exaustão Emocional, 2. Despersonalização. 3. reduzida Realização Pessoal no Trabalho. Em estudos posteriores (MASLACH, 2003; 2009; MASLACH & LEITER, 2016), as dimensões 2 e 3 passaram a se chamar, respectivamente, Cinismo e Ineficácia no Trabalho, sendo mantida a denominação Exaustão Emocional para o componente 1, que as autoras

consideram central e o primeiro que surge no desenvolvimento da síndrome. Para avaliar essas três dimensões as autoras criaram o instrumento *Maslach Burnout Inventory* (MBI).

Exaustão Emocional (EE) representa a dimensão do estresse individual. É caracterizada pela sensação de esgotamento físico e mental e perda de energia na realização das atividades diárias. Cinismo (CI), representa a dimensão do estresse interpessoal. É caracterizada por sentimentos de intolerância, frieza e distanciamento afetivo para com os outros. Ineficácia no Trabalho (IT), representa a dimensão de autoavaliação. É caracterizada por sentimentos de insatisfação e frustração no trabalho, incompetência profissional e tendência a autoavaliação negativa do próprio desempenho (MASLACH, 2009; MASLACH & LEITER, 2016).

As pesquisas psicossociológicas, em suas fases iniciais nas décadas de 1970/1980, (MASLACH, 1976; MASLACH; JACKSON, 1981) apontavam *burnout* como uma síndrome específica de profissões humanitárias (p.ex. médicos, enfermeiros, policiais, professores) devido o contato direto e frequente com pessoas ser inevitável nessas profissões e a principal fonte do estresse. Mas, a partir da década de 1990, estudos desenvolvidos em variados grupos ocupacionais demonstraram que a síndrome não é exclusiva de profissões de ajuda, podendo atingir qualquer profissão (SALANOVA; LLORENS, 2011), e também os grupos pré-profissionais, como se constatou em pesquisas com estudantes (LOPES & GUIMARÃES, 2016; MOTA; FARIAS; SILVA & FALLE, 2017; PRADO; NORTE; CARVALHO; SOUSA & ALMEIDA, 2019).

Segundo Martinez, Pinto e Silva (2000) a expansão do conceito de *burnout* para estudantes foi proposto com rigor e suporte empírico por Schaufeli et al. (2002), que confirmou a estrutura trifatorial do MBI para medir *burnout* em estudantes como um construto formado por três dimensões interdependentes: Exaustão Emocional (sentimento de esgotamento mental em virtude das exigências do estudo); Descrença (desenvolvimento de atitudes cínicas e distanciadas em relação aos estudos); Ineficácia Profissional (percepção de estar sendo incompetente como estudante).

Estudo realizado por Agust, Grau e Beas (2002) com estudantes de vários cursos universitários identificou níveis moderados de *burnout* nas três dimensões acima referidas, destacando que os estudantes de cursos relacionados às ciências humanas apresentaram maiores níveis de Exaustão Emocional. Nos estudos revisados por Mota, Farias, Silva e Falle (2017) o surgimento da SB no alunado universitário vem sendo atribuído às constantes alterações no contexto universitário associadas às Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), que intensificaram as demandas formativas e de produção científica, exacerbando as tarefas acadêmicas.

A síndrome de *burnout* (SB) em estudantes de Psicologia se apresenta como uma questão importante e diferenciada já que a trajetória acadêmica de formação do psicólogo envolve uma série de atividades que necessitam de controle mental e emocional para aprender a lidar com problemas humanos. No contato direto com a intimidade emocional de outros seres humanos, muitas vezes, o estudante se coloca diante da sua própria vida, experimentando conflitos e frustrações que podem levá-lo ao adoecimento psíquico (BENEVIDES-PEREIRA, 2002; TARNOWSKI; CARLOTTO, 2007). Segundo Franco (2001), durante a formação acadêmica, o aluno de Psicologia poderá viver momentos de ansiedade pela carga emocional e de trabalho desencadeada pelas demandas do próprio curso. Esse autor argumenta que, no início da graduação, as leituras técnicas e os estudos de casos clínicos analisados em sala de aula poderão afetar psiquicamente alguns alunos. Já nos últimos anos, a ansiedade tende a aumentar durante os estágios supervisionados em hospitais, escolas, indústrias, comunidades ou na clínica-escola, onde os alunos precisam assumir uma postura profissional e, ao mesmo tempo, integralizar o que foi aprendido na teoria com a prática.

Autores (p. ex. BALOGUN et al., 1995; PENA; REIS, 1997; FRANCO, 2001) salientam que a população estudantil enfrenta estressores psicossociais semelhantes aos que ocorrem nas situações de trabalho, sendo muito importante identifica-los precocemente nessa população para que se possa prevenir o surgimento da SB ou combater os seus efeitos, desde o início da formação universitária, com medidas que irão beneficiar todos os segmentos: educadores, estudantes e usuários dos serviços de Psicologia.

Considerando que os estressores acadêmicos são diferenciados no decorrer do curso de Psicologia, essa pesquisa foi realizada em uma universidade pública da Paraíba com o objetivo de avaliar valores significativos nas dimensões de *burnout* em graduandos de psicologia, diferenciados por períodos acadêmicos de início, meio, e final do curso.

Partindo da premissa de Franco (2001) de que durante a formação acadêmica os estudantes de Psicologia poderão experimentar elevadas cargas de trabalho e emocional desencadeadas pelas pressões do próprio curso, e que tais pressões aumentam no transcorrer do curso, formulou-se a seguinte hipótese: quanto maior o tempo cursado pelos estudantes de Psicologia, maior será o nível de *burnout* nesses estudantes.

***Burnout* em estudantes: estudos revisados**

O período de formação universitária é, reconhecidamente, um momento de vulnerabilidade à eventos estressores, sobretudo no que concerne à imposição de novos ritmos.

e à execução de tarefas complexas. Estudos revisados por Bardagi e Hutz (2011) mostram que as principais fontes de estresse entre universitários são de âmbito intrapessoal (identificar e dominar as próprias emoções), ambiental (adequar-se à novas situações), e interpessoal (relacionar-se com outros). Um desses estudos revisados identificou que entre estudantes americanos, as mulheres tendem a apresentar maior nível de estresse acadêmico do que os homens, sendo a ansiedade e a dificuldade de organização do tempo os principais preditores do estresse. E mais, os estudantes universitários novatos, de primeiro e segundo ano, foram os que apresentaram maior nível de estresse.

Segundo Padovani et al. (2014), os dados divulgados em 2004 pelo Fórum Nacional de Pró-reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis revelaram que 36,9% dos estudantes universitários brasileiros de instituições federais padeciam de algum tipo de transtorno emocional, sendo mais prevalente entre acadêmicos dos primeiros e dos últimos anos de curso. Já no relatório de 2010, o percentual de estudantes com transtornos psíquicos subiu para 47,7%, e em 2011 um dado importante, revelado por 43% dos estudantes, foi a dificuldade de adaptação à novas situações, quer seja à cidade e à moradia, ou separação da família, não existindo diferenças significativas entre as regiões brasileiras.

Segundo Schonfeld e Bianchi (2016) os transtornos psíquicos (não psicóticos) mais comuns em trabalhadores são ansiedade, depressão e síndrome de *burnout*. Curiosamente, estes mesmos transtornos são os que também acometem estudantes e todos eles parecem surgir de fatores etiológicos comuns, por exemplo o estresse crônico. Ademais, embora esses transtornos sejam distintos, apresentam comorbidade, ou seja, podem aparecer simultaneamente numa mesma pessoa. No caso do *burnout*, como se trata de uma síndrome caracterizada por redução da afetividade e do desempenho, seu surgimento na fase estudantil ameaça a futura atuação profissional, especialmente das profissões em que a afetividade constitui recurso essencial e necessário para ajuda humanitária, como ocorre na Psicologia. Algumas pesquisas com estudantes de Psicologia demonstram a necessidade de melhor compreender e conter o surgimento precoce do *burnout* nesse segmento estudantil.

A Pesquisa de Tarnowski e Carlotto (2007) numa universidade particular de Porto Alegre com 33 estudantes do primeiro ano de Psicologia e 33 do último ano, identificou elevado índice de Eficácia Profissional e baixo índice de Descrença nos dois grupos. A Exaustão Emocional apresentou baixo índice nos alunos de início de curso, e moderado índice nos alunos de final de curso, sendo a única dimensão que apresentou diferença estatisticamente significativa, indicando os alunos de final de curso como mais esgotados que os colegas de início de curso. Segundo os autores, alunos em final de curso experimentam ansiedade frente

ao mercado de trabalho e acumulam tarefas como: realização de estágios e relatórios, definição e elaboração de trabalho de conclusão de curso, expectativas pelas últimas avaliações e aprovações nas disciplinas, participação em reuniões e preparativos da formatura. Já os alunos de início de curso, experimentam um processo de adaptação entre a saída do ensino médio e ingresso no ensino superior com suas especificidades. Nesse processo adaptativo, necessitam socializar-se com os novos colegas e professores, com novos conteúdos e regras de aprendizagem que lhes exigem maior autonomia e responsabilidade. Essas situações podem ser estressantes, mas talvez com menores implicações para o sentimento de exaustão que seus colegas de final de curso.

O Estudo de Fogaça et al. (2012) teve como objetivo identificar diferenças nas dimensões da SB em relação ao ano e turno em estudantes de Psicologia. Participaram 282 alunos do 1º ao 5º ano, de uma universidade particular paulistana, matriculados nos períodos diurno e noturno. Os dados foram coletados por meio do MBI-SS e analisados com aplicação do Teste de *Mann-Whitney*. Os resultados das médias nas três dimensões da SB não apresentaram diferenças estatísticas em relação à variável Período matriculado (diurno ou noturno). Entretanto, quando se comparou as médias entre os estudantes do 5º ano com estudantes dos anos anteriores (1º a 4º anos), observou-se diferença significativa nas dimensões Exaustão Emocional e Descrença, com médias superiores nos estudantes do 5º ano, indicando que estes alunos, em via de conclusão do curso, se mostraram mais suscetíveis ao esgotamento emocional frente às exigências dos estudos, e mais propensos a adotar atitudes cínicas e distanciada em relação às atividades acadêmicas. Inferiu-se que as diferenças encontradas nos estudantes do 5º ano podem ter relação com a sobrecarga de tarefas, normalmente empreendidas no final do curso, e com as expectativas destes concluintes frente à nova condição de profissional recém-formado.

O estudo de Lopes e Guimarães (2016), realizado com 111 estudantes de uma instituição privada do interior de São Paulo, teve como objetivo averiguar a incidência da síndrome de *burnout* em estudantes do curso de Psicologia e sua associação às variáveis acadêmicas e sociodemográficas. Os resultados mostraram escore mediano no fator Exaustão Emocional, baixos escores em Descrença e altos escores em Eficácia Profissional, indicando ausência dos sintomas da SB na amostra. Entretanto, o teste ANOVA, usado para relacionar as dimensões de *burnout* com as variáveis sociodemográficas e acadêmicas, revelou diferença estatisticamente significativa em alguns grupos de estudantes. O sentimento de Descrença foi maior entre estudantes jovens, do sexo feminino, e que já pensaram em abandonar o curso. A

Exaustão Emocional foi prevalente entre os estudantes mais jovens. A Eficácia Profissional foi mais elevada entre os estudantes que já concluíram outro curso superior.

MÉTODO

Tipo de estudo e participantes da pesquisa

A pesquisa é exploratória, descritiva, *ex post facto* e de corte transversal, com delineamento quantitativo (RODRIGUES; LIMA; BARBOSA, 2017).

A amostra foi do tipo acidental não probabilística, por conveniência (SILVANO, 2016), formada pela inclusão do maior número possível de estudantes que se teve acesso e que concordaram colaborar com a pesquisa. Participaram da pesquisa exclusivamente os estudantes maiores de 18 anos, de ambos os sexos, que estavam exclusivamente cursando Psicologia e que aceitaram livremente responder aos questionários. Foram excluídos estudantes-trabalhadores e os que estavam também cursando outra graduação, a fim de evitar o efeito da pressão de estressores laborais de outros cursos além do curso de Psicologia. Com base nesses critérios, obteve-se a participação de 147 estudantes, atingindo 59,5% da população.

Instrumentos

Maslach Burnout Inventory – SS (Student Survey), foi aplicada a versão adaptada por Schaufeli et al. (2002) e validada no Brasil por Carlotto e Câmara (2006) em amostra de estudantes universitários. O inventário possui 15 itens distribuídos em escala de resposta tipo *Likert*, variando de 0 (nunca) a 6 (sempre), agrupados em três fatores: Exaustão Emocional (EE) (5 itens, $\alpha = 0,81$); Descrença (DE) (4 itens, $\alpha = 0,59$); Eficácia Profissional (EP) (6 itens, $\alpha = 0,74$).

Ficha Sociodemográfica, criada pelas autoras desta pesquisa para coletar informações relativas ao perfil biográfico (sexo, idade, estado civil, número de filhos, renda familiar) e sócio-ocupacional da amostra (período atual do curso, atividades acadêmicas, abordagens escolhidas).

Procedimento de coleta dos dados

A coleta dos dados foi iniciada após receber autorização da universidade pesquisada e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba –

UEPB, parecer Nº 2256530, em conformidade com as Resoluções Nº 466/12 e Nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde – CNS. Após tal aprovação, se fez um contato direto com a coordenação do curso de Psicologia para apresentar a pesquisa e discutir a melhor forma de coletar os dados, ficando definido que os protocolos seriam aplicados nas salas de aula, com anuência do professor, ou em horários intervalares das atividades acadêmicas. Os alunos que aceitaram participar da pesquisa receberam um protocolo contendo os instrumentos a serem preenchidos, e um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE contendo informações sobre o objetivo da pesquisa, o anonimato e sigilo das respostas, e sobre o direito de desistência, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pessoal. O tempo gasto para responder o protocolo foi de aproximadamente 15 minutos.

Procedimento de análise dos dados

Os dados foram digitados no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), por meio do qual foram realizadas análises descritivas (médias, desvios-padrão e porcentagens) e análise de variância (ANOVA) para identificar diferenças entre as médias de *burnout* e até que ponto essas médias são influenciadas pelos períodos cursados pelos grupos de alunos (de início, meio e fim). O nível de significância adotado foi para um p menor do que 0,05.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Descrição sociodemográfica da amostra

Os participantes apresentam as seguintes características biográficas: a maioria (77,4%) é do sexo feminino, com idade variando entre 17 e 40 anos ($M = 21,8$ $dp = 3,67$) e coeficiente de variação de 17%. Relativo ao estado civil, os estudantes são predominantemente solteiros (91,2%), seguido da condição de casado (4,1%) e convivendo com outra pessoa (4,8%). A maioria (94,5%) não têm filhos, e apenas 3,9% da amostra têm entre 2 e 4 filhos. A renda familiar varia de 1 a 15 salários mínimos ($M = 3,5$; $dp = 2,73$), com coeficiente de variação de 78%. Tomando por base as classificações salariais do IBGE (2018), observou-se que 82,9% dos estudantes pertencem ao grupo familiar D, com renda moderada-baixa de 1 a 5 salários mínimos, enquanto 15% está no grupo familiar C, com renda média-intermediária de 6 a 10 salários mínimos, e apenas 2,1% possui renda mais elevada estando no grupo familiar B, renda média-alta de 11 a 15 salários.

Referente aos dados sócio-ocupacionais, o cálculo de distribuição intervalar por período letivo indica que 57 estudantes (38,8%) estão no início do curso, correspondente aos 1^o, 2^o e 3^o períodos; 49 estudantes (33,3%) estão na metade do curso, correspondente aos 4^o, 5^o e 6^o períodos; e 41 estudantes (27,9%) estão no final do curso, correspondente aos 7^o, 8^o, 9^o e 10^o períodos.

Na instituição pesquisada, a estrutura curricular do curso de Psicologia possui vários componentes curriculares organizados em torno de quatro ênfases: 1) Saúde, Políticas Públicas e Qualidade de Vida; 2) Desenvolvimento Humano e Processos Educativos; 3) Gestão com Pessoas, Processos Subjetivos e Intersubjetivos no Mundo do Trabalho; 4) Políticas Públicas, Relações Comunitárias e Cidadania. Os alunos podem escolher até duas ênfases para integralizar a carga horária e devem cumprir o estágio obrigatório ofertado nas áreas da Psicologia por abordagem. O resultado dessas escolhas (Tabela 1) mostra que os alunos preferem a área clínica (32%) e optam por seguir, principalmente, as abordagens logoterápica (13,6%) e psicanalítica (10,9%). A segunda preferência é pela área educacional (4,8%), seguida de social (3,4%), trabalho e organizacional (2,7%), e jurídica (2%).

Tabela 1. *Áreas e Abordagens escolhidas pelos estudantes de Psicologia*

	Áreas	Frequência	Porcentagem (%)
Psicologia Clínica	Logoterápica	20	13,6
	Psicanalítica	16	10,9
	Cognitivo Comportamental	7	4,8
	Centrada na Pessoa	4	2,7
Psicologia Educacional	-	6	4,8
Psicologia social	-	5	3,4
Psicologia do Trabalho e Organizacional	-	4	2,7
Psicologia Jurídica	-	3	2,0

Além das atividades de ensino realizadas dentro e fora das salas de aula (leituras, provas, seminários, debates, congressos, oficinas, etc.), várias outras atividades acadêmicas podem ser desenvolvidas pelos estudantes de Psicologia com regularidade. Os resultados (Tabela 2) mostram que a atividade de extensão se destaca como a que envolve o maior percentual de alunos (40,1%), seguida de pesquisa científica (37,4%). Dentre os que trabalham com pesquisa 17,7% desenvolvem projetos ligados ao Programa de Iniciação Científica (PIBIC) da universidade. Estas duas atividades (extensão e pesquisa) levam, muitas vezes, ao engajamento em outras atividades como os grupos de estudo, onde atualmente participam 29,3% dos estudantes. Observou-se que estão em estágio supervisionado 27,9% dos alunos concluintes,

sendo curioso que apenas 10,9% declaram ter iniciado o Trabalho de Conclusão do Curso (TCC), o que sugere apatia ou sobrecarga, já que se trata de atividade obrigatória para término do curso e exclusivamente destinada aos concluintes para obtenção do título de Bacharel em Psicologia. Em contrapartida, parece haver certo interesse em atuar nas políticas estudantis, estando 18,4% dos estudantes inseridos no Centro Acadêmico de Psicologia (CA-Psi).

Há também participação em outras atividades, embora com baixa regularidade: 4,8% fazem parte da Empresa Júnior prestando serviços de assessoria empresarial, 2,7% são monitores de algum componente curricular e 1,4% estão em estágios extracurriculares. A baixa participação do alunado nestas atividades pode ser indicativo de que elas estejam sendo menos estimuladas pelos docentes do curso do que as atividades de extensão e pesquisa que, percentualmente, lideram o *ranking* de interesse.

Tabela 2: Atividades acadêmicas realizadas pelos estudantes de Psicologia.

Atividades	Frequência	Porcentagem (%)
Extensão	59	40,1
Pesquisa/PIBIC	55	37,4
Grupo de Estudo	43	29,3
Estágio Supervisionado	41	27,9
Centro Acadêmico	27	18,4
Conclusão de Curso	16	10,9
Empresa Júnior	7	4,8
Monitoria	4	2,7
Estágio Extracurricular	2	1,4

Burnout em estudantes de psicologia

Nos países que não possuem pontos de corte validados do MBI, Shirom (1989) recomenda aplicar os valores da escala *Likert* iguais ou superiores a 4 ('bastante vezes') para avaliar as dimensões EE e DE, e valores iguais ou superiores a 2 ('algumas vezes') para avaliar a dimensão EP (esta subescala é invertida). Com base nesse critério, foram identificados 21 estudantes (14,3%) com elevada EE, 2 com elevada DE (1,4%), e 60 com sentimentos de baixa EP (40,8%), conforme se pode observar na (Tabela 3). Nesses resultados verifica-se que existem duas dimensões de *burnout* afetadas (EE e EP). A Descrença, ao contrário, praticamente inexistente na amostra.

Tabela 3. Níveis de *Burnout* em estudantes de Psicologia (N = 147)

Dimensões de <i>burnout</i>	Níveis Baixos	Freq. %	Níveis Altos	Freq. %	Freq. %
Exaustão Emocional	123	83,7	21	14,3	100
Descrença	143	97,3	2	1,4	100
Eficácia Profissional	60	40,8	81	55,1	100

O cálculo de tabela cruzada simples indica que dos 21 estudantes de psicologia com esgotamento emocional, 7 estão no período inicial do curso, 7 estão no período intermediário, e 7 no final do curso. Dentre os 60 estudantes com sentimentos de ineficácia profissional, 25 estão no período inicial, 25 no meio do curso e 10 no final do curso (Tabela 4).

Tabela 4. *Burnout* em estudantes de Psicologia por período do curso (N = 147)

Dimensões	Períodos do curso de Psicologia			Total	Freq. %
	1 ^o ao 3 ^o Início	4 ^o ao 6 ^o Meio	7 ^o ao 10 ^o Final		
Alta Exaustão Emocional	7	7	7	21	14,3
Baixa Eficácia Profissional	25	25	10	60	40,8

Para comparar as médias dos fatores de *burnout* por grupos de alunos, efetuou-se uma Anova (*test post hoc* Scheffe) considerando os períodos do curso de psicologia (início, meio e final) como fatores de distinção dos grupos (variável antecedente) e os fatores EE e EP como variáveis dependentes, visto que apenas essas duas variáveis se manifestaram na amostra. A Tabela 5 mostra que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 5. Média dos fatores usados para medir *Burnout* por período do curso de Psicologia

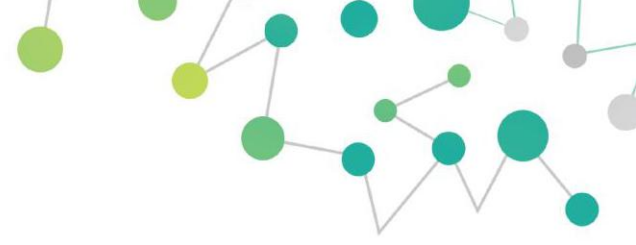
Fatores	Períodos do curso	N	Média	Desvio-Padrão	Análise variância	
					F	Significância
EE	Início	57	1,12	0,33	0,26	p ≤ 0,78
	Meio	47	1,15	0,36		
	Final	40	1,18	0,39		
	Total	144				
EP	Início	53	1,53	0,51	0,82	p ≤ 0,44
	Meio	48	1,48	0,51		
	Final	40	1,75	0,44		
	Total	141				

Os resultados obtidos não confirmam a hipótese do estudo, de que os grupos se diferenciam quanto às dimensões de *burnout*. No entanto, as análises descritivas mostram que duas dimensões (EE e EP) já se manifestam nos estudantes, sendo merecedoras de atenção para que se possa planejar medidas combativas ao estresse laboral e de apoio psicológico aos estudantes emocionalmente sobrecarregados. A dimensão EE, mesmo atingindo um percentual considerável da amostra (14,3%) não se evidenciou como a mais preocupante, podendo-se inferir que a maioria do alunado deve estar conseguindo se adaptar as situações estressantes, a diversidade de atividades e as cargas de estudo de cada período, sem chegar ao extremo esgotamento emocional.

Já a dimensão EP, se destacou como a mais atingida, existindo um percentual bastante expressivo de estudantes com sentimentos de ineficácia profissional (40,8%) distribuídos ao longo do curso. Os que se declaram mais ineficazes nos estudos estão concentrados no início e no meio do curso, totalizando 50 estudantes. Em relação aos estudantes dos três primeiros períodos, pode-se atribuir este resultado ao efeito de adaptação ao curso, pois, de acordo com as autoras Tarnowski e Carlotto (2007) geralmente os estudantes do início de curso ainda estão em processo de socialização com os colegas e professores, e necessitando desenvolver novas estratégias de aprendizagem, buscando autonomia para obtenção do êxito nas atividades.

Sobre os estudantes dos três períodos intermediários, inicia-se nessa fase as atividades de pesquisa, extensão e aprofundamento dos conteúdos que abarcam as diferentes áreas da Psicologia, e que vão auxiliar a escolha do estudante por uma formação específica. Assim, mesmo estando mais adaptados ao curso, os estudantes da fase intermediária tomam contato com um leque ainda mais variado de atividades acadêmicas do que tinham na fase inicial do curso e, ao mesmo tempo, experimentam conflito na escolha da área que irá definir seu futuro profissional. É possível que a variedade de atividades, juntamente com a incerteza dessa escolha possa estar distorcendo a percepção de estar sendo incompetente como estudante.

No que diz respeito aos estudantes dos últimos períodos, observou-se que a maioria não se considera com dificuldades em cumprir o conjunto de tarefas e responsabilidades de conclusão de curso; contudo 10 estudantes se percebem ineficazes, podendo esse sentimento, como bem adverte Fogaça et al. (2012), ser produto do acúmulo das tarefas muito específicas e que normalmente devem ser empreendidas em curto tempo por alunos concluintes como a finalização de estágios, entrega de relatórios, definição do objeto de estudo, elaboração e defesa de TCC, bem como participação nos processos preparativos da formatura e colação de grau.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa foi empreendida em uma instituição universitária para avaliar valores significativos nas dimensões de *burnout* em graduandos de psicologia, diferenciados por períodos acadêmicos de início, meio, e final do curso. Não se observou diferenças nas três dimensões de *burnout* entre os grupos de início, meio e final do curso, entretanto foram identificadas duas dimensões do *burnout* afetadas (esgotamento emocional e ineficácia profissional) e a Descrença preservada na amostra, sugerindo que a síndrome de *burnout* não se desenvolveu em sua totalidade, mas está em processo de desenvolvimento em boa parte da amostra. Esse resultado pode subsidiar a universidade pesquisada a planejar medidas de apoio organizacional que possam atenuar os sentimentos de ineficácia e de esgotamento entre os estudantes para que futuros psicólogos não entrem adoecidos no mercado de trabalho, bem como conter possível propagação desses sentimentos, por contágio emocional, para outros estudantes que não se encontram adoecidos.

Apesar dessa contribuição alerta-se que, por se tratar de um estudo transversal, com amostra não probabilística, os resultados retratam o contexto acadêmico específico de um curso de Psicologia e não devem ser transferidos para outras realidades acadêmicas. Além dessa limitação, outra se refere ao fato de ter sido uma pesquisa exclusivamente quantitativa e não se perguntou sobre os principais fatores estressantes de estudo. Essa limitação, no entanto, abre possibilidades para novas pesquisas que incluam ferramentas qualitativas para investigar mais profundamente as fontes de desgaste percebidas e as estratégias de *coping* usadas em combate aos estressores no âmbito acadêmico.

REFERÊNCIAS

- AGUST, S.; GRAU, R.; BEAS, M. Burnout en mujeres: un estudio comparativo entre contextos de trabajo y no trabajo. **Ansiedad y estrés**, v. 7, n. 1, p. 79-88, 2002.
- BALOGUN, J. et al. Test-retest reliability of a psychometric instrument designed to measure physical therapy students' burnout. **Perceptual and Motor Skills**, v. 81, n. 2, p. 667-672, 1995.
- BAPTISTA, G.; GALVÃO, A. M.; ALVES, L. F. A. Síndrome de Burnout no exercício da enfermagem. **In Saúde: do Desafio ao Compromisso**, v.1, p. 299-312, 2015.
- BARDAGI, M. P.; HUTZ, C. S. Eventos estressores no contexto acadêmico: uma breve revisão da literatura brasileira. **Interação em Psicologia**, v. 15, n. 1, p. 111-119, 2011.

BENEVIDES-PEREIRA, A. **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BENERVIDES-PEREIRA, A. M. T. O estado da arte do burnout no Brasil. **InterAção Psy**, v.1, n. 1, p. 4-11, 2003.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Características psicométricas do Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) em estudantes universitários brasileiros. **Psico-USF**, v. 11, n. 2, p. 167-73, 2006.

CARLOTTO, M. S. & CÂMARA, S. G. Análise fatorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. **Revista Psicologia em Estudo**. v. 9, n. 3, p. 499-505, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/pe/v9n3/v9n3a17.pdf>>. Acesso em 13 de agosto de 2020.

FOGAÇA et. al. Burnout em estudantes de psicologia: diferenças entre alunos iniciantes e concluintes. **Aletheia**, v. 38, n. 39., p. 124-131, 2012.

FONTES, F. F. Teorização e conceitualização em psicologia: o caso do burnout (**Tese de Doutorado**). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil, 2016.

FRANCO, S. L. R. Estudantes de psicologia, eficácia adaptativa e a psicoterapia como medida preventiva em saúde mental. **Mudanças - Psicoterapia e Estudos Psicossociais**, v. 9, n. 16, p. 41-63, 2001.

FREUDENBERGUER, H. Staff burn-out. **Journal of Social Issues**, v. 30, n. 1, p. 159-165, 1974.

IBGE. **Faixas salariais e classes sociais. Qual a sua classe social?** Disponível em: <<https://thiagorodrigo.com.br/artigo/faixas-salariais-classe-social-abep-ibge/>> Acesso em: 8 de maio, 2018.

LOPES, F. L.; GUIMARÃES, G. S. Estudo da Síndrome de Burnout em Estudantes de Psicologia. **Psicologia: Ensino & Formação**, [s.l.], v. 7, n. 1, p.40-58, 31 jul. 2016.

MARTÍNEZ, I. M. M.; PINTO, A. M.; SILVA, A. L. A. Burnout em estudantes do ensino superior. **Revista Portuguesa de Psicologia**, v. 35, p. 151-167, 2000.

MASLACH, C. Job burnout: new directions in research and intervention. **Current Directions in Psychological Science**, v. 5, n. 13, p. 189-192, 2003.

MASLACH, C. Comprendiendo el burnout. **Revista Ciencia & Trabajo**, v. 11, n. 32, p. 37-43, 2009.

MASLACH, C.; LEITER, M. P. Understanding burnout experience: recente research and its implications for psychiatry. **World Psychiatry**, v. 15 n. 2, p. 103-111, 2016.

MASLACH, C. *Burn-Out*: the loss of human caring. **Human Behavior**, v. 5, p. 16-22, 1976.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. **Maslach burnout inventory**. Palo Alto: Consulting Psychologist Press, 1981.

MOTA, I. D., FARIAS, G. O., SILVA, R., & FALLE, A. Síndrome de burnout em estudantes universitários: um olhar sobre as investigações, **Motrivivência**, 29(especial), p. 243-256, 2017. Disponível em: <<file:///E:/Downloads/46352-182484-1-PB.pdf>>. Acesso em 10 de agosto de 2020.

PADOVANI, R. C.; et al. Vulnerabilidade e bem-estar psicológicos do estudante universitário. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 10, n. 1, p. 2-10, 2014.

PENA, L.; REIS, D. Student stress and quality of education. **Revista de Administração de Empresas**, v. 37, n. 4, p. 16-27, 1997.

PRADO, M. S. F. M.; NORTE, N. M.; CARVALHO, I. G. M.; SOUSA, R. J. A. Avaliação da síndrome de burnout entre estudantes do último ano de um curso de medicina do Brasil. **Archives of Health Science**, v. 26 n. 1, p. 41-46, 2019.

RODRIGUES, C. F. S.; LIMA, F. J. C.; BARBOSA, F. T. (2017). Importância do uso adequado da estatística básica nas pesquisas clínicas. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 67, n. 6, p. 619-625, 2017.

SALANOVA, M.; LLORENS, S. Hacia una perspectiva psicosocial del *burnout*: cuando el trabajo "nos" quema... In: TÓMAS, E. A. et al. (Orgs.). **Nuevas formas de organización del trabajo y la empleabilidad**. Oviedo: Universidad de Oviedo, p. 271-295, 2011.

SCHAUFELI, W. B.; MARTINEZ, I. M.; PINTO, A. M.; SALANOVA, M.; BAKKER, A. B. **Burnout and engagement in university students**. A Cross National Study, v. 33, n. 5, 464-481, 2002.

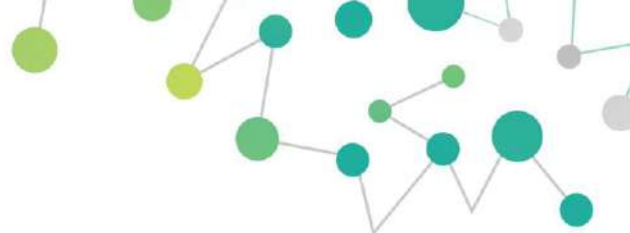
SCHONFELD, I.; BIANCHI, R. **Burnout and Depression: Two Entities or One?** Journal of Clinical Psychology, v. 72, n. 1, p. 22-37, 2016. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26451877>

SHIROM, A. Burnout in work organizations. In C. L. Cooper & I. Robertson (Eds.), **International review of industrial and organizational psychology**, p. 25-48, 1989. New York: Wiley.

SILVANO, A. M. C. Possibilidades e limites da abordagem quantitativa na pesquisa em educação. **Educação, Escola e Sociedade**, v. 9, n. 9, p. 95-110, 2016.

Tamayo, M. R. Burnout. In P. F. Bendassolli, & J. E. Borges-Andrade (Orgs.), **Dicionário de Psicologia do Trabalho e das organizações**, p.139-146, 2015. São Paulo: Casa do Psicólogo.

TARNOWSKI, M; CARLOTTO, M. S. Síndrome de *burnout* em estudantes de psicologia. **Temas em Psicologia**, v. 15, n. 2, p. 173-180, 2007.



SOBRE O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NA PANDEMIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maria Erica Ribeiro Pereira¹

RESUMO

A pandemia imposta pelo novo coronavírus impôs alterações no conjunto da sociedade hodierna. Assim, este artigo visa evidenciar o trabalho do Serviço Social em uma unidade hospitalar cearense. Trata-se de um relato de experiência embasado na pesquisa bibliográfica e documental, submetidas ao crivo analítico do viés materialista. O assistente social lida na saúde com expressões da questão social, marcadamente, a fome, pobreza, múltiplas formas de violência, desconhecimento sobre direitos e deveres sociais. O hospital *lócus* desta pesquisa passou a receber pacientes acometidos pela doença, além de atender sua demanda tradicional de pessoas com traumas complexos, lesões vasculares graves, queimaduras e intoxicações. O Serviço Social, seguindo toda a instituição, teve que reorientar seu fazer mediante adoção do teletrabalho, *home office*, medidas de distanciamento social, bem como ações de cunho pedagógico e educativas ganharam relevância. As atividades em grupo e estágios foram suspensos, vive-se as dificuldades relativas ao trabalho em rede e o estreitamento das relações com a equipe multidisciplinar nas respostas aos anseios do usuário, os quais começam a ser retomados conforme avança o controle do vírus. Conclui-se que o momento presente evidencia desafios históricos à saúde, os quais implicam sobremaneira o trabalho das profissões, exigindo criatividade e compromisso ético-político na condução das ações.

Palavras-chave: Trabalho, SUS, Serviço Social, Covid-19.

INTRODUÇÃO

O cenário mundial hodierno é guiado pela busca ao combate à Pandemia do Covid-19² que levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a decretá-la em 30 de janeiro de 2020, como problema de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – o mais alto nível de alerta da Organização, segundo o Regulamento Sanitário Internacional.

A pandemia coloca à sociedade uma série de desafios, exigindo um olhar ampliado sobre a questão da saúde. Evidenciam-se problemas históricos vinculados à saúde pública brasileira, a qual traz as marcas da luta de classes em seu acesso. Destarte, este artigo visa relatar uma experiência de trabalho do Serviço Social em um Hospital terciário localizado em Fortaleza, Ceará, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

¹ Mestra em Políticas Públicas e Sociedade pela Universidade Estadual do Ceará – UECE, servidora pública estatutária no Município de Fortaleza-CE; erica.merp@gmail.com;

² Para detalhes: <https://www.paho.org/pt/covid19>.

Destarte, utilizou-se do relato de experiência embasado nas pesquisas bibliográfica e documental, visando submeter o vivido ao crivo crítico – analítico guiado pelo viés do método do materialismo histórico (MINAYO, 1994). Trata-se de um primeiro aporte a um tema complexo, que se mostra recente aos olhos da autora, implicando a necessidade do afastamento para melhor compreensão; logo, tem as marcas da transitoriedade e frescor das experiências.

Esse trabalho se constitui de relevância social por visibilizar a relação família-usuário-cuidadores em um cenário específico de tratamento que evoca inseguranças nos usuários e implica o trabalho de profissionais. Ademais, mostra a importância de uma visão integral da saúde em seus aspectos biopsicossociais, extrapolando a visão da doença; vendo os sujeitos como protagonistas de suas histórias.

Assim, testemunhar a história, falar sobre isso, conectando a realidade local com a totalidade dos fatos, supre as necessidades de fala da pesquisadora e pode se somar a outros estudos e experiências com potencial para visibilizar os processos de trabalho na saúde durante a pandemia.

METODOLOGIA

A pesquisa não se coloca como tarefa fácil, especialmente, quando se visa submeter o cotidiano vivido a processos crítico-analíticos. A investigação, conforme Quivy e Campenhoudt (2013), segue um procedimento parecido com o pesquisador de petróleo: exige um procedimento, um método de trabalho. Essa escolha deve ser criteriosa para atingir os objetivos propostos.

Assim, este estudo se guia pelos ensinamentos do materialismo, posto que considera a historicidade dos fatos, os elementos econômicos, relacionando-os às contradições do modelo societário vigente (MINAYO, 1994). Conquanto, trate-se aqui de um relato de experiência, uma realidade local, entende-se que ela reflete problemas macrossociedade presentes na sociedade Brasileira e Cearense relativas às categorias em estudo: trabalho, SUS, serviço social e Covid-19.

Trata-se de uma investigação qualitativa, posto que não foca nos dados numéricos, mas nas experiências do sujeito, evidenciando subjetividades e percepções. Refere-se a um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, os quais não são reduzíveis a números (MINAYO, 1994).

As modalidades de pesquisa empreendidas foram a documental e a bibliográfica, as quais lançaram luz às experiências da autora. Conforme Gil (2002), as duas modalidades são

parecidas; diferenciam-se com base nas fontes: a pesquisa bibliográfica se utiliza de estudos de diversos autores sobre dado assunto, já a pesquisa documental usa materiais que não receberam ainda um tratamento analítico.

Para chegar à escrita, buscou-se *reduzir* os dados tendo como norte o objetivo proposto, *categorizá-los* e *interpretá-los* (GIL, 2002). Os elementos desta incursão serão apresentados nas seções a seguir.

Alerta-se que o evoluir do trabalho respeita os preceitos éticos que guiam a pesquisa nas Ciências Humanas e Sociais, previstas na Resolução 510 de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL

O mundo presente tem como foco de debate o novo coronavírus: uma nova cepa de coronavírus que havia sido previamente identificada em humanos. Conhecido como 2019-nCoV ou COVID-19, ele só foi detectado após a notificação de um surto em Wuhan, China, em dezembro de 2019, segundo a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS-OMS, 2020). Desde então, a sociedade mudou suas formas de se relacionar visando controlá-lo e anseia por um tratamento ou vacina. Trata-se de um problema de saúde mundial que afeta o conjunto das relações humanas, o qual tem o símbolo do álcool em gel, distanciamento social, máscaras e acirramento de desigualdades.

Dados de 12 de novembro de 2020 informam que estão confirmados no mundo 51.848.261 casos de Covid-19 e 1.280.868 mortes. No mesmo dia, no Brasil, o Ministério da Saúde registra 5.781.582 casos acumulados, 5.256.767 recuperados, 360.534 casos acompanhados e 164.281 óbitos no Brasil. No Estado do Ceará, computam-se 5.256.767 recuperados, 360.534 acompanhados e 9.430 óbitos (OPAS-OMS, 2020).

O Hospital *lócus* desta abordagem está localizado na capital Cearense. Ele atende na atenção terciária do Sistema Único de Saúde (SUS) pessoas oriundas de todo o Estado. Trata-se de uma Autarquia Municipal referência em urgência e emergência relativas a traumas de alta complexidade, lesões vasculares graves, queimaduras e intoxicações.

Diante da Pandemia da Covid-19, viu-se desafiado a atender além de sua demanda tradicional descrita acima pacientes em estado grave devido ao coronavírus. Isso impôs a necessidade de reestruturar os serviços, as relações profissionais, espaço físico, rotinas, fluxos, estratégias, abordagens de usuários e suas famílias.

O Serviço Social tradicionalmente atua com as chamadas expressões da questão social, ou seja, o conjunto das desigualdades da sociedade capitalista madura, cuja base é a apropriação privada dos frutos do trabalho socialmente produzido, segundo ensinamentos de Yamamoto (2012). Na saúde, isso se traduz, por exemplo, na desnutrição, múltiplas formas de violência, especificidades relativas à criança e ao adolescente, idoso, mulheres, gestantes, tentativa de suicídio, falta de conhecimento sobre os direitos sociais, negligências, acesso desigual aos serviços e oportunidades advindas do usufruto desigual do fundo público.

Quanto à Covid – 19, essa traz as marcas do classismo, o qual implica experienciar de modo diferente uma situação que é potencialmente ruim para todos. Percebe-se isso no perfil dos primeiros infectados pela doença e o número dos que mais morrem. As limitações sanitárias dos mais pobres implica um cenário por si desolador, o qual se agudiza nesse contexto. Esses sujeitos são o público prioritário de atendimento de assistentes sociais na saúde.

A equipe do Núcleo de Serviço Social (NUSERV) *do locus* deste relato é composta por 96 pessoas. Desse universo, há 71 assistentes sociais estatutárias, das quais 58 estão ativas e 13 estão afastadas (10 para aposentadoria, uma para tratamento de saúde e 02 em licença-maternidade). Esse contingente é resultado da realização de concurso público em 2017. Prevendo apenas 09 vagas, foram convocadas e assumiram 48 profissionais, o que ainda é insuficiente para atender em qualidade a demanda da unidade Hospitalar, a qual se encontra em processo de ampliação.

Do universo em tela, a escassez de pessoal leva a instituição a manter três profissionais cedidas de outras secretarias atuando no Hospital, a suplementação de carga horária para 17 profissionais ativas (as quais tem a possibilidade de dobrar suas horas laborativas) e o regime de plantões extras para cobrir as escalas abertas.

Além disso, durante a pandemia foram contratadas mais duas profissionais por Regime de Pagamento Autônomo (RPA), totalizando 60 profissionais ativas na instituição em novembro do corrente ano.

Ademais, tem-se 09 estagiários e 03 residentes, os quais se inserem em processos cognoscentes relativos ao ensino-aprendizagem, demarcando a vocação do espaço para a formação e aprimoramento profissional.

Contam-se hoje com 11 secretários ativos, os quais auxiliam no cotidiano de trabalho, especialmente, no atendimento ao público, conexão com os municípios do interior no contexto de altas, organizando as filas, distribuindo senhas, concedendo orientações relativas ao tipo de atendimento realizado, dentre outros.

Os dados acima estão expressos no quadro a seguir, para fins didáticos:

Fig. 1 – Quadro de pessoal do NUSERV – Novembro de 2020

ASSISTENTES SOCIAIS		
ATIVAS	Servidoras do Hospital	55
	Cedidas	03
	RPA	02
AFASTADAS	Aposentadoria	10
	Licença – saúde	01
	Licença - maternidade	02
ESTUDANTES		
Residentes	Estagiários	
03	09	
SECRETÁRIOS		
11		
TOTAL DE PESSOAS:	96	

Fonte: Secretaria do NUSERV (2020).

O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) divide o trabalho do/a assistente social na saúde em atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. É no cotidiano que esses eixos ganham vida na interconexão com os sujeitos e suas trajetórias de vida.

No hospital em destaque, conforme dados de preenchimentos da folha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)³, de janeiro a junho de 2020, conforme compilação de dados da secretaria do NUSERV, foram preenchidas 1.060 fichas. Assim, tem-se como casos de violência: 542 casos de violência contra criança e adolescente; 132 violência urbana (22 homens e 110 mulheres), 124 pessoas em situação de rua, 106 notificações de pessoas desconhecidas, 51 casos de violência contra a mulher, 50 violações de direitos contra idosos; 34 tentativas de suicídios; 12 acidentes de trabalho, 08 casos de LGBTQIA+ e 01 caso envolvendo pessoa com deficiência.

Essas questões implicam ações dentro e fora da política de saúde, demarcando a complexidade da vida de usuários do SUS, os quais precisam ser vistos de modo integral. Deste

³ Vide Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de Setembro de 2017.

modo, são ações do Serviço Social no espaço: orientações sobre direitos sociais, trabalhistas e previdenciários (DPVAT, auxílio doença, Bolsa Família, Programa de gratuidade em transporte público), articulação com as redes de proteção (conselhos, programas, serviços e projetos sociais, instituições sociais), esclarecimentos de rotinas e normas (visitas, acompanhamento), preenchimento de notificações e encaminhamentos relativos a violências como as descritas no parágrafo acima e nos casos de pessoas desconhecidas e em situação de rua, reuniões e atendimentos leito a leito com equipes multidisciplinares.

Ademais, são realizadas entrevistas com familiares, emissão de cartões de acompanhante, articulação com instituições para desospitalização de pacientes; atendimento aos pacientes admitidos, acompanhamento de casos sociais, orientação e suporte à alta Hospitalar (contato com municípios do interior, instituições de acolhimento, programas de proteção e/ou famílias), confecção e distribuição de materiais educativos e concessão de Auxílio Funeral. No contexto da pandemia, teve-se como grande demanda orientações sobre o Auxílio Emergencial (como acessar, o que fazer diante das negativas) e sobre o funcionamento dos órgãos e instituições como Instituto Nacional de Previdência Social (INSS), escolas e instituições da Política de assistência social.

Os instrumentos e técnicas do trabalho usados se particularizam de acordo com o caso. A fala é a principal ferramenta de ação, a qual exige instrumentos e condições laborativas dignas para ganhar vida ao usuário. Essa qualidade de fala perpassa pela instrumentalidade da profissão e o potencial do assistente social em colocá-los em movimento diante das abordagens. Nesse labor, o arsenal ético-político e teórico-metodológico são postos em prática.

Quanto as condições laborativas, pode-se se afirmar que a instituição não se preparou para receber um quantitativo de profissionais requisitados pela demanda, especialmente, quanto à garantia de condições e espaço físico adequado.

A estrutura do NUSERV é composta por uma copa com banheiro, uma recepção com dois telefones com capacidade para duas cadeiras (na qual chegam a ficar três recepcionistas atendendo durante o dia, além das profissionais que eventualmente são chamadas a atenderem demandas específicas nesse espaço); uma sala para a chefia e uma secretária (com um telefone e cada uma com um computador), duas salas com porta de atendimento individual e três espaços (divididos por um acrílico) para atendimento, cada uma tem um computador, mas somente há um telefone para todas essas profissionais. Nesse cenário, usa-se os telefones da sala da chefia e da recepção para atendimento.

Durante o dia e à noite atendem nesses espaços uma média de 16 e 03 assistentes sociais, respectivamente. A requisição da categoria é que aumente o número de profissionais,

conforme haja a ampliação da unidade, mantendo-se pelo menos 04 profissionais durante a noite. As profissionais não tem espaço específico de atendimento nas unidades de internação ou na emergência hospitalar, mas usam quando possível a estrutura delas, a qual está posta para todo os profissionais que nelas atuam.

Frisa-se que o Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) foi notificado quanto às condições indignas de trabalho, as quais são incompatíveis com as determinações da Resolução nº 493/2006 de 21 de agosto de 2006, que dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social. Seu artigo 2º informa que

O local de atendimento destinado ao assistente social deve ser dotado de espaço suficiente, para abordagens individuais ou coletivas, conforme as características dos serviços prestados, e deve possuir e garantir as seguintes características físicas: a- iluminação adequada ao trabalho diurno e noturno, conforme a organização institucional; b- recursos que garantam a privacidade do usuário naquilo que for revelado durante o processo de intervenção profissional; c- ventilação adequada a atendimentos breves ou demorados e com portas fechadas d- espaço adequado para colocação de arquivos para a adequada guarda de material técnico de caráter reservado. Art. 3º - O atendimento efetuado pelo assistente social deve ser feito com portas fechadas, de forma a garantir o sigilo (CFESS, 2006, p.02).

O cenário imposto já era de escassez e dificuldades para atender mantendo o sigilo profissional, cumprindo os requisitos de celeridade que um hospital de urgência e emergência impõe. Todavia, durante a pandemia essas questões se radicalizaram e refletem o modo como a saúde tem sido gerida no País, marcada pela escassez, grandes, filas, estruturalmente improvisada e promovendo saúde em um cenário adverso.

É preciso dizer que, quando o profissional bate na tecla: precisa-se de sigilo no atendimento, não se trata de requisição por vaidade. A realidade cotidiana é de intervenção com pessoas violentadas, ameaçadas de morte, vítimas de violência de agentes do Estado, os quais precisam de um ambiente que propicie a escuta qualificada, a acolhida digna e não revitimize ou coloque aquela pessoa em risco.

Assim, enquanto profissionais da saúde tem-se defendido os princípios da Reforma Sanitária e o investimento em saúde como um direito, desvinculando-a da perspectiva de mercado ou privatista, a qual a concebe como serviço a ser comprado conforme a capacidade financeira do indivíduo (BRAVO, 2008). Pode-se afirmar que a Pandemia evidenciou o SUS como porta de entrada para a população Brasileira⁴, conquanto os cortes orçamentários, trazidos

⁴ Exemplo disso é a suspensão de vendas e superlotações em instituições e planos privados de saúde no Estado do Ceará. Para detalhes vide: < <https://mais.opovo.com.br/columnistas/jocelioreal/2020/05/11/covid-19--unimed-ceara-e-hapvida-suspendem-vendas-de-novos-planos.html>>.

pela aprovação da Emenda Constitucional nº 95 de 2016 que congelou gastos por 20 anos, cujo resultado em 2019 foi o corte de R\$ 20 bilhões de reais, segundo o CNS (2020).

Os cortes impelidos pela ideia da mínima intervenção implicam sobretudo a classe trabalhadora, à medida que ela é a maior dependente do sistema público. Deste modo, concorda-se com Negri, Santos e Gruguer (2020) ao informarem que a pandemia demonstrou a necessidade de um Estado interventivo na defesa das condições de existência da classe trabalhadora e na própria regulamentação da economia.

O momento atual evoca a premência de dotar o SUS de recursos materiais, financeiros e pessoais que o viabilizem universalmente gratuito e de qualidade aos que dele necessitarem. Fica evidente os interesses econômico - financeiros que estão por trás das tentativas de desestruturá-lo, os quais não são incompatíveis com a realidade brasileira. Nesse sentido, compreender a centralidade e vitalidade do SUS para o brasileiro é fundamental para fazer frente à onda conservadora e privatizante que assedia a saúde pública no País.

A REALIDADE IMPOSTA PELA PANDEMIA

Inicialmente, o hospital em estudo se tornou ponto de atendimento para pacientes graves ou com necessidade de internação acometidos pela Covid-19, oriundo, sobretudo, das Unidades de Pronto – Atendimento (UPAS) ou hospitais secundários, além de atender a sua demanda tradicional. À medida que a doença foi se estabilizando, foram sendo fechadas unidades e o perfil do usuário passou a ser especialmente de pacientes que ingressaram para tratar outras questões de saúde e foram diagnosticados com a doença – exigindo o isolamento.

Assim, o Hospital contratou profissionais para dar suporte à equipe de estatutários diante desta demanda específica, sobremaneira, técnicos, médicos e enfermeiros. O serviço social conta desde maio com duas profissionais contratadas por RPA, para atuar exclusivamente com pacientes com Covid-19 – como informado anteriormente. Ademais, foram autorizadas extensões de carga horária aos profissionais estatutários interessados em atuar junto aos pacientes com Covid-19, contemplando 09 assistentes sociais.

Cabe referenciar que o concurso de 2017 está vigente, tendo cadastro de reserva que pode ser convocado. Diante de uma justificativa de contenção de gastos, optou-se por esse tipo de contrato, o qual não condiz com a defesa da categoria profissional que se posiciona favorável ao concurso público como forma legítima de ingresso no serviço público e envida esforços no sentido de ampliar a equipe com a criação dos cargos e convocação das demais colegas e

profissionais de outras categorias. Essa reivindicação é mister diante das aposentadorias e da necessidade da equipe para atuar qualitativamente nos casos sociais presentes no Hospital.

No começo da pandemia, o quadro de pessoal foi alterado: os estágios foram suspensos, grande parte do time teve que se afastar de suas atividades por suspeita ou tratamento da doença⁵ ou por ser grupo de risco. O grupo de secretários foi um dos mais afetados, o que levou as assistentes sociais a assumirem mais essa tarefa. Algumas destas pessoas exerceram atividades de teletrabalho em *Home Office*. Parte delas atuaram junto ao Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) do Hospital acompanhando os profissionais de estavam acometidos pela doença.

Aqui, cabe um adeno feito pelo CFESS sobre o teletrabalho, pois ele

[...] não vai se apresentar do mesmo modo em todos os espaços sócio-ocupacionais em que o Serviço Social está inserido e, em alguns locais, ele sequer chegou a ser colocado como possibilidade, sendo adotadas outras medidas de redução do contágio, como a organização de rodízios, redução da jornada presencial e reivindicação por concessão de equipamentos de proteção individual (EPIs) e equipamentos de proteção coletiva (EPCs), além de treinamento adequado para seu uso. (2020, p.02).

Inicialmente, com a pandemia a rotina da relação do paciente com a família e a realidade exterior foram alteradas: as visitas foram suspensas e a presença de acompanhantes ficou restrita aos casos com justificativa clínica ou em decorrência da previsão legal para pessoa idosa, crianças, adolescentes, pessoas com deficiência. As unidades fechadas, como Unidade de Terapia Intensiva (UTI), salas de recuperação do pós-operatório imediato e na unidade de referência para o atendimento dos casos de Covid-19, não há acompanhantes ou visitantes (CFESS, 2020, *online*).

Essas medidas implicaram sobremaneira o cotidiano da equipe, a qual se viu compelida pelas famílias, pacientes e a instituição quanto a questões que não condizem com as atribuições ou competências profissionais previstas em lei. Destacam-se nesse escopo requisição para repasse de boletim clínico, a comunicação de óbito, busca de pertences de pacientes, encaminhar o setor acompanhantes com sintomas gripais, visando substituí-lo por outro. Para além da recusa a prestar tais ações, sentiu-se a necessidade de deixar nítido o fazer do assistente social nesse cenário.

⁵ No hospital houve mortes de profissionais, não sendo estes do NUSERV, cujo núcleo teve colegas que tiveram que ser internados para tratamento devido a Covid-19.

Destarte, a equipe criou um Plano de Contingência do Serviço Social visando documentar suas reflexões, explicitar para os envolvidos sua função durante a Pandemia. Essa estratégia foi fundamental para dar voz aos interesses da categoria diante das negociações e reuniões de pactuação com a gestão, nas quais a Coordenação do NUSERV teve participação ativa. Computa-se como uma vitória demarcar os limites da profissão, a qual prima pela atuação multidisciplinar, com respeito as suas especificidades.

Uma questão que se mostrou primordial foi o impacto no cotidiano no tocante às condições de trabalho, cujo espaço de atendimento não possibilitava o distanciamento social. A quantidade de telefones para o atendimento virtual se mostrou insuficiente, impondo limites a ação profissional. As famílias de quem estava desacompanhado e diante da falta de visitas procuram o setor principalmente querendo dados clínicos dos pacientes. As estratégias usadas implicaram estimular o contato virtual, o repasse diário de boletins pelos médicos das unidades com pacientes graves e escuta qualificada da demanda com orientações visando esclarecer sobre a gravidade da situação hodierna.

A dimensão pedagógica e educativa do Serviço Social ganhou relevância em um contexto em que as famílias chegavam (especialmente no começo da pandemia) desesperadas por notícias dos pacientes, temerosas diante da possibilidade de perder os seus entes queridos sem estar por perto ou velá-los tradicionalmente. Essa profusão de emoções por parte do usuário contrastava com a realidade do Núcleo, cujos membros também viviam o medo da contaminação de si e dos seus.

Quanto aos encaminhamentos e atendimento que exigem ir para além do Hospital, as dificuldades de articulação com a rede de proteção social foram nodais. O fechamento de Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centros de atendimento para a população em Situação de rua, restrições de atendimento dos equipamentos de gestão da justiça e do atendimento no Sistema de Garantia de Direitos embarreiraram a prestação de cuidados voltados, especialmente, aos grupos socialmente vulneráveis.

Quanto aos pacientes internados com Covid-19 e suas famílias, o trabalho começava com a chegada deste paciente. Cabendo ao Serviço Social entrar em contato com a família via telefone informando a rotina hospitalar, abrindo uma ficha social específica visando identificar aspectos sócio-culturais, econômicos e potenciais riscos e vulnerabilidades para encaminhamentos ao longo da internação, bem como organizando as condições de saída do hospital no pós-alta ou concedendo auxílio funeral.

Nesse primeiro contato, são solicitadas cópias de documentos pessoais de pacientes, os quais se colocam como importante elemento para céleres encaminhamentos relativos aos direitos de pacientes. Ademais, solicita-se que a família eleja um membro para ser a conexão e referência de contato com a equipe de cuidados, especialmente, para repasse de informações clínicas pelos médicos e encaminhamentos cabíveis.

O Serviço Social faz as orientações quanto aos direitos e deveres relativos a pacientes e família e se coloca como mediador entre as necessidades dos familiares e a equipe multiprofissional. Essa mediação se materializa com o envio diário de contatos familiares para a equipe médica repassar quadro clínico do paciente, solicitação de atestados, laudos, assinatura de termos para realização de procedimentos e exames específicos, dentre outros. Por ser o único setor porta aberta, essa referência e cuidado se mostram fundamentais. Por esta mesma razão, conquanto orientações e sensibilizações para as famílias manterem o isolamento social, é comum eles se dirigirem até o setor para exporem suas demandas.

Há também pacientes e familiares buscando o setor negando a doença e se colocando contra as medidas de proteção. Esses atendimentos tendem a ser difíceis, principalmente, diante de uma realidade onde se tem pessoas em posição de destaque na mídia e na sociedade que insistem em negar a racionalidade orientadora da Ciência e o número de mortos, ao passo que privilegiam posturas dogmáticas e crenças irresponsavelmente colocadas como verdade. A politização da questão “corona”, alerta para a necessidade de envidarem-se esforços no sentido de dar voz aos pesquisadores e investir em educação e Ciência.

Diante do cenário de letalidade da doença, do contexto de isolamento que deixam os pacientes com sofrimento psíquico, o que pode ocasionar dificuldades ao processo de cura e visando processos de humanização do cuidado, quando a equipe multidisciplinar avalia como conveniente, em casos específicos, são permitidas visitas de um familiar ao paciente internado com Covid-19. Esses momentos seguem todos os protocolos de segurança visando proteger o familiar e as pessoas com quem eles interagem. Além disso, as pessoas são orientadas quanto aos riscos e assinam termo de anuência.

Além de diariamente receberem ligações de médicos assistentes para atualização do quadro de saúde de pacientes, quando o paciente começa a ter condições de interagir ou quando é conveniente à família (conforme entendimento da equipe multiprofissional), são realizadas videochamadas com a família, a qual é mediada por uma profissional do Serviço Social e conta com a participação de médicos, enfermeiros, técnicos e com a psicologia.

Esses espaços de interação são fundamentais para a família e para o paciente. Passa a segurança do cuidado, a conexão com uma perspectiva de futuro juntos, um suporte psicológico,

em um ambiente de incertezas e insegurança causado pela imprevisibilidade do desfecho a pacientes acometidos pela doença.

A questão da saúde mental de pacientes, familiares e profissionais se configura um problema de dimensões ainda não delineadas. Atende-se pacientes que perderam mais de um membro da família, pessoas que eram centros de gravidade em seus espaços de convivência que partiram jovens, sem compor os grupos de risco determinados pelas autoridades sanitárias. Os profissionais se colocam ao trabalho diariamente convivendo com esse panorama do usuário e seus próprios dilemas trazidos pela pandemia.

Aqui, é preciso indicar o profissional da saúde como um trabalhador que sofre com as pressões, limites e problemáticas que atingem o conjunto da classe – que – vive do trabalho, parafraseando Antunes (1999). A mídia e parte da população coloca-o como uma espécie de herói do dia – a dia, o que pode trazer certa recompensa emocional para alguns, mas que turva sua condição de trabalhador e trabalhadora assalariada. Assim, inserido em relações de compra e venda da força de trabalho esse profissional é um dos tantos outros que não tiveram a oportunidade de parar diante dos cenários de *Lockdown* por operar serviço essencial, mas testemunha o sofrimento humano em suas variadas faces nesse contexto.

O processo de cuidado do trabalhador exige Equipamentos de Proteção Individual (EPI), compreendidos como fundamentais. Cabe à instituição provê-los, promovendo o treinamento sobre o uso destes e os meios de prevenção e proteção do Covid-19. Inicialmente, faltavam máscaras e equipamentos de proteção, o que levou as profissionais a comprarem os seus EPIs (óculos, *face shield*, máscaras). Atualmente, essa realidade persiste em relação às máscaras tipo N95, cuja disponibilidade do hospital é uma por mês para cada profissional.

É preciso referendar sempre o trabalho protegido como um direito. A constituição Federal de 1988, em seu artigo 7º garante aos trabalhadores urbanos e rurais, a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança; o adicional de remuneração para as atividades penosas, insalubres ou perigosas, na forma da lei e seguro contra acidentes de trabalho, a cargo do empregador, sem excluir a indenização a que este está obrigado, quando incorrer em dolo ou culpa.

Com o controle da propagação do vírus, a unidade hospitalar iniciou um plano de abertura, a qual se orienta pelas determinações governamentais e autoridades sanitárias. Destarte, as visitas estão sendo retomadas - ainda restrita a um familiar três vezes na semana apenas aos pacientes graves. Permitiu-se também o acompanhamento para grupos civilmente protegidos em UTI e sala de recuperação de pós-operatório. A família de pacientes não graves que estão desacompanhados e sem visitas podem se dirigir ao Hospital para deixar objetos de

cuidados fundamentais (medicação ou produtos específicos, objetivos pessoais). As questões são tomadas considerando os protocolos clínicos e o nível de controle da pandemia no Estado.

As atividades coletivas com acompanhantes e usuários permanecem suspensas. Ações que envolvem trazer profissionais de outras áreas para a instituição começam a ser retomadas aos poucos e conforme a operacionalização dos serviços pelas outras políticas.

Os profissionais que estavam afastados retomaram seu labor, os estagiários estão cumprindo suas atividades. Permanecem ainda as ações voltadas para a manutenção do distanciamento social, o isolamento em casos necessários e medidas sanitárias de prevenção e controle da infecção. O cotidiano de trabalho ainda é marcado pelas máscaras, álcool em gel e mudanças culturais na interação entre a equipe, a qual foge dos cumprimentos tradicionais, fala-se: “será Covid?” quando um ser humano espirra ou tosse, destituindo do centro das atenções o tradicional “Saúde” - antes usados nesses casos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste relato, busca-se evidenciar a necessidade de olhar o processo de saúde doença para além da questão clínica. A saúde perpassa elementos biopsicossociais que são fundamentais para a compreensão da pandemia causada pelo novo coronavírus. Tendo em vista os determinantes sociais da saúde, percebe-se que o perfil dos primeiros infectados pela doença é diferente daqueles que mais morrem. A morte pela Covid-19 tem se mostrado territorial e racialmente localizada, demarcando os problemas de classe envoltas na questão saúde.

A instituição hospitalar pesquisada teve que reestruturar o seu cotidiano de cuidado, posto que passou a receber pacientes infectados pelo novo coronavírus. O Serviço Social acompanhou esse movimento mediante a adesão ao trabalho em *home office*, a reestruturação dos locais de atendimento ainda que em cenário de escassez, a suspensão de atividades coletivas, o privilegiamento de atendimentos virtuais através do telefone. Acolhida e suporte aos pacientes e famílias do ingresso à alta, bem como atenção aos problemas de ordem social que devem ser encaminhados durante ou depois da internação.

Especificamente para as famílias e pacientes acometidos pela doença, o trabalho se mostrou difícil devido a grande carga emocional imposta pelos usuários, especialmente, no começo da pandemia, quando o controle e o conhecimento sobre isso ainda eram mínimos. Ganham relevância ações de cunho educativo e pedagógicos voltados a sensibilização quanto ao momento presente e a necessidade das decisões e restrições tomadas.

Conquanto alterações, especialmente, no modo de se relacionar e atender, a base do trabalho do assistente social não se altera: ele intervém nas expressões da questão social em suas variadas formas, movimento conhecimento técnico-operativo, ético-político e teórico-metodológico que peculiarizam essa especialidade do trabalho na área da saúde.

Os problemas históricos se aprofundaram: a falta de estrutura de trabalho que impossibilita o sigilo profissional e a garantia de trabalho digno para os profissionais e acolhida das demandas dos usuários. Essa questão local contrasta com a realidade global da saúde no Brasil que visa atender a totalidade da população com desfinanciamento e poucos investimentos.

Assim, compreende-se que o novo coronavírus aprofunda grandes questões tradicionais na sociedade brasileira, a qual é profícua em criar e manter desigualdade social, as quais afetam mais os grupos socialmente vulneráveis.

Destarte, o profissional do Serviço Social deve guiar sua ação pelos determinantes do Código de Ética profissional, a Lei de Regulamentação da profissão, as determinações do Conjunto CFESS-CRESS tendo como norte os avanços da comunidade científica sobre a prevenção e cuidados diante desta doença, cujos impactos sociais ainda se delineiam.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 1999.

BRASIL. **Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário oficial da União: 1988.**

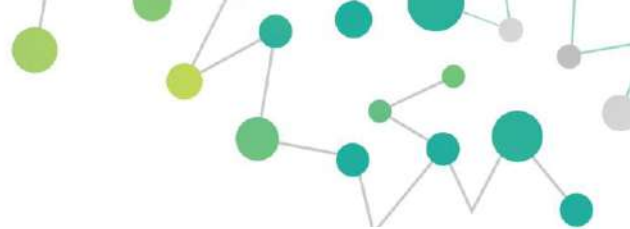
_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 12 nov. 2020.**

BRAVO, M.I.S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A.E. et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros de Atuação do Assistente Social na saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

_____. **Resolução nº 493/2006 de 21 de agosto de 2006, que dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social**. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_493-06.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2020.

_____. **Coronavírus: e quem trabalha na área da Saúde?** CFESS entrevista grupo de assistentes sociais de hospital do Ceará. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1697>>. Acesso em: 12 nov. 2020.



CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Teletrabalho e Teleperícia: orientações para assistentes sociais no contexto da pandemia.** Disponível em: < <http://www.cfess.org.br/arquivos/teletrabalho-telepericia2020CFESS.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por causa da EC 95/2016.** Acesso em: < <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016>>. Acesso em: 14 maio 2020.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

IAMAMOTO, M. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 22. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

MINAYO, M. C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Ucitec, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Covid-19 no Brasil.** Disponível em: < https://susanalitico.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html>. Acesso em: 12 nov. 2020.

NEGRI, F.L.; SANTOS, M.T.; CRUGUER, T.R. **Atuação da/o assistente social em face da pandemia da covid19: orientações técnicas elaboradas pelo conjunto CFESS/CRESS.** Disponível em: < <http://cress-sc.org.br/2020/08/17/artigo-atuacao-da-o-assistente-social-em-face-da-pandemia-da-covid-19-orientacoes-tecnicas-elaboradas-pelo-conjunto-cfess-cress-%F0%9F%93%8C/>>. Acesso em: 12 nov. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Folha informativa COVID-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil.** Disponível em: < <https://www.paho.org/pt/covid19>>. Acesso em: 12 nov. 2020.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L.V. **Manual de Investigação em Ciências Sociais: Trajectos.** 6 ed. Lisboa: Gradiva, 2013.



TRANSTORNO DE JOGOS ELETRÔNICOS : PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA DO NOVO SÉCULO

Marcelo Henrique Santos ¹
Suzana Peixoto de Araújo ²
Júlia Cláudia Tenório ³
Betijane Soares de Barros ⁴

RESUMO

O Transtorno de Jogo pela Internet é um dos novos ‘males’ do Século XXI, tanto pelo poder oferecido pela internet, não apenas ferramenta de interação, mas também formador de opinião e/ou caráter de crianças e adolescentes. **OBJETIVO** Trazer à luz do conhecimento esse novo ‘mal’ do Século XXI, que acomete cada vez mais crianças e adolescentes no mundo. **METODOLOGIA** Este estudo desenvolveu-se de uma revisão de literatura de natureza qualitativa. Foram utilizadas como critérios de inclusão: artigos, monografias e teses na íntegra no idioma português; o cruzamento das palavras-chave, a data de publicação principalmente no período entre 2016 e 2020; e como critério de exclusão os trabalhos que não eram gratuitos, os repetidos e os que não atendiam ao objetivo da pesquisa. Foram pré-selecionados 99 trabalhos disponíveis em um total de 573, e utilizados 16 destes pré-selecionados. **DISCUSSÃO E RESULTADOS** Os jogos podem sim influenciar o padrão de

¹ Graduado pelo Curso de **Odontologia** da Universidade Federal Fluminense – UFF/RJ, marcelojabour@yahoo.com.br; Especialista em Saúde Coletiva (UNIGRANRIO/RJ); Especialista Docência do ensino Superior (CESMAC/AL); Especialista em Saúde da Pessoa Idosa (UFMA/MA) Mestrando em **Saúde Pública** pela Absolute Christian University – Orlando - FL

² Graduada pelo Curso de **Serviço Social** da Faculdade Integrada Tiradentes/Universidade Integrada Tiradentes – FITS/UNIT, suzanapeixoto123@hotmail.com; Mestranda em **Saúde Pública** pela Absolute Christian University – Orlando - FL

³ Graduada pelo Curso de **Farmácia** do Centro de Estudos Superiores de Maceió – CESMAC/AL, juliaclaudiatenorio@yahoo.com.br; Mestranda em **Saúde Pública** pela Absolute Christian University – Orlando - FL

⁴ Graduada em **Ciências Biológicas** (AESA). Doutorado em Ciências da Educação (FACLE), Doutorado em Ciências da Saúde (ACU), Mestrado em Ciências da Saúde (UFAL), Especialista em Ciências Biológicas (AESA), Especialista em Neuropedagogia (UNIP), bj-sb@hotmail.com



comportamento de crianças e adolescentes, mas também estão quase sempre escondendo outro distúrbio comportamental que afeta o convívio social desses, que acabam por se ‘refugiar’ no mundo virtual. Considerando que cada sujeito tem sua singularidade, e capacidade de encarar as situações que lhe são propostas pelo decorrer da sua vida, é preciso sempre respeitar como cada indivíduo amadurece com o tempo. Pais e educadores devem entender que crianças e adolescentes estão em franco amadurecimento, a cada segundo de vida, mas sem nunca deixar de intervir ao notarem o desinteresse pelo saudável e o comportamento direcionado ao patológico.

Palavras-chave: Acesso à Internet; Relações Interpessoais; Crianças; Adolescentes.

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Jogo pela Internet (Internet Gaming Disorder – IGD) é um dos novos ‘males’ do Século XXI, muito devido pelo poder oferecido pela internet, não apenas como ferramenta de interação, mas também como formador de opinião e/ou de caráter de crianças e adolescentes(FERREIRA e SARTES, 2018). Em especial àqueles que já possuam outros distúrbios associados, que atrapalhem seu convívio social no mundo real, o que faz com que eles encontrem no jogo uma pseudo-sensação de poder e, até mesmo, uma ‘paz’ consigo mesmo.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) consoante com as demandas apresentadas pelo uso precoce, excessivo e prolongado das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs), Internet, telefones celulares, redes sociais e jogos de *videogames*, *online* e *off-line*, vem produzindo alertas sobre a responsabilização de todos, em especial como tarefa primordial dos profissionais que cuidam da saúde de crianças e adolescentes, como os pediatras(SBP, 2020).

Vale sempre salientar que, embora a nomenclatura IGD faça menção à jogos on line, os que são jogados off line também podem causar modelações e/ou modificações nos padrões de comportamento em crianças e adolescentes.

É preciso conseguir estabelecer tanto a diferença quanto o limite entre o saudável e o patológico, para poder intervir antes que o IGD promova danos tanto irreparáveis quanto irreversíveis nesses indivíduos.



Brincar é a atividade predominante na infância, e parece ser, não só na espécie humana, a maneira mais divertida e segura de aprendizado para um cérebro em desenvolvimento. No jogo, as crianças interagem entre si, vivenciam situações e emoções, manifestam indagações, formulam estratégias e, ao verificarem seus erros e acertos, podem reformular sem punição seu planejamento e suas novas ações (BREDA et al, 2014). Essas interações podem ser consigo próprias, mas também com outras crianças, quando estão ‘disputando’ jogos on line.

Este trabalho tem por objetivo tentar trazer à luz do conhecimento esse novo ‘mal’ do Século XXI, que acomete cada vez mais crianças e adolescentes ao redor do mundo.

METODOLOGIA

O presente estudo se desenvolveu por meio de uma revisão de literatura de natureza qualitativa. Para a produção desta pesquisa inicialmente foi estabelecida identificação do tema; Em seguida, no que se refere à segregação das fontes adquiridas foram utilizadas bases de dados online. A fim de determinar as informações relevantes que seriam extraídas na revisão das fontes, foram utilizadas como critérios de inclusão: artigos, monografias e teses na íntegra no idioma português; o cruzamento das palavras-chave, a data de publicação (compreendida principalmente no período entre 2016 e 2020); e como critério de exclusão os trabalhos que não eram gratuitos, os repetidos e os que não atendiam ao objetivo da pesquisa. Foram pré-selecionados 99 (noventa e nove) trabalhos disponíveis em um total de 573 (quinhentos e setenta e três), e utilizados 16 (dezesseis) destes trabalhos pré-selecionados.

REFERENCIAL TEÓRICO

Brincar é a atividade predominante na infância, e parece ser, não só na espécie humana, a maneira mais divertida e segura de aprendizado para um cérebro em desenvolvimento. No jogo, as crianças interagem entre si, vivenciam situações e emoções, manifestam indagações, formulam estratégias e, ao verificarem seus erros e acertos, podem reformular sem punição seu planejamento e suas novas ações (BREDA et al, 2014). Essas interações podem ser consigo próprias, mas também com outras crianças, quando estão ‘disputando’ jogos on line.



A disseminação tecnológica repercutiu intensamente na dimensão individual e social, emergindo novas formas de pensar, sentir e agir na era da cibercultura. O mundo virtual passou a ser cada vez mais atrativo com a qualidade das informações e a alta resolução e miríade de cores vívidas que atraem os usuários. A utilização de som, imagem, grafismo e todas as potencialidades hipermídia cativam os jogadores, que facilmente se adaptam a estímulos irresistíveis à atenção involuntária e voluntária (LE MOS et al, 2014).

Com a evolução tecnológica das últimas décadas houve uma mudança na forma com que nos relacionamos com os aparelhos eletrônicos. Os jogos eletrônicos passaram a ser uma das principais atividades de lazer, especialmente entre crianças e jovens. Apesar de muitos estudos associarem o uso dos videogames com uma maior facilidade de aprendizado e com o desenvolvimento de habilidades cognitivas e motoras, consequências negativas de seu uso indiscriminado motivou a inclusão da condição como patológica, denominada “Distúrbio de games” pela nova Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 11 (COUTINHO et al, 2019).

A contemporaneidade e frequência da problemática da dependência de internet ressalta a necessidade do entendimento científico do problema que se encontra em constante evolução. Considerado como a maneira mais confiável de se definir o transtorno de dependência de internet, a American Psychiatric Association incluiu a dependência de internet no apêndice do DSM-V. Sendo assim, este conceito passa a ser considerada como diagnóstico de um transtorno do espectro compulsivo-impulsivo que envolve o uso conectado e/ou desconectado do computador (SILVA, RODRIGUES e PICOLO, 2018).

As experiências virtuais mediadas pelo uso de jogos de videogames, oportunizam atividades como a interação com outros usuários por meio de avatares, que se faz importante para a constituição do adolescente. As experiências vividas em jogos virtuais refletem na realidade do jogador sendo capaz de trazer ao mesmo tempo consequências positivas ou negativas. E estas se encontram cada vez mais realistas e atenuando a linha que distingue o real e os eventos da mídia. Desta maneira, o meio virtual favorece o desenvolvimento das habilidades sociais que são comportamentos que viabilizam a comunicação entre os indivíduos (MENDES e BADARÓ, 2020).

Sabe-se que tanto o brincar como o brinquedo são influenciados pelas relações humanas e pelos padrões de uma sociedade. Com o grande avanço tecnológico das últimas décadas, principalmente no que tange à informática, os jogos eletrônicos tornaram-se cada vez mais populares, sendo uma das mais importantes atividades de lazer para crianças e



adolescentes. A indústria dos games é hoje mais lucrativa que a indústria do cinema, e só fica atrás, em termos de movimentação financeira, da indústria bélica e automobilística (BREDA et al, 2014).

Concomitantemente à ascensão eletrônica, é observado, na última década, o uso problemático de tecnologia, que aumentou drasticamente, causando impactos negativos na esfera biopsicossocial dos usuários. Dessa forma, tornou-se recorrente a queixa de isolamento social, associado ao uso problemático da internet e dos jogos eletrônicos, em consultórios psicológicos e psiquiátricos (LEMOS et al, 2014).

Comumente, observa-se o emprego dos termos “uso excessivo” e “dependência” de jogos eletrônicos para designar a mesma condição psiquiátrica, porém essas nomenclaturas não detêm o mesmo significado. Sugere-se que a dependência de jogos eletrônicos não seja restrita apenas ao uso excessivo. Os sintomas atualmente considerados para essa dependência são: saliência, tolerância, modificação do humor, retrocesso, recaída, conflito e problemas na área social. No tocante à etiologia, considera-se que indivíduos impulsivos, com baixa autoestima e/ou dificuldades de relacionar-se com terceiros, possuam maior predisposição. A literatura científica sugere que a dependência de jogos eletrônicos seja estudada por um viés multidimensional, abrangendo os seguintes tópicos: anamnese em relação às questões familiares, culturais, neurobiológicas, de vulnerabilidade mental e comportamentos incorretos aprendidos ao longo da vida (LEMOS et al, 2014).

Ainda de acordo com Lemos et al (2014), “outros aspectos de risco incluem alguns traços de personalidade (principalmente neuroticismo e hostilidade), as motivações do usuário para jogar e as características estruturais dos jogos eletrônicos (trabalho em equipe, partida solo, on-line ou off-line)”.

O termo “plataforma” refere-se à máquina na qual o jogo é “executado”. Há 40 anos, os jogos eletrônicos popularizaram-se em grandes máquinas ativadas por moedas, chamadas fliperamas ou arcades. A evolução para os aparelhos de videogame domésticos ocorreu a partir da década de 1980. Os jogos para computadores de mesa e laptops também evoluíram a partir da década de 1970, e, mais recentemente, observamos o surgimento de jogos para smartphones e tablets (BREDA et al, 2014).

Com a grande disseminação tecnológicas das últimas décadas, a internet e os jogos eletrônicos estão cada dia mais populares, o videogame hoje é uma das principais atividades de lazer designada a crianças e adolescentes. Esta proximidade pode estar causando problemas, influenciando diretamente estes indivíduos, que estão cercados de artifícios



tecnológicos desde tão cedo. Em resultado desta disseminação tecnológica, uma grande proporção dessa população pode estar apresentando sinais de vício em tecnologias(SOUZA et al, 2016).

Breda et al (2014) ratifica essa linha de pensamento ao afirmar que:

“ a conexão com a Internet potencializa ainda mais a interatividade entre os jogadores, pois permite que estes participem ao mesmo tempo do jogo, ainda que estejam distantes geograficamente. Além disso, foi possível o desenvolvimento de alguns jogos que funcionam ininterruptamente, 24 horas por dia, num ambiente que permanece em andamento mesmo quando o jogador está ausente. Esse mundo persistente gera a necessidade de o sujeito se manter on-line pelo maior tempo possível, para que não seja superado pelos outros jogadores.”

No ambiente dos jogos, o mecanismo de identificação ocorre mediante a criação de alianças entre os jogadores, as guildas que compõem uma parte significativa da socialização dentro do ambiente de jogos. Neste sentido, os adolescentes fazem deste ambiente virtual pontes para encontrar o apoio e vínculos sociais, não percebidos na “vida real”. Por intermédio deste ambiente, aspectos do comportamento e funções cognitivas podem se desenvolver obtendo ganhos significativos. Diante deste panorama faz se importante a investigação científica sobre os impactos que o uso dos jogos eletrônicos pode trazer às habilidades sociais de adolescentes(MENDES e BADARÓ, 2020).

Os jogos eletrônicos podem contribuir positivamente para o desenvolvimento dos indivíduos em alguns aspectos como no raciocínio lógico, coordenação motora e até mesmo na educação, mas a sua prática excessiva pode ter um impacto negativo na vida do indivíduo, o que tem gerado preocupação nos profissionais da área da saúde. O uso excessivo dos jogos eletrônicos vem atraindo a atenção dos profissionais de saúde, pois estão comumente associados a problemas: a) psiquiátricos: como déficit de atenção, hiperatividade, depressão; b) físicos: problemas de postura e musculoesqueléticos, e c) sociais e acadêmicos(DIAS, 2019).

Mas um questionamento aparece com forte poder de levantar dúvidas sobre a real influência dos jogos eletrônicos nos adolescentes : como definir o limite entre saudável e patológico nesta situação? Meneses(2014) indaga a forma do como “quem determina que um jogador é viciado (ou não) nos jogos eletrônicos? A sua própria enunciação? Um teste científico? A fala daqueles que o cercam, como os pais, cônjuges, e demais familiares? ...”



Óbvio que a iniciativa deve vir da própria pessoa. Esta deveria ser a primeira a notar que o tempo passou rápido demais, que o dia acabou e o videogame consumiu suas horas sem perceber... Mas a realidade que os jogos eletrônicos oferecem permitem que o seus utilizadores (ou usuários, se fizermos alusão ao vício por drogas ilícitas, por exemplo) vivenciem e experimentem situações onde eles mesmo não conseguiriam dominar todas as possíveis consequências das escolhas no mundo real.

Os responsáveis pelo adolescente são normalmente os primeiros a observar algum comportamento indicativo de dependência e nestes casos eles devem procurar um profissional capacitado para a realização do devido diagnóstico. Eles podem se guiar através de características simples para identificar o problema, como o adolescente deixar de realizar tarefas de cunho social e programar a sua vida em função dos jogos eletrônicos, fazendo com que esta prática prejudique outros campos da sua vida, como humor e saúde física. A dependência em jogos eletrônicos acarreta em vários prejuízos para a vida do indivíduo. A compulsividade, diferentemente da dependência, não pode ser considerada patológica. O indivíduo compulsivo cultiva uma obstinação para realizar repetitivamente esta ação com muito envolvimento afetivo, mas ainda consegue desenvolver os outros campos da vida sem grandes prejuízos, como estudar, realizar atividades físicas e se socializar(DIAS, 2019).

Sobre essa percepção, Meneses(2014) nos apresenta um questionário com os possíveis componentes centrais da dependência de videogames, com perguntas norteadoras sobre cada componente, conforme exibido na tabela a seguir :

Fatores	Perguntas
Saliência	Você já negligenciou suas necessidades (como comer ou dormir) para ficar conectado à internet jogando? Você às vezes imagina que está no jogo quando não está?
Modificação do humor	Você já se sentiu irrequieto ou irritado quando não pode estar no jogo? Você se sente mais feliz e mais contente quando finalmente consegue jogar?
Tolerância	Você sente que está passando cada vez mais tempo no jogo online? Você se pega jogando sem estar realmente interessado?
Conflitos	Você às vezes briga com as pessoas mais próximas (família, amigos, parceira/o) por causa do tempo que passa jogando? Sua família, amigos, trabalho e/ou passatempos sofrem por causa do tempo que você passa jogando na internet?
Restrições de tempo	Você já fracassou ao tentar limitar o tempo que passa jogando? Acontece de você ficar no jogo mais tempo do que planejara originalmente?



Tabela 1 Fonte : MENESES, G. P. Controvérsias em torno das noções de dependência e vício em jogos eletrônicos 2014 Anais da IV Reunião de Antropologia da Ciência e Tecnologia, USP 2014, disponível em <https://ocs.ige.unicamp.br/ojs/react/issue/view/66>, acessado em 30/07/2019 às 14h15

Souza et al (2016) afirma que “ o vício em jogos eletrônicos é estudado através dos comportamentos de dependência, pertencendo ao grupo de controle de impulsos, tal como jogo patológico.(...) porém, o vício em jogos eletrônicos, aqui mencionado, não especifica se o usuário joga online ou off-line. “

Os resultados encontrados nos estudos de neuroimagem auxiliam na compreensão da dependência de jogos eletrônicos como uma possibilidade psicopatológica, especialmente no que se refere às regiões cerebrais vinculadas ao estado de fissura, à dificuldade de controle dos impulsos e às alterações dopaminérgicas, sintomas esses verificados também em dependentes de substâncias. Os autores dos estudos de neuroimagem apontaram a associação dos seus resultados com o grupo dependente de substâncias, especialmente no que se refere ao estado de fissura. Sabe-se que uma das funções do lobo frontal seria a de impedir pensamentos negativos, distrações e sentimentos. É possível inferir, por exemplo, que usuários de jogos eletrônicos ou de drogas, que apresentem disfunção no córtex frontal medial, possam ter maior dificuldade em resistir às emoções e aos pensamentos que o induzam a repetir a experiência de dependência(LEMOS et al, 2014).

Tais resultados nos apresentam a hipótese de que a dependência de jogos eletrônicos pode ser comparada à dependência de substâncias químicas ilícitas, com imagens neurológicas detectadas por exames como ressonâncias, eletroencefalogramas, tomografias, dentre outros.

Vale salientar que o uso das tecnologias também tem seu viés positivo. Diversas são as linhas que defendem seu uso, como a citada por Oliveira et al (2017), ao afirmarem que:

“ a internet permite forma de comunicação e interação com o mundo até então inédita. Seu uso tornou-se popular em todas as faixas etárias, em especial crianças e adolescentes. Jogos eletrônicos e videogames passaram a ser a forma de entretenimento preferida por essa população. (...) Em população em situação de vulnerabilidade social, a internet pode ainda ser uma importante via de inserção social, educacional e no mercado de trabalho. (...) O mundo digital oferece novas formas de criatividade, aprendizagem, empreendimento e inovação, mas essas oportunidades exigem habilidades.”

Como indivíduos, organizações políticas e profissionais expressaram posições variadas em relação aos efeitos dos videogames. Em geral, a orientação inicial da maioria das organizações foi enquadrada pelo princípio da precaução - uma abordagem para atenuar o



dano social que coloca proteções no lugar quando existe um risco plausível. Os formuladores de políticas orientados por essa mentalidade têm o poder de tomar medidas nos casos em que o conhecimento científico sobre algo novo está faltando. Em consonância com este princípio, erram por precaução e alertam para limitar o tempo que os jovens passam a jogar videogames. À medida que emergiu uma compreensão empírica mais diferenciada dos efeitos da mídia, outras posições políticas, uma vez estritamente alinhadas com o jogo e o tempo de tela, suavizaram suas prescrições sobre mídia digital e desenvolvimento psicossocial (PRZYBISLKI e WEINSTEINN, 2019).

Essas mudanças foram refletidas na arena estatutária: em 2011, a Suprema Corte dos Estados Unidos julgou que não há provas suficientes de que os jogos causam danos para manter as leis que restringem a venda de jogos violentos a menores. Essas mudanças na lei e na política seguem de perto uma paisagem empírica em mutação (PRZYBISLKI e WEINSTEINN, 2019). Tal afirmação corrobora o pensamento coletivo que defende que, em sendo assim, se todos que usufruem de jogos violentos podem se tornar homicidas/terroristas, os que usufruem de jogos de esporte se tornarão atletas de alto nível, o que é algo que já se está mais do que visto não haver correlação, como afirma a Sociedade Brasileira de Pediatria (2020), no seu Manual de Orientação quanto ao uso excessivo e benefícios dos jogos eletrônicos, ao dizer que “é também importante aprofundar sobre o uso dos jogos eletrônicos de videogames e sobre tantas controvérsias que existem na literatura científica a respeito da associação com a dependência digital e a causalidade de atos de violência daí decorrentes.”

A dependência em jogos eletrônicos se tornou oficialmente um transtorno mental há pouco tempo, sendo diagnosticada e classificada de acordo com manual elaborado pela American Psychiatric Association (APP). Antes disso, os profissionais da área da saúde mental identificavam este transtorno nos adolescentes apenas observando os prejuízos que a prática excessiva de jogos eletrônicos acarretava na vida do indivíduo, como a substituição de atividades sociais por jogos eletrônicos (DIAS, 2019).

O Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtornos Mentais (DSM-5), em sua última versão, incluiu o Transtorno do Jogo pela Internet (Internet Gaming Disorder, IGD, em inglês) na seção III em “Condições para Estudos Posteriores”. No entanto, o Manual revela a necessidade de que mais pesquisas sejam elaboradas para que esse fenômeno seja formalizado como um novo diagnóstico psiquiátrico. O referido Manual aponta que o Transtorno do Jogo pela Internet se refere majoritariamente a jogos on line, mas os jogos computadorizados que não são jogados por meio da internet não estão excluídos. Além disso,



sua classificação segue um continuum de gravidade, que inclui leve, moderado ou grave, dependendo do grau de comprometimento das atividades normais (FERREIRA e SARTES, 2018).

Logo, podemos inferir que nem todo jogo (violento ou não) tem poder de modelar a personalidade do jovem ou criança que o utiliza, mas sim um grande potencial de interferir na execução de suas atividades normais diárias, como tarefas escolares, tarefas domésticas, convívio social, dentre outras. Vale salientar que, ainda sobre a última afirmação, toda e qualquer mídia de conectividade (aí incluídas as redes sociais diversas, acessadas por celular, smart tv, notebook, tablete) podem sim interferir na vida regular do indivíduo, independente de faixa etária em que se encontra (FERREIRA e SARTES, 2018).

O progresso tecnológico na área da informação e da comunicação vem interferindo diretamente nas atividades comunicativas humanas. Se, antes da década de 90, de modo geral, a forma mais rápida de comunicação envolvendo tecnologia versava sobre o uso do telefone fixo, a partir de 1990, com o advento da Internet nos deparamos com um recurso inovador. Os usuários de Internet, porém, não incidem em uma faixa etária ou segmento mais específico, sendo esta utilizada amplamente por pessoas de todas as idades e diferentes estratos sócio-econômicos no mundo todo. Embora esses fenômenos ainda sejam pouco estudados, a maioria dos autores sugere que o uso excessivo do videogame e da Internet pode resultar em um novo transtorno psiquiátrico. Os impactos psicossociais correlacionados ao uso excessivo de Internet referem-se à depressão, problemas nas relações interpessoais, diminuição nas atividades e na comunicação social e solidão (SILVA e GOMES, 2018).

A praticidade de resolver diversos problemas com apenas um click é um dos fatores que prende as pessoas ao aparelho do mundo tecnológico, levando-as a passar horas e horas conectadas, e mesmo sem perceberem, à dependência dessa tecnologia. É inegável os benefícios da tecnologia em seus mais variados desdobramentos, porém o uso excessivo traz consequências a níveis psicológicos e podem interferir consideravelmente nos relacionamentos entre pessoas mais próximas em seu cotidiano, a começar pela família.

O avanço tecnológico oferece diversos meios práticos e atrativos que conecta os indivíduos em diferentes lugares do planeta ao mundo virtual. Com tantas facilidades que a tecnologia proporciona, pode-se, com apenas alguns clicks, acessar a internet, conteúdos, jogos eletrônicos, redes sociais, estabelecer vínculos em grupos virtuais e rotinizar diálogos através do Smartphone. As famílias da contemporaneidade apresentam hábitos um pouco diferente de suas gerações passadas. Uma das características forte dessa representatividade é a



adoção exagerada da tecnologia nos lares que vem gerando o distanciamento entre pessoas, abalando as relações saudáveis, trocando o convívio presente com os parentes e amigos por um convívio virtual e distante. Com a ausência de comunicação e compreensão, o entendimento e união tornam-se inexistentes resultando no comprometimento nas relações de pais e filhos(MELO et al, 2018).

A dependência de internet é classificada em dois tipos: a específica e a generalizada. A específica é caracterizada pelo uso de conteúdos específicos da internet (como jogos e pornografia); a generalizada é caracterizada pelo uso excessivo e multidimensional da internet em que os usuários preferem a relação virtual ao contato face a face(SILVA, RODRIGUES e PICOLO, 2018). Com a facilitação aumentada dos acessos pela Internet e dos jogos online, passa a existir ainda outra novidade, poder jogar e ter uma outra vida, fora da realidade, uma vida virtual. No universo criativo dos jogos eletrônicos, os confrontos e desafios das guerras, das lutas e do terror se tornam estratégias para provocar os movimentos de respostas dos jogadores e para assim, treinar suas reações ao estresse das circunstâncias, com o objetivo de aprender a controlar o cortisol e canalizar o medo e então, ganhar o jogo e ao mesmo tempo, vencer o inimigo(SBP, 2020).

Mas como trazer aquele sujeito de volta para suas próprias vontades? O que fazer para conseguir atenção e interesse de um ‘bitolado’ fora do mundo digital? Como resgatar a criança ou o adolescente de uma atividade condicionada que nada tem a ver com o propósito educacional dos dias atuais? Outra face que pode estar escondida no comportamento discordante do sujeito que busca o jogo eletrônico como única opção, é a presença de alguns desconfortos existenciais que envolvem dificuldades de relacionamento”. Diante do exposto, parece não ser outra senão a melhor solução estar sempre atento aos adolescentes, e também às crianças, visto que nesta fase se consolidam as bases de relacionamento com o mundo ao redor, e os indivíduos que o formam(SANTOS e SOUZA, 2016).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A realidade virtual atualmente em nada se compara com a que era outrora oferecida pelos primeiros videogames que chegaram ao Brasil, em meados da década de 80 (Odyssey e Atari), em que seus gráficos mostravam uma realidade ‘quadrada’, com personagens em diversos momentos lembrando pinturas de Salvador Dali ou Pablo Picasso durante o Cubismo. Isso se justificava devido os videogames daquela época serem providos de



conbracis

IV Congresso
Brasileiro de
CIÊNCIAS da
SAÚDE

Saúde Populacional:
Metas e Desafios
do Século XXI

ISSN 2525-6696

www.conbracis.com.br

processadores bastante simplórios, com baixa velocidade de interpretação dos dados emitidos por seus cartuchos, que eram os ‘receptáculos físicos’ das informações que cada jogo tinha em particular.

Hoje, a precisão gráfica alcança limites nunca imaginados naquele período, com realismo que perpassa desde o formato do corpo humano, chegando a imitar quase todos os movimentos e expressões que o ser humano consegue realizar (em jogos de esportes, isso é facilmente percebido; em alguns jogos com temática mais violenta, percebe-se muitas das vezes as expressões de sofrimentos nos rostos dos personagens). O grande responsável por toda essa mudança gráfica é, principalmente, o maior poderio de leitura dos processadores mais modernos, além de técnicas de captura de movimento cada vez mais precisas, que fornecem muito mais realismo aos jogos modernos.

A evolução tecnológica proporcionou um grau cada vez maior na qualidade de imagens e sons, aumentou de forma inimaginável a interatividade do indivíduo com o jogo e também a interatividade entre os jogadores. O realismo cada vez maior dos games intensifica os estímulos recebidos e exige uma maior habilidade/dedicação do jogador para que prossiga jogando. Com narrativas complexas e atrativas, os jogos permitem cada vez mais que o jogador crie e transforme seu personagem e sua história, levando a um alto grau de imersão na realidade do jogo (BREDA et al, 2014).

Algo que se consegue sentir de diferencial nos dias atuais, não apenas a realidade gráfica oferecida, é a facilidade em como tais jogos é oferecida. Na década de 80 citada, por exemplo, basicamente só se conseguia brincar de jogos eletrônicos quem tivesse oportunidade de comprar os videogames disponíveis à época, ou então conseguisse convencer os pais para permitirem idas aos fliperamas, locais onde existiam máquinas, numa escala um pouco maior que os videogames domésticos, para conseguir jogar tais jogos.



figura 1 : videogame odyssey; fonte :

internet



figura 2 : videogame atari; fonte :

internet



figura 3 : máquina de fliperama ; fonte : internet

Conforme Breda et al (2014) menciona, “ podemos dizer que todo jogo, por mais livre e não estruturado que seja, possui alguns princípios básicos. O primeiro deles, e talvez o mais importante, é que a participação deve ser voluntária. E quanto mais autonomia o jogador tem para entrar ou sair de um jogo, modificá-lo e estabelecer suas estratégias, mais ele vivencia essa atividade como prazerosa. Trata-se também de uma atividade segura, na qual não existem punições ou consequências negativas sérias ao jogador e o próprio nível de dificuldade é controlado (principalmente no caso dos jogos eletrônicos) para estimular a sensação de competência e evitar uma frustração excessiva que leve ao abandono do jogo. Além disso, o jogo possibilita a interação/conexão com outras pessoas e estabelece uma sintonia afetiva entre elas, cuja manutenção garante a continuidade do jogo e a sua diversão .”

Os jogos eletrônicos são uma mídia do entretenimento de grande sucesso na atualidade e seus produtos causam fascínio diante das possibilidades que são apresentadas. Por meio da



interação com imagens que são transmitidas em telas de dispositivos eletrônicos, os jogos buscam estabelecer uma relação de imersão com seus usuários através daquilo que é exibido pelos aparelhos. Esses processos são potencializados por efeitos audiovisuais que buscam promover sensações nos jogadores, a fim de aproximá-los do contexto apresentado e justificar suas ações realizadas nos ambientes virtuais. Tais aspectos, aliados a uma diversidade de conteúdos, não só contribuem para a captura da atenção de quem os utilizam, como também apontam para a sua crescente demanda mercadológica(DÓIA e RESENDE, 2020).

A produção dessa indústria é constante, e devido à disseminação em inúmeros dispositivos, as suas formas de consumo são diversificadas e não se limitam apenas a um determinado ambiente, o que possibilita um maior acesso a essa forma de lazer. Acompanhando os indivíduos desde os primeiros anos de vida, os jogos estão se tornando um elemento que participa da constituição dos mesmos, pois os jogadores ficam imersos em uma realidade virtual, consomem uma grande quantidade de estímulos e passam assimilar parte dos conteúdos que são veiculados nesses meios(DÓIA e RESENDE, 2020).

No fim do século XX, ocorreu o surgimento de novas tecnologias, sendo uma delas a internet, ferramenta de uso amplo que facilitou o relacionamento interpessoal e permitiu o acesso às informações através das redes de comunicação. Por meio disso, os relacionamentos se ampliaram não só na esfera física, mas também de forma virtual. São inegáveis os benefícios da internet para diversas esferas da vida do ser humano (área acadêmica e laborativa), entretanto, quando esta ferramenta passa a ser usada de forma irrestrita e abusiva gera severos impactos na vida cotidiana de seus usuários. A dependência de internet é caracterizada como o uso excessivo da internet em que o longo tempo de permanência on-line prejudica a noção de tempo e espaço do indivíduo, seus valores, subjetividade, criatividade, gerando prejuízos no humor, irritabilidade, ansiedade, sintomas de abstinência à internet, nervosismo, obesidade, insônia, isolamento social, entre outros sintomas(SILVA, RODRIGUES e PICOLO, 2018).

Em relação às comorbidades psiquiátricas associadas, ansiedade social, transtornos de personalidade do grupamento A, TDAH, transtornos de humor e depressão, de maneira primária ou secundária, demonstraram relação com a nova patologia. Não foi encontrada associação com sintomas de hiperatividade e transtorno de oposição e desafio, assim como associação ao uso de tabaco, álcool ou outras drogas. Quanto aos exames de neuroimagem, tomografia computadorizada demonstrou uma concentração de dopamina extracelular no núcleo Accumbens duas vezes mais elevada após a atividade de jogo. Esse aumento foi



diretamente proporcional ao desempenho do jogador, sendo comparável em intensidade à liberação da dopamina após ingestão de metanfetamina, comprovando através de neuroimagem o potencial de dependência da atividade(COUTINHO et al, 2019; LEMOS et al, 2014).

O uso abusivo de videogames é passível de desencadear dependência em seus usuários, e deve ser tratada com seriedade pelo médico psiquiatra. Por ser uma patologia nova, é fundamental estudos acerca de fatores predisponentes e patologias associadas, a fim de criar um perfil e facilitar o diagnóstico, oferecendo a melhor terapia possível aos pacientes(COUTINHO et al, 2019).

Esses resultados dos exames de imagem reforçam e justificam o porquê do Transtorno de Jogos Eletrônicos ter entrado na lista de patologias comportamentais.



figura 4. fonte : facebook, página “O Mestre Charlie”, publicada em 09 de agosto de 2019, às 16h, e acessada em 13 de agosto de 2019, às 06h28. Na figura podemos notar a referência ao ‘conforto’ que os jogos eletrônicos oferecem frente aos desafios e agruras da vida ‘real’.

O sentimento de segurança proporcional pelo anonimato da Internet parece oferecer aos indivíduos probabilidades menos arriscadas de envolver-se em uma relação virtual. Essa estratégia pode parecer, inicialmente, um método bastante eficaz de socialização, mas com o decorrer do tempo e o uso excessivo da rede, essa forma de comunicação e de estabelecimento de amizades pode resultar em um declínio da vida social e tornar-se um terreno fértil para manifestação de outras patologias. Com a crescente popularidade da Internet, profissionais de saúde mental precisarão preparar-se para um aumento da procura de tratamento especificamente concebido para cuidar do paciente com dependência da Internet. As pessoas relutam para buscar tratamento. Insistem em entender o uso abusivo das



tecnologias e dos jogos eletrônicos no campo da naturalização do comportamento. Diante desse contexto, torna-se imprescindível que o psicólogo aproprie-se de tal demanda e desenvolva ações de caráter individual e coletivo com a finalidade de contribuir para a minimização e erradicação do adoecimento em virtude das repercussões dessa demanda(SILVA e GOMES, 2018).

A internet pode ser caracterizada como uma fuga psicológica, pois indivíduos que estejam vivenciando situações difíceis como mudanças de vida, problemas pessoais, divórcio, luto, problemas profissionais, podem se voltar para o uso excessivo da internet, que lhes oferecem um mundo virtual cheio de fantasias e devaneios. O autor ainda ressalta que usuários de álcool e outras drogas podem vivenciar uma experiência de dependência de internet por acreditar ser a internet alternativa mais segura para sua tendência adictiva, sem perceber que continua camuflando suas dificuldades implícitas à dependência(SILVA, RODRIGUES e PICOLO, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que cada sujeito tem sua singularidade, e capacidade de encarar as situações que lhe são propostas pelo decorrer da sua vida, sempre advindas como consequências de suas escolhas e decisões, é preciso sempre respeitar como cada indivíduo amadurece com o tempo. Pais e educadores devem aceitar a idéia de que as crianças e adolescentes estão em franco amadurecimento, a cada segundo de vida, sempre com potencial de aprendizado a cada momento, mas sem nunca deixar de intervir ao notarem o desinteresse pelo saudável e o comportamento direcionado ao patológico. Não se pode nem privar, nem tentar limitar, muito menos tolher totalmente, as crianças e adolescentes do convívio de ferramenta tão poderosa como a internet, onde podemos não apenas encontrar jogos eletrônicos, mas muita informação valiosa para os estudos e formação de caráter desses indivíduos, como também uma vasta plataforma para trocas de experiências e resultados, permitindo uma maior – e inédita, quando comparada com gerações anteriores, como a de seus pais e avós – força de interação entre povos longínquos, e inimaginavelmente tão interativos há poucas décadas atrás.



REFERÊNCIAS

PRZYBISLKI, Andrew. K. ; WEINSTEINN, Netta. VIOLENT VIDEO GAME ENGAGEMENT IS NOT ASSOCIATE WITH ADOLESCENT'S AGGRESSIVE BEHAVIOUR: EVIDENCE FROM A REGISTERED REPORT **R. Soc. Open sci.** **6**, JANEIRO 2019.

SANTOS, Nádía Maria Gomes dos; SOUZA, Gleicione Aparecida Dias Bagne de. INFLUÊNCIA NEGATIVA DOS JOGOS ELETRÔNICOS NO DESENVOLVIMENTO COGNITIVO **Rev. Da Univ. do Vale do Rio Verde, Três Corações**, v.14, n. 1, p. 458 – 463, jan. / jul. 2016.

SOUZA, Beatriz Doerner de; BOAROLLI, Micheli; JORNADA, Luciano Kurtz; GOMES, Karin Martins VÍCIO EM JOGOS ELETRÔNICOS (PLAY ADDICTION) EM ADOLESCENTES **Rev. Inic. Cient., Criciúma**, v.14, n. 1, 2016.

OLIVEIRA, Maria Paula Magalhães Tavares de; CINTRA, Letícia Antunes Dias; BEDOIAN, Graziela; Nascimento, Rosimeire do; FERRÉ, Rodrigo Rodrigues; SILVA, Maria Teresa Araújo USO DE INTERNET E JOGOS ELETRÔNICOS ENTRE ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL **Trends in psychology - Temas em psicologia – setembro 2017** , v. 25, n. 3, 1167 – 1183.

MENESES, Gilmar Pinho CONTROVÉRSIAS EM TORNO DAS NOÇÕES DE DEPENDÊNCIA E VÍCIO EM JOGOS ELETRÔNICOS **Anais da IV Reunião de Antropologia da Ciência e Tecnologia, USP 2014**.

LEMOS, Igor Lins; DINIZ, Paula Rejane Beserra; PERES, Julio Fernando Prieto; SOUGEY, Everton Botelho NEUROIMAGEM NA DEPENDÊNCIA DE JOGOS ELETRÔNICOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA **J Bras Psiquiatr.** 2014;**63(1):57-71**.

BREDA, Vitor Carlos Thumé; PICON, Felipe Almeida; MOREIRA, Laura Magalhães; SPRITZER, Daniel Tornaim DEPENDÊNCIA DE JOGOS ELETRÔNICOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES **REVISTA BRASILEIRA DE PSICOTERAPIA** 2014;**16(1):53-67**.

FERREIRA, Monique Bernardes de Oliveira ; SARTES, Laisa Marcorela Andreoli UMA ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DO USO PREJUDICIAL DE JOGOS ELETRÔNICOS **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, 11(2), 2018, 306-326.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA Manual de Orientação Grupo de Trabalho Saúde na Era D i g i t a l (2019-2021) **Dependência virtual – um problema crescente #MENOS VÍDEOS #MAIS SAÚDE 2020**.

SILVA, Cristiana Maria da; GOMES, Larissa Isaura O USO ABUSIVO DE INTERNET E JOGOS ELETRÔNICOS: REFLEXÕES PARA A SAÚDE MENTAL **Revista Saúde e Educação, Coromandel**, v. 3, supl., nov. 2018.



conbracis

**IV Congresso
Brasileiro de
CIÊNCIAS da
SAÚDE**

Saúde Populacional:
Metas e Desafios
do Século XXI

ISSN 2525-6696

www.conbracis.com.br

SILVA, Adriana Aparecida da; RODRIGUES, Michelle de Lima; PICOLO, Daniela
DEPENDÊNCIA VIRTUAL: CONSEQUÊNCIAS PSICOSSOCIAIS E INTERVENÇÕES
PSICOLÓGICAS **Revista Funec Científica – Multidisciplinar, Santa Fé do Sul (SP), v.7,
n.9, jan./dez., 2018.**

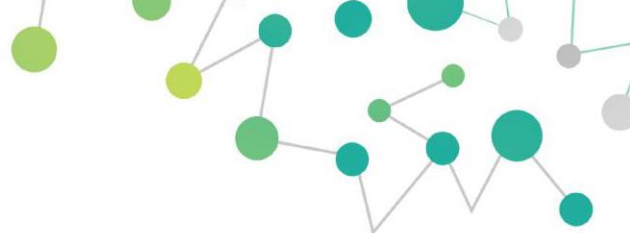
COUTINHO, GC; DELGADO, ME; THOMÉ, LC; AMARAL, GHF REPERCUSSÕES
PSIQUIÁTRICAS QUE INCLUÍRAM O VÍCIO EM JOGOS NA CLASSIFICAÇÃO
INTERNACIONAL DE DOENÇAS **ANAIS DA II JORNADA DE PSIQUIATRIA DE
JUIZ DE FORA, 2019; pág. 38-39.**

MENDES, Rosiany Luzia Vieira; BADARÓ, Auxiliatrice Caneschi OS IMPACTOS DOS
JOGOS ELETRÔNICOS NAS HABILIDADES SOCIAIS EM ADOLESCENTES
CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 2 , n. 3, p. 208-230, jan./jun. 2020.

DIAS, Junio Araujo O IMPACTO DA PRÁTICA DE JOGOS ELETRÔNICOS NA SAÚDE
DOS ADOLESCENTES Curso de Enfermagem Trabalho de Conclusão de Curso Centro
Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – UNICEPLAC Brasília – DF, 2019.

MELO, Diego Gomes da Silva; RODRIGUES, Elaine Lopes Ferreira; SILVA, Gizélia de
Matos da; ABREU, Mayara Lúcia Oliveira Faustino de; RIBEIRO, Stevem; BERNARDINO,
Suzana DEPENDÊNCIA TECNOLÓGICA: A DOENÇA DA CONTEMPORANEIDADE
NO CONTEXTO FAMILIAR **Psicologia.pt – O Portal dos psicólogos 2019.**

DÓIA, Alexandre Crispim Pires; RESENDE, Maria do Rosário Silva A FORMAÇÃO DO
INDIVÍDUO NA ERA DO ENTRETENIMENTO VIRTUAL: UMA REFLEXÃO SOBRE
OS JOGOS ELETRÔNICOS **Educación e inclusión: reflexiones de Brasil y Argentina -
1a ed. 2020 Pág. 81-97.**



TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO EM TRABALHADORES DE SAÚDE NO BRASIL, 2015-2019

Glécia Lemos Bezerra ¹
Higina Kelly Lemos Ferraz ²
Carolina Franco de Azevedo ³

RESUMO

Introdução: os transtornos mentais estão entre as três causas mais incapacitantes relacionadas ao trabalho, diante dessa afirmativa, estudos sobre este agravo faz-se mister. **Objetivo:** descrever as notificações por Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho em trabalhadores da saúde, no Brasil, nos anos de 2015 a 2019. **Método:** trata-se de um estudo ecológico de série temporal, descritivo. Para obtenção dos dados, realizou-se acesso ao SINAN, a partir das investigações notificadas no período estudado. **Resultados e discussão:** as notificações concentraram-se no sexo feminino (84,3%), nas faixas etárias de 30 a 40 anos e maior de 40 anos, respectivamente 43,9% e 44,6%, predomínio da raça branca (57,1%), seguida da parda (18,5%), 84,7% tinham ensino superior completo e 1,7% ensino médio. Emitiu-se Comunicação de Acidente de trabalho em 33,8% dos casos; houve maior concentração das notificações nas regiões Sudeste, seguida de Nordeste e Sul, 49,5% afastados da situação de desgaste mental e 48,8% afastados do local de trabalho. **Considerações finais:** diante do exposto, observou-se que os transtornos mentais têm grande impacto sobre a saúde dos trabalhadores de saúde, levando a incapacidades e prejuízos ao processo de trabalho e de qualidade de vida. A subnotificação e qualidade do preenchimento da ficha de notificação foi pontuada com dificuldade de estudo, uma vez que compromete a observância da amplitude do evento na população de estudo.

Palavras-chave: Profissionais de saúde; Transtornos mentais; Saúde do trabalhador.

INTRODUÇÃO

O processo de trabalho vem sofrendo transformações ao longo do tempo, derivadas de mudanças sociais e econômicas e nesse contexto, os trabalhadores de saúde estão inseridos

¹Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia-UFBA, glecia_lemos@hotmail.com ;

²Doutoranda pelo Programa de Pós- Graduação em Medicina e Saúde da Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia-UFBA, higinakelly@hotmail.com ;

³Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde da Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia-UFBA, cfakaroll@hotmail.com .

em um rápido e contínuo desenvolvimento tecnológico, subdivisão do trabalho, hierarquia, necessidade de múltiplos vínculos empregatícios com baixa remuneração levando-os a jornadas prolongadas de trabalho, escalas noturnas e ausência de valorização profissional. Tais características do trabalho podem desencadear sobrecarga cognitiva e emocional, além da exposição às situações de estresse e desgaste derivadas da prestação do cuidado ao paciente, convívio frequente com a dor, sofrimento e morte (SILVA, 2015, FERREIRA; LUCCA, 2015; HARVEY et al. 2017).

Para a Organização Internacional do Trabalho - OIT (2010), os fatores psicossociais que afetam os trabalhadores já são reconhecidos como sendo um problema de dimensão mundial, gerando absenteísmo, diminuição da produtividade, gastos médicos, afastamentos, e no trabalho em saúde, aumentam os riscos de erros na prestação do cuidado, reduzindo a segurança ao paciente. Ainda, os transtornos mentais estão entre as três causas mais incapacitantes relacionadas ao trabalho.

Os Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT), psicopatologias resultantes das condições ambientais, organizacionais e de processos de trabalho precárias são de notificações compulsórias desde 2004 a partir da Portaria GM 777 do Ministério da Saúde, e alimentam o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (BRASIL, 2004).

O acompanhamento das notificações de TMRT é essencial para entender o impacto desse agravo sobre os trabalhadores de saúde, e a depreensão sobre o tema poderá subsidiar discussões acerca dos pontos críticos que comprometem o processo de trabalho dos profissionais de saúde e que podem servir de base para formulação e aprimoramento de políticas mais efetivas no campo da saúde do trabalhador. Tais fatos apresentam-se como justificativas para o desenvolvimento do estudo.

Definiu-se como objetivo geral descrever as notificações por Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho em trabalhadores da saúde, no Brasil, nos anos de 2015 a 2019.

REFERENCIAL TEÓRICO

OS Transtornos Mentais são um problema de saúde pública. Segundo o Ministério da Saúde essa psicopatologia acomete cerca de 30% dos trabalhadores ocupados, provocando considerável redução da qualidade de vida, do trabalho, comprometimento das relações interpessoais e aumento de gastos com a saúde e previdência, sendo a terceira causa de concessão de benefícios para os trabalhadores formais, demonstrando forte impacto deste sofrimento psíquico para sociedade (BRASIL, 2001).

O sofrimento mental tem origem multicausal, sendo resultado de condições emocionais, história de vida, fatores biológicos e a influência dos determinantes sociais (BRASIL, 2013). O trabalho que demanda importante tempo e energia dos indivíduos, que deveria representar fonte de prazer e realização, é um expressivo determinante do processo saúde-doença. Este, quando realizado em condições desfavoráveis, pode levar a ocorrência do adoecimento ocupacional, dentre eles, os transtornos mentais, uma vez que os fatores psicossociais do trabalho entendidos como a interação entre o ambiente, condições e processos de trabalho, unidos as características do indivíduo e aspectos socioeconômicos podem ocasionar o sofrimento psíquico (BAHIA, 2014).

Nesta perspectiva, segundo Dejours (1992), quando o trabalho entra em conflito com o psíquico do indivíduo, sem a ocorrência de adaptação, o sofrimento mental é desencadeado, afetando funções orgânicas refletidas em queixas somáticas. Ou seja, existe uma sobreposição da demanda psicológica no trabalho, em detrimento do controle, que é a habilidade, autonomia, capacidade de resiliência e adaptação as adversidades.

As condições de trabalho, precarização das relações de trabalho apresentam-se como importante fator psicossocial para os Transtornos Mentais. Estudos internacionais demonstram esta associação (ANDREA et al., 2009; FERRANTE et al., 2019). Entre os trabalhadores da saúde essa realidade não é divergente; escalas noturnas, múltiplos vínculos empregatícios para complementação da renda, sobrecarga de trabalho, convívio constante com situações de estresse, morte e sofrimento. Um estudo realizado na Bahia com profissionais de saúde encontrou a prevalência de 35% de casos suspeitos de TMC, com alta demanda psicológica e baixo controle sobre as atividades laborais, evidenciando condições inadequadas de trabalho (RODRIGUES et al., 2014).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico de série temporal, retrospectivo e descritivo. Para obtenção dos dados, realizou-se acesso as bases secundárias, os sistemas de informação, especificamente o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) que são dados provenientes de informações coletadas pelas Unidades de Saúde. A coleta de dados foi realizada em outubro de 2020, a partir das investigações notificadas no período de 2015 a 2019.

As variáveis estudadas justificam-se por tratar-se, inicialmente, de um estudo exploratório, sendo que para a escolha prevaleceu aquelas apontadas na literatura que relacionam-se com o desfecho em questão: características sociodemográficas; núcleo regional de saúde do estado notificador; referência ao CAPS ou a outro serviço especializado; condutas gerais adotadas no ambiente de trabalho após a confirmação do caso; diagnóstico específico, segundo a 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10); evolução clínica dos casos após o diagnóstico e tratamento.

Após a obtenção dos dados, foram calculadas as frequências simples absolutas e relativas das variáveis estudadas. A compilação e processamento dos dados foi feito através do programa Microsoft Office Excel 2007 e SPSS (Statistical Package of Social Science) versão 22.0 da plataforma Windows.

Foi dispensada a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012, logo que, esta pesquisa foi realizada a partir de dados secundários, sem qualquer identificação dos trabalhadores, disponibilizados na internet pelo sistema acima descrito, com informações gerais e coletivas acerca da situação de saúde dos trabalhadores brasileiros.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

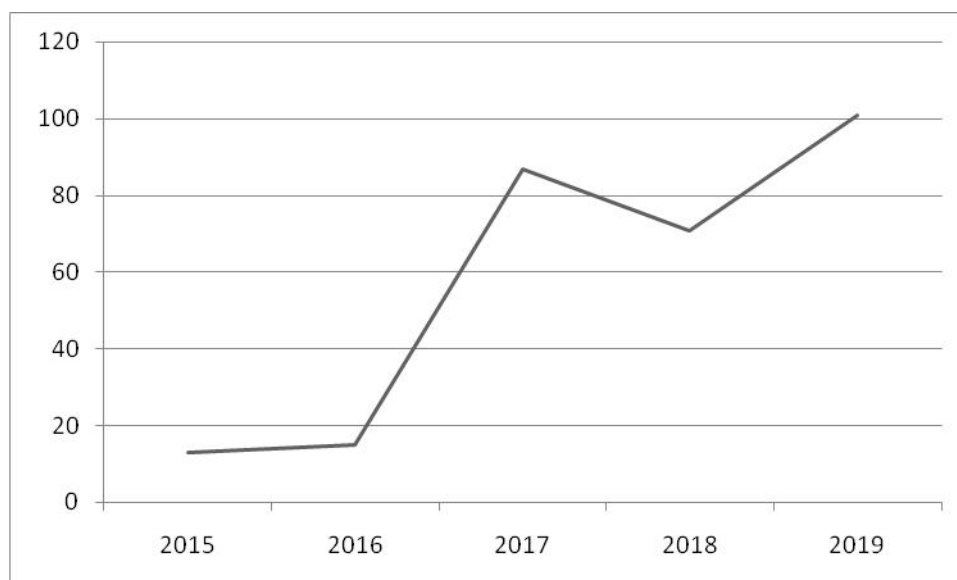
Os casos notificados de TMRT no Brasil, no período estudado representaram, em sua maioria, trabalhadores com ensino superior, do sexo feminino, com idade igual ou superior a 30 anos. Percentual considerável destes apresentaram incapacidade temporária, foram afastados do local de trabalho e encaminhados a serviços especializados.

No período de 2015 a 2019 foram notificados 287 casos de transtorno mental relacionado ao trabalho no Brasil, saindo de 13 no primeiro ano para 101 no último ano desse estudo, um crescimento importante nas notificações apesar de ainda aquém a realidade (Gráfico 1). Dentre os casos notificados houve uma maior concentração no sexo feminino (84,3%) e nas faixas etárias de 30 a 40 anos e maior de 40 anos, respectivamente 43,9% e 44,6%. Houve predomínio da raça branca (57,1%), seguida da parda (18,5%). No quesito de escolaridade 84,7% tinham ensino superior completo e 1,7% ensino médio.

Estudo realizado com a população brasileira adulta acerca dos transtornos mentais comuns revelou maiores frequências desse agravo entre indivíduos mais velhos, sexo feminino, além de estar relacionados aos eventos produtores de estresse, redução de apoio

social e com variáveis relativas às baixas condições de vida e de trabalho, menor renda e baixa escolaridade (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; JANSEN et al., 2011). Já Cordeiro e colaboradores (2016) descrevendo características dos casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho (TMRT) notificados no estado da Bahia, no período 2007-2012, identificaram uma maior prevalência de TMRT em homens, na faixa etária de 18-49 anos, sendo o transtorno mais notificado o estresse pós-traumático. Essa diferença pode ser explicada pelo maior contingente de mulheres formando a força de trabalho na área de saúde que representam 65% dos mais de seis milhões de profissionais ocupados no setor público e privado (CONASEMS, 2020).

Gráfico 1. Evolução das notificações de Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho em Trabalhadores de Saúde no Brasil, 2015 a 2019.



Fonte: SINAN/Ministério da Saúde, 2015–2019.

Os transtornos mais frequentes foram: reações ao “stress” grave e transtornos de adaptação (39,7%), episódios depressivos (14,2%), transtornos ansiosos (12,9%) e Síndrome de *Burnout* (8,3%), achados que corroboram com outras investigações (CORDEIRO et al., 2016; CCVISAT, 2019).

A partir da ficha de notificação do SINAN foram identificadas algumas variáveis de hábitos pessoais, dentre elas, o consumo de álcool com 2,8%, uso de drogas psicoativas com 4,9% e de psicofármacos 24,4% e 2,4 % referiram ser fumantes, evidenciando baixos níveis de abuso de álcool, de psicofármacos, drogas psicoativas e hábito de fumar (Tabela 1). O alto

preenchimento como ignorado, que pode ser atribuído ao receio do profissional de saúde em relatar práticas desfavoráveis a saúde.

Um estudo realizado com profissionais de enfermagem de um hospital público, no estado de Minas Gerais encontrou a predominância de comportamentos não saudáveis entre os técnicos de enfermagem, com elevado uso de álcool e tabaco, apresentando este grupo maior chance para o consumo de álcool em índice problemático, ainda incita que manifestações de ordem psíquica, comportamentais e ambientais estão associadas ao uso de drogas psicoativas, na maioria das vezes, relacionando-se ao trabalho (JUNQUEIRA et al, 2017).

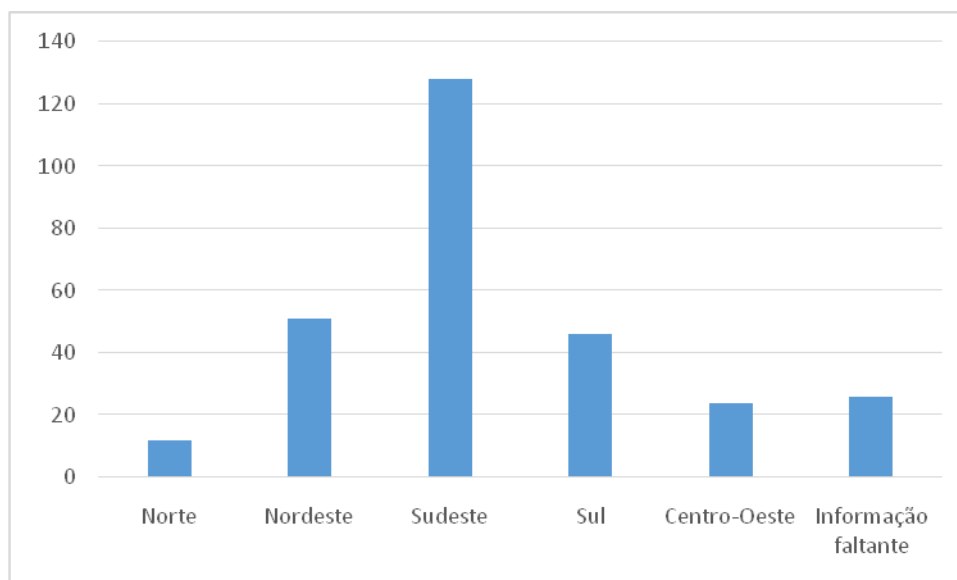
Tabela 1. Características das notificações de TMRT no Brasil quanto aos hábitos de vida, 2015 a 2019.

Variáveis Transtorno Mental	Ano					Total	
	2015 (n=13)	2016 (n= 15)	2017 (n=87)	2018 (n=71)	2019 (n=101)	(n=287)	(%)
Uso de Álcool							
Sim	1	0	3	2	2	8	2,8
Não	9	11	44	43	59	166	57,8
Ignorado	2	3	18	13	13	49	17,1
Informação faltante	1	1	22	13	27	64	22,3
Uso de Drogas Psicoativas							
Sim	3	1	3	3	4	14	4,9
Não	7	9	43	38	58	155	54,0
Ignorado	3	3	18	16	12	52	18,1
Informações faltosas	0	2	23	14	27	66	23,0
Uso de Psicofármacos							
Sim	3	3	20	18	26	70	24,4
Não	6	8	27	25	36	102	35,5
Ignorado	4	3	18	14	12	51	17,8
Informações faltosas	0	1	22	14	27	64	22,3
Hábito de fumar							
Sim	1	0	2	2	2	7	2,4
Não	9	10	47	40	61	167	58,2
Ignorado	3	3	20	17	10	53	18,5
Informações faltosas	0	2	18	12	28	60	20,9

Fonte: SINAN/Ministério da Saúde, 2015–2019.

A distribuição por regiões onde houve notificações nos anos do estudo pode ser observado no Gráfico 2, onde apresentou maior concentração na região Sudeste, seguida de Nordeste e Sul.

Gráfico 2. Número de Notificações de Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho por Região Brasileira, 2015 a 2019.



Fonte: SINAN/Ministério da Saúde, 2015–2019.

Outros achados da pesquisa estão no percentual de 49,5% afastados da situação de desgaste mental e 48,8% afastados do local de trabalho. Nesse processo se faz importante a atuação engajada da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) para acolhimento a esse trabalhador iniciando os devidos encaminhamentos e execução das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Tabela 2. Características das notificações por transtorno mental relacionado ao trabalho em trabalhadores no Brasil, 2015 a 2019.

Variáveis	Ano					Total	
	2015 (n=13)	2016 (n= 15)	2017 (n=87)	2018 (n=71)	2019 (n=101)		
Tempo de trabalho na ocupação							
Horas	0	0	0	1	0	1	0,3
Dias	0	0	1	0	0	1	0,3
Meses	1	0	3	4	4	12	4,2
Anos	8	10	57	46	65	186	64,8
Informação faltante	4	5	26	20	32	87	30,3
Afastamento da situação de desgaste mental							
Sim	7	7	55	36	37	142	49,5
Não	4	6	16	24	34	84	29,3
Informações faltosas	2	2	16	11	30	61	21,2

Afastamento do local de trabalho							
Sim	5	8	47	36	44	140	48,8
Não	5	5	18	16	26	70	24,4
Informações faltosas	3	2	22	19	31	77	26,8
Encaminhamento CAPES ou outro serviço especializado							
Sim	8	10	41	33	33	125	43,5
Não	4	1	16	21	38	80	27,9
Ignorado	1	3	15	5	7	31	10,8
Informações faltosas	0	1	15	12	23	51	17,8
Emissão de CAT							
Sim	3	7	34	22	31	97	33,8
Não	6	5	34	22	29	96	33,4
Não se aplica	1	1	11	12	16	41	14,3
Ignorado	3	2	6	12	12	35	12,2
Informações faltosas	0	0	2	3	13	18	6,3
Evolução do Caso							
Cura	0	0	7	3	10	20	7,0
Cura não confirmada	2	0	7	1	5	15	5,2
Incapacidade temporária	7	13	54	49	51	174	60,6
Incapacidade Permanente Parcial	0	0	0	4	2	6	2,1
Incapacidade Permanente Total	0	0	1	1	1	3	1,0
Outro	1	0	3	1	12	17	6,0
Ignorado	2	2	9	6	11	30	10,4
Informações Faltosas	1	0	6	6	9	22	7,7

Fonte: SINAN/Ministério da Saúde, 2015–2019.

Emitiu-se Comunicação de Acidente de trabalho (CAT) em 33,8% e 33,4% não realizaram a abertura. Foram encaminhados ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPES) ou outro serviço especializado em tratamento de transtornos mentais 43,5% dos profissionais acometidos e a respeito da evolução do caso, incapacidade temporária (60,6%) foi a mais observada.

Silva-Junior e Fischer (2015) referem que as situações de alta demanda e baixo controle são descritas como fator de risco para a incapacidade laborativa de uma forma geral e para o afastamento do trabalho por longa duração em decorrência de adoecimento mental.

Uma alta frequência de informações faltosas, também foi observada nesse estudo, que pode apontar para falhas no preenchimento das fichas de notificação, o que compromete a realidade dos dados e consequentemente a tomada de decisões. Um estudo que estimou o sub-registro de acidentes de trabalho fatais nos sistemas de informação do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Segurança Pública, Ministério do Trabalho e Secretaria da Previdência Social, de 2007 a 2015, em Palmas, Tocantins, observou extenso sub-registro em todas as

fontes e apontou para a necessidade de ações de melhoria dos registros (RODRIGUES; SANTANA, 2019).

A subnotificação de TMRT tem sido demonstrada por diversos estudos. Brito e Araújo (2014) apontam em seu estudo uma alta subnotificação destes agravos no SINAN, este fato foi evidenciado em função da incoerência na frequência de transtornos mentais relacionados ao trabalho quando comparado ao número de benefícios de auxílio-doença acidentário concedidos pelo INSS para transtornos mentais. Foi constatado que o INSS notificou trinta e oito vezes mais casos que o SINAN entre 2006 e 2012.

A subnotificação e o subregistro dos dados sistemáticos em saúde podem ser atribuídos a complexidade dos instrumentos e a alta sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde. Outros fatores podem ser levados em consideração como a deficiência na formação acadêmica e de educação permanente dos profissionais de saúde; falta de interesse em ações que fogem da assistência e a pouca visibilidade da importância da categoria trabalho como condicionante do processo saúde-doença (FACCHINI et al., 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto observa-se que os transtornos mentais têm grande impacto sobre a saúde dos trabalhadores de saúde, levando a incapacidades e prejuízos ao processo de trabalho e de qualidade de vida.

O subregistro dos dados, entendida como uma notificação com dados faltantes, foi uma dificuldade encontrada especialmente para as variáveis que não eram de preenchimento obrigatório para entrada no SINAN-NET, o que dificultou o conhecimento do perfil dos trabalhadores acometidos por TMRT.

Apesar do aumento considerável do número de notificações ao longo do período de estudo, o mesmo apresenta-se aquém a realidade quando pensado em amplitude nacional. Desta forma, aponta-se como dificuldade para execução da pesquisa a subnotificação, que limita o conhecimento da proporção do problema. Faz-se mister o conhecimento da real proporção negativa do acometimento pelo transtorno mental, logo que o problema é passível de prevenção, desde que sua origem seja conhecida pelos trabalhadores e gestores.

Uma das sugestões desse estudo é a necessidade de capacitação dos profissionais que realizam o diagnóstico para que os bancos de dados sejam aperfeiçoados contribuindo para formulação de políticas de promoção e proteção a saúde do trabalhador.

Ademais, o mesmo configura-se como meio científico de divulgação da situação de saúde mental dos trabalhadores no Brasil, possibilitando discussões a cerca dos pontos críticos que possam comprometer o processo de trabalho saudável, além de servir de base para comparação às futuras pesquisas que utilizem bases de dados secundárias.

FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

ANDREA, H.; BÜLTMANN U.; LGA V. A.; KANT, Y. The incidence of anxiety and depression among employees-the role of psychosocial work characteristics. **Depress Anxiety**. 2009;26(11):1040-8

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. **Protocolo de atenção à saúde mental e trabalho**. Salvador-BA. 2014.

BRASIL. **Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004**. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União* 2004. Acesso em 28 de outubro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde/Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho. Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde**. Diário Oficial da União, D.F: 2001

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Caderno de Atenção Básica. Saúde Mental**. Brasília-DF. 2013.

BRITO Carla de Oliveira; ARAÚJO, Tânia Maria de. **Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho no Brasil no período de 2006 a 2012**. Dissertação (Para obtenção de título de mestre)- Pós- graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2014.

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Protagonismo feminino na saúde: mulheres são a maioria nos serviços e na gestão do SUS**. Publicado em 06/03/2020. Disponível em <https://www.conasems.org.br/o-protagonismo-feminino-na-saude-mulheres-sao-a-maioria-nos-servicos-e-na-gestao-do-sus/>. Acesso em 28 out. 2020

CORDEIRO, Técia Maria Santos Carneiro e et al. Notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho entre trabalhadores na Bahia: estudo descritivo, 2007-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 25, n. 2, p. 363-372, Jun. 2016 .

CCVISAT. Centro Colaborador da Vigilância dos Agravos à Saúde do Trabalhador. Universidade Federal da Bahia. **Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho no Brasil, 2006–2017**. 2019.

DEJOURS, C.A. **A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho**. 5ª edição. São Paulo: CORTEZ; 1992.

FERRANTE et al., Is the association between precarious employment and mental health mediated by economic difficulties in males? Results from two Italian studies. **BMC Public Health**, vol. 19 , n. 869, 2019.

HARVEY, Samuel B et al. Canworkmakeyoumentallyill? A systematic meta-reviewofwork-relatedriskfactors for common mental healthproblems. **OccupEnviron Med.**, v. 74, n. 4, p. 301-310, 2017.

JANSEN, K. et al. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, mar. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n3/05.pdf>>. Acesso em: 24 de julho de 2018.

SILVA-JUNIOR, João Silvestre; FISCHER, Frida Marina. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e estressores psicossociais ocupacionais. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 18, n. 4, p. 735-744, Dez. 2015.

JUNQUEIRAMarcelle Aparecida de Barroset al. Alcohol use andhealthbehavioramongnursingprofessionals.**RevEscEnferm USP**. Nov.2017.

FACCHINI, Luiz Augustoet al. Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, 2005.

FERREIRA, Naiza do Nascimento; LUCCA, Sergio Roberto de. Síndrome de *burnout* em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo.**Rev. bras. epidemiol.** vol.18 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2015. Acesso em 28 de outubro de 2020.

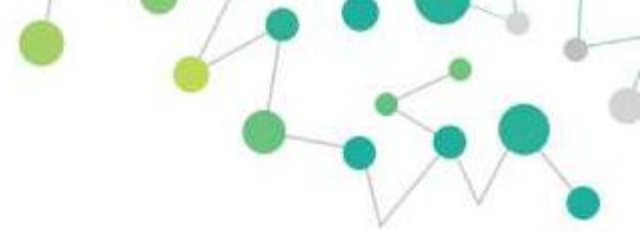
LUDERMIR, Ana Bernarda ; MELO FILHO, Djalma A de. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 213-221, abr. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n2/9214.pdf>>. Acesso em: 24 de julho de 2018.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Riscos emergentes e novas formas de prevenção num mundo de trabalho em mudança**. 2010. Disponível em: <http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/28abril_10_pt.pdf> . Acesso em 25 de out. 2020.

RODRIGUES, E.P.; RODRIGUES, U.S.; OLIVEIRA, L. M. M.; LAUDANO, R. C.S.; SOBRINHO, C. L. N. Prevalencia de trastornos mentales comunes en trabajadores de enfermería en un hospital de Bahia. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v.67, n.2, 2014.

RODRIGUES, Alana Barbosa; SANTANA, Vilma Sousa. Acidentes de trabalho fatais em Palmas, Tocantins, Brasil: oportunidades perdidas de informação. **Rev. bras. saúdeocup.**, São Paulo , v. 44, e8, 2019.

SILVA, Fernanda Henriques. Pós-graduação em Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Dissertação. **Estresse no trabalho de enfermeiros que atuam em hospitais privados segundo o modelo demanda controle**, Rio de Janeiro, 2015. 70f.



UM CAMINHO PARA A PRODUÇÃO DE UMA CIDADE SAUDÁVEL: UM ENFOQUE NA REALIDADE URBANA DE NATAL/RN

Monique Hellen de Souza Silva¹
Ione Rodrigues Diniz Morais (orientadora)²

RESUMO

O presente artigo tem por objetivo apresentar as bases para a adoção da estratégia do Movimento Cidade Saudável na realidade urbana de Natal/RN. Para tanto evidencia algumas das principais vulnerabilidades socioambientais da urbe que afetam a qualidade de vida e a saúde dos habitantes locais, e traça caminhos para superar ou amenizar essas irregularidades com base nos princípios do Movimento Cidades Saudáveis, que tem a promoção da saúde e da qualidade de vida como propósitos centrais. O desenvolvimento desse estudo teve como metodologia a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental. Através desses procedimentos foi possível constatar um conjunto amplo de vulnerabilidades sociais e ambientais que contribuem para intensificar o adoecimento da população, e que se localizam principalmente nas Regiões Administrativas Norte e Oeste de Natal, como risco de deslizamento de terra, inundação e poluição ambiental, desigualdade de condições de renda, saúde e educação. Em virtude da complexidade da problemática das vulnerabilidades identificadas, a implementação de políticas públicas em uma perspectiva intersetorial com foco na saúde, auxiliadas por ações de promoção da saúde e prevenção da doença, se constituem com alternativas importantes para criar em Natal um Projeto de Cidade Saudável.

Palavras-chave: Cidade Saudável, Natal, Promoção da Saúde, Qualidade de Vida.

INTRODUÇÃO

O Movimento Cidades Saudáveis (MCS) emergiu em Toronto, Canadá na década de 1970 tendo como suas obras precursoras o informe: *A saúde pública nos anos 80*, de autoria de um comitê de planejamento do governo canadense. Outra obra fundamental para consubstanciar esse movimento foi a publicação *A new perspective on the health of Canadians: a work*

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Geografia – PPGE, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, e-mail: moniquehellen60@hotmail.com;

² Professora Doutora do Departamento de Geografia – DGE, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), e-mail: ionerdm@yahoo.com.br.

² Este trabalho integra uma pesquisa de mestrado que está sendo desenvolvida no PPGE/UFRN, e tem por título “Proposição de um índice de Cidade Saudável com enfoque na saúde: a cidade de Natal/RN como referencial de análise.

document, de autoria de Marc Lalonde (1981). A partir desse informe, o governo canadense traçou um novo prisma para orientar as políticas e ações de saúde do país alicerçado na percepção de que, as políticas governamentais, as relações comunitárias e as condições de vida dos grupos sociais, ou seja seus recursos de educação, renda, trabalho, segurança e lazer, estariam diretamente relacionados a existência de condições de saúde adequadas ou não para a população.

Mais tarde essa perspectiva foi reforçada por importantes eventos patrocinados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde (OMS, 1978), e, posteriormente tratada na Carta de Ottawa, que representou as intenções da Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde (OMS, 1986). De acordo com Westphal e Oliveira (2015), o impacto desses estudos e conferências, assim como de outros projetos e iniciativas realizadas pela OMS foi tão expressivo, que desse momento em diante inaugurou-se uma nova concepção de saúde pública como produto social, ou seja, que resulta das relações entre processos biológicos, ecológicos, culturais, econômicos e sociais que ocorrem em uma sociedade específica e fornecem qualidade de vida para os indivíduos (MENDES, 1996).

Essa mudança de concepção ocorreu em razão de uma crise no setor de saúde de diversos países, motivada entre outras circunstâncias, pelas grandes despesas com a medicina hospitalar que não correspondiam a melhorias proporcionais no estado de adoecimento dos indivíduos, levando gestores urbanos, organizações como a OMS e suas agências regionais, como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a buscarem estratégias intersetoriais de promoção da saúde e qualidade de vida a exemplo do MCS (WESTPHAL; OLIVEIRA, 2015).

Neste sentido, o primeiro conceito de Cidades Saudáveis pensado por Hancock e Duhl (1986), reforçou a necessidade de considerar o impacto da determinação ambiental e social da saúde. Conforme a definição desses autores, uma cidade saudável é aquela que está constantemente produzindo e melhorando seus ambientes físicos e sociais, e ampliando os recursos comunitários por meio dos quais as pessoas podem se apoiarem mutuamente com o propósito de desenvolverem o seu potencial e melhorar sua qualidade de vida. (HANCOCK; DUHL, 1986). Desse modo, depreende-se que a ideia de cidade saudável está diretamente relacionada a adoção de um modelo de planejamento urbano, que tenha como foco melhorar o estado de saúde dos seus habitantes mediante o investimento em todas os setores da sociedade, seja na economia, educação, lazer, segurança, entre outros.

Na atualidade essas discussões e estudos que fundamentam o MCS, vem assumindo cada vez mais importância no cenário internacional e nacional em decorrência de problemas

intensificados com o crescimento urbano expressivo, especialmente das grandes cidades. São problemas de natureza social e ambiental como o aumento do envelhecimento populacional, da poluição ambiental e da violência urbana; o estilo de vida inadequado das pessoas que se caracteriza por questões como o sedentarismo, o uso de drogas, a alimentação inapropriada, além do crescimento das taxas de mortalidade por doenças crônicas degenerativas.

Para Westphal (2000), essas questões estão intimamente relacionadas a perda da saúde e da qualidade de vida daqueles que residem especialmente, no ambiente urbano. Desse modo, evidencia-se uma correspondência entre problemas de saúde e fatores socioambientais. Dentre as principais causas desse quadro situacional conforme Westphal (2000), está o crescimento populacional expressivo que se verificou nas cidades em razão da expansão urbana no período pós-segunda Guerra Mundial, e a tendência do modelo econômico neoliberal de aprofundar as desigualdades sociais.

De modo geral, esses problemas e irregularidade socioambientais podem ser observados na cidade de Natal/RN, que tem evidenciado na produção do seu espaço urbano expressivas desigualdades socioeconômicas, disparidade no acesso da população à infraestrutura urbana, serviços e equipamentos de educação, segurança, lazer, problemas de mobilidade urbana, ocupação residencial irregular, aumento da poluição atmosférica, epidemias sucessivas por arboviroses, aglomeração populacional, crescimento espacial desordenado, e uma série de outras problemáticas que caracterizam a existência de um quadro de vulnerabilidade socioambiental e insustentabilidade urbana (ARAÚJO; CÂNDIDO, 2015; ARAÚJO; CÂNDIDO, 2014; MEDEIROS; ALMEIDA, 2015; COSTA, 2014.).

Esses problemas atestam a existência de condições socioambientais desfavoráveis a saúde da população natalense e, portanto, justificam a importância de realizar uma investigação que contemple Natal a luz da abordagem das Cidades Saudáveis, visto que se tratam de questões de dimensão multisetorial, ou seja, que necessitam de uma visão e ação integradora sobre o tecido urbano para sua resolução, bem como investimentos em políticas no setor da saúde; educação; segurança; transporte, entre outras instâncias.

Considerando essas premissas, o presente artigo tem por objetivo apresentar as bases para a adoção da estratégia do Movimento Cidade Saudável na realidade urbana de Natal/RN. Para tanto evidencia algumas das principais vulnerabilidades socioambientais da urbe que afetam a qualidade de vida e a saúde dos habitantes locais, e traça caminhos para superar ou amenizar essas irregularidades com base nos princípios do Movimento Cidades Saudáveis, que tem a promoção da saúde e da qualidade de vida como propósitos centrais

Os procedimentos metodológicos que possibilitaram o desenvolvimento deste estudo compreendem pesquisa bibliográfica e pesquisa documental. A pesquisa bibliográfica para Fonseca (2002), deve ser realizada com base em referências teóricas já analisadas que foram publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos e páginas de web sites. Portanto, esse procedimento se coloca como fundamental para o trabalho científico, pois permite ao pesquisador constatar os estudos já executados sobre determinada temática. Para Gil (2008), o diferencial da pesquisa bibliográfica reside no amplo conjunto de fenômenos que, por meio dela, podem ser investigados.

Essa técnica foi utilizada com o propósito de embasar os principais conceitos e noções que constituem o referencial teórico do estudo em questão, a exemplo de cidades saudáveis, promoção da saúde e políticas públicas saudáveis, bem como realizar uma caracterização alguns dos principais problemas socioambientais da cidade de Natal, considerando aspectos do processo de urbanização, dados socioeconômicos, de mobilidade urbana, e características ambientais da urbe.

A pesquisa documental é compreendida por Tozoni-Reis (2009), como um estudo que tem como principal fonte de dados alguma espécie de documento, podendo este ser de natureza histórica, institucional, associativa, oficial, entre outras tipologias. Nesse aspecto, as informações necessárias sobre o fenômeno que se pretende investigar são obtidas mediante a análise de fontes como normas jurídicas e/ou documentos oficiais de políticas públicas.

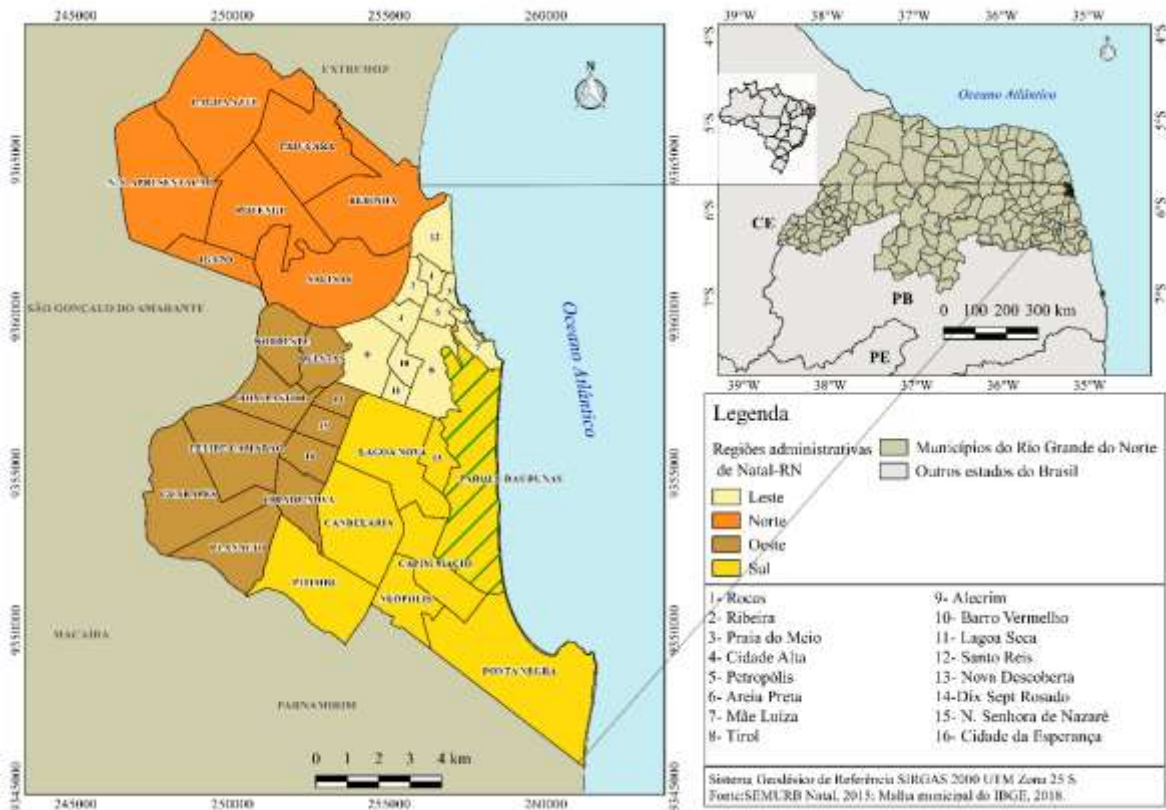
No referido artigo esse procedimento foi empregado para obtenção de dados demográficos e socioeconômicos sobre a frota de transporte fornecidos pelo Instituto de Geografia e Estatística (IBGE) e pelo Fórum Nacional de Entidades Metropolitanas - FEM.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Município de Natal, representado no Mapa 1, possui uma extensão territorial de 167,401 km² e uma população estimada em 877.640 habitantes (IBGE, 2019), enquanto capital do Rio Grande do Norte exerce importantes funções político-administrativas para o estado e para a região Nordeste. Sua população é considerada 100% urbana segundo o IBGE (2010), e a cidade se divide em quatro regiões administrativas, a zona Norte, Sul, Leste e Oeste que compreendem 36 bairros, assumindo na rede urbana potiguar, o papel de centro de maior capacidade de polarização por concentrar um amplo e diversificado contingente de atividades

comerciais e serviços que possuem um raio de influência sobre todo o território estadual (IBGE, 2007).

Mapa 1: Regiões Administrativas e bairros da cidade de Natal



Fonte: acervo da pesquisa, 2020.

A dinâmica das relações urbanas desta cidade a projetam com núcleo central da Região Metropolitana da qual faz parte. Criada por meio da Lei Complementar 152, de 16 de janeiro de 1997, a Região Metropolitana de Natal – RMN é formada atualmente por 15 municípios: Parnamirim, São Gonçalo do Amarante, Ceará Mirim, Macaíba, Extremoz, Nísia Floresta, São José de Mipibu, Monte Alegre, Vera Cruz, Maxaranguape, Elmo Marinho, Arês, Goianinha e Bom Jesus. Com um contingente de 1.587.055 habitantes, a RMN concentra em torno de 45% da população do estado, de acordo com o Fórum Nacional de Entidades Metropolitanas - FEM (2018).

Conforme Vasconcelos Filho e Nascimento (2015), no contexto da metropolização, os municípios com maior nível de integração a cidade de Natal, são respectivamente, Parnamirim e São Gonçalo do Amarante. Natal por se constituir como cidade polo dessa aglomeração urbana, centraliza as atividades econômicas, e a maioria da população, desse modo, o processo

de metropolização ocorre por meio de transbordamento do crescimento da capital e/ou conurbação com as demais cidades. Contudo, apesar da sua expressiva expansão urbana a cidade ainda é considerada uma metrópole em formação, assim como sua zona metropolitana (CLEMENTINO; FERREIRA, 2015).

Entre as principais atividades econômicas da cidade de Natal e dos municípios que constituem a RMN, estão a indústria e as empresas do ramo têxtil, a indústria de construção civil, a rede hoteleira, o turismo, e, notadamente o comércio e os serviços, uma vez que o setor terciário é o mais dinâmico da sua economia. Essas três últimas atividades são as que mais empregam trabalhadores em todo estado (VASCONCELOS FILHO; NASCIMENTO, 2015). Contudo, apesar da sua expressiva expansão urbana, a cidade ainda é considerada uma metrópole em formação, assim como sua zona metropolitana não se encontra totalmente consolidada (CLEMENTINO; FERREIRA, 2015).

Logo é fundamental compreender as relações urbanas que se estabelecem entre Natal e a RMN, na medida em que estas influenciam diretamente na intensificação dos problemas socioambientais que caracterizam a produção do espaço urbano natalense nos dias atuais. Com base nos escritos de Clementino e Pessoa (2009), são evidentes na configuração territorial e socioeconômica dessa aglomeração urbana, a existência de desigualdades socioespaciais e irregularidades ambientais como segregação residencial, dinâmica demográfica com grandes desequilíbrios, pressão sócio-habitacional advinda da ocupação concentrada no entorno da cidade polo, especialmente na orla marítima, fragilidade ambiental, ocorrência de áreas de grande vulnerabilidade social, contaminação e a poluição das águas e solos geradas pela falta de investimento em infraestrutura de saneamento básico, comprometendo a qualidade do consumo humano.

Essas fragilidades da urbe natalense também se relacionam com as transformações políticas e econômicas que ocorreram a partir do ano de 1970, que foram decisivas para a expansão da sua população e traçado urbano. O que resultou no aprofundamento das condições desiguais de acesso aos direitos e serviços urbanos por parte de seus grupos sociais provocando assim, um quadro de exclusão e iniquidades assinalado pela coexistência de zonas de melhor padrão habitacional e de infraestrutura urbana, e áreas de moradia precária no território. Entre essas mudanças, ressalta-se a criação pelo Estado de políticas públicas de habitação, industrialização, investimento no setor de turismo e modernização do comércio e dos serviços em Natal, processos em que a Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste - SUDENE teve um papel fundamental (COSTA, 2000).

Nesse contexto, o governo militar passou a atuar de maneira mais efetiva na produção do espaço urbano natalense na década de 1970, através do Plano Habitacional Popular, que se tratava de um subsídio para a construção de conjuntos habitacionais. Para Queiroz (2010), essa iniciativa despertou um forte interesse do capital imobiliário em virtude do crescimento da construção civil, o que oportunizou um aumento exponencial da renda da terra urbana, e, por conseguinte, da especulação imobiliária na urbe. Segundo dados do IBGE (2010), no intervalo de 1960 a 1970 o número de habitantes da cidade cresceu 60,17%, passando de 162.537 para 270.127 em função dessa conjuntura de eventos, e também devido ao aumento dos fluxos migratórios dos municípios do interior do estado para a capital, em decorrência dos efeitos da Seca e da crise econômica da tradicional base produtiva agropecuária dessas localidades.

Esse crescimento populacional somado aos resultados da política habitacional vigente em Natal, e a atuação do capital imobiliário traçou as origens das desigualdades e da segregação socioespacial na cidade, promovendo conforme Clementino (1995), um processo de favelização e outro de verticalização incipientes.

Portanto nas Regiões Administrativas Norte e Oeste fixou-se a população mais pobre da cidade, e nas Zonas Sul e Leste uma população de maior poder aquisitivo. Lógico que essas áreas não são homogêneas, mas preservam sim uma cultura de segregação social e espacial que é comum nas cidades brasileiras. (QUEIROZ, 2010, p. 7).

Outro momento importante da urbanização da cidade de Natal, para compreender a gênese das desigualdades socioambientais que se evidenciam atualmente em seu território, é a década de 1990 na qual houve expansão da atividade turística. Conforme Pessoa (2012), esse período foi caracterizado pela transformação da urbe em um objeto de consumo e desejo, mas também de significativas desigualdades e vulnerabilidades, conduzindo a um crescimento espacial citadino em direção à zona Sul.

Logo, a compreensão dos rebatimentos desses processos políticos e socioeconômicos que marcaram a produção do espaço urbano de Natal de 1970 até 1990, se faz necessária para identificar a origem de algumas das principais causas dos problemas urbanos e ambientais da cidade. Tal reflexão é indispensável para examinar quais condições cidadinas interferem de modo positivo ou negativo, e em qual grau de relevância se estabelecem como elementos determinantes para manutenção de iniquidades no estado de saúde da população, e para redução da sua qualidade de vida. Tratam-se de questões como a aglomeração populacional, crescimento espacial desordenado e espraiado, vulnerabilidade socioambiental (ARAÚJO; CÂNDIDO, 2015; MEDEIROS; ALMEIDA, 2015). Compreender a complexidades dessas adversidades,

bem como buscar a sua solução é imprescindível para garantir o bem-estar da população natalense, visto que se tratam de fatores determinantes do processo saúde-doença.

Segundo a Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ (2019), os determinantes sociais da saúde referem-se as condições de vida e trabalho das pessoas, englobando fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam os problemas de saúde, e fatores de risco para a população como moradia, a alimentação, a escolaridade, a renda e o emprego.

Essa ótica reforça a indissociabilidade entre a dimensão da saúde e a qualidade de vida. Neste sentido, para compreender o segundo conceito adota-se a formulação de Herculano (1998), segundo a qual a qualidade de vida não se resume a bens, conforto e serviços, pois envolve também as possibilidades concretas de autorrealização das pessoas que são proporcionadas por esses fatores. Logo esse princípio possui uma dimensão objetiva e subjetiva. A primeira está relacionada a possibilidade de consumo e uso de bens materiais, e a presença de condições elementares para a existência humana como oportunidades de educação, trabalho, saúde e lazer.

A segunda se refere a capacidade de autorrealização dos indivíduos no sentido de uma percepção ampliada da sua sensação de bem-estar, promovida pelo acesso a esses direitos sociais, bem como das possibilidades de participação comunitária nos processos de tomada de decisões que influenciam diretamente em sua comunidade. Questões como a integração social que ocorre através da interação entre as pessoas, a formação identitária e o estabelecimento de um vínculo harmônico entre o homem e a natureza, também constituem essa perspectiva subjetiva.

Destarte, analisar o acesso da população aos bens e serviços necessários para manter uma qualidade de vida satisfatória, considerando os efeitos do seu lugar de vida, que no presente estudo são as áreas que formam o tecido da cidade de Natal, é fundamental para promover melhores condições de saúde para os seus habitantes. Diante dessa realidade Araújo e Cândido (2014), em uma pesquisa sobre a qualidade de vida e sustentabilidade urbana em Natal, afirmam que a expansão urbana contemporânea atual da urbe tem sido realizada sob forte pressão ambiental, condições socioeconômicas desiguais e distribuição injusta dos serviços e equipamentos comunitários.

Ou seja, Natal tem apresentado um conjunto diverso de vulnerabilidades que ameaçam a garantia do bem-estar dos seus habitantes. Tal precarização do modo de vida dessa parcela do território tem entre suas justificativas a mercadorização da terra urbana, que Para Carlos (1992),

promove dilemas resultantes da produção do espaço urbano voltada para atender aos desígnios do capital.

Em sua análise Araújo e Cândido (2014), também relevam a existência de problemas de trânsito, transporte público, gestão urbana e segurança pública, decorrentes do processo de periferização enfrentado pela cidade nos últimos anos, devido a ampliação do seu tecido construído por toda a franja urbana, isto é, nas direções Norte-Sul e Leste-Oeste, além do transbordamento do seu crescimento para cidades da RMN (Parnamirim, Macaíba, Extremoz e São Gonçalo). Constata-se na urbe desigualdade na distribuição da renda, bens, direitos, serviços, e da população. 360.122 habitantes de um total de mais de 800.000, se localizam na zona Norte, o que constitui um contingente elevado em uma única região (NATAL, 2017).

Esse fato também foi reconhecido por Araújo e Cândido (2014), que através da aplicação de um Índice de Qualidade de Vida Urbana considerando variáveis como equipamentos urbanos, serviços de saúde, educação, segurança, saneamento básico, pavimentação e renda, verificaram que dentre os bairros com os piores índices de qualidade de vida de Natal estavam o Planalto (zona Oeste), Filipe Camarão e Nossa Senhora da Apresentação (zona Norte), que tiveram a maioria desses indicadores avaliados como ruim ou péssimos. Estes bairros são considerados como áreas de expansão urbana devido a sua proximidade com os municípios de São Gonçalo do Amarante, Macaíba e Parnamirim, e estão entre os espaços com condições de urbanização e habitação mais precárias da capital potiguar devendo, portanto, receber prioridade por parte da gestão pública.

No que se refere aos bairros que apresentaram os melhores indicadores, alcançando por exemplo altos índices de renda, Lagoa Nova (zona sul), Barro Vermelho e Tirol (zona leste) se destacaram. Entretanto, essas áreas são consideradas como centrais na urbe, e historicamente receberam e ainda recebem os maiores investimentos em infraestrutura, confirmando assim um padrão de vida mais elevado dos seus moradores.

Com base nessas inferências, evidencia-se que os níveis de qualidade de vida apresentados na cidade de Natal ratificam processos históricos de segregação socioespacial e de exclusão social, que desde a década de 1970 privilegiam a zona Sul e Leste da cidade com os maiores investimentos públicos e privados em equipamentos e serviços urbanos, com relação as regiões Norte e Oeste. Entretanto, a maioria dos bairros apresentaram no estudo de Araújo e Cândido (2014), níveis baixos no que se refere a existência de equipamentos de segurança, saúde, praças, escolas, linhas de transporte e equipamentos esportivos.

A partir dessa realidade, depreende-se que há um conjunto de adversidades na cidade de Natal de dimensão multisetorial, ou seja que compreendem as esferas da economia, da

educação, da habitação, da segurança, da saúde, e do lazer, caracterizando um contexto de vulnerabilidade socioambiental ao qual está submetido um contingente significativo da população local. Para Alves (2009), a vulnerabilidade socioambiental pode ser definida como a coexistência ou sobreposição espacial entre segmentos populacionais muito pobres e com elevada desassistência (vulnerabilidade social), áreas de risco ou degradação ambiental (vulnerabilidade ambiental).

Considerando a perspectiva de Blaikie et al (1994), a vulnerabilidade pode ser definida como os atributos que indivíduos ou grupos possuem para enfrentar e resistir a uma situação de risco, uma vez que certos segmentos sociais seriam mais suscetíveis a danos e perdas conforme circunstâncias de perigo diversas. Já o risco para Veyret (2007), se refere as possibilidades de ocorrência de um evento possivelmente prejudicial, isto é, a capacidade de percepção das pessoas de um perigo provável, que pode ser mais ou menos intensificada conforme o nível de vulnerabilidade do indivíduo ou grupo social.

No contexto urbano, as áreas de habitação precária como as periferias pobres tendem a apresentar poluição e insalubridade ambiental, o que associado as condições de renda desiguais dos seus habitantes e a ausência, ou presença deficitária de serviços de pavimentação, abastecimento de água, iluminação pública e coleta de resíduos sólidos, ampliam o potencial dos riscos socioambientais existente nesses lugares. Esse cenário pode ser vislumbrado na cidade de Natal, que conforme Medeiros e Almeida (2015), possui diversas áreas de risco situadas nas suas periferias. Tratam-se de espaços que se constituiriam em razão da ocupação de zonas de limitações legais e/ou naturais, que somada aos efeitos da urbanização desordenada produz um quadro de vulnerabilidade do lugar e das pessoas.

De modo geral, compreender como se caracterizam e se espacializam essas condições de vulnerabilidade socioambientais que se apresentam na cidade de Natal, é imprescindível para delinear estratégias que possam contribuir para o seu desenvolvimento socioespacial, como a proposta do Movimento Cidades Saudáveis, que tem a promoção da saúde e da qualidade de vida com seus principais objetivos.

Tendo em vista que, a vulnerabilidade implica diretamente na perda da qualidade de vida, e, portanto, provoca o agravamento dos problemas e do estado de saúde das pessoas que residem em um território sob estas condições, torna-se praticamente inviável manter uma população saudável em lugar que apresente tais adversidade, como a cidade de Natal, que em face de tal realidade se distancia consideravelmente do que seria uma cidade saudável. Logo, implementar um projeto de cidade saudável em determinada urbe, é algo que não pode ser

realizado sem a produção de um estudo sobre a vulnerabilidade socioambiental e sua especialização nos diferentes espaços que compõe o traçado urbano de uma cidade.

O princípio da busca por ambientes urbanos mais saudáveis tem entre as suas principais justificativas, as consequências prejudiciais da urbanização para o estado de saúde e o modo de vida dos indivíduos. Mendes (2000) afirma que, a vida na cidade acarreta diversos problemas, especialmente no que concerne a exposição da população a numerosos riscos à saúde, sem que haja o acesso adequado aos recursos para atender as suas necessidades básicas. Esses problemas estão relacionados principalmente a habitação, ao saneamento ambiental, a poluição, a marginalidade e a violência, enquanto fatores que interferem significativamente no bem-estar social.

Em virtude dessa conjuntura, as bases conceituais do MCS reconhecem que não é viável proporcionar um nível satisfatório de saúde sem gerar desenvolvimento social e urbano. Sobre essa questão Guimarães (2000, p. 15) esclarece que, “Cidades Saudáveis é o nome que se dá a um projeto de desenvolvimento social que tem a saúde e suas múltiplas determinações como objetivo. É também um movimento de luta por um estilo de desenvolvimento sustentável”. Portanto, se constitui uma estratégia mais ampla de promoção da saúde, que perpassa necessariamente pela garantia de melhores oportunidades de educação, renda, acesso a serviços urbanos como saneamento básico, entre outros direitos cidadãos.

Entretanto, um olhar atento para a realidade urbana revela que não existem cidades saudáveis, apenas cidades doentes que adoecem seus habitantes e os indivíduos que transitam por esses espaços, portanto, essa ideia expressa uma utopia urbana desejável (LIMA; Santos 2018). Nessa perspectiva, a cidade saudável é definida como um processo, um compromisso assumido pelo governo local com a saúde e a qualidade de vida dos cidadãos, que se efetiva mediante a formulação de um projeto e a existência de um objetivo concreto de coloca-o em prática.

Conforme Lima e Santos (2018), a elaboração de um projeto de cidade saudável deve ter como base o reconhecimento das principais necessidades de saúde da população e a identificação de soluções para estas. Podem ser caracterizados problemas de ordem médica (Doenças de transmissão sexual, cardiopatias, diabetes), de saúde pública (alcoolismo, desnutrição, gravidez na adolescência, suicídio), e socioambientais (pobreza, desemprego, déficit habitacional, envelhecimento, violência familiar). Realizar esse tipo diagnóstico tendo como recorte a cidade de Natal, por exemplo, implicaria considerar com uma das mais graves

questões de saúde pública, a incidência sucessiva de epidemias de Arboviroses³ transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti*, como o Zika vírus, a febre Chikungunya e a Dengue.

Dados da Secretaria Municipal de Saúde de Natal – SMS (2019) revelam que foram notificados 3.877 casos de Dengue e 77 registros de Zika vírus nas 20 primeiras semanas de 2019. Em 2018, foram notificados 6.624 e 145 casos de Dengue e Zika, respectivamente. O esforço de combate a dessas patologias, exige a percepção dos aspectos socioambientais que podem influenciar no aprofundamento do seu quadro epidemiológico. A cerca desta questão, Silva et al (2018), esclarece que o desequilíbrio ambiental propicia o crescimento irregular do *Aedes Aegypti*, logo fatores como as condições precárias de saneamento ambiental e o descarte inadequado de lixo biodegradável, como plástico e vidro, podem ampliar significativamente a dispersão do mosquito.

Com relação a qualidade do saneamento na cidade de Natal, este serviço tem demonstrado diversas irregularidades. Figueiredo (2013), revela que a coleta seletiva da urbe apresenta deficiências por não contemplar a compostagem de resíduos orgânicos, pela ausência de estratégias de redução da geração de lixo, bem como por não possuir uma proposta de gestão compartilhada de resíduos entre as cidades de sua região metropolitana. O sistema de esgotamento sanitário também se apresenta bastante precário, principalmente com relação a cobertura na cidade, que é de apenas 53% (NATAL, 2015).

Sobre essa situação, Figueiredo (2011) afirma que o planejamento voltado para a promoção do saneamento ambiental em Natal é inadequado, o que somado aos investimentos reduzidos no setor, produz condições insuficientes de salubridade para a população. Essa realidade é preocupante no que tange a problemática das arboviroses que incide m sobre a urbe, dada a correlação evidente entre a precariedade do saneamento e a proliferação dessas doenças. Nas últimas décadas o acesso à água, a coleta e ao tratamento do esgoto passarão a estar entre as maiores preocupações dos cidadãos relativas à saúde, e ao ambiente, destacando-se igualmente como prioridades das políticas públicas nacionais e internacionais. (FIGUEIREDO; FERREIRA, 2017, p. 3).

Todavia além da compreensão das vulnerabilidades que o saneamento provoca no território, e o seu impacto no processo saúde-doença, também se faz necessário para a construção de uma cidade saudável a seleção de um conceito norteador. Nesse sentido, adota-se a formulação de Goldstein e Kichbusch (1996), que caracteriza a Cidade Saudável como

³ Segundo Ministério da Saúde (2019), as Arboviroses são doenças infecciosas transmitidas por insetos e aracnídeos características de regiões de clima tropical e subtropical, sendo algumas das principais, e as que mais atingem o Brasil, a Dengue, a Zika e Febre Chikungunya, além da Febre amarela.

aquela que está constantemente criando e transformando seus ambientes físicos e sociais com enfoque na saúde, mediante o planejamento urbano e a expansão de recursos comunitários. Esses recursos envolvem questões como o alcance da autonomia cidadã e a participação social no processo político de decisão centrado na geração de melhores oportunidades de saúde, como de emprego, lazer, formação, entre outros objetivos.

Em vista disso, depreende-se que a participação social é um princípio norteador para construção de territórios urbanos saudáveis. Desse modo para colaborar com esse processo, os indivíduos precisam compreender a sua realidade, considerando questões como os determinantes sociais da saúde e, a partir disso, buscar respostas coletivas para prevenção de doenças, assim como o aumento do bem-estar comunitário, o desenvolvimento da autonomia e da solidariedade. (BRASIL, 1990). Trata-se de promover o *empowerment* da comunidade que se constrói entre outras possibilidades, segundo Lima e Santos (2018), através da criação de relações dialógicas entre os profissionais da saúde e os indivíduos, que não se restringem ao simples ato de prescrição de mudanças de comportamentos e hábitos de vida que favorecem o adoecimento, mas que possa verdadeiramente compreender a influência do seu contexto de vida nesse processo.

Capacitar as pessoas para cuidar de si mesmas, do seu grupo familiar e do seu lugar de vida, é o alicerce do conceito de promoção da saúde, definido pela OMS (1986), é o processo mediante o qual a população se capacita e procura meios para controlar os fatores que podem beneficiar ou prejudicar o seu bem-estar e o da comunidade, tornando ambos vulneráveis ao adoecimento e a perda de qualidade de vida.

Por conseguinte, esse processo fundamenta-se na busca pela equidade no acesso aos serviços de saúde e oportunidades econômicas, políticas, educacionais e culturais, entendendo que todos esses componentes, somados a fatores ambientais, comportamentais e biológicos, são capazes de beneficiar ou causar danos à saúde (Conselho Nacional de Secretários de Saúde–CONASS, 2016). Trata-se de ampliar o controle social dos elementos determinantes para o estabelecimento de uma coletividade saudável, que perpassam necessariamente pela garantia de melhores condições de vida.

Ao questionar a medicalização e o foco apenas na doença, a ideia de promoção da saúde evidencia a relevância de priorizar ações intersetoriais que contemplem a habitação, o saneamento básico, as condições de renda, trabalho e alimentação no tratamento dos problemas de saúde que incidem sobre os indivíduos (CONASS, 2016).

Dada a sua complexidade, essas ações não podem ser viabilizadas unicamente pelo setor de saúde, mas podem ser orientadas por este no sentido de estabelecer uma cooperação com os

outros setores (político, econômico, educacional e outros), elas devem ser instituídas como pauta governamental prioritária, sendo viabilizadas pela união entre o governo, a população, o setor de saúde, as organizações comunitárias e o setor privado. Além disso, é necessário que essas iniciativas sejam adequadas as especificidades ambientais e socioculturais de cada país, região ou localidade com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas (CONASS, 2016). Logo, um projeto cidade saudável ao se constituir como uma importante estratégia de promoção da saúde, deve ser o guia para ordenamento e desenvolvimento urbano adotado pelos gestores citadinos.

Mas, para que esse propósito possa ser viabilizado, é fundamental realizar uma análise da qualidade de vida a partir do território urbano como contexto de vida. Lima e Santos (2018) destacam que, grande parte dos problemas de saúde dos cidadãos está relacionada ao local em que estes habitam, logo as doenças também podem ser vislumbradas como atributos dos lugares, sendo condicionadas por interações ecológicas e sociais que são produzidas pela relação entre o corpo e o ambiente. Essas interações também são determinadas pelo modo de vida que se realiza nos lugares a partir do cotidiano das pessoas.

O ponto de partida para modificar essa situação seria compreender que, o estilo de vida representa um modo de vida que é constituído mediante o acesso as condições materiais e imateriais que permeiam a existência dos grupos sociais, ou seja depende de relações familiares e de amizades, de relações interinstitucionais, normas sociais que se impõe sobre as pessoas, além das estruturas físicas que constituem o território como contexto da vida social.

Logo a análise do território no sentido de identificar as oportunidades de qualidade de vida, também é uma iniciativa fundamental para transformar os estilos de vida inadequados a saúde. Essa tarefa perpassa pela consideração das relações interpessoais e interinstitucionais circunscritas pela história e cultura de cada lugar. Neste sentido as ações de promoção da saúde somente podem ser implementadas mediante a modificação do território, o que implica na transformação do contexto de vida, que nada mais do que a sua expressão (LIMA; SANTOS 2018).

É mediante o estudo dessa escala espacial e do cotidiano dos sujeitos que a constituem, torna-se possível relevar a situação de saúde de uma coletividade, considerando para essa análise fatores como: perfil epidemiológico, o perfil social, condições demográficas, educacionais e materiais necessárias à manutenção da vida dos indivíduos e da população; o perfil do lugar, referido pelas condições da moradia e vizinhança, mobilidade e acessibilidade, que não resultam diretamente de atributos dos indivíduos; a agregação social que se refere aos vínculos familiares e territoriais dos indivíduos, que podem constituir-se como capital social.

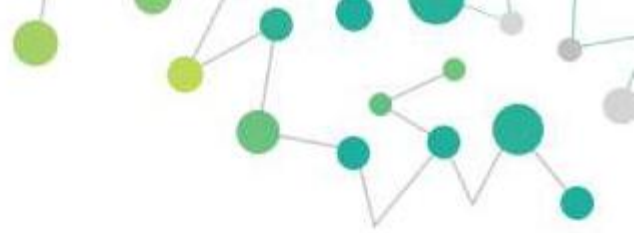
assim como aspectos do estilo de vida, que são definidos por uma condição cultural e não pela vontade dos indivíduos. (LIMA; SANTOS, 2018, p.79).

Esse conjunto de elementos constituem o que se define por qualidade de vida, sem a qual não é possível construir cidades saudáveis. Portanto, depreende-se que a análise da qualidade de vida urbana envolve questões como a distribuição e o acesso dos habitantes aos serviços e equipamentos urbanos elementares a vida na cidade, a qualidade ambiental, e as condições necessárias ao desenvolvimento humano. Soares et al (2017), também ressalta como elementos fundamentais para essa análise as características das cidades como tamanho, crescimento, exclusão social, habitação, adensamento, mobilidade, espaços públicos e arborização.

Essa ótica evidencia a necessidade de buscar soluções para os problemas de saúde, que ultrapassem o âmbito da medicina hospitalar, se inserindo em uma abordagem multidisciplinar e intersetorial que compreende instâncias como a gestão e o planejamento urbano, no sentido de viabilizar a implementação de medidas governamentais capazes de amenizar adversidades como poluição ambiental, habitações precárias, condições de saneamento básico inadequadas e mobilidade urbana reduzida. Em vista disso, o Plano Diretor no papel de principal instrumento de planejamento e ordenamento da cidade, pode ser um importante aliado nesse processo de produção da saúde através do aumento do bem-estar social.

Na análise dos efeitos do território e de modo de vida da população sobre seu estado de saúde, a concepção de “risco⁴ refere-se à probabilidade que indivíduos ou populações têm de adoecer ou morrer, mediante a uma situação de exposição a agentes patogênicos (físicos, químicos e biológicos) ou mesmo a qualquer situação de perigo à vida”, (LIMA; SANTOS, 2018, p. 80). Com relação ao conceito de vulnerabilidade, está pode ser interpretada como a capacidade que um indivíduo ou grupo possui para lidar com o risco, ou seja as forças que podem gerar perda da sua qualidade de vida, que envolvem além de problemas ambientais e desastres naturais, a deficiência de oportunidades de renda, habitação, alimentação, segurança, cultura, lazer, entendendo que todos esses elementos influenciam na possibilidade de morte ou adoecimento (LIMA; SANTOS, 2018).

⁴ Dentre as razões que vem conduzindo ao aumento das pesquisas que se dedicam a relação entre saúde e qualidade de vida, Guivant (2002), destaca o aumento dos riscos, especialmente o risco de adoecimento gerado pela incerteza da confiabilidade dos padrões atuais de segurança alimentar, no que tange ao controle dos elementos patogênicos.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com bases na análise realizada neste artigo, depreende-se que existem múltiplos problemas urbanos e vulnerabilidades socioambientais correlacionadas na cidade de Natal, assim como uma série de riscos ambientais que favorecem o adoecimento da população local e promovem a perda da sua qualidade de vida. Por conseguinte, verifica-se em áreas de ocupação humana riscos de deslizamento de terra, de inundação, poluição ambiental, desigualdade de renda, fragilidade nos serviços de transporte público e na qualidade das habitações, além de várias outras adversidades.

De modo predominante, esses problemas se apresentam com maior incidência e intensidade nas Regiões Administrativas Norte e Oeste, e se relacionam a questões como a aglomeração populacional que se configura na urbe, o crescimento espraiado, desordenado e pouco planejado da mancha urbana, a distribuição desigual dos equipamentos comunitários nos bairros. Também é perceptível o crescimento da violência social, dos problemas de mobilidade e das fragilidades do sistema de saneamento básico que resultam no aumento da insalubridade ambiental, provocando desse modo a reincidência de doenças epidêmicas como as arboviroses que atingem a cidade há alguns anos.

Destarte, é preciso identificar essas iniquidades na saúde dos indivíduos, bem como sua associação com as desigualdades sociais, e condições de vulnerabilidade socioambiental presentes na cidade de Natal, no sentido de revelar em que medida, e de forma ocorre essa relação de determinação entre saúde, ambiente e sociedade. Essa constatação é imprescindível para realizar estudos acerca de estratégias que possam contribuir para o desenvolvimento socioespacial da urbe, como a proposta das Cidades Saudáveis

Em razão da gravidade e da amplitude dos efeitos nocivos dessas problemáticas para os cidadãos natalenses, a Administração do município deve assumir um compromisso em criar e implementar um projeto de Cidade saudável tendo como ponto de partida a definição de um conceito, e a elaboração de um plano a partir do diagnóstico das principais necessidades de saúde da população, bem como dos problemas socioambientais do território e dos seus efeitos sobre o bem-estar social e processo saúde-doença, assim como reconhecer o papel e a importância dos estudos científicos nesse processo.

Além dessas ações, é fundamental que o poder público desenvolva práticas de prevenção da doença e promoção da saúde, para que a população possa cuidar de si mesma e do seu lugar devida através do desenvolvimento da sua autonomia, para participar ativamente do

reconhecimento das suas necessidades de saúde, auxiliando então a pensar e implementar soluções para estas, bem como participando da elaboração de políticas públicas voltadas para qualidade de vida.

Essas políticas, denominadas de políticas públicas saudáveis, devem ser elaboradas numa perspectiva intersetorial e multidisciplinar, ou seja, integrando todos as áreas de conhecimento e os setores da urbe (economia, política, lazer, cultura, esporte, trabalho, educação e saúde), e contando com a participação do setor privado, dos órgãos e representantes da sociedade civil articulados ao poder público.

Também é importante compreender a influência do território em que reside a população como contexto de vida, analisando a sua influência na construção de estilos de vida inadequados para a saúde. E, a partir dessa constatação, buscar estratégias para criar estilos de vida saudáveis, considerando o papel das redes sociais que integram o contexto social dos indivíduos (grupo de amigos, família, relações como os membros da sua comunidade, relações institucionais e no de trabalho). Deste modo é possível delinear o caminho para a construção de uma cidade saudável na realidade urbana de Natal, entendendo que a produção dessa cidade é um processo, um compromisso estabelecido com a promoção da saúde a longo prazo.

REFERÊNCIAS

ALVES, H. P. F. Metodologias de integração de dados sociodemográficos e ambientais para análise da vulnerabilidade socioambiental em áreas urbanas no contexto das mudanças climáticas. In: HOGAN, D.; MARANDOLA JR, E. (Orgs.). **População e mudança climática: dimensões humanas das mudanças ambientais globais**. Campinas: Núcleo de Estudos de População - NEPO/Unicamp; Brasília: UNFPA, 2009, p. 75-105.

ARAÚJO, Maria Cristina Cavalcanti; CÂNDIDO, Gesinaldo Ataíde. Índices de qualidade de vida urbana de Natal-RN. **Geoconexões**, Natal, v. 1, n. 1, p.51-65, 2015.

ARAÚJO, Maria Cristina Cavalcanti; CÂNDIDO, Gesinaldo Ataíde. Qualidade de vida e sustentabilidade urbana. **Holos**, Natal, v. 1, n. 30, p.3-19, 2014.

BLAIKIE, P. M.; et al. **At risk: natural hazards, people's, vulnerability, and disasters**. London: Routledge, 1994.

_____. Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo demográfico de 2010**. Rio de Janeiro, 2010.

_____. Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Região de Influência das Cidades 2007**. Rio de Janeiro: IBGE, 2007.

_____. Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **IBGE/ Rio Grande do Norte/ Natal**. 2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rn/natal/panorama>>. Acesso em: 01 ago. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Arboviroses: como ficar longe dessas doenças**. 2019. Disponível em: <http://unimed.coop.br/portaunimed/cartilhas/o-que-sao-arboviroses/>. Acesso em: 08 de out. de 2019.

CARLOS, Ana Fani Alessandri. **A cidade**. São Paulo: Editora Contexto, 1992. 98 p.

CLEMENTINO, Maria do Livramento Miranda. **Economia e urbanização: o Rio Grande do Norte nos anos 70**. Natal: EDUFRN, 1995.

CLEMENTINO, Maria do Livramento Miranda; FERREIRA, Angela Lucia (Ed.). **Metrópoles, território, coesão social e governança democrática: Natal, transformações na ordem urbana**. Natal: Letracapital, 2015. 430 p.

CLEMENTINO, Maria do Livramento Miranda; PESSOA, Zoraide Souza (2009). **Natal: uma metrópole em formação**. São Paulo, EDUC.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIAS DE SAÚDE. **Promoção da saúde: Proposta do Conselho Nacional de Secretárias de Saúde (CONASS) para sua efetivação como política pública no Brasil**. 2016. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/promocao-da-saude/>>. Acesso em: 05 out. 2019.

COSTA, Luzimar Pereira da. **Análise da Mobilidade Urbana de Natal/RN a partir do uso de indicadores de sustentabilidade**. 2014. 174 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa Regional de Pós-graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente/prodema, Centro de Bociências, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

FIGUEIREDO, Fábio Fonseca. A gestão dos resíduos sólidos no Brasil e seus rebatimentos na cidade de Natal/RN. Revista Mercator, 2013. Disponível em <<http://www.mercator.ufc.br/index.php/mercator/article/viewFile/1180/502>>. Acesso em: 03/01/2020.

FIGUEIREDO, Fábio Fonseca; FERREIRA, José Gomes. O Saneamento Básico no Nordeste e no Rio Grande do Norte: avanços e constrangimentos. Anais XII ENANPUR. 2017. Disponível em <http://anpur.org.br/xviienanpur/principal/publicacoes/XVII.ENANPUR_Anais/ST_Soes_Tematicas/ST%204/ST%204.7/ST%204.7-04.pdf>. Acesso em: 03/01/2020.

FIGUEIREDO, Lúcia Mara. **Análise da salubridade do meio urbano com base na utilização de índices ambientais: aplicação na Bacia de drenagem XII da cidade de Natal/RN**. 2011. 99 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Engenharia Sanitária, Centro de Tecnologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2011.

FÓRUM NACIONAL DE ENTIDADES METROPOLITANAS (FEM). **Região Metropolitana de Natal (RN)**. 2018. Disponível em: <<http://fnembrasil.org/regiao-metropolitana-de-natal-rn/>>. Acesso em: 03 jan. 2020.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

GOLDSTEIN, G.; KICHBUSCH, I. Una ciudad sana es una ciudad mejor. **Salud Pública**, v. 49, n. 1, 1996.

GUIVANT, Julia S. Riscos alimentares: novos desafios para a sociologia ambiental e a teoria social. *Desenvolvimento e meio ambiente*, 2002, 5. Disponível em <<http://revistas.ufpr.br/made/article/viewFile/22119/14483>>. Acesso em: 03/01/2020.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas S. A., 2008. 220 p.

HANCOCK, T.; DUHL, L. **The healthy city**: its function and its future. *Health Promotion*, v. 1, 1986. 55–60 p.

HERCULANO, Selene, C. A qualidade de vida e seus indicadores. **Ambiente e Sociedade**, v. 1, n. 2, 1998. 77-99 p.

LALONDE, Marc. **A New Perspective on the Health of Canadians**. Toronto: Governo do Canadá, 1981. 77 p.

LIMA, Samuel do Carmo; SANTOS, Flávia de Oliveira. **Promoção da saúde e redes comunitárias para a construção de territórios saudáveis**. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2018. 176 p.

MEDEIROS, Marysol Dantas de; ALMEIDA, Lutiane Queiroz de. Vulnerabilidade socioambiental no município de Natal, RN, BR. **Revista Eletrônica do ProdeMa**, Fortaleza, v. 9, n. 2, p.65-69, dez. 2015. Semestral.

MENDES, Eugênio, Vilaça. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde, pp. 233-300. In MENDES, Eugênio, Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. Ed. Hucitec, São Paulo. 1996.

MENDES, Rosilda. **Cidades saudáveis no Brasil e os processos participativos**: os casos de Jundiá e Maceió. 2000. 239 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Carta de Otawa da Primeira Conferência Internacional de Saúde**. Otawa: OMS, 1986. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: fevereiro de 2015.

_____. Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde. **Doenças Crônicas Degenerativas**. 2019. Disponível em: <<https://www.bahia.fiocruz.br/doencas-cronico-degenerativas/>>. Acesso em: 08 out. 2019.

PESSOA, Zoraide Souza. **A metrópole periférica**: identidade e vulnerabilidade socioambiental na Região Metropolitana de Natal-RN/Brasil. 2012. 306 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Doutorado Ambiente e Sociedade, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE NATAL. Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim Entomoepidemiológico das Arboviroses**. Disponível em: http://portal.natal.rn.gov.br/anexos/boletimdengue/boletim_dengue_a12n08.pdf. Acesso em: 08 de out. de 2019.

QUEIROZ, Thiago Augusto Nogueira de. A produção do espaço urbano de Natal/RN: algumas considerações sobre as políticas públicas. **Observatorium**: revista eletrônica de geografia, Uberlândia, v. 2, n. 2, p.2-16, 2010.

RIO GRANDE DO NORTE. (2005, 2 de dezembro). Lei Complementar nº 315, de 30 de novembro de 2005. Altera dispositivos da Lei Complementar nº 152, de 16 de janeiro de 1997, que dispõe sobre a Região Metropolitana de Natal, e dá outras providências (pp. 1). Natal: Diário Oficial do Estado, nº 11.119.

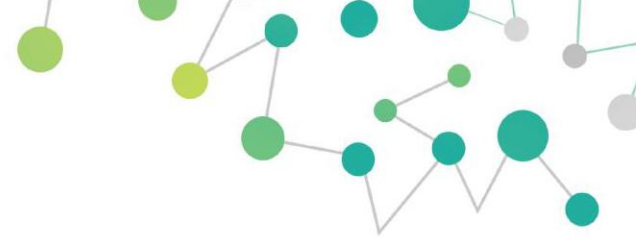
TOZONI-REIS, Marília Freitas de Campos. **Metodologia da pesquisa científica**. Curitiba: Iesd, 2009. 136 p.

VEYRET, Y. **Os riscos**: o homem como agressor e vítima do meio ambiente. São Paulo: Contexto, 2007.

VASCONCELOS FILHO, João Manoel; NASCIMENTO, Gerson Gomes do. A Região Metropolitana de Natal-RN: um processo ainda em curso. **Geoconexões**, Natal, v. 1, n. 1, p.16-27, dez. 2014.

WESTPHAL, Márcia Faria; OLIVEIRA, Sandra Costa. **Cidades saudáveis**. Uma Forma de Abordagem Ou Uma Estratégia de Ação em Saúde Urbana: Revista USP, São Paulo, p.91-102, 2015.

WESTPHAL, Márcia Faria. O movimento cidades/municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p.39-51, 2000. Mensal.



VISITA MULTIDISCIPLINAR EM PEDIATRIA: EXPERIÊNCIAS E CONTRIBUIÇÕES DE RESIDENTES DE NUTRIÇÃO, PSICOLOGIA E FONOAUDIOLOGIA

Priscilla Alves Nóbrega Gambarra Souto¹
Leonídia Aparecida Pereira da Silva²
Taynara Amorim de Araújo³
Jackeline Sales Silva⁴

RESUMO

O presente artigo objetiva relatar experiências vivenciadas por três residentes multiprofissionais em uma visita multidisciplinar, de modo a apresentar e discutir as demandas identificadas durante a visita, assim como as intervenções e contribuições das residentes de nutrição, psicologia e fonoaudiologia na assistência prestada a um paciente pediátrico e à sua acompanhante. Trata-se de um relato de experiência sobre as atividades desenvolvidas pelas residentes referente a uma visita multidisciplinar realizada no setor da clínica médica pediátrica de um hospital infantil. Durante a visita em si, foram seguidos princípios de atuação pautados na identificação de problemas, postura ética e humanizada, escuta ativa e qualificada e intervenção frente às problemáticas e demandas expostas. Destaca-se que no decorrer da visita, foram percebidas questões que estão para além do quadro clínico da criança que estava sendo acompanhada pela sua genitora desde a sua admissão no serviço. Tais questões se relacionam a condicionantes e determinantes em saúde. Foram eles: falta de saneamento básico na localidade de moradia, renda familiar baixa, falta de informação, crença da mãe no saber popular, falta de apoio familiar e significados acerca da maternidade e da amamentação. Posteriormente, foi construído um Projeto Terapêutico Singular (PTS). Verificou-se a relevância da visita multidisciplinar em pediatria por proporcionar uma assistência integral, unindo equipe de saúde, criança e família. Ampliando assim, a identificação de aspectos biopsicossociais que estejam necessitando de intervenção com vistas à promoção da saúde, à resolutividade e à recuperação.

Palavras-chave: Equipe Multiprofissional, Pediatria, Nutrição, Psicologia, Fonoaudiologia.

INTRODUÇÃO

Vem aumentando cada vez mais as discussões voltadas para a necessidade do trabalho multiprofissional e interprofissional em saúde pautado em práticas colaborativas e de educação

¹ Mestre em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e Tutora de Fonoaudiologia da Residência Multiprofissional em Saúde da Criança (REMUSC/SES-PB), priscilla_ang@hotmail.com;

² Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e Residente da Residência Multiprofissional em Saúde da Criança (REMUSC/SES-PB), leonidiapereira1@gmail.com;

³ Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e Residente da Residência Multiprofissional em Saúde da Criança (REMUSC/SES-PB), taynara.amorim@hotmail.com;

⁴ Graduada em Nutrição pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e Residente da Residência Multiprofissional em Saúde da Criança (REMUSC/SES-PB), sales.jacke7@gmail.com;

em saúde (ARAÚJO *et al.*, 2017). A estrutura da educação em saúde, por sua vez, está associada com as profissões da área da saúde, com a comunidade e a população, construindo conhecimentos científicos, técnicos e políticos. O intuito destas discussões é promover uma formação reflexiva e crítica com o compartilhamento de conhecimentos práticos e teóricos referentes aos problemas de saúde.

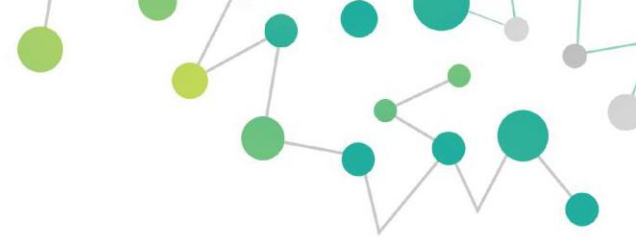
Neste contexto, estão inseridas as residências multiprofissionais em saúde associadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). Estruturadas em conformidade com os princípios do SUS e com as políticas que incidem nos condicionantes e determinantes da saúde a nível coletivo e individual, bem como com o direito ao acesso à saúde, as residências propiciam transformações na formação e no trabalho em saúde (MARIANO; MARINHO, 2017).

Soma-se a isto o fato de a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) ser relevante para o processo de formação contínua que articula profissionais de saúde, gestão em saúde e comunidade, possibilitando transformações na atuação em saúde e na assistência prestadas aos usuários do SUS (MARIANO; MARINHO, 2017).

Fazendo parte desse cenário, encontra-se a Residência Multiprofissional em Saúde da Criança (REMUSC) a qual tem como finalidade formar especialistas em atenção à saúde da criança e do adolescente, para atuar de maneira multidisciplinar nos diversos níveis de assistência, contemplando o aparelhamento do SUS a partir de uma compreensão ampliada de saúde e colaborando com a formação de profissionais qualificados e capacitados (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2018).

Nesse sentido, o objetivo desse trabalho é relatar as experiências vivenciadas por três residentes da REMUSC em uma visita multidisciplinar, de modo a apresentar e discutir as demandas identificadas durante a visita, assim como as intervenções e contribuições das residentes de nutrição, psicologia e fonoaudiologia na assistência prestada ao paciente pediátrico e a seu acompanhante. Destaca-se que a visita é realizada como atividade componente da disciplina de “Práticas Integradas”, a qual tem como escopo o alcance de competências de trabalho em equipe multiprofissional de saúde voltada para a assistência prestada ao paciente e a seu acompanhante em um hospital pediátrico.

A opção por relatar essa experiência específica se deu pela percepção de caracterizar-se como sendo um atendimento que demandava o saber multiprofissional da nutrição, da psicologia e da fonoaudiologia, pois durante a visita, e a partir do acolhimento e da escuta qualificada, foram identificados fatores para além da patologia que levou à internação da criança e que necessitavam da atuação conjunta das três profissões mencionadas.



METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre as atividades desenvolvidas por três residentes da REMUSC: uma de nutrição, uma de psicologia e uma de fonoaudiologia em uma visita multidisciplinar realizada como atividade componente da disciplina de “Práticas Integradas”. A visita em equipe multiprofissional de saúde faz parte do conjunto de atividades desempenhadas na REMUSC e o caso do relato em questão ocorreu no dia 23 de abril de 2019 no setor da clínica médica pediátrica de um hospital infantil. Pontua-se que as três residentes adotaram para fins de atuação e de publicação do presente trabalho o registro de informações sobre a visita multidisciplinar em questão por meio de diários de campo.

A sistemática adotada foi a seguinte: reconhecimento da realidade por meio da busca em prontuário a fim de identificar casos de crianças internas com diagnóstico de pneumonia, conforme havia sido solicitado em aula pela tutora de campo; leitura de evoluções da nutrição, da psicologia e da fonoaudiologia; realização da visita multidisciplinar com acolhimento e escuta qualificada realizada por cada uma das profissionais focando em aspectos uniprofissionais (referentes às suas profissões) e multiprofissionais. Na visita em si foram seguidos princípios de atuação pautados na identificação de problemas, postura ética e humanizada em diálogo com a Política Nacional de Humanização (PNH), preconizada pelo Ministério da Saúde, escuta ativa e qualificada e intervenção frente aos problemas e demandas expostas (BRASIL, 2006; BRASIL, 2008). Posteriormente, foi construído um Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Destaca-se que, após a busca em prontuário, identificou-se uma criança com 1 mês e 28 dias de idade a qual foi internada com pneumonia e foi escolhida para receber a visita multidisciplinar. A mesma estava sendo acompanhada por sua genitora desde a sua admissão no hospital. Cabendo pontuar que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a Lei nº. 8069, de 1990 por meio do artigo 12 estabelece que os hospitais devem ofertar condições para que um dos pais ou responsável possa acompanhar a criança ou adolescente hospitalizado em tempo integral. Enfatiza-se que o elo de relação mais concreta da criança é a família, que vivencia junto o processo de hospitalização (MOLINA *et al.*, 2007).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A fim de contextualizar a hospitalização da criança e apresentar informações importantes referentes à sua internação a qual demandou a necessidade de que a sua mãe o acompanhasse, optou-se por apresentar algumas informações importantes para melhor entendimento da atuação das residentes da REMUSC. Para isto, visando resguardar a privacidade do paciente e da sua genitora, ambos foram nomeados com o nome de uma flor, mantendo os seus nomes sob sigilo. À criança foi atribuído o pseudônimo de “Hibisco” e à sua genitora foi denominada de “Petúnia”.

A profissão de Petúnia era diarista, a mesma era beneficiária do programa bolsa família, residia no interior da Paraíba e trabalhava em João Pessoa sem carteira assinada. Sobre a história clínica de Hibisco, a mãe contou que recorreu primeiramente à unidade básica de saúde (UBS) do seu município, sendo em seguida encaminhada para o hospital pediátrico localizado na capital paraibana onde foi identificado o diagnóstico inicial de Pneumonia (PNM) e Bronquiolite (BQLT).

No entanto, destaca-se que, apesar do fato de a visita multidisciplinar ter sido solicitada pela tutora de campo das residentes estabelecendo como foco o paciente pediátrico com pneumonia, foram percebidas questões que estão para além do seu quadro clínico e que se relacionam a condicionantes e determinantes em saúde. Foram elas: falta de saneamento básico na localidade de moradia de Hibisco e Petúnia, renda familiar baixa, falta de informação, crença da mãe no saber popular, falta de apoio familiar e significados acerca da maternidade e da amamentação para Petúnia. Percebeu-se então que essas questões necessitavam de um olhar mais atencioso por parte das residentes de nutrição, psicologia e fonoaudiologia, demandando uma escuta qualificada e intervenções.

A partir da escuta qualificada uniprofissional e multiprofissional, faz-se importante trazer à baila informações mencionadas pela genitora acerca do histórico alimentar de Hibisco, chamando a atenção para o fato de a criança só ter ficado em aleitamento materno exclusivo (AME) até o décimo quinto dia de vida. Quando questionada sobre o motivo do abandono ao AME, Petúnia justificou que seu “leite era fraco” e passou a ofertar mingau de cremogema para a criança, a qual apresentou má aceitação. Após consulta pediátrica, a genitora adotou o uso de fórmula infantil. Em relação a isso, a literatura aponta que as causas mais alegadas pelas mães referentes ao leite materno são mencionadas a pouca quantidade (WAYLAND, 2004 apud SOUTO, 2015) e a crença de seu leite ser fraco (RAMOS; ALMEIDA, 2003 apud SOUTO, 2015).

Intencionando compreender melhor a situação de Petúnia, foi indagado a ela sobre a realização do seu pré-natal e as recomendações realizadas pelos profissionais durante este

período. Petúnia contou que fez todas as consultas do pré-natal e que recebeu informações sobre a importância do AME, contudo, a mesma interrompeu o aleitamento materno por acreditar que seu leite era fraco e insuficiente para seu filho. Esta realidade tem sido reiterada pela literatura. Segundo o estudo de Andrade, Pessoa e Donizete (2018), realizado com 52 mães, com filhos entre 0 e 6 meses, que não estavam mais em AME, pertencentes à Estratégia Saúde da Família, evidenciou-se que todas as mães tinham feito o pré-Natal, com 92% obtendo informações de profissionais de saúde sobre AME, porém o principal motivo de abandono do AME foi a crença de seu leite ser fraco ou insuficiente para seu bebê.

Além disso, após intervenção da psicóloga residente, foi identificado que quando Hibisco chorava, a genitora oferecia fórmula para ele. Sobre isto, destaca-se que a literatura demonstra que o choro do bebê é interpretado pela mãe como uma maneira de o bebê comunicar as suas necessidades (MOZZAQUATRO; ARPINI, 2015; VIDEIRA, 2014; BALTAZAR; GOMES; CARDOSO, 2010; MACHADO *et al.*, 2014). Ao ouvir o recém-nascido chorar, os pais procuram identificar a sua causa, procurando agir em conformidade com a interpretação que fazem acerca do que aparenta estar provocando o choro (VIDEIRA, 2014). Em relação a isto, tem-se que o choro do bebê pode ser entendido como fome, relacionando-se com os entendimentos de que o leite materno não é suficiente ou que é fraco. Diante disso a mãe termina optando pela introdução de outros alimentos na dieta da criança de maneira precoce (BARROS *et al.*, 2009 apud SOUTO, 2015).

Ressalta-se o fato de que no caso de Petúnia, quando questionada pela residente de psicologia sobre o que significava o choro de seu filho, respondeu interpretá-lo como fome, acrescentando que devido a isso oferecia 260 ml a cada 40 minutos para Hibisco até que o mesmo se tranquilizasse. O relato de Petúnia convoca para um olhar frente ao abandono do AME e o comportamento alimentar. Sobre isso, cabe pontuar que apesar da amamentação ser considerada de grande importância para a saúde do bebê e da mãe, são altas as taxas de abandono do AME (MACHADO *et al.*, 2014). A nível científico, pesquisas tem evidenciado a importância do AME como sendo “promotora de saúde física, mental e psíquica para a criança e a mulher que amamenta” (OLIVEIRA, 2019, p. 2).

Estudos em anos recentes têm apontado que a amamentação precoce pode diminuir consideravelmente as taxas de mortalidade neonatal, podendo ser reduzida em 16,3% quando a amamentação é iniciada no primeiro dia de vida, e em 22,3% quando acontece na primeira hora de vida do bebê (TOMA, 2008). Nesse sentido, existem evidências de que a amamentação é o melhor alimento para a criança. Outros benefícios da amamentação se referem ao aspecto nutricional, psicológico, gastrointestinal, além de protegê-lo contra várias infecções e de ser

capaz de promover o vínculo mãe-bebê, proporcionando uma melhor interação entre mãe e filho, além de caracterizar-se como proteção contra o câncer de mama na mulher (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Além das vantagens já citadas, o aleitamento materno proporciona o crescimento e desenvolvimento craniofacial do bebê e conseqüentemente, do sistema miofuncional orofacial, estimulando de forma adequada a tonicidade muscular, o amadurecimento da articulação temporomandibular e a promoção de condições oclusais e dentárias favoráveis, além de estimular a respiração nasal. A estabilidade miofuncional proporcionada pela amamentação no seio materno favorece a diminuição da prevalência de hábitos orais inadequados, prevenindo alterações oclusais e favorecendo as praxias orofaciais (BECK *et al.*, 2012).

Considera-se ainda que a amamentação constitui um momento extremamente benéfico para a comunicação, visto que permeia a importância da relação mãe-bebê, favorecendo à aquisição e ao desenvolvimento da linguagem da criança (LEITE; MUNIZ; ANDRADE, 2009). Dessa forma, o aleitamento materno promove a saúde do recém-nascido (RN) nos seus diversos aspectos, inclusive os fonoaudiológicos, tais como linguagem, motricidade orofacial/fala e audição (MEDEIROS; BATISTA; BARRETO, 2015).

No entanto, apesar de o AME ser recomendado durante os primeiros seis meses de vida do bebê de maneira exclusiva, devendo ser sustentado até os dois anos ou mais, de forma complementar, cerca de 85,0% das mães em todo o mundo não tem seguido essas indicações. No caso do Brasil, apenas 23,3% das crianças com até quatro meses são exclusivamente amamentadas (MACHADO *et al.*, 2014).

Diante disso e considerando essa realidade de abandono ao AME, sendo presenciada a partir da visita multidisciplinar realizada à Hibisco e Petúnia, foi possível perceber fatores que podem ter influenciado na interrupção do AME no caso dessa mãe atendida. Identificou-se a partir do relato de Petúnia que a mesma não tem apoio da família para ajudar a cuidar dos seus filhos e não tem boa relação com o pai das crianças. Além disso, percebeu-se que mesmo que ela tenha referido que recebeu orientação por parte dos profissionais de saúde durante o pré-natal, a mesma demonstrou não confiar completamente nas condutas científicas quanto acredita nas crenças populares. A condição socioeconômica de Petúnia também consta como um fator dificultador, uma vez que sua renda é composta pelo benefício do Programa Bolsa Família e seu trabalho ocorre de modo informal, sem carteira assinada, abdicando de seus direitos por acreditar que poderia perder o auxílio do governo caso regularizasse sua situação no trabalho.

Corroborando a isso constam na literatura que os principais fatores que são decisivos para o abandono do AME são a baixa renda, o nível baixo de escolaridade e o trabalho materno,

além de fatores psicossociais, em especial, a falta de apoio do companheiro (MACHADO *et al.*, 2014). Valendo enfatizar que a prática da amamentação e o processo de desmame não são determinados exclusivamente a nível biológico, mas também psicológico, social e cultural. Nesse sentido, a decisão de amamentar, continuar ou interromper a amamentação geralmente é feita pela mãe a qual é influenciada por sua história de vida, por suas condições físicas e emocionais, pelo desejo de ser mãe ou não, por sua rede de apoio, e também pela representação social que ela atribui à amamentação e à maternidade. Assim, fatores psicossociais e sociodemográficos apareceram como fortes preditores do precoce abandono do AME (MACHADO *et al.*, 2014).

Diante do exposto, destaca-se a importância dos profissionais de saúde considerarem a mãe em sua singularidade, acolhendo suas dúvidas, medos e expectativas, além dos mitos e crenças relacionados ao aleitamento materno, para que a equipe possa realizar orientações, explicando corretamente os aspectos que interferem negativamente no AME, fornecendo informações acerca de como enfrentar possíveis dificuldades vivenciadas durante a amamentação, ressaltando a atuação multiprofissional com abordagem integralizada ao binômio para que o atendimento seja o mais completo possível (DE AZEVEDO *et al.*, 2010).

Fazendo menção novamente à escuta qualificada durante a visita multidisciplinar, foi realizada pela psicóloga uma indagação à Petúnia tentando identificar se algo a preocupava no momento. A mesma respondeu que não estava preocupada com o quadro clínico de Hibisco, pois na visita médica soube que ele havia apresentado uma melhora. Estava preocupada com seu outro filho que havia ficado doente e estava sob os cuidados do pai. Na ocasião ela chamou o pai da criança de “troço” e o culpou pelo filho mais velho ter adoecido. Segundo ela, o genitor é irresponsável, mas era a única pessoa com quem o filho podia ficar, pois relatou não ter apoio familiar ou de amigos na cidade onde mora. Além disso, a mesma referiu que o seu trabalho demanda muito dela, uma vez que se desloca do interior da Paraíba até João Pessoa para trabalhar, se desdobrando para conseguir o sustento de sua família.

Diante disso, foi identificado que Petúnia estava dividida entre a internação de Hibisco e o adoecimento do seu outro filho, fato este que parecia a preocupar ainda mais considerando a aparente relação conflituosa que estava vivenciando com o pai da criança, uma vez que a mesma manifestou uma sensação de raiva perante a situação. Frente a essa realidade compartilhada por Petúnia, foram feitas intervenções psicológicas para que a mesma não se cobrasse tanto, uma vez que não podia estar presente ao mesmo tempo com esses dois filhos adoecidos, e que no momento quem estava demandando mais cuidados era Hibisco devido à

sua internação hospitalar. Enfatizando ainda que assim que Hibisco recebesse alta, ela poderia retornar para a sua cidade e cuidar dele e do outro filho que adoeceu.

Demonstra-se assim, a importância da atuação do psicólogo no hospital por entender que no contexto hospitalar pediátrico e de maternidade, se mostra indispensável a atuação da psicologia com vistas à avaliação do estado emocional da mãe, avaliação da qualidade do vínculo mãe-bebê, avaliação do nível de comprometimento da mãe para com a saúde da criança, relação da mãe com a maternidade vigente, com a equipe de saúde e demais sujeitos com os quais venha e ter contato durante a internação no hospital (PROTOCOLO ASSISTENCIAL MULTIPROFISSIONAL, 2018). Destaca-se a necessidade de apoio psicológico e emocional a essa mãe-mulher, buscando entender a sua história de vida, as suas condições emocionais, seus sentimentos frente à maternidade, ao adoecimento do filho, à hospitalização, além de identificar se a mesma possui rede de apoio e a forma como ela representa a maternidade e a amamentação (BALTAZAR; GOMES; CARDOSO, 2010).

É ouvindo essa mãe que serão promovidas condições para que ela possa encontrar a melhor forma de lidar com a hospitalização, bem como com os medos, angústias, dúvidas e aflições que o acompanham em tal situação (BALTAZAR; GOMES; CARDOSO, 2010). Nesse sentido, a conduta adotada frente a essa problemática foi a escuta ativa e empática, intervenções terapêuticas e postura humanizada, além de uma interconsulta, posterior, com uma assistente social a fim de o serviço social dedicar mais atenção a essa mãe.

Ainda no que se refere à visita multidisciplinar, alguns aspectos foram considerados pela fonoaudióloga, como o acolhimento a esta mãe, buscando conhecer sua história e os motivos que levaram ao desmame do aleitamento materno, observando qual a relação dela com o momento de alimentação do seu filho e as queixas durante a alimentação, questionando sobre a presença de sinais clínicos de disfagia, como engasgos, tosse, cansaço durante a alimentação, entre outros. Foram realizadas orientações sobre como ofertar a alimentação de seu filho, melhor utensílio para oferta, volume adequado e posicionamento correto durante e após a oferta. Além disso, também foram realizadas orientações sobre o desenvolvimento do seu filho e a importância da estimulação em casa.

Traçando um paralelo com as atribuições do fonoaudiólogo no hospital, pontua-se que esse profissional tem uma atuação diversificada durante o período de internação de RN ou lactente, dentre elas, inclui-se as orientações sobre aleitamento materno e os aspectos fonoaudiológicos relacionados à alimentação, e ao desenvolvimento da audição, da linguagem, do contato mãe/bebê e da comunicação de maneira global (verbal e não verbal), integrando seu

trabalho a todas as interfaces da equipe multidisciplinar (BECK *et al*, 2012; MEDEIROS; BATISTA; BARRETO, 2015).

O papel do fonoaudiólogo é proporcionar ao RN ou lactente uma alimentação segura, funcional e prazerosa, que favorecerá a alta hospitalar precoce e o seu desenvolvimento global, além de auxiliar as mães para que se sintam tranquilas e seguras no contato e no ato de amamentar seu filho. Sendo estas importantes atribuições da atuação fonoaudiológica no hospital pediátrico (BECK *et al*, 2012).

A atuação da residente de nutrição frente à visita multidisciplinar guiou-se pela adoção de uma postura empática acerca dos fatores biopsicossociais que envolvem Petúnia e Hibisco. Procurando compreender através de um diálogo construtivo a trajetória alimentar dessa criança, os entraves que impediram o empoderamento desta mulher à prática do AME no seu pré-natal e puerpério, o grau de instrução e as práticas culturais que influenciaram nas escolhas alimentares desta mulher com seu filho. Durante este momento buscou-se desmistificar as crenças que seu leite era fraco e insuficiente, através de uma postura acolhedora, com orientações multiprofissionais, expondo os diversos fatores que podem interferir no êxito da amamentação, destacando que a integralidade desta prática está estreitamente relacionada a uma rede de apoio, abrangendo a mãe, família, amigos e profissionais.

Diante da realidade do desmame precoce, procurou-se estimular a prática de uma conduta dietoterápica adequada, orientando sobre a quantidade correta de volume e fórmula infantil a ser ministrada, o reconhecimento de sinais de fome do bebê e qual o momento ideal para o início da introdução alimentar de seu filho, trabalhando-se a conscientização por escolhas alimentares saudáveis.

Cabe ao profissional nutricionista a responsabilidade de proporcionar uma alimentação adequada em todos os ciclos da vida, zelando pela preservação, promoção e recuperação da saúde. Portanto, é de grande importância sua atuação no ambiente hospitalar, como também no puerpério, visto que a amamentação é o primeiro passo para a qualidade de vida e desenvolvimento dos lactentes. A participação de nutricionistas em equipes multiprofissionais é indispensável, considerando a supremacia do leite materno na alimentação inicial da criança, a prática de amamentação encontra-se intimamente ligada à orientação nutricional. Consequentemente, o profissional tem como propósito orientar e acompanhar o binômio durante toda a amamentação (JESUS; OLIVEIRA; MORAES, 2017).

Outra vivência importante a partir da visita multidisciplinar, foi a análise e discussão acerca das considerações e das contribuições que uma atuação multiprofissional poderia exercer na vida de Petúnia e Hibisco. A partir disso e após relatar a experiência vivenciada para a tutora

de campo e para a turma de residentes (no total são 13 residentes por turma na REMUSC), foi proposta a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) a fim de refletir, problematizar e sugerir maneiras de oferecer uma atenção integral à saúde de Petúnia e de Hibisco.

Ressalta-se que mesmo que não tenha sido possível aplicar o PTS na íntegra, dada a dinamicidade da rotina hospitalar, uma vez que Hibisco recebeu alta justamente no dia da visita, 23 de abril de 2019 e também devido à existência de demandas relacionadas a outros serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Ainda assim foi considerado importante poder construí-lo e aplica-lo dentro dos limites que correspondiam às intervenções no próprio hospital, além de ter sido construtivo em termos de aprendizado vivenciado. Segue exposto no Quadro 1, o PTS construído:

QUADRO 1: Projeto Terapêutico Singular (PTS)

PROBLEMA	LIMITAÇÕES	SOLUÇÕES	RESPONSÁVEL	TEMPO
Falta de apoio familiar	A mãe não tem apoio da família para ajudar a cuidar dos filhos e não tem boa relação com o pai do filho.	Inserção de Hibisco e de seu irmão em creche. Acompanhamento psicológico (psicoterapia familiar ou individual).	Serviço Social e Psicólogo.	Indeterminado
Falta de informações	Mesmo a mãe sendo orientada pelos profissionais de saúde, não confia nas condutas científicas.	A referência e a contra-referência em saúde enquanto ferramenta para a integralização do cuidado continuado em rede	Profissionais de saúde.	Indeterminado
Baixa Renda	Mãe não tem renda fixa. Bolsa família.	Conversar sobre a importância dos direitos trabalhistas.	Serviço Social.	Indeterminado

Fonte: Souto, Silva, Araújo e Silva (2020)

Destaca-se que os três problemas identificados foram dialogados com Petúnia durante a visita multidisciplinar, com a finalidade de visualizarmos a partir do seu olhar se a mesma se encontrava contemplada com os pontos que levantamos, destes apenas o fator baixa renda,

Petúnia apresentou resistência em concordar. Sobre isto, tem-se que a mesma acredita que caso aderisse aos direitos trabalhistas perderia o auxílio do Programa Bolsa Família, que segundo ela é um valor seguro para a sua sobrevivência e de seus filhos. Portanto, compreende-se que a atuação do assistente social é muito importante diante desse caso, por isso foi assinalada no PTS, uma vez que esse profissional possui um leque maior de informações sobre os direitos trabalhistas e sobre os programas de assistência econômica e social para pessoas de baixa renda, podendo orientar melhor e sensibilizar Petúnia sobre os seus direitos.

Referente ao problema falta de apoio familiar, Petúnia reconheceu a sobrecarga de atividades que vivencia, devido à falta de ajuda de pessoas de sua confiança. No tocante a isto, visualizamos a necessidade de inclusão de seus filhos em uma creche. Sobre esse espaço, explicamos para Petúnia que poderia resguardar a integridade das crianças trazendo tranquilidade à mesma. Outra medida a ser desenvolvida para esta problemática corresponde à psicoterapia familiar ou individual, modelos clínicos de atendimento psicológico que foram explicados como sendo recursos importantes que poderiam promover estratégias e/ou soluções para a referida problemática. Sobre esses tipos de acompanhamento psicológico, a mesma foi informada sobre serviços onde ela poderia procurar (seja no SUS ou nas clínicas-escola de psicologia de Universidades como é o caso, por exemplo, da Universidade Federal da Paraíba – UFPB e de faculdades particulares que tem serviço-escola de psicologia).

Sobre o problema referente à falta de informações, nesta situação direcionamos o nosso diálogo para a importância da construção do conhecimento conjuntamente com os profissionais de saúde de sua rede, incentivando Petúnia a falar abertamente de suas dúvidas e seus saberes populares, expressando aos profissionais sua forma de comunicação incentivando-os a interagirem de forma clara, objetiva e inclusiva permitindo a construção de condutas adequadas e integradas.

Nesse sentido, foi possível perceber Petúnia e Hibisco a partir de uma abordagem biopsicossocial, entendendo a importância de considerá-los em sua totalidade e complexidade. Destacando-se a relevância do olhar multidisciplinar no êxito da identificação das diversas problemáticas que compõem um indivíduo, salientando-se o diferencial de uma assistência integralizada com vistas à promoção da saúde, à resolutividade e à recuperação.

Destaca-se a importância de vivências como a relatada no presente trabalho, em que a prática e a teoria são unidas. Sobre isto, é válido pontuar que a teoria por si só não transforma o mundo. “Uma teoria só é prática na medida em que materializa, através de uma série de mediações o que antes só existia idealmente, como conhecimento da realidade ou antecipação ideal de sua transformação” (SÁNCHEZ VÁZQUEZ, 1977, p. 206). A importância de se atentar

para esses elementos faz jus a uma aprendizagem problematizadora da prática e do lugar ocupado pelo profissional de saúde.

A partir dessa discussão, reflete-se sobre as intervenções em seus processos, na atuação do profissional de saúde no contexto hospitalar pediátrico e no potencial e importância da realização da visita multidisciplinar. Destacando o papel essencial de Petúnia e Hisbisco enquanto as pessoas com as quais nos propomos a estar com e para, pois foram esses dois atores que guiaram os rumos do trabalho em equipe multidisciplinar desenvolvido. Além disso, tiveram papel primordial no que se refere à constatação de que é preciso ouvir o usuário, oferecer-lhe escuta qualificada e comprometer-se com os compromissos éticos e sociais de nossas profissões tendo como foco oferecer o cuidado em saúde ao usuário de maneira integral e contextualizada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da complexidade do contexto de internação pediátrica para a criança e para a sua família, torna-se fundamental a atuação da equipe multiprofissional em saúde, promovendo uma adequada rede de assistência à saúde da criança, de modo a considerar também o cuidado e a atenção a seu acompanhante, uma vez que, em pediatria, um interfere no bem-estar do outro.

É primordial que o processo de hospitalização seja o menos sofrido possível para o paciente e o acompanhante, proporcionando uma assistência integral, unindo equipe de saúde, criança e família. A Visita Multidisciplinar em pediatria torna-se parte ativa neste processo, ampliando a identificação de aspectos biopsicossociais que estejam necessitando de intervenção com vistas à promoção da saúde, à resolutividade e à recuperação. No caso de Petúnia, por exemplo, ao realizar uma abordagem multiprofissional que contemplou o aspecto biopsicossocial, foi possível prestar um conjunto de cuidados e de educação em saúde ofertados por profissionais capacitados que não seriam possíveis se o foco de atenção fosse limitado apenas à patologia de Hibisco.

Cabe pontuar também no tocante à natureza de determinados problemas observados e problematizados através da visita multidisciplinar e do trabalho em questão, como sendo correspondentes a questões sociais estruturais que devem ser consideradas e contextualizadas pelos profissionais de saúde em sua atuação profissional. Sendo dessa forma, necessária uma pauta em embasamento teórico aliado ao compromisso social com seu trabalho e a abertura de se trabalhar em equipe de forma multidisciplinar.

Ressalta-se por fim, a importância da formação teórico-prática em saúde a partir do modelo de Residência Multiprofissional em Saúde, pois esta convoca os profissionais a reconhecer o caráter biopsicossocial do usuário do SUS, o qual demanda diferentes olhares e diferentes habilidades que não se centram em um único profissional apenas, mas sim que demandam um olhar multidisciplinar e uma abertura para o trabalho com e em equipe multiprofissional.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a oportunidade de poder prestar assistência em saúde à Hibisco e Petúnia. Em segundo lugar, à Residência Multiprofissional em Saúde da Criança (REMUSC) pelas possibilidades teórico-práticas em serviços de saúde onde nos é possível vivenciar a atuação uniprofissional e multiprofissional voltada para a saúde da criança e do adolescente de modo a contemplar também o cuidado em saúde para com as famílias do público infanto-juvenil. Por fim, agradecemos à toda a equipe que compõe a REMUSC (Coordenação, Tutores e Preceptores), à Secretaria de Estado da Saúde (órgão ao qual a REMUSC é vinculada) e ao Ministério da Saúde (MS) pelo fomento das bolsas das residentes em saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Heuler Souza; PESSOA, Raquel Aparecida; DONIZETE, Livia Cristina Vasconcelos. Fatores relacionados ao desmame precoce do aleitamento materno. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-11, 2018. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1698/909>. Acesso em 08 out. 2020.

ARAÚJO Thaise Anataly Maria de *et al.* Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Revista Interface** (Botucatu). 2017; 21(62):601-13. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v21n62/1807-5762-icse-1807-576220160295.pdf>. Acesso em 02 out. 2020.

BALTAZAR, Danielle Vargas Silva; GOMES, Rafaela Ferreira de Souza; CARDOSO, Talita Beja Dias. Atuação do psicólogo em unidade neonatal: rotinas e protocolos para uma prática humanizada1. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 02-18, jun. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 08 out. 2020.

BECK, Ana Maria de Oliveira *et al.* Influência do ambiente hospitalar nos aspectos relacionados ao aleitamento materno. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, [S.L.], v. 17, n. 4, p. 464-468, dez. 2012. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/37916>. Acesso em 10 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

DE AZEVEDO, Diana Soares *et al.* Conhecimento de primíparas sobre os benefícios do aleitamento materno. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. 2, p. 53-62, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n11/3547-3556/>. Acesso em 08 out. 2020.

JESUS, Patricia Carvalho de; OLIVEIRA, Maria Inês Couto de; MORAES, José Rodrigo de. Capacitação de Profissionais de Saúde em Aleitamento Materno e sua Associação com Conhecimentos, Habilidades e Práticas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Niterói, v.22, n.1, p 311-320, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n1/1413-8123-csc-22-01-0311.pdf>. Acesso em 18 out. 2020.

LEITE, Rebeqa Ferreira Pequeno; MUNIZ, Maria Cláudia Mendes Caminha; ANDRDE, Izabella Santos Nogueira de. Conhecimento materno sobre fonoaudiologia e amamentação m alojamento conjunto. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S.L.], p. 36-40, 2009.

MACHADO, Mariana Campos Martins *et al.* Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 985-994, Dec. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-8910.2014048005340>.

MARIANO, Letícia Camila de Oliveira; MARINHO, Tanimar Pereira Coelho. Residência multiprofissional em saúde na perspectiva do serviço social em hospital público: relato de experiência. **Sanare: Revista de Políticas Públicas**, Sobral - V.16 n.01, p. 136-142, Jan./Jun, 2017. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/1105/616>. Acesso em 01 out. 2020.

MEDEIROS, Andréa Monteiro Correia; BATISTA, Bruna Gonçalves; BARRETO, Ikaro Daniel de Carvalho. Aleitamento materno e aspectos fonoaudiológicos: conhecimento e aceitação de mães de uma maternidade. **Audiology - Communication Research**, [S.L.], v. 20, n. 3, p. 183-190, set. 2015. DOI: 10.1590/2317-6431-ACR-2015-1565

MOLINA, Rosemeire Cristina Moretto *et al.* Presença da família nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal: visão da equipe multidisciplinar. **Revista Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.437-444, set. 2007. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452007000300007>.

MOZZAQUATRO, Caroline de Oliveira; ARPINI, Dorian Mônica. Relação mãe-bebê e promoção de saúde no desenvolvimento infantil. **Psicol. rev.** (Belo Horizonte), Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p. 334-351, ago. 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682015000200008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 out. 2020.

OLIVEIRA, Franciani Bairros Nobre de *et al.* Protocolos de avaliação da amamentação e Fonoaudiologia: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 21, n. 5, p. 2-8, 2019. <https://doi.org/10.1590/1982-0216/201921514018>

PROCOLO ASSISTENCIAL MULTIPROFISSIONAL (PAM). **Alta Responsável do Paciente Pediátrico**. Uberaba-MG: HC-UFTM/Ebserh, 2018. Versão 1.0 - 36p. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/Alta+Respons%C3%A1vel+do+Paciente+Pedi%C3%A1trico+revis%C3%A3o+final+6.pdf/2f97a54e-c427-47d9-af1c-9dc4563a5e19>. Acesso em: 08 de outubro de 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DA PARAÍBA. **Projeto Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança**, João Pessoa, PB, 24p., 2018.

SOUTO, Danielle da Costa. Amamentação de crianças com idades superior a dois anos: Experiências maternas. 2015. 126 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Rio Grande do Sul. Disponível em: http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFSM_7e056590c11846827404a9fcc5591322. Acesso em: 01 de outubro de 2020.

TOMA, Tereza Setsuko; REA, Marina Ferreira. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 2, p. s235-s246, 2008. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001400009>.

VIDEIRA, Rute Marisa da Silva. A influência de funcionamento psicológico das mães de bebês pré-termo sobre a percepção que estas têm do comportamento dos seus bebês. 2014. 112f. Dissertação (mestrado) - Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA, Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica. Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/20459/1/ulfpie047397_tm_tese.pdf. Acesso em: 08 de outubro de 2020.

SÁNCHEZ VÁZQUEZ, A. **Filosofia da práxis**. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.