

CINERGIS

Revista do Departamento de Educação Física e Saúde e do Mestrado
em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul / Unisc

ISSN 2177-4005 - Ano 17 - Volume 17 - Número 4 (Suplemento 1)
Outubro / Dezembro 2016



UNISC
UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL

CINERGIS

Revista do Departamento de Educação Física e Saúde e do Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul / Unisc

ISSN 2177-4005 - Ano 17 - Volume 17 - Número 4 (Suplemento 1) - Outubro/Dezembro 2016

> EDITORES

> Miria Suzana Burgos

mburgos@unisc.br

> CONSELHO EDITORIAL

> Adriana Lemos, PhD

Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

> Adroaldo Gaya, PhD

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola Superior de Educação Física, Porto Alegre, RS, Brasil.

> Alex Soares Marreiros Ferraz, PhD

Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

> Alexandre Igor Araripe Medeiros, PhD

Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil, Brasil.

> Alisson Guimbala dos Santos Araujo, MSc

Associação Catarinense de Ensino, Joinville, SC, Brasil.

> Andréia Rosane de Moura Valim, PhD

Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

> Antônio Marcos Vargas da Silva, PhD

Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

> Carlos Alberto Ferreira Neto, PhD

Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa, Portugal.

> Carlos Ricardo Maneck Malfatti, PhD

Universidade Estadual do Centro-Oeste, Guarapuava, PR, Brasil.

> Cleiton Silva Correa, PhD

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

> Cézane Priscila Reuter, MSc

Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

> Cleiton Chiamonti Bona, MSc

Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, Brasil.

> Clarice Martins, PhD

Universidade Federal de Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

> Clarissa Stefani Teixeira, PhD

Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

> Daniel Prá, PhD

Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

> David António Rodrigues, PhD

Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa, Portugal.

> Fernando Copetti, PhD

Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

> Junior Vagner Pereira da Silva, PhD

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil.

> Lenamar F. Vieira, PhD

Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

> Luis Paulo Gomes Mascarenhas, PhD

Universidade Estadual do Centro-Oeste, Irati, PR, Brasil.

> Marcelo Faria Silva, PhD

Centro Universitário Metodista, Porto Alegre, RS, Brasil.

> Marcus Marcus Peikriszwili Tartaruga, PhD

Universidade Estadual do Centro-Oeste, Guarapuava, PR, Brasil.

> Maria João Vaz da Cruz Lagoa, MSc

Instituto Superior da Maia, Castelo da Maia, Portugal.

> Rodrigo Moreira, PhD

Universidade Luterana do Brasil, São Jerônimo, RS, Brasil.

> Silvia Isabel Rech Franke, PhD

Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

> Thiago Medeiros da Costa Daniele, MSc

Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

> BOLSISTA DO PROJETO

Letícia Borfe

> EDITOR DE LAYOUT

Alvaro Ivan Heming

aih.alvaro@hotmail.com

> ELABORAÇÃO, VEICULAÇÃO E INFORMAÇÕES

Universidade de Santa Cruz do Sul/Unisc
Departamento de Educação Física e Saúde
e Mestrado em Promoção da Saúde (Prédio 42).

Av. Independência, nº 2293

Bairro Universitário Cep: 96815-900

Santa Cruz do Sul/RS

E-mail: *ppgps@unisc.br*

Foneone: (51) 3717 7603

ACESSE A REVISTA ON-LINE:

<http://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/index>

Cinergis / Revista do Departamento de Educação Física e Saúde e do Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul / Unisc. [recurso eletrônico] Vol. 17, n. 4 Sup. 1 (2016) Out./Dez. - Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2016.

Dados eletrônicos.

Modo de acesso: World Wide Web: <<http://www.unisc.br/edunisc>>

Trimestral

ISSN 2177-4005

Temas: 1. Educação Física - Periódicos. 2. Departamento de Educação Física e Saúde.

CDD: 796.05

ÍNDICE

01

Editorial 04

02

ARTIGO ORIGINAL

Diagnóstico primário dos fatores de risco coronariano em idosos vinculados à estratégia saúde da família no interior do Rio Grande do Sul 05

03

A Política das Práticas Integrativas e Complementares do SUS: o relato de experiência sobre a implementação em uma unidade de ensino e serviço de saúde 13

04

Estado nutricional de idosos atendidos na atenção primária à saúde do município de Candelária/RS 19

05

Estado nutricional materno e peso ao nascer do bebê no município de Candelária- RS 23

06

Presença da fisioterapia preventiva no contexto escolar: educação e prevenção em saúde 28

07

ARTIGO DE REVISÃO

O ambiente escolar e as ações de promoção da saúde 32

EDITORIAL

Com grande prazer, apresentamos um conjunto de artigos que compõem o suplemento do Volume 17 da Cinergis, os quais fazem parte da produção científica publicada alusiva ao II Congresso Brasileiro de Promoção da Saúde, realizado no período de 18 a 20 de outubro de 2016, em Santa Cruz do Sul, promovido pelo Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde-PPGPS da UNISC-RS, em parceria com os Programas de Pós Graduação em Promoção da Saúde da UNICESUMAR-PR, UNIFRAN-SP.

Todos os artigos seguiram a mesma processualística de avaliação, adotada pela Revista Cinergis; foram submetidos à apreciação, crítica e aprovação (ou reprovação) dos nossos avaliadores. Incorporamos também todos os pesquisadores da Comissão Científica do II CBIPS, ao corpo de revisores. Dentro das áreas de atuação científica, foram encaminhados os artigos para avaliação, revisão, e a leitura de prova final. Os avaliadores cumpriram sua missão de fazer a análise crítica e sugerir melhorias na composição e redação dos artigos. Houve também empenho dos participantes na correção, adequação técnica às normas da revista, bem como empenho dos avaliadores em reavaliação, quando foi o caso.

Apresentamos como artigos originais temáticas alusivas ao estado nutricional materno e peso ao nascer do bebê; presença da fisioterapia preventiva no contexto escolar: educação e prevenção em saúde. Também destacamos temáticas relativas a diagnóstico primário dos fatores de risco coronariano em idosos, vinculados à estratégia saúde da família; política das práticas integrativas e complementares do SUS; o relato da implementação em uma unidade de ensino e serviço de saúde e estado nutricional de idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde.

Em forma de artigo de revisão, apresentamos a temática do ambiente escolar e as ações de promoção da saúde.

Agradecemos e esperamos de todos, a continuidade da parceria e a ampliação da rede colaborativa que resulte na qualificação de nosso periódico.

Silvia Isabel Rech Franke
Presidente - II CBIPS

Miria Suzana Burgos
Editora da Revista Cinergis

ARTIGO ORIGINAL

Diagnóstico primário dos fatores de risco coronariano em idosos vinculados à estratégia saúde da família no interior do Rio Grande do Sul

Primary diagnosis of coronary risk factors in elderly linked to the family health strategy of Rio Grande do Sul state

Micheli Beatriz Radtke,¹ Francisca Maria Assmann Wichmann,¹ Analie Nunes Couto¹

¹Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

Recebido em: 17/08/2016 / Aceito em: 27/09/2016 / Publicado em: 18/10/2016
micheliradtke@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: estimar a prevalência de fatores de risco de doença coronariana em idosos de um município no interior do Rio Grande do Sul. **Método:** para a realização do presente estudo, utilizou-se a tabela de risco coronariano proposta pela *Michigan Heart Association*. Realizou-se um estudo com abordagem epidemiológica, observacional e com delineamento transversal em uma amostra calculada de 115 idosos, de ambos os sexos, na faixa etária média de $69,86 \pm 7,7$ anos. Os dados foram submetidos à análise descritiva, através da média, desvio padrão e identificação do percentual da ocorrência do risco relativo, além disso, foi realizado o teste *Mann-Whitney* e o teste *t* pareado para comparação do risco coronariano entre as unidades de saúde e a frequência na dieta alimentar de alimentos ricos em gorduras saturadas e sódio. **Resultados:** o risco coronariano médio obtido foi de $31,23 \pm 5,3$ pontos, classificado pela *Michigan Heart Association*, como risco moderado. Não houve alteração significativa entre os sexos e as localidades, indicando que o risco coronariano é alto em todo território avaliado. A população apresentou dieta aterogênica, com consumo elevado de gordura saturada e sódio. De acordo com a ordem de prevalência, os fatores mais encontrados foram: percentual de gordura saturada na dieta, hereditariedade, sobrepeso, pressão arterial, sedentarismo e tabagismo respectivamente. **Considerações finais:** foram evidenciados casos de alto risco, alertando para a necessidade da elaboração e inserção de políticas de promoção de saúde, a fim de minimizar as possibilidades de ocorrência de eventos coronarianos, sobretudo em uma população idosa.

Palavras-chave: Doença da artéria coronariana; Idosos; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Objective: to estimate the prevalence of coronary heart disease risk factors in elderly in a county located in the interior of Rio Grande do Sul. **Method:** to carry out this study was used a coronary risk table proposed by the *Michigan Heart Association*. We conducted a study with epidemiological approach, observational and cross-sectional design in a calculated sample of 115 elderly of both genders. Data were submitted to descriptive analysis, using the mean, standard deviation and identifying the relative risk of occurrence percentage, in addition, it performed the *Mann-Whitney* test and the paired *t* test for comparison of coronary risk among health units and the frequency in the diet of foods rich in saturated fats and sodium. **Results:** we evaluated 115 elderly, the mean age of 69.86 ± 7.7 years. The average coronary risk obtained was 31.23 ± 5.3 points, classified by *Michigan Heart Association* as moderate risk. There was no significant change between the sexes and localities, indicating that the coronary risk is high throughout the rated territory. The population showed atherogenic diet with high intake of saturated fat and sodium. Risk factors that were prevalent in the questionnaire responses were: percentage of saturated fat in the diet, heredity, overweight, high blood pressure, sedentary lifestyle and smoking respectively. **Closing remarks:** it was shown in high-risk cases, warning of the need for development and insertion of health promotion policies in order to

minimize the chances of occurrence of coronary events, especially in the elderly people.

Keywords: *Coronary artery disease; Elderly; Health Promotion.*

INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa é um acontecimento mundial e tem ocorrido de forma acelerada no Brasil, o que tem gerado aumento na demanda dos serviços de saúde. O envelhecimento é considerado um dos grandes desafios. Em todos os países e, especialmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil, medidas para ajudar pessoas mais velhas a se manterem saudáveis e ativas são uma necessidade.¹

Atualmente, as doenças cardiovasculares (DCV) respondem como uma das principais causas de morbidade, mortalidade e gastos hospitalares nos países do mundo ocidental. Os fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares estão aumentando progressivamente com a população idosa, e essa situação poderá refletir nos orçamentos de países ricos e pobres.²

Para amenizar essa situação, dever-se-ia adotar o conceito de tratamento preventivo de problemas de saúde de longo prazo. O sedentarismo, associado à má alimentação leva à doenças que se tornam fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, como por exemplo, o diabetes mellitus, a hipertensão arterial e a obesidade.³

Os fatores de risco cardiovasculares podem ser divididos em riscos modificáveis e não modificáveis, considerando como fatores de risco: as características bioquímicas ou fisiológicas dos indivíduos, associados aos estilos de vida (tabaco, dieta, álcool, sedentarismo) e outros fatores modificáveis.⁴ Esta divisão surge como um conceito moderno que combina o conceito clássico de causa direta de doença, com conceitos mais recentes de probabilidade do desenvolvimento, prevenção e prognóstico.⁵

Estudos epidemiológicos vêm demonstrando forte correlação com os fatores de risco cardiovascular e a razão cintura/estatura (RCEst). Esta tem sido bem aceita como indicador da distribuição da gordura corporal na população, principalmente por ser de fácil obtenção, e com grande utilidade na saúde pública.⁶ Pesquisas realizadas em todo mundo demonstram, a relevância da investigação dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Michigan Heart Association* (MHA) adaptou questionário de risco coronariano, que visa classificar a probabilidade de um indivíduo em adquirir doenças cardiovasculares.^{3,7}

Como um processo dinâmico e progressivo, ao longo do envelhecimento ocorre alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas. Sua dimensão vai além do contexto biológico, e requer, portanto, atenção especial.² Justifica-se, portanto, a necessidade de avaliar periodicamente os idosos, no intuito de detectar problemas de saúde e fatores de risco relacionados com as alterações cardiovasculares. O presente estudo teve como propósito estimar a prevalência de fatores de risco de doença coronariana nos idosos de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, com delineamento transversal, por meio de um questionário validado e padronizado aplicado à população idosa de um município rural do interior do Rio Grande do Sul. O estudo foi realizado com idosos de 60 anos ou mais, de ambos os sexos, na estratégia saúde da família da rede municipal. O município de Sinimbu possui duas unidades de saúde da família (Pinhal e Rio Pequeno), com cobertura de 41% da população.

Devido à falta de cadastro informatizado de todos os atendimentos de consulta ambulatorial, os procedimentos amostrais foram realizados em três estágios:

Alocação proporcional do número total da amostra nas duas estratégias saúde da família (ESF) do município, conforme proporção de idosos residentes em cada unidade.

Para o cálculo amostral, utilizou-se a calculadora de amostras netquest, disponível online (www.netquest.com/br/painel/painelbook-tamanho-panel-brasil.html), definido uma probabilidade 90% do resultado ser estendido para o total da população do território com uma margem de erro de 8%.

Contato com os coordenadores técnicos de cada uma das duas unidades de saúde do município para identificação, a partir do arquivo ativo, do nome e endereço de usuários com 60 anos ou mais, cadastrados e a partir dessa listagem, realizou-se uma seleção aleatória simples, ou seja, a escolha dos idosos seguiu a agenda de visitas domiciliares dos agentes comunitários às residências ou a vinda deles até a unidade de saúde.

A amostra do estudo constitui 115 idosos, correspondendo a 92,4% de probabilidade do resultado se estender à população do território estudado, com uma margem de erro de 8%. Estes foram categorizados nos dois territórios, na ESF Pinhal foram 56 idosos e na ESF Rio Pequeno 59 idosos, correspondendo a 90% de probabilidade de o resultado ser estendido a população idosa destes territórios.

A coleta dos dados foi realizada pela pesquisadora de dezembro de 2014, a março de 2015, com auxílio dos agentes comunitários de saúde previamente treinados para a pesquisa, inclusive em estudo piloto. Os procedimentos adotados foram: tomada de medidas antropométricas (peso, estatura, circunferência da cintura), e entrevista, com questionário padronizado e pretextado, para obtenção de dados de saúde, de estilo de vida, socioeconômicos e demográficos. As variáveis demográficas analisadas foram o sexo, a idade, o estado civil e a escolaridade. Todos os participantes foram orientados sobre os propósitos do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Para obter o mesmo padrão na avaliação antropométrica, empregou-se o mesmo material na coleta de dados, uma fita antropométrica metálica de 1,5m, da marca RMC® Gel Clínico e para aferição do peso corporal, utilizou-se uma balança da marca Cadence®, com carga máxima de 150 kg e precisão de 100g.

Na aferição da estatura foi utilizada uma fita métrica, onde o participante ficou de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos, os ossos internos dos calcanhares se tocando, bem como

a parte interna de ambos os joelhos e os pés unidos mostrando um ângulo reto com as pernas.

A circunferência da cintura foi medida com uma fita métrica inelástica. Esta é uma medida utilizada para avaliar de forma aproximada a massa de gordura intra-abdominal. Permite identificar algumas complicações, como as doenças metabólicas crônicas que estão associadas à deposição da gordura abdominal.

No prontuário clínico de cada paciente, foram coletados nome e número de medicamentos, verificação da pressão arterial sistólica e diastólica, exames laboratoriais como glicose, colesterol, triglicerídeos, sendo considerados somente os valores referentes há sessenta dias anteriores da coleta. A classificação dos níveis de pressão arterial foi conforme as recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia.⁸ A razão cintura-estatura (RCEst) foi calculada dividindo-se o perímetro da cintura (cm), pela estatura (cm) e admitiu-se como ponto de corte para risco de doença cardiovascular, o valor $\geq 0,5$, para ambos os sexos.

A avaliação do estado nutricional foi realizada por meio do índice de massa corporal (IMC). O IMC foi calculado pela divisão do peso (P) pela estatura (E) ao quadrado: $P \text{ (kg)} / E \text{ (m)}^2$.⁹ O estado nutricional dos idosos foi determinado, segundo pontos de corte recomendados pela Organização Pan-Americana de Saúde: baixo peso (IMC $< 23 \text{ kg/m}^2$), peso adequado (IMC ≥ 23 e $\leq 28 \text{ kg/m}^2$), excesso de peso (IMC > 28 e $\leq 30 \text{ kg/m}^2$) e obesidade (IMC $> 30 \text{ kg/m}^2$).¹⁰

Foi aplicado um questionário semiestruturado, com dados sobre o padrão alimentar. Para isso foi aplicado o Questionário adaptado do teste: "Como está a sua alimentação?" do Guia Alimentar de Bolso do Ministério da Saúde. Foram avaliados alimentos fonte de carboidratos, gordura saturada e sódio e os considerados protetores (frutas e verduras).¹¹

Para avaliar o risco coronariano relativo, utilizou-se o questionário de risco coronariano proposto pela *Michigan Heart Association*⁷ e utilizado por Moreira e Marins.¹² Esse questionário é composto por oito fatores de risco, sendo eles idade, hereditariedade, peso corporal, tabagismo, sedentarismo, hipercolesterolemia ou percentual de gordura na dieta, hipertensão arterial e gênero. Cada fator de risco possui seis opções de resposta. Toda resposta equivale a um escore que representa o risco coronariano relativo aquele fator. A soma dos escores obtidos nas respostas dos oito fatores corresponde a uma pontuação, que representa o risco coronário.

A *Michigan Heart Association* classifica o risco coronariano como: bem abaixo da média (06-11 pontos); abaixo da média (12-17 pontos); médio (18-24 pontos); moderado (25-31 pontos); alto (32-40 pontos); e muito alto (41-62 pontos). A soma dos escores obtidos nas respostas dos oito fatores corresponde a uma pontuação, que representa o risco cardiovascular, realizando-se o cálculo do percentual da ocorrência do risco coronariano e da taxa de prevalência de cada fator de risco.

A estatística empregada constituiu-se da análise descritiva, através da média e desvio-padrão e da identificação do percentual da ocorrência do risco coronariano. Foi realizado o teste *Mann-Whitney* e o teste *t* pareado para comparação do risco coronariano entre as unidades de saúde e a frequência na dieta alimentar de alimentos ricos em gorduras saturadas e sódio. Ambos

os testes adotaram o nível de significância de $p < 0,05$. Os procedimentos atenderam a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo previamente aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNISC (nº38254114. 5.0000.5343).

RESULTADOS

A pesquisa contemplou 115 idosos, sendo 63 (54,8%) do sexo feminino e 52 (45,2%) do sexo masculino, com idade entre 60 a 89 anos, com média de $69,86 \pm 7,7$ anos. Em relação a faixa etária, 57,7% encontravam-se no intervalo de 60 -70 anos, 28,7% entre 71-80 anos e 15,7% acima de 80 anos. Quanto aos anos de estudo, 86,1% estudaram até o quarto ano do ensino fundamental.

No histórico familiar prevaleceu a doença cardiovascular em 75%. No que se refere aos hábitos de vida, 19% (n=22) dos participantes faziam uso do cigarro, 60,9% (n=70) eram praticantes de atividade física diariamente e 27,6% (n=32) realizavam atividade física três vezes na semana. Em relação à presença de doenças crônicas, 92,2% (n=106) diabéticos, 58,3% (n=67) são hipertensos, destes 46,1% tem a pressão sistólica acima de 160.

Quanto à classificação das medidas antropométrica 51,3% (n=59) são obesos e 81,7% (n=94) possuem gordura abdominal. As mulheres apresentaram significativamente maior prevalência de atividade física, tabagismo, colesterol alto e obesidade ($p < 0,05$).

No tocante aos medicamentos constatou-se que 72,2% (n=83) dos idosos usam algum tipo de medicamento. Quanto ao número de medicamentos a pesquisa revelou que 34,8% (n=40) usam até três, 27,8% (n=32) de quatro a seis e 9,6% (n=11) mais de seis medicamentos. Apenas 28,8% (n=32) não fazem uso de medicamentos. Entre as classes mais consumidas estão os cardiovasculares 93%, antidiabéticos com 92%, seguidos dos soníferos 83%, antilipêmicos 76%, anti-hipertensivos 74% dentre eles destaca-se os diuréticos com 66%.

Já, em relação à frequência de alimentos presentes nas refeições diárias dos idosos, constatou-se uma alta prevalência do consumo de gorduras animais e/ou sólidas (40%) por 43,5% dos idosos e 41,7% relataram consumir 30% de gordura animal e/ou sólida.

Observou-se no estudo que, de forma geral, os idosos consomem qualitativamente uma alimentação, onde prevalece a produção caseira de alimentos, como a presença de feijão e arroz, verduras, legumes e frutas produzidas no local. Entretanto, percebe-se o relato de consumo diário de alimentos com alta concentração de gordura, sódio e açúcar. Em média 87% dos idosos consomem quatro ou mais fatias de pão caseiro, 80% tem o hábito de ingerir bolos ou cucas, 76,5% referem ingerir algum tipo de doce ou sobremesa, 60% consomem massas de qualquer tipo, 73% possuem a batata inglesa ou doce ou aipim nas refeições, estes sempre acompanhados por feijão e arroz.

Do mesmo modo em que o alto consumo de carboidratos na população é preocupante, a presença de alimentos com alta concentração de gorduras animais e/ou sólidas, como frituras, óleos, bacon, torresmo, molhos, enlatados e embutidos foi referido por mais de

80% dos idosos como hábito diário. O estudo apresentou uma associação significativa ($p < 0,05$) entre o risco coronariano e o consumo diário dos alimentos referidos, com predomínio de uma dieta aterogênica, com consumo acima do adequado para frações lipídicas e sódio, do mesmo modo em que o estudo revela um consumo de verduras, legumes e frutas na alimentação diária dos idosos, em mais de 70% da amostra, podendo este ser considerado um fator protetor.

Na totalidade de indivíduos da amostra, o escore médio de risco coronariano encontrado foi de $31,23 \pm 5,3$ pontos, com valores limítrofes entre 21 e 43 pontos. Os idosos que se encontram na faixa etária dos 60 aos 70 anos apresentaram escores de risco coronariano significativamente maior ($p < 0,05$), quando comparados aos idosos que se encontram na faixa etária acima dos 70 anos. O número de medicamentos associou-se significativamente ($p = 0,013$) com o risco coronariano, logo, indica que existe uma tendência na distribuição do uso dos medicamentos com as categorias do risco coronariano.

Nos sujeitos do gênero masculino, encontrou-se um risco médio de 31,77 pontos, com valores limítrofes entre 21 e 43 pontos, para uma faixa etária média de $70 \pm 7,7$ anos (60 a 89 anos). Já, nos sujeitos do gênero feminino

foi encontrado um risco médio de 30,78, com valores extremos entre 21 e 43 pontos, para uma faixa etária média de 71 ± 8 anos (60 a 89 anos). Em relação às localidades, o risco médio não apresentou alterações significantes ($p > 0,05$), permanecendo em torno de $31 \pm 4,87$ pontos.

O percentual de classificação de risco coronariano dos avaliados no presente estudo, como observado na figura 1, apontou que 46% dos idosos se encontram em alto risco e 40% em risco moderado. Em referência às localidades, o estudo não observou alteração significantes na prevalência de riscos coronarianos entre os idosos. Na localidade de Pinhal 50% ($n = 30$) na média apresentam risco médio a moderado para desenvolver doenças coronarianas e 47% ($n = 26$) alto risco a muito alto, já em Rio Pequeno 49% ($n = 29$) apresentam risco médio a moderado e 51% ($n = 30$) alto risco a muito alto para desenvolver doenças coronarianas.

Já, na figura 2, está disposta a prevalência de cada fator de risco coronariano, sendo que, dentre os seis fatores, aqueles que mais estiveram prevalentes, nas respostas dos questionários, foram: percentual de alimentos ricos em gorduras saturada, hereditariedade, excesso de peso, pressão arterial, fumo e sedentarismo respectivamente.

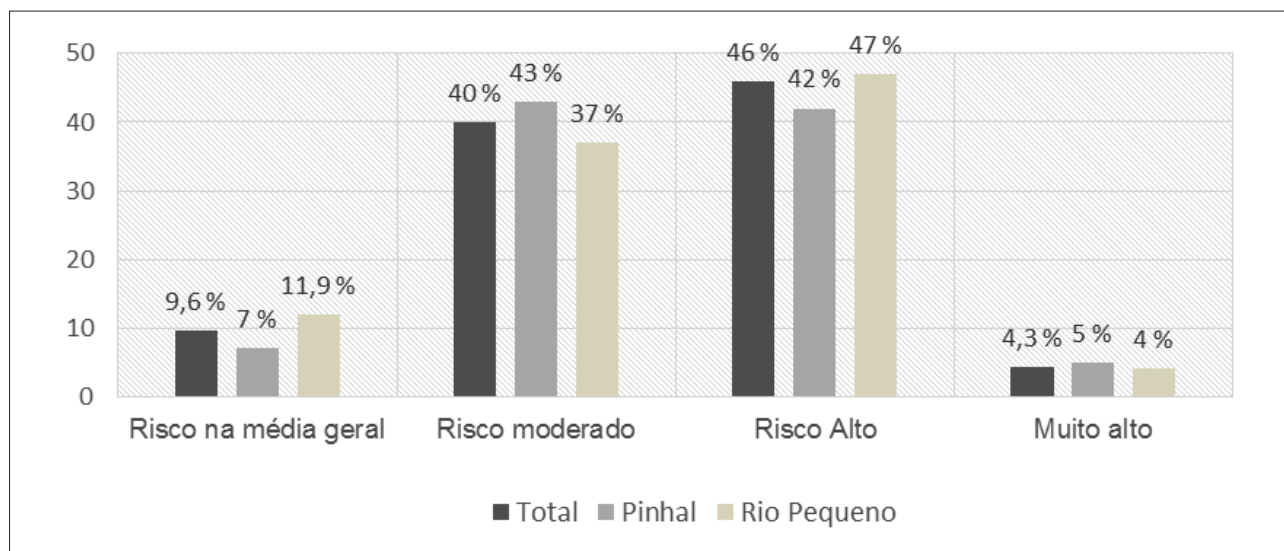


Figura 1 - Frequência da Categorização do Risco Cardíaco no município e nas localidades avaliadas, 2015.

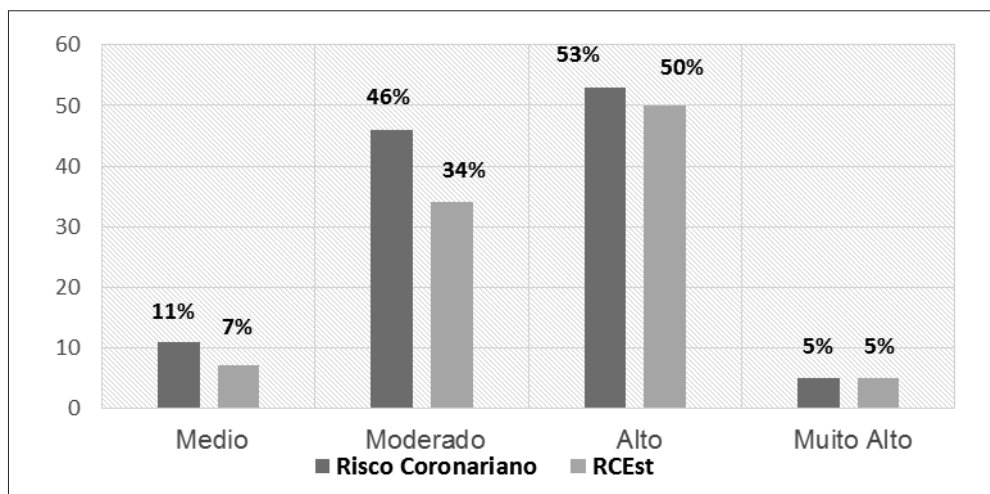


Figura 2 - Prevalência de cada fator de risco coronariano entre os idosos estudados no município de Sinimbu, RS, 2015.

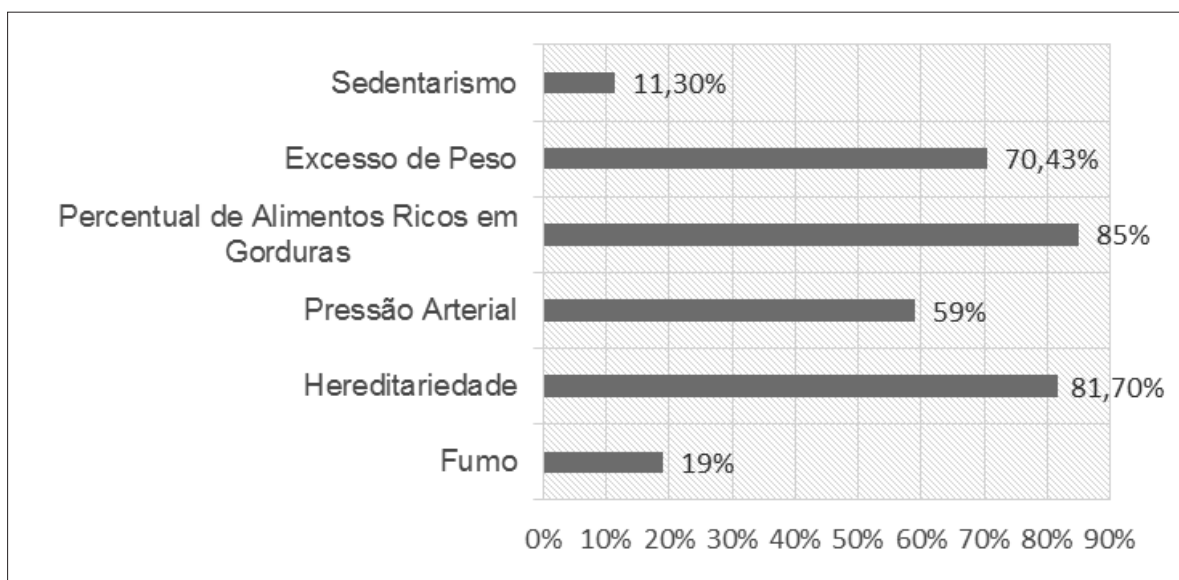


Figura 3 - Prevalência do risco coronariano entre os idosos com a obesidade central identificada pela relação cintura/estatura, 2015.

Foi observado também um aumento da obesidade central ($RCEst > 0,5$) em 81,7% dos idosos. O estudo evidenciou uma associação significativa ($p=0,008$) entre o risco coronariano dos idosos com a obesidade central. Conforme a figura 3, constatou-se que dos 53% idosos que apresentam alto risco, 50% possui concomitantemente obesidade abdominal, indicando uma tendência na distribuição da obesidade central ($RCEst$) com as categorias do risco coronariano.

DISCUSSÃO

Os dados obtidos na população total deste estudo apontam para um risco moderado, com pontuação média de $31,22 (\pm 5,18)$, segundo a *Michigan Heart Association*. Verificou-se maior percentual de idosos do sexo feminino, 63 (54,8%), o que, corrobora com os resultados de outras pesquisas, onde também houve predominância feminina. De acordo com o Censo Demográfico de 2010, as mulheres vivem em média 7,6 anos a mais que os homens; dado este que pode justificar o maior número de mulheres nos estudos realizados com idosos.^{13,14}

Em outros estudos que utilizaram o mesmo instrumento, o escore médio de risco coronariano encontrado foi de $22,1 \pm 4,7$ pontos, com valores limítrofes entre 10 e 36 pontos, para uma faixa etária média de $43,9 \pm 7,8$ anos de idade, com variação de 21 a 58 anos¹⁵ e em professores da mesma instituição de ensino o escore foi de $22,6 \pm 4,7$ pontos, para um grupo com idade média de $43,5 \pm 8,4$ anos.¹²

O percentual de classificação de risco coronariano dos avaliados no presente estudo apontou que, 4,3% ($n=5$) tem risco avançado para desenvolver doenças coronarianas, mas não foi constatado nenhum indivíduo na faixa de classificação de risco bem abaixo da média, que seria uma classificação considerada ideal. Os indivíduos compreendidos na faixa etária dos 60 aos 70 anos apresentaram prevalência de risco alto para o desenvol-

vimento de DCV, entretanto, os compreendidos na faixa etária acima dos 70 anos, apresentaram os melhores resultados, com prevalências de risco moderado, com o avançar da idade. Essa constatação vai ao encontro dos resultados obtidos por McArdle, Katch e Katch¹⁶, os quais afirmam que após os 35 anos ocorre uma tendência de aumento do risco coronariano. Isso torna evidente a influência do fator de risco não modificável idade, como um agravante, na população.

Como se trata de uma população que já possui um risco coronariano alto, este dado incrementa a possibilidade de ocorrência de eventos cardiovasculares e a associação de um ou mais fatores tem um efeito aditivo, aumentando ainda mais esse risco. Entretanto no presente estudo, este dado deve ser avaliado com cautela, pois a amplitude da variação da idade foi elevada.

O histórico familiar de doença cardiovascular foi obtido em 75% dos participantes. No estudo de Müller et al.,¹⁷ que avaliou os fatores de risco cardiovascular e a qualidade de vida em idosos, foram encontrados 37,5%, dos idosos, com histórico familiar de doenças cardiovasculares, porém esse estudo encontrou um número ainda maior. Dada a alta prevalência dos fatores de risco relacionados à história familiar, reforça-se ainda mais a importância do planejamento de ações que visem a diminuir a prevalência de fatores de risco exógenos, já que estes contribuem com cerca de 75% com as doenças cardiovasculares. Estudo epidemiológico têm fornecido evidências sobre a importância da dieta como fator de risco para doenças cardiovasculares.¹⁸

Os fatores de risco mais prevalentes foram: percentual de alimentos ricos em gorduras, hereditariedade, excesso de peso, pressão arterial, fumo e sedentarismo respectivamente. Tendo em vista que os fatores de risco são de caráter modificável, exceto a hereditariedade, é necessária uma intervenção preventiva sobre os mesmos, visando diminuí-los. Tem-se o excesso de peso como o terceiro fator de risco mais prevalente, atingindo 70% da amostra. A configuração desse quadro advém da correlação de outros fatores, a

ingesta calórica de alimentos com altas concentrações de gorduras sólidas e/ou líquidas, que coopera para o aumento do tecido adiposo. Vários alimentos e nutrientes têm sido relacionados com a ocorrência de doenças crônicas na população, destacando-se o consumo excessivo de colesterol e gorduras saturadas, nutrientes implicados na gênese das doenças cardiovasculares e a pesquisa revelou que 80% dos idosos têm como hábito diário o consumo de frituras, óleos, bacon, torresmo, molhos, enlatados e embutidos, que são considerados prejudiciais para a saúde.¹⁸

Constatou-se nesse estudo que mais da metade (58,3%) dos entrevistados apresenta hipertensão arterial e destes 46,1% tem a pressão sistólica acima de 160. Em indivíduos jovens, a hipertensão decorre mais frequentemente apenas da elevação na pressão diastólica, enquanto a partir da sexta década, o principal componente é a elevação da pressão sistólica.¹⁹ Resultado semelhante foi encontrado em indivíduos idosos da cidade de Bamuí, onde 61,5% apresentavam hipertensão arterial.²⁰

A relação entre o aumento da pressão arterial e o avanço da idade é maior em populações com alta ingestão de sal e outros alimentos ricos em sódio. Povos que consomem dieta com reduzido conteúdo de sal têm menor prevalência de hipertensão e a pressão arterial não se eleva com a idade.²¹ Os alimentos considerados "de risco", ricos em sódio e gorduras saturadas, por exemplo, devem ser evitados, ao passo que os "de proteção", ricos em fibras e potássio, são permitidos.²² Referente aos alimentos de proteção foi encontrado um resultado satisfatório no estudo, pois o consumo de verduras, legumes e frutas se faz presente em mais de 70% da amostra.

Aproximadamente, 85,2% idosos consomem mais de 30% de gordura animal ou sólida, número preocupante, devido que o consumo de gordura saturada e trans está relacionado com elevação do LDL-c plasmático e aumento de risco cardiovascular. A substituição de gordura saturada da dieta por mono e poli-insaturada é considerada uma estratégia importante para o controle da hipercolesterolemia e conseqüente assim há redução da chance de doenças cardiovasculares.²³ De acordo com Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2008-2009, comparada à mesma pesquisa realizada em 2002-2003, a evolução do consumo de alimentos no domicílio indica aumento de alimentos industrializados.²⁴ Porém, nesse estudo, o resultado foi inverso, prevalecendo à produção caseira de alimentos, como a presença de feijão e arroz, verduras, legumes e frutas produzidos no local.

Em relação à distribuição de macronutrientes, o perfil atual mostra que 59% das calorias estão representadas por carboidratos; 12%, por proteínas; e 29%, por lipídeos. Nas regiões economicamente mais desenvolvidas (Sul, Sudeste e Centro-Oeste do Brasil) e, de modo geral, no meio urbano e entre famílias com maior renda, existe consumo elevado de gorduras, especialmente as saturadas. A mudança na composição nutricional associada à disponibilidade domiciliar de alimentos evidencia diminuição do consumo de carboidratos em detrimento do aumento do teor em gorduras e proteínas. A fração dos carboidratos que mais se reduz é a que exclui os açúcares simples, enquanto a participação das proteí-

nas de origem animal aumentou.²⁴

Boa parte da população 60,9% (n=70) pratica atividade física. Realizar atividades como cuidar da horta, jardim, animais domésticos e da casa, deixam esses idosos mais ativos. A tradição em realizar trabalhos no ambiente doméstico é também revelada em estudo com idosos no interior do Rio Grande do Sul, onde metade deles continua realizando trabalhos domiciliares não remunerados.²⁵

Outra preocupação é o grande número de diabéticos, em que 92,2% (n=106) da população estudada possui a doença. O risco de diabete, como por exemplo, o tipo 2, aumenta com a idade e é incrementado por obesidade, sedentarismo e dieta inadequada. Esses fatores que tendem a andar juntos mostraram altas prevalências entre os idosos brasileiros. O diabetes é um grave fator de risco cardiovascular.²⁶ Em um estudo com dos 872 idosos, que compunham a amostra do ISA-capital, foram encontrados 17,6% de diabéticos²⁷, e em dados do Vigitel (2008), encontrou-se 20,7% pessoas com a enfermidade,²⁸ valores baixos quando comparados ao encontrado nesse estudo.

A gordura abdominal foi aferida, estando elevada em 81,9% (n=94) dos idosos participantes. O risco de doenças cardiovasculares não é determinado somente em relação à quantidade total de gordura do corpo humano, mas principalmente com o tipo de distribuição corporal dessa gordura.²⁹ Nesse contexto, o acúmulo de gordura abdominal vem sendo considerado como a que oferece maior risco para a saúde do indivíduo, sendo relacionada com o aumento do risco de infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral.³⁰

Para a RCEst, a maioria da população estudada está em risco (81,7%), semelhante ao observado por Silva et al. (96,3%).³¹ Chagas et al.³² citam a forte correlação da RCEst com a gordura intra-abdominal, e sua associação com maior risco para DCV. Diversos estudos têm demonstrado que a RCEst é um bom discriminador de obesidade abdominal relacionada a fatores de risco cardiovascular, bem como de risco coronariano elevado (RCE).^{33,34} Em Taiwan, utilizando-se como amostra 38.556 sujeitos de ambos os sexos, observou-se forte associação da RCEst com hipertensão arterial, intolerância à glicose, diabetes e dislipidemias.³⁵

O excesso de massa corporal é um fator predisponente para várias doenças. Dos idosos entrevistados 51,3% (n=59) eram obesos. Resultado semelhante a esse, foi encontrado no estudo intitulado de Prevalência de Sobrepeso e Obesidade em Idosas Atendidas nos Projetos da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, das 25 idosos da cidade de Jequié-Bahia participantes, 60% estavam com sobrepeso e obesidade.³⁶ Bahia et al.³⁷ estimou que os custos totais por ano (2009 - 2011), com todas as doenças relacionadas ao excesso de peso e à obesidade foram de US\$ 2,1 bilhões, sendo US\$ 1,4 bilhão (68,4% do custo total) devido às internações e os US\$ 679 milhões dólares devido a procedimentos ambulatoriais. Cerca de 10% destes custos foi atribuído ao excesso de peso e à obesidade.

Um fator protetor na população estudada é o baixo índice de fumantes entre os idosos sendo uma região de produção de tabaco. A baixa prevalência de tabagismo na população estudada pode ser decorrente das campanhas antitabagismo, aumentando a consciência

a respeito dos males causados pelo cigarro. Os efeitos benéficos da suspensão do fumo são evidentes, em todas as faixas etárias, até mesmo nos idosos, principalmente em termos de qualidade e expectativa de vida.³⁸ A prevalência de tabagismo em idosos verificada neste estudo foi semelhante à observada em Porto Alegre/RS, onde apenas (11,6%) da população avaliada fumava.³⁹

Constatou-se que 72,2% ingerem algum tipo de medicamento. Quanto ao número de medicamentos a pesquisa revelou que 34,8% (n=40) ingerem até três, 27,8% (n=32) de quatro a seis e 9,6% (n=11) mais de seis medicamentos. Esse resultado é semelhante ao observado em outros estudos realizados em cidades brasileiras, nos quais a prevalência de uso de medicamentos por idosos tem variado entre 70-92%, com média de utilização entre dois e cinco medicamentos.^{40, 41} Uma maior utilização de medicamentos pela população idosa é esperada em função da maior ocorrência de doenças crônicas nesta faixa etária, mas seu consumo elevado sugere a contribuição do valor simbólico do medicamento, que propicia a medicalização,⁴² bem como a baixa frequência de uso de recursos não farmacológicos para o tratamento de doenças. O agravamento dos problemas de saúde juntamente com as doenças crônicas, o envelhecimento da população e a falta de programas de prevenção elevam os gastos com internações e distribuição de medicamentos no sistema público de saúde.⁴³

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, a população analisada se encontrava na categoria risco moderado a alto para doença arterial coronariana. O estudo revelou uma associação significativa entre a gordura central e o risco coronariano, incrementando a predição das alterações metabólicas e os comportamentos de risco para desenvolvimento de doenças crônicas. Os valores extremos observados no presente estudo apontam para a necessidade da implantação de um serviço de orientação nutricional, visando melhorar a ingestão de nutrientes, por parte dos indivíduos avaliados.

A identificação desses fatores de risco para doença cardiovascular por meio de estudos de base populacional como este constitui a primeira etapa para elaboração de planos preventivos, os quais contribuiriam para uma queda substancial na mortalidade para doenças cardiovasculares, em quase todos os países desenvolvidos. Diante disso, faz-se necessário a continuidade deste estudo, levando-se em consideração a ampliação da amostra, referente ao número de indivíduos e nível sociocultural e econômico.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. WHO Global Report. Geneva: World Health Organization; 2005.
2. Benedetti TRB, Meurer ST, Morini S. Índices antropométricos relacionados a doenças cardiovasculares e metabólicas em idosos. Ver Educ Fis UEM 2012;23(1):123-30. doi 10.4025/reveducfis.v23i1.11393.
3. World Health Organization. Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva: WHO; 2007.
4. Gíria, JAA. Carta Europeia para a Saúde do Coração. Boletim Sociedade Portuguesa de Cardiologia 2007;6(135):9-12.
5. Gomes RC. Doenças Cardiovasculares. No Brasil, homens são os mais afetados pelas doenças cardiovasculares, como infarto e AVCs. Portal Brasil, página desenvolvida pelo Ministério da Saúde. Brasil; 2014. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/doencas-cardiovasculares>
6. Pitanga FJG, Lessa I. Razão cintura-estatura como discriminador do risco coronariano de adultos. Rev Assoc Med Bras 2015;52(3):157-161. doi: 10.1590/S0104-42302006000300016.
7. Mcardle WD, Katch FI, Katch VL. Fisiologia do exercício: energia, nutrição e desempenho humano. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
8. Sposito AC, Caramelli B, Fonseca FA, Bertolami MC, Afiune Neto A, Souza AD, et al.; Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz brasileira sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose. Arq Bras Cardiol 2007;88(supl 1):1-18.
9. Quetelet LAJ. A treatise on man and the development of his faculties. Obes Res 1994;2(1):72-85. doi: 10.1002/j.1550-8528.1994.tb00047.x.
10. Organização Pan-Americana. XXXVI Reunión del Comité Asesor de Ivestigaciones en Salud – Encuesta Multicêntrica – Salud Beinestar y Envejecimeiento (SABE) en América Latina e el Caribe. [online]. Washington, Estados Unidos; 2001.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Alimentar de Bolso como ter uma alimentação saudável: dez passos para uma alimentação saudável. Brasília: MS; 2007.
12. Moreira OC, Marins JCB. Estudo do risco coronariano em professores do Centro de Ciências Biológicas e do Centro de Ciências Humanas da Universidade Federal de Viçosa. Coleção Pesquisa em Educação Física 2006;4(1):405-409.
13. Caetano JA, Costa AC, Santos ZMSA, Soares E. Descrição dos fatores de risco para alterações cardiovasculares em um grupo de idosos. Texto Contexto Enferm 2008;17(2):327-35. doi: 10.1590/S0104-07072008000200015
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010.
15. Moreira OC, Oliveira CEP, Teodoro BG, Souza GC, Lizardo FB, Santos LA, Marins JCB. Fatores de risco de doença cardiovascular em técnicos administrativos da Universidade Federal de Viçosa. Bioscience Journal 2009;25(5):133-40.
16. Mcardle WD, Katch FI, Katch VL. Fisiologia do exercício: energia, nutrição e desempenho humano. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
17. Müller CL, Vescovi CC, Santos BRL, Gustavo AS, Creutzberg M, Feoli AMP. Fatores de risco cardiovascular e qualidade de vida de idosos: um estudo preliminar. Rev Graduação 2011;4(1):1-20.
18. Lopes ACS, Caiaffa WT, Sichieri R, Mingoti SA, Lima-Costa MF. Consumo de nutrientes em adultos e idosos em estudo de base populacional: Projeto Bambuí. Cad. Saúde Pública 2005;21(4):1201-1209. doi: 10.1590/S0102-311X2005000400022.
19. Franklin SS, Pio Jr, Wong ND, Larson MG, Leip EP, Vasan RS, Levy D. Predictors of new-onset diastolic and systolic hypertension. The Framingham Heart Study. Circulation. 2005;111:1121-7. doi: 10.1161/01.CIR.0000157159.39889.EC
20. Barreto SM, Passos VMA, Firmo JOA, Guerra HL, Vidigal PG, Lima-Costa MFF. Hypertension and clustering of

- cardiovascular risk factors in a community in Southeast Brazil: the Bambuí Health and Ageing Study. *Arq. Bras. Cardiol* 2001;77(6):576-81. doi: 10.1590/S0066-782X2001001200008.
21. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2006 Fev: 1-48.
 22. Millen BE, Quatromoni PA, Copenhafer DL, Demissie S, O'Horo CE, D'Agostino RB. Validation of a dietary pattern approach for evaluating nutritional risk: the Framingham Nutrition Studies. *J Am Diet Assoc* 2001;101(2):187-194.
 23. Santos RD, Gagliardi ACM, Xavier HT, Magnoni CD, Cassani R, Lottenberg AMP et al. I Diretriz sobre o consumo de gorduras e saúde cardiovascular. *Arq. Bras. Cardiol.* [Internet] 2013;100(1 Suppl 3):1-40.
 24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: tabela de medidas referidas para os alimentos consumidos no Brasil. Rio de Janeiro. IBGE; 2011.
 25. Morais EP, Rodrigues RAP, Gerhardt TE. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. *Texto Contexto Enferm* 2008;17(2):374-83 doi: 10.1590/S0104-07072008000200021.
 26. Barreto SM, Passos VMA, Almeida SKF, Assis TD. The burden of diabetes mortality is increasing among Brazilian adults. *Rev Panam Salud Publica* 2007;22:239-45. doi: 10.1590/S1020-49892007000900003.
 27. Mendes TAB, Goldbaum M, Segri N, Barros MBAB, Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2011;27:1233-43. doi: 10.1590/S0102-311X2011000600020.
 28. Ministério da Saúde. Dia mundial do diabetes. Dados estatísticos no Brasil 2009. [online]. Brasília, Brasil; 2009.
 29. Rocca SvD, Tirapegui J, Melo CMd, Ribeiro SML. Efeito do exercício físico nos fatores de risco de doenças crônicas em mulheres obesas. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas* 2008;44:185-92. doi: 10.1590/S1516-93322008000200004.
 30. Pitanga FJG, Lessa I. Indicadores antropométricos de obesidade como instrumento de triagem para risco coronariano elevado em adultos na cidade de Salvador - Bahia. *Arq. Bras. Cardiol* 2005;85(1):26-31. doi: 10.1590/S0066-782X2005001400006.
 31. Silva ARA, Dourado KF, Pereira PB, Lima DSC, Fernandes AO, Andrade AM, et al. Razão TG/HDL-c e indicadores antropométricos preditores de risco para doença cardiovascular. *Rev Bras Cardiol* 2012;25(1):41-9.
 32. Chagas P, Caramori P, Barcellos C, Galdino TP, Gomes I, Schwanke CHA. Associação de diferentes medidas e índices antropométricos com a carga aterosclerótica coronariana. *Arq Bras Cardiol* 2011;97(5):397-401.
 33. Lin WY, Lee LT, Chen CY, Lo H, Hsia HH, Liu IL, et al. Optimal cut-off values for obesity: using simple anthropometric indices to predict cardiovascular risk factors in Taiwan. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002;26(9):1232-8. doi: 10.1038/sj.ijo.0802040.
 34. Ho SY, Lam TH, Janus ED. Waist to stature ratio is more strongly associated with cardiovascular risk factors than other simple anthropometric indices. *Ann Epidemiol* 2003;13(10):683-91. doi: 10.1016/S1047-2797(03)00067-X.
 35. Huang KC, Lin WY, Lee LT, Chen CY, Lo H, Hsia HH, Liu IL, Shau WY, Lin RS. Four anthropometric indices and cardiovascular risk factors in Taiwan. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002;26(8):1060-8. doi: 10.1038/sj.ijo.0802047.
 36. Queiroz CO, Munaro HLR. Prevalência de Sobrepeso e Obesidade em Idosas Atendidas nos Projetos da UESB. *Rev Saúde.com* 2008;4(1):43-9.
 37. Bahia L1, Coutinho ES, Barufaldi LA, Abreu Gde A, Malhão TA, de Souza CP, Araujo DV. The costs of overweight and obesity-related diseases in the Brazilian public health system: cross-sectional study. *BMC Public Health* 2012;12:440. doi: 10.1186/1471-2458-12-440.
 38. Goulart D, Engraff P, Ely LS, Sgnaolin V, Santos EF, Terra NL, et al. Tabagismo em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2010;13(2):313-20.
 39. Paskulin LMG, Vianna LAC. Perfil sociodemográfico e condições de saúde autorreferidas de idosos de Porto Alegre. *Rev Saúde Pública* 2007;41:757-68. doi: 10.1590/S0034-89102007000500010.
 40. Loyola Filho AI, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad Saúde Pública* 2005;21:545-53. doi: 10.1590/S0102-311X2005000200021.
 41. Ribeiro AQ, Rozenfeld S, Klein CH, César CC, Acurcio FA. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. *Rev Saúde* 2008;42:724-32. doi: 10.1590/S0034-891020080005000031.
 42. Lefèvre F. A função simbólica dos medicamentos. *Rev Saúde Pública* 1983;17:500-3. doi: 10.1590/S0034-89101983000600007.
 43. Flores LM, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2005;39:924-9. doi: 10.1590/S0034-89102005000600009.

Como citar: RADTKE, Micheli Beatriz; WICHMANN, Francisca Maria Assmann; COUTO, Analié Nunes. Diagnóstico primário dos fatores de risco coronariano em idosos vinculados à estratégia saúde da família no interior do Rio Grande do Sul. *Cinergis, Santa Cruz do Sul*, v. 17, out. 2016. ISSN 2177-4005. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/8152>>. Acesso em: 11 out. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v17i0.8152>.

ARTIGO ORIGINAL

A Política das Práticas Integrativas e Complementares do SUS: o relato de experiência sobre a implementação em uma unidade de ensino e serviço de saúde

SUS integrative and complementary practices politics: report of implementation in an educational and health care service

Aline Fernanda Fischborn,¹ Juliane Machado,¹ Naiele da Costa Fagundes,¹ Natália Medeiros Pereira¹

¹Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

Recebido em: 21/09/2016 / Aceito em: 26/09/2016 / Publicado em: 18/10/2016
costanaiele@gmail.com

RESUMO

Percebendo que a Política das Práticas Integrativas e Complementares do SUS ainda é desconhecida por muitos profissionais de saúde, realizamos o relato de experiência da aplicação das práticas integrativas e complementares em uma Unidade de Ensino e Serviço de Saúde. **Objetivo:** avaliar os desafios da aplicação dessas práticas na unidade e analisar a percepção dos usuários e da equipe de saúde, frente a essas práticas. **Método:** se trata de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, de caráter qualitativo, realizado em uma Unidade de Ensino e Serviço de Saúde em uma Universidade do interior do estado do Rio Grande do Sul, no período de abril a junho do ano de 2016, totalizando 28 pessoas envolvidas na implementação das práticas. **Resultados:** na prática da aromaterapia, utilizando óleos florais, três usuários negaram-se a participar, e os demais usuários, parabenizaram o trabalho, relatando sentir uma melhora no bem-estar físico. A técnica musicoterapia foi aplicada a 3 usuários, que relataram que o ambiente proporcionou calma e alívio da tensão nervosa que sentiam. Na aplicação da musicoterapia e aromaterapia aos membros da equipe, estes relataram a respiração leve, eliminação de tensão nervosa e sensação de bem-estar físico e mental. Já na capacitação sobre chás, houveram diversas perguntas sobre os benefícios e efeitos adversos do seu uso. Dos 28 indivíduos envolvidos nas práticas, 25 demonstraram interesse em conhecer as terapias integrativas e complementares. **Considerações finais:** constatamos resultados positivos aos indivíduos que se propuseram a participar das técnicas, como bem-estar físico, mental e alívio de tensão.

Por ser uma área nova de atuação para os profissionais de saúde, ainda há uma certa resistência, porém, trata-se de uma importante ferramenta na busca pela prevenção, promoção e tratamento dos usuários de saúde de forma integral, tal como prevê o SUS.

Palavras-chave: Integralidade em Saúde; Política de Saúde; Terapias Complementares.

ABSTRACT

Objective: realizing that the policy of Integrative and Complementary Practices of the Brazilian Unified Health System is still unknown by many disseminators health workers, we decided to run the application experience report of complementary and integrative practices in a Teaching Unit and Health Services, a university in the state of Rio Grande do Sul. The study objectives were to evaluate the challenges of application of these practices in the unit and analyze the perception of users and health team, against these practices. **Method:** a descriptive study of experience report characteristics, qualitative, conducted in a unit of Education and Health Services at a university in the interior of Rio Grande do Sul state, in the period from April to June of 2016, with 8 members of staff, 5 students and 15 users of the health service unit, totaling 28 people involved in the implementation of practices. **Results:** in the practice of aromatherapy, using floral oils, three users refused to participate, and other users, congratulated the work, reporting feel an improvement in the physical well-being. Music therapy technique (sound system) was applied to 3 users, who reported that the environment provi-

ded calm and relieve nervous tension they felt. In the application of music therapy and aromatherapy to team members, they reported a slight breathing, elimination of tension and sense of physical and mental well-being. Of the 28 individuals involved in the practices, 25 showed interest in knowing the complementary and integrative therapies. Closing remarks: we found positive results for individuals who proposed to participate in techniques such as physical well-being, mental and stress relief. We understand that to be a new area of work for health professionals and health services, although there is some resistance, but it is an important tool in the search for prevention, promotion and treatment of health users in full, as required by the Unified Health System.

Keywords: *Completeness Health; Health Policy; Complementary Therapies.*

INTRODUÇÃO

As Práticas Complementares, ainda que tenham surgido na antiguidade, foram redescobertas na atualidade pelo Ocidente, acompanhando a mudança do paradigma do modelo de atenção à saúde. Tais práticas defendem o cuidado integral ao paciente, atentando para a tríade corpo-mente-alma. Nos últimos anos, houve um interesse crescente pelas práticas complementares mundialmente em vários seguimentos da sociedade, incluindo os profissionais de saúde, que voltaram sua atenção para essas novas práticas.

Nesse sentido, o Programa de Medicina Tradicional foi desenvolvido em meados da década de 70 pela Organização das Nações Unidas, e desse período em diante, nasce um novo olhar na saúde que se volta aos processos de implementação terapêutica, a qual se denomina a Proposta da Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares. Na Conferência de Alma-Ata em 1978, a Organização Mundial de Saúde recomendou formalmente a utilização dos meios práticos da medicina tradicional/convencional pelos Sistemas de Saúde.

No ano de 2003, iniciou-se em nosso país a construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde, aprovada em fevereiro de 2006 pela Organização Mundial de Saúde. As terapias Integrativas e Complementares vieram como forma de reforçar o pressuposto da Integralidade na atenção à saúde, vendo o usuário de forma holística, diferenciado das terapias convencionais, que focam, em sua grande parte, em um determinado órgão a ser recuperado e que consideram a doença apenas sob o aspecto físico.

Assim, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares tem como objetivo desenvolver uma sistemática de atenção básica a qual vise estimular e desenvolver a promoção, prevenção e recuperação da saúde, podendo utilizar como recurso os métodos naturais, embasados no acolhimento e na criação de vínculos entre usuário, família e profissional de saúde.¹ São portanto, práticas que auxiliam de forma complementar os tratamentos médicos, proporcionando ao paciente uma nova forma terapêutica, menos invasiva.² São conhecidas também como terapias naturais, terapias complementares, terapias alternativas ou terapias integrativas.¹

É possível que, a cada ano, as indicações para a adesão ao tratamento, utilizando as práticas Integrativas e Complementares aumentem de forma considerável, uma vez que no Brasil, 232 municípios e 19 capitais já oferecem nos seus serviços de saúde alguma Prática Integrativa e Complementar aos seus pacientes. Com o apoio e incentivo do Governo Federal, as informações desta política de saúde estão em evidência nas Instituições de saúde do país.¹

A aceitação das práticas alternativas está em crescente ascensão no sistema de saúde, com técnicas como o Reiki, fitoterápicos, homeopatia, cromoterapia, acupuntura, meditação, massoterapia, musicoterapia, aromaterapia, entre outras. Porém, alguns profissionais de saúde estão despreparados para desenvolver essas novas técnicas devido à falta de conhecimento desta temática e o despreparo ao longo da formação.³

Dessa forma, o incentivo através do Ministério da Saúde e a tendência mundial de aumentar o debate acerca das práticas integrativas e complementares, impõem alguns desafios aos serviços de saúde, aos trabalhadores e aos graduandos da área da saúde. Embora haja uma normatização das ações de saúde, pautada inclusive pelos pressupostos do Sistema Único de Saúde, sobre o cuidado integral ao ser humano, sabe-se que na prática a operacionalização desse pressuposto enfrenta dificuldades. Ainda que alguns profissionais da saúde estejam procurando aperfeiçoamento para aplicar essas práticas no seu ambiente de trabalho, é notório que há uma lacuna na formação desses trabalhadores no que tange essa Política.⁴

Durante o período da graduação, é possível adquirir os conhecimentos mínimos necessários sobre as práticas integrativas e complementares, seus métodos, forma de aplicação, resultados e objetivos, para que assim, os futuros profissionais possam desenvolvê-las em seu ambiente de trabalho. Quando há falhas na formação dos graduandos, resultando na ausência de discussões sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, há um comprometimento da própria aplicação da política nos serviços de saúde.³

Dessa forma, por um lado, percebendo a importância das práticas integrativas e complementares, e por outro, observando a lacuna de discussão dessas práticas no meio acadêmico, justifica-se a realização deste relato de experiência, que versa sobre a aplicação de duas práticas integrativas, a musicoterapia e a aromaterapia em Unidade de Ensino e Serviço de Saúde, em uma Universidade do interior do estado do Rio Grande do Sul.

Portanto, os objetivos desse trabalho foram implementar duas práticas integrativas em uma unidade de ensino e serviço, avaliar os desafios da aplicação dessas práticas e analisar a percepção dos usuários e equipe frente a essas práticas.

MÉTODO

Para realizar esse relato de experiência, utilizamos o apoio teórico de estudos descritivos, que exploram e identificam uma situação, serviço ou lugar conhecido, além da utilização do método qualitativo, que se caracteriza como um meio de compreensão, contribuição e

análise dos indivíduos estudados.⁵

O estudo foi realizado em uma Unidade de Ensino e Serviço de Saúde em uma Universidade do interior do estado do Rio Grande do Sul, no período de abril a junho de 2016. O local do estudo atende a comunidade acadêmica e comunidade em geral, contando com profissionais de áreas multidisciplinares e acadêmicos de enfermagem, psicologia, medicina e nutrição, desenvolvendo diversas ações com grupos de idosos, gestantes, adolescentes entre outros, e atendimentos individuais como pré-câncer, vacinas, curativos e consultas nas diversas especialidades. Os sujeitos desse estudo foram 8 funcionários, sendo 4 técnicos de enfermagem, 2 auxiliares administrativos, 2 enfermeiros; 5 acadêmicos, sendo 4 de enfermagem e 1 de psicologia, e 15 usuários do serviço de saúde da unidade, totalizando 28 pessoas envolvidas nas atividades.

A implementação das práticas se deu em duas frentes: dois momentos de capacitação, um com a equipe de funcionários, acadêmicos e usuários, e outro apenas com os funcionários do serviço; a aplicação das práticas com os usuários, no momento de seu atendimento na unidade, e com os funcionários do serviço, antes do início da sua jornada de trabalho.

RESULTADOS

O processo da capacitação sobre o uso e benefícios dos chás, aromaterapia e musicoterapia, foi aberto a comunidade tendo a participação de funcionários, acadêmicos e usuários em geral, totalizando 15 participantes. Já a segunda etapa de capacitação sobre a implantação da aromaterapia e musicoterapia, teve como público alvo os funcionários do serviço, totalizando 8 participantes. Neste período foram explanados aspectos como finalidades, benefícios, meios e métodos a serem utilizados para que a proposta de aplicação dessas terapias transcorresse de forma a beneficiar os usuários do serviço.

Nos momentos de capacitação sobre a Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares do SUS, os profissionais relataram já ter ouvido falar sobre o assunto, porém desconheciam sua proposta, bem como a sua finalidade. Os estudantes mostraram-se interessados sobre o assunto, e reivindicaram sobre a pouca abordagem deste tema na grade curricular. Os usuários por sua vez, se identificaram com o uso dos chás, além de relatarem sobre a importância de se saber a forma correta de utilização dos fitoterápicos.

No momento de relaxamento oferecido à equipe, que aconteceu uma vez por semana, foi utilizado o som ambiente e óleos florais colocados de forma tópica nas mãos dos funcionários, antes do início de trabalho. Estas técnicas também foram utilizadas em momentos de estresse, fadiga física e mental dos funcionários da equipe. Neste período, os participantes disseram sentir-se com respiração leve, eliminação de tensões nervosas e elevada sensação de bem-estar físico, mental e emocional.

A aplicação aos usuários da unidade aconteceu na sala de acolhimento, onde foram aplicadas a aromaterapia e a musicoterapia, sendo utilizados óleos florais de lavanda e menta nas mãos dos usuários que aceitaram participar das práticas, além do oferecimento de

música ambiente, neste mesmo espaço. No momento desta prática, dois usuários negaram-se a participar, alegando que estavam com urgência de ir embora. Os demais usuários parabenizaram o trabalho, relatando sentir uma melhora no bem-estar físico e mental, além de um sentimento de paz interior, melhora no processo respiratório e corpo leve.

Por sua vez, na sala de coleta de exame cito patológico, foi utilizada a musicoterapia através da oferta de som ambiente ao longo do atendimento de 3 pacientes. Estas, relataram que o ambiente proporcionou calma e alívio da tensão e do nervosismo que sentiam no momento do exame. A música escolhida para o processo terapêutico foi a de som ambiental, no formato sonoro e calmo. A proposta desta música pode ser justificada por emitir sons de paz e sem potência vibratória ao ambiente, sendo que esta atua de forma direta no campo energético de cada pessoa, proporcionando equilíbrio entre o meio externo e interno de cada indivíduo.

DISCUSSÃO

As Práticas Integrativas e Complementares

É possível perceber duas linhas de seguimento na saúde: a visão biológica e a hegemonia dos médicos sob os demais profissionais, onde predominam os avanços tecnológicos na medicina e fortalecimento das atenções secundária e terciária.⁶ Em demais sistemas de saúde, como por exemplo o da medicina tradicional, o paradigma cartesiano biomédico tem menor prevalência. E a medicina moderna acaba por instigar questionamentos, no que se refere a atenção da atual demanda.⁷

Em 1970 a Organização Mundial da Saúde implementou o Programa de Medicina Tradicional, com objetivo de formular políticas nesta área, e desde aí vem demonstrando um compromisso pelo incentivo aos seus estados-membros, para que elaborem e instituem estas práticas de forma racional e integrada na atenção à saúde. Ressalta também a importância da realização de estudos e pesquisas na área, objetivando maior conhecimento sobre as práticas, como segurança na sua aplicação, efetividade e eficácia.⁸ No entanto, algumas mudanças vêm ocorrendo e sugerem uma interferência em processos e crenças já consolidados, dentre estas a construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Sistema Único de Saúde no ano de 2006, fortaleceu e respaldou as práticas que já vinham sendo realizadas em alguns municípios e estados brasileiros, estabelecendo uma relação entre a medicina tradicional às práticas não convencionais.^{6,7}

Estas práticas e saberes foram denominadas pela Organização Mundial da Saúde como Medicinas Complementares e Alternativas/Medicinas Tradicionais, nas quais o ser humano tem a oportunidade de integrar-se à natureza, onde há uma visão ampliada dos processos de saúde e adoecimento. A nível mundial, cerca de 80% dos países do hemisfério Sul praticam alguma forma de Medicina Tradicional Complementar em seus cuidados básicos de saúde.⁷ Dessa forma, as práticas estão tendo crescimento mundial ressaltando um importante aspecto: a legislação das práticas integrativas e complemen-

tares apresenta respeito e reconhecimento, mostrando a conquista dos diferentes espaços existentes em nossa sociedade, na busca pelas práticas seguras, holísticas e igualitárias.⁹

Dentre os preceitos trazidos pela política, destacam-se o cuidado humanizado, integral e continuado, a prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos.⁸ Estes, também fazem parte da lei número 8.080, de 19 de setembro de 1990, que evidencia os princípios citados acima, além de reforçar também a importância de se garantir às pessoas o bem-estar físico, mental e social.¹⁰ Dessa forma, podemos perceber que os princípios da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares condizem e reafirmam os conceitos trazidos pelo SUS.

Outro aspecto importante a destacar é o baixo custo que as práticas complementares apresentam. Além de seus inúmeros benefícios, ainda promovem a redução de gastos o que se faz importante para o nosso sistema de saúde, na medida em que alia uma maior eficácia na terapêutica de algumas patologias com viabilidade econômica.⁷

Porém, mesmo com o apoio e respaldo da Política Nacional, a implementação das práticas passa por algumas limitações, como a dificuldade de adoção às práticas pela diferença em relação ao modelo biologicista. Percebe-se também, que no que diz respeito ao conhecimento em relação à política ainda há algumas falhas. É possível identificar em um estudo realizado em dois serviços da Prefeitura Municipal de São Paulo que nem todos os profissionais atuantes tinham conhecimento sobre a Política Nacional, somente sobre algumas práticas, como por exemplo a homeopatia e a acupuntura.⁷

Em nosso estudo, também foi identificada esta fragilidade de informação, em que os profissionais tinham um certo conhecimento sobre a temática, mas não conheciam suas reais finalidades. Identificou-se também que os profissionais da unidade se mostraram satisfeitos após a realização das práticas, relatando sentirem mudanças em seu estado físico, emocional e mental.

No mesmo estudo realizado na Prefeitura Municipal de São Paulo, os profissionais também faziam o uso de algumas práticas, e em sua maioria acreditavam que há efetividade terapêutica no uso destas práticas, além de considerarem o seu uso excelente e acreditarem que os usuários do serviço precisam saber que, para se ter saúde, não é necessário somente o uso de medicações, além de relatarem que, após passarem por algumas práticas integrativas e complementares, houve a diminuição do estresse, maior tranquilidade e bem-estar físico e emocional.⁷

Assim, ainda mesmo com avanços na área, ainda perduram desafios. Dentre esses, podemos citar a falta de conhecimento sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares por parte dos usuários e profissionais. O que foi encontrado no referencial teórico está em concordância com os resultados obtidos em nossa pesquisa, sendo possível destacar, como exemplo, a falta de conhecimento por parte dos profissionais, citada em nossos resultados. Alguns profissionais atuantes na saúde pública desconhecem a política e alguns tem conhecimento sobre algumas práticas, porém não compreendem o real objetivo da política.⁷

Segundo estudo realizado com equipes de saúde da família de Florianópolis, a maioria dos profissionais desconhece as diretrizes nacionais da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, porém, grande parte destes mesmos profissionais mostraram-se favoráveis ao que a política propõe.¹⁰ Além disso, poucos profissionais participantes desta pesquisa, afirmaram ter pouco ou nenhum interesse em capacitar-se sobre esse assunto.¹¹

Tal fato pode ser explicado por haver uma escassez de discussão sobre esse tema na formação dos futuros trabalhadores da saúde. No Brasil, há ainda poucas instituições que aderem aos conceitos e técnicas trazidas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, sendo que uma das melhores formas de divulgação dessas práticas e política é a adesão de instituições de ensino, ofertando cursos de profissionalização na área ou disciplinas curriculares que estejam em harmonia com o que é respaldado pelo Sistema Único de Saúde, para que se fortaleça a aproximação entre ensino e serviço e minimize as chances de adoção do formato intervencionista e biologicista pelos serviços de saúde.⁶

Por sua vez, o Ministério da Saúde dispõe de cursos gratuitos oferecidos a profissionais já formados e usuários da rede, como o *Curso Introdutório em Práticas Integrativas e Complementares: Antroposofia* aplicada à Saúde e o *Curso Introdutório em Práticas Integrativas e Complementares: Práticas corporais e mentais da Medicina Tradicional Chinesa*, além de disponibilizar também no site do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica sobre plantas medicinais e fitoterapia, lançado no ano de 2012.

Aromaterapia, Musicoterapia e o Uso de Chás

Não há como afirmar a data inicial, em que a utilização de ervas para fins terapêuticos nasceu. Estas foram sendo conhecidas aos poucos, com o passar dos séculos. As autoras afirmam que, a partir de registros literários, em 2000 a.C., os sacerdotes egípcios, considerados os primeiros aromaterapeutas da história, utilizavam no processo de mumificação, óleos como o de cedro e outros aromáticos.¹²

O tratamento com florais deriva de extratos líquidos, sendo preparados na forma de infusão solar das flores. Quando prontas, as flores são colocadas em recipiente com água pura, posteriormente diluídas, potencializadas e conservadas.¹ Esta prática objetiva o tratamento holístico de patologias físicas e emocionais, a partir da utilização de óleos essenciais, após a realização de uma análise que considere aspectos físicos, mentais e emocionais, avaliação e acompanhamento no período do tratamento. Estes óleos causam bem-estar aos indivíduos, além de auxiliarem na sua recuperação, e podem ser indicados para tratamentos cosméticos como acne, seborreia, caspa, tratamento de alterações como insônia, estresse e no tratamento de patologias, como asma, gota e depressão.¹²

Os óleos essenciais podem ser utilizados através de três vias: a inalação, a aplicação na pele e a ingestão. Na inalação, eles atravessam as vias respiratórias superiores em direção às inferiores, onde são então absorvidos pelos vasos sanguíneos pulmonares,

e finalmente, agem em todo o sistema respiratório. Na aplicação cutânea, os óleos são absorvidos pela pele e mucosas, indo em direção a corrente sanguínea e por último, encaminham-se para os tecidos e órgãos. Quando são ingeridos, os óleos essenciais passam pelo sistema gastrointestinal, onde posteriormente são absorvidos nos intestinos, atingindo a corrente sanguínea, e em seguida, são encaminhados aos tecidos e órgãos do nosso corpo. O uso através da ingestão só pode ser recomendado pelo profissional médico, pois o organismo pode não responder de forma adequada às substâncias utilizadas.¹²

O estresse é capaz de causar desequilíbrios aos seres humanos, sendo a aromaterapia uma boa alternativa para melhorá-lo, uma vez que consegue diminuir os efeitos que essa patologia causa, atuando com seus princípios sedativos, calmantes e relaxantes, devendo levar-se em consideração, a necessidade de um profissional habilitado para execução desta técnica, a fim de se obter os efeitos esperados.¹³

Por sua vez, a musicoterapia está ganhando espaço nos serviços de saúde, podendo ser utilizada em diversas áreas de atuação, e devendo ser exercida por um profissional com formação específica, o musicoterapeuta. Mesmo sendo uma prática descoberta antigamente, acaba ganhando espaço para pesquisa e aplicação após a comprovação de seus diversos efeitos benéficos, tanto nos atendimentos feitos pelos profissionais, quanto na vida diária.¹⁴ A música atua no sistema nervoso autônomo, fazendo com que o paciente desvie sua atenção da dor, raiva, culpa e ódio, auxiliando na tentativa da diminuição do uso de medicamentos analgésicos e proporcionando momentos de descontração e divertimento.¹⁵

A música desenvolve uma alteração no humor dos pacientes que a escutam, seja antes, durante ou após os atendimentos, além de melhorar aspectos emocionais, físicos, mentais, espirituais e cognitivos, uma vez que ocorre o relaxamento e diminuição dos sentimentos de raiva, estresse, dor e tristeza, libera sensações de conforto e bem-estar para uma melhora na qualidade de vida.¹⁵

As instituições brasileiras credenciadas nas Associações Nacionais e Latino-Americana de Cuidados Paliativos, onde as equipes de funcionários escolheram a musicoterapia como estratégia de intervenção, por acreditarem que esta envolve o encontro com o outro.¹⁵ As autoras observaram que durante este momento, os usuários sentiam-se desrespeitados pelo atraso dos médicos, resultando em mau humor, cansaço, estresse, preocupação, ansiedade e perda de tempo. Após incluir esta técnica, foi possível identificar que os usuários do serviço se sentiram mais leves, valorizados, calmos, tolerantes, com humor, saúde e bem-estar físico melhorados após a utilização da técnica.^{15,16}

O uso dos chás se faz desde o início do ciclo da vida. As plantas medicinais classificam-se como uma forma de recurso totalmente natural, que tem o poder de potencializar a restauração da saúde e do bem-estar dos indivíduos. As plantas medicinais, conhecidas popularmente como chás, vem ganhando espaço no mundo científico, uma vez que inúmeros estudos estão sendo desenvolvidos para que a finalidade de comercialização e seu uso tenham ação terapêutica eficaz. No mesmo

sentido, a Organização Mundial da Saúde permite a utilização dos chás, pois compreende como um apoio prático à medicina tradicional, porém considera que o seu uso requer a identificação e classificação botânica adequada com o intuito de evitar a atividade entre o princípio ativo das plantas.¹⁷

Os chás são comumente utilizados por pessoas da terceira idade e, desta forma, é fundamental o conhecimento acerca da forma correta de consumo destas plantas, pois nesta fase da vida, o ciclo vital está em declínio e, conseqüentemente, as funções metabólicas. Por isso, se faz necessário um cuidado especial nessa fase da vida, ainda que não se descarte esse mesmo cuidado nas demais faixas etárias da vida, tendo em vista que cada chá possui uma indicação terapêutica.¹⁸

Assim, em nosso estudo, identificamos que os usuários ao serem expostos a aromaterapia e a musicoterapia ficaram calmos, sentindo alívio da tensão e do nervosismo, além da melhora no bem-estar físico, mental e emocional. Da mesma forma, na capacitação sobre o uso de chás, houveram dúvidas sobre a maneira correta de utilização das plantas e interesse sobre os efeitos adversos do uso incorreto das mesmas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização de pesquisa em referencial teórico, na busca por melhor compreensão sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e sua temática, e colocá-la em prática, constatamos que houveram resultados positivos e consideráveis às pessoas que se propuseram a participar das práticas.

Entendemos que por ser uma nova área de atuação dos profissionais de saúde, ainda não há resistências, porém, trata-se de uma importante ferramenta na busca pela prevenção, promoção e tratamento dos usuários de saúde entendendo o ser humano de forma integral e holística.

Em determinados momentos, os usuários que foram ao serviço de saúde em busca de atendimento, sentiram-se cansados, estressados e tensos. Após submeterem-se às técnicas naturais, notou-se os benefícios que estas são capazes de promover, a partir do relato destes usuários, com resultados positivos como melhora de bem-estar físico e mental.

Infelizmente destacamos a falta da abordagem da Política, tanto na formação dos profissionais de saúde, como nas unidades de saúde da região onde a universidade pesquisada se insere. Mesmo tendo respaldo de órgãos competentes e estudos científicos que comprovem sua eficácia, muitos profissionais alegam que já terem ouvido em algum momento sobre o tema, mas acabam não se qualificando pela falta de conhecimento sobre objetivos, finalidades, ou seja, o conteúdo da política.

Com isso, é pertinente dizer que cabe a todos os profissionais da saúde uma qualificação sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, para então poder consagrá-la e usufruir de seus inúmeros benefícios que vem a atender não só aos pacientes, mas também os profissionais atuantes.

Ao final, acreditamos na importância da reformulação nas grades curriculares dos cursos na área da saúde, considerando a pouca abordagem sobre a Política Nacional e as PIC na formação dos estudantes da área

da saúde. Assim será possível transmitir o real significado destas, além de auxiliar aos futuros profissionais que atuarão em nosso sistema público a desenvolverem esta temática com mais efetividade e qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares do SUS. 2008.
2. Santos LF, Cunha, AZS. A Utilização de Práticas Complementares por Enfermeiros do Rio Grande do Sul. Rev. enfermagem UFSM. 2011.
3. Silva NCM, lunes DH, Resck ZMR, Soares MI, Junior DIS, Vieira NF. Estratégia de Ensino das Terapias e Complementares na Graduação em Enfermagem /Revisão Integrativa. Rev. Eletrônica de Enfermagem. 2013.
4. Bastos RA, Silva LB, Lima IC. Terapias Complementares Integrativas: conhecimento e utilização pelos docentes do curso de enfermagem de uma instituição. Rev Saúde Col UEFS 2015;5(1):40-5.
5. Leopardi M T. Metodologia da pesquisa na saúde. Editora Pallotti. Santa Maria. 2001.
6. Azevedo E, Pelicioni MCF. Práticas Integrativas e Complementares de desafios para a educação. Trab Educ Saúde. Rio de Janeiro 2012;9(3):361-78. doi: 10.1590/S1981-77462011000300002.
7. Ischkanian PC, Pelicioni MCF. Desafios das Práticas Integrativas e Complementares no SUS visando a promoção de saúde. Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano 2012;22(2):233-38. doi: 10.7322/jhgd.44936.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2015.
9. De Simoni C, Benevides I, Nelson FB. As práticas integrativas e complementares no SUS: realidade e desafios após dois anos de publicação da PNPIC. Revista Brasileira de Saúde da Família. Ano IX, ed. espec. Brasília: Ministério da Saúde. 2008.
10. Brasil. Lei.8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 20 set. 1990. P 1855.
11. Thiago SCS, Tesser CD. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre Terapias Complementares. Revista de Saúde Pública 2011;45(2):249-57.
12. Gnatta JR, Dos Santos SD. Aromaterapia e Enfermagem. In: Salles LF, Silva MJP, organizadores. Enfermagem e as Práticas Complementares em Saúde. São Caetano do Sul: Yendis; 2011. p. 61-76.
13. Paganini T, Silva YF. O uso da aromaterapia no combate ao estresse. Arquivos de Ciências Unipar. Umuarama 2014;18(1):43-9.
14. Arndt AD, Volpi RC, Volpi S. Aspectos da prática musicoterapêutica: contexto social e comunitário em perspectiva. Psicol Soc. 2016;28(2):387-95. Doi: 10.1590/1807-03102016v28n2p387
15. Caires JS, Andrade TA, Amaral JB, Calasans ATA, Rocha MDS. A utilização das terapias complementares nos cuidados paliativos: benefícios e finalidades. Cogitare Enferm 2014;19(3):514-20. doi: 10.5380/ce.v19i3.33861
16. Pimentel AF, Barbosa RM, Chagas A. A musicoterapia na sala de espera de uma unidade básica de saúde: assistência, autonomia e protagonismo. Inteface - Comunicação, Saúde e Educação 2011;15(38):174-754.
17. Salles LF, SILVA MJ. Enfermagem e as práticas complementares em saúde. Editora Yendis. 2011. p. 98-101.
18. França ISX, Solza JA, Baptista RS, Britto VRS. Medicina popular: benefícios e malefícios das plantas medicinais. Rev. Bras. Enf. Brasília. 2008.

Como citar: FISCHBORN, Aline Fernanda et al. A Política das Práticas Integrativas e Complementares do SUS: o relato da implementação em uma unidade de ensino e serviço de saúde. Cinergis, Santa Cruz do Sul, v. 17, out. 2016. ISSN 2177-4005. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/8149>>. Acesso em: 11 out. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v17i0.8149>.

ARTIGO ORIGINAL

Estado nutricional de idosos atendidos na atenção primária à saúde do município de Candelária/RS

Nutritional status of elderly patients in primary health care in the municipality of Candelaria/RS

Bianca Bernhard dos Santos,¹ Analie Nunes Couto,¹ Francisca Maria Assmann Wichmann¹

¹Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

Recebido em: 21/08/2016 / Aceito em: 29/09/2016 / Publicado em: 18/10/2016
francis@unisc.br

RESUMO

Objetivo: descrever o perfil nutricional de idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde do município de Candelária/RS. **Método:** trata-se de um estudo retrospectivo, de natureza descritiva com delineamento transversal e abordagem quantitativa, constituída por uma amostra aleatória de 247 idosos com idade superior a 60 anos, de ambos os gêneros, residentes em Candelária, no Rio Grande do Sul que buscaram tratamento e cuidado de saúde nos serviços de saúde do município. As seguintes variáveis foram analisadas: idade, gênero, escolaridade, peso, estatura, índice de massa corporal, comorbidades e estado nutricional, sendo este último analisado com base no índice de massa corporal (IMC) calculado com base na divisão do peso corporal em quilogramas pela estatura em metro elevada ao quadrado (kg/m²). **Resultados:** a amostra foi constituída por 59,9% (n=148) idosos do sexo feminino e 40,1% (n=99) do sexo masculino, com a média da idade de 75,25±6,426. Em relação ao estado nutricional, verificou-se uma prevalência significativa do sexo feminino com pré-obesidade e obesidade na faixa etária de 60 a 79 anos e no sexo masculino com idade maior ou igual a 80 anos. Verificou-se forte associação entre o estado nutricional determinado pelo IMC à HAS e a baixa escolaridade. **Considerações finais:** os dados relativos ao IMC revelaram altos percentuais de excesso de peso, o que suscita a necessidade de outros métodos complementares de avaliação para identificação mais precisa dos fatores de risco e dos agravantes que se associam as patologias encontradas.

Palavras-chave: Estado nutricional; Idoso; Atenção Primária à Saúde; Doença crônica não transmissível; Saúde do idoso.

ABSTRACT

Objective: describe the nutritional status of elderly assisted in primary health care in the municipality of Candelaria/RS. **Method:** this is a retrospective study of descriptive cross-sectional design and quantitative approach, consisting of a random sample of 247 elderly aged 60 years, of both genders, residents in Candelaria, in Rio Grande do Sul that sought treatment and health care at the municipal health services. The following variables were analyzed: age, gender, education, weight, height, body mass index, comorbidities and nutritional status, the latter being analyzed based on body mass index (BMI) calculated by dividing body weight in kilograms by the elevated height in meters squared (kg/m²). **Results:** sample consisted of 59.9% (n = 148) female elderly and 40.1% (n = 99) male, with a mean age of 75.25 ± 6.426. In relation to nutritional status, there was a significant prevalence of women with overweight and obesity in the age group 60-79 years and males aged greater than or equal to 80 years. There was a strong association between nutritional status determined by BMI to high blood pressure (HBP) and low education. **Closing remarks:** the data on BMI showed high percentages of overweight, which raises the need for other complementary assessment methods for more accurate identification of risk factors and aggravating factors that are associated pathologies found.

Keywords: Nutritional status; Elderly; Primary Health Care; Not transmissible chronic disease; Elderly Health.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é uma realidade global. A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que em 2025 existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos no mundo, 34 milhões delas no Brasil. Estimativas apontam que a proporção de idosos com 65 anos ou mais são os que mais estão crescendo¹ e recentemente pesquisas apontam um número crescente de idosos mais longevos (com idade acima de 80 anos), sendo que estes grupos terão pelo menos uma Doença Crônica Não Transmissível – DCNT.²

Viver mais, não significa viver melhor, pois na medida em que a expectativa de vida aumenta, se elevam os fatores de risco para as doenças crônicas-degenerativas e suas complicações. A maioria das doenças crônicas que acometem o idoso tem na própria idade seu principal fator de risco. Além do mais, observa-se que a redução nos índices da mortalidade vem acompanhada com um número expressivo de idosos longevos que apresentam deficiências clínicas e doenças crônicas e estes aumentam a demanda nos serviços de saúde.³

Ao considerar que os idosos apresentam características advindas da idade que podem comprometer seu estado nutricional, é importante monitorar a situação nutricional dos idosos⁴. A OMS propõe fortalecer o nível primário de atenção à saúde do idoso e desenvolver indicadores capazes de avaliar o estado de saúde, a presença de doenças crônicas e o estado nutricional, sendo que este último pode ser inclusive, um indicador positivo de saúde.¹

Cabe salientar, que a elevada prevalência de desvios nutricionais na população idosa, vem sendo demonstrada por meio de diferentes estudos, em vários países, onde a desnutrição, o sobrepeso e a obesidade predominam sobre os indivíduos eutróficos. Estes distúrbios nutricionais fazem com que os idosos se tornem susceptíveis a ocorrência de doenças crônicas, redução da capacidade funcional e maior mortalidade.⁵

Diante do exposto, o panorama da saúde nutricional do idoso precisa ser, sem dúvida, melhor definido, com levantamentos antropométricos populacionais periódicos e da coleta sistemática e contínua de dados provenientes dos serviços de saúde para que se possa estabelecer práticas de monitoramento nutricional e direcionar intervenções mais adequadas.^{4,6} Este estudo teve como objetivo descrever o perfil nutricional de idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde do município de Candelária/RS.

MÉTODO

Trata-se de um estudo retrospectivo, de natureza descritiva com delineamento transversal e abordagem quantitativa. A população foi constituída por uma amostra aleatória de idosos (≥ 60 anos de idade), residentes em Candelária, Rio Grande do Sul e que buscaram tratamento e cuidados de saúde nos serviços de saúde de Candelária-RS, durante o ano de 2015. A amostragem foi realizada de forma aleatória simples. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob o protocolo nº 553501.

As informações relativas à pesquisa foram extraídas dos prontuários eletrônicos dos idosos. A coleta dos dados ocorreu entre os meses de abril e maio de 2016. Utilizou-se um formulário com questões sócio de-

mográficos, condições de saúde, perfil antropométrico. As seguintes variáveis foram analisadas: idade, gênero, escolaridade, peso, estatura, índice de massa corporal, comorbidades e estado nutricional.

A variável dependente analisada foi o índice de massa corporal (IMC) calculado com base na divisão do peso corporal em quilogramas pela estatura em metro elevada ao quadrado (kg/m^2). O estado nutricional dos idosos foi avaliado, segundo pontos de corte propostos pela Organização Pan-Americana da Saúde⁷: baixo peso ($\text{IMC} \leq 23 \text{kg/m}^2$), peso normal ($23 < \text{IMC} < 28 \text{kg/m}^2$), pré-obesidade ($28 \leq \text{IMC} < 30 \text{kg/m}^2$) e obesidade ($\text{IMC} \geq 30 \text{kg/m}^2$). Os pacientes foram divididos em duas categorias: idosos (≥ 60 e < 79 anos) e muito idosos (≥ 80 anos).

As variáveis independentes analisadas foram: idade (60- 79 anos e 80 anos e mais), sexo (masculino, feminino), escolaridade (analfabeto, 1º grau incompleto, 2º grau incompleto e 2º grau completo), massa corporal (kg), estatura (m) e doenças instaladas. Estes obtidos a partir dos prontuários eletrônicos no banco de dados eletrônicos e analisados pela pesquisadora de forma a evitar vieses.

Os dados secundários foram submetidos a testes estatísticos, sendo utilizado o programa SPSS versão 20.0. Primeiramente, foi realizada análise descritiva para caracterização da amostra, em seguida o teste T de Student foi empregado para verificar as diferenças entre as variáveis e o teste não paramétrico qui-quadrado, tendo como variável dependente o estado nutricional e, como variáveis independentes, sexo, escolaridade e as condições de saúde dos idosos pesquisados. O nível de significância adotado para o estudo foi de 5%.

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 247 idosos, sendo 59,9% ($n=148$) do sexo feminino e 40,1% ($n=99$) do sexo masculino. Verificou-se que a média da idade \pm desvio padrão foi de $75,25 \pm 6,426$, sendo $75,33 \pm 6,63$ anos para mulheres e $74,89 \pm 5,66$ para homens. Quanto à escolaridade, verifica-se que 8,1% dos idosos que buscam atendimento em saúde são analfabetos. Em relação às outras categorias analisadas, o primeiro grau incompleto aparece como a mais prevalente, correspondendo a 57,5%.

Os registros clínicos mais prevalentes identificados nos prontuários eletrônicos, considerando ambos os sexos, correspondem a HAS associada à DM (65,6%). No que se refere às morbidades com associação significativa de pré-obesidade, identificou-se que, dentre os idosos portadores de HAS, 55% estão com pré-obesidade ($p=0,04$). Em relação às doenças mais prevalentes o estudo revela que a HAS se mantém alta entre os dois sexos com altas taxas de pré-obesidade.

Em referência à escolaridade e o estado nutricional houve uma associação significativa ($p=0,034$). Em relação às medidas antropométricas observou-se que a média do peso foi de $74,21 \pm 15,47$, sendo $75,33 \pm 6,632$ para mulheres e $74,50 \pm 17,25$ para homens. Verificou-se uma prevalência significativa de obesidade (38,9%) e pré-obesidade (14,6%) entre os idosos avaliados. Em relação ao baixo peso houve uma prevalência maior no sexo masculino (18,2%) quando comparado ao sexo feminino (8,2%). Do mesmo modo em o estudo mostra uma prevalência maior de peso normal no sexo feminino em idades mais avançadas.

Quando analisados em relação ao sexo houve uma

prevalência maior no sexo feminino de pré-obesidade e obesidade na faixa etária de 60 a 79 anos e no sexo masculino com idade maior ou igual a 80 anos. Quanto à análise estatística houve uma associação significativa entre o Índice de Massa Corporal e a idade dos idosos ($p=0,00$); não houve diferença entre os sexos em relação ao estado nutricional ($p=0,17$). No sexo feminino, o percentual de pré-obesidade foi de 54,4% ($n=81$) do total da amostra, com média de IMC $28,67 \pm 5,84$ Kg/m². No masculino, o percentual de sobrepeso foi de 51,1% ($n=51$), com média de IMC $29,50 \pm 5,71$ (Tabela 1).

Ao analisar os serviços de saúde, a unidade de saúde Marilene e a Unidade Básica Central possuem a maior prevalência de pré-obesidade e obesidade, seguidas das unidades Irene de Silva Oliveira e Rincão. Quanto à análise estatística não houve uma associação significativa em relação às faixas etárias as unidades e o estado nutricional da amostra estudada ($p=0,97$). Os dados produzidos na rotina do Serviço de Saúde representam a população idosa do município e pode-se perceber, pelos resultados encontrados, a importância do monitoramento do estado nutricional deste grupo populacional.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve sua amostra constituída por 89 % com idade entre 60- 79 anos e 11% com idade acima de 80 anos, prevalecendo o sexo feminino (59,9%). Esses aspectos encontrados no estudo vão ao encontro dos dados apresentados pelo IBGE⁸ em relação à população idosa no Brasil, que em 2015 atingiu 11,47 % da população, sendo a maioria de mulheres com 6,54% contra 5,2% de homens. No Rio Grande do Sul, os idosos representam 15,63% da população do Estado, sendo também a maioria de mulheres com 8,83% contra apenas 6,8% de homens.

As DCNT mais frequentes encontradas entre esses idosos, em ambos os sexos, são a HAS (65,6%), HAS associada à DM e depressão (16,6%). No estudo de Vasconcelos et al.³ quanto às morbidades associadas ao excesso de peso, houve predominância da HAS, 68,2%, seguida das dislipidemias (55,6%) e das

doenças do aparelho musculoesquelético (54,7%). Já no estudo de Silva et al.⁶ no que diz respeito à presença referida de agravos, encontrou-se 54,7% de HAS.

Dessa forma, é possível considerar resultados que se assemelham aos encontrados neste estudo em relação às DCNT mais frequentes, pois em uma pesquisa apresentada por Cavalcanti et. al.,⁹ sobre a prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros, as patologias mais frequentes encontradas foram a HAS com 56,4%, e a DM, com 20,5%, sendo o mesmo diagnóstico encontrado nos estudos de Bassler e Lei¹⁰ sendo HAS (59,8%) e DM (15,5%), e na pesquisa apresentada por Alves et al.,¹¹ onde a HAS foi a patologia crônica mais frequente com 53,4% de acometimento em idosos.

Em relação ao estado nutricional, com base nas medidas antropométricas observou-se uma prevalência significativa de IMC pré-obesidade ($29,17 \pm 5,77$ Kg/m²), porém não se constatou uma grande diferença entre homens 51,1% ($n=51$) e mulheres 54,4% ($n=81$). O estudo aponta uma prevalência de 12% ($n=31$) de baixo peso entre os idosos, sendo que 14,8% ($n=4$) em idosos longevos (≥ 80 anos) e 12,3% ($n=27$) entre 60 e 79 anos, sem diferença significativa entre as faixas etárias.

De acordo com os dados levantados, em relação ao grupo geral de idosos, ou seja, de ambos os sexos, a pesquisa apresentada por Silva et al.⁶ também demonstrou que a maioria dos idosos possuía excesso de peso chegando a um percentual de 83,3%. Da mesma forma, a pesquisa apresentada por Scherer et al.¹² sobre o estado nutricional e a prevalência de doenças crônicas em idosos também constatou que o excesso de peso é maior nas mulheres idosas (62,5%) do que em homens idosos (60,3%) de acordo com o IMC, 53,6% dos idosos foram classificados com excesso de peso.

Com relação ao baixo peso, o presente estudo constatou que houve uma prevalência maior no sexo masculino (18,2%) quando comparado ao sexo feminino (8,2%). Neste sentido, corrobora os resultados apresentados na pesquisa de Nascimento et al.¹³ sobre estado nutricional e fatores associados em idosos de Viçosa/MG, onde também foi encontrada uma prevalência de

Tabela 1 - Distribuição percentual de estados nutricionais, segundo idade, sexo e Unidades de Saúde de referência dos idosos do município de Candelária/RS.

Total	Baixo peso n (%)	Peso Normal n (%)	Pré-obesidade n (%)	Obesidade n (%)	Total n (%)	p^*
60-79	27 (10,9)	79 (31,2)	28 (11,3)	86 (34,8)	220 (89)	
>80	4 (1,6)	6 (2,4)	9 (3,6)	10 (4,1)	27 (11)	0,09
Total	31 (12,5)	83 (33,6)	37 (14,9)	96 (38,9)	247 (100)	
Masculino						
60-79	16 (16,1)	19 (19,3)	47 (48,1)	7 (7)	89 (36)	
>80	2 (2,1)	2 (2,1)	3 (3)	2 (2)	10 (4)	0,01
Total	18 (18,2)	21 (21,4)	51 (51,1)	9 (9,1)	99 (40)	
Feminino						
60-79	9 (6,1)	20 (13,5)	74 (49,5)	28 (18,9)	131 (53)	
>80	4 (2,7)	2 (1,3)	8 (5,2)	3 (2)	17 (6,9)	0,01
Tota	13 (8,2)	23 (15,5)	81 (54,7)	31 (20,9)	148 (59,9)	
ESF						
Irene	5 (2)	12 (4,8)	5 (2)	15 (6)	37 (14,9)	
Marilene	3 (1,2)	10 (4)	6 (2,4)	11 (4,4)	30 (12,2)	
Rincão	11 (4,4)	37 (14,9)	14 (5,7)	33 (13,3)	95 (38,5)	0,97
Central	12 (4,8)	27 (10,9)	10 (4)	36 (14,5)	85 (34,3)	
Total	31 (12,5)	86 (34,8)	35 (14,2)	95 (38,9)	247 (100)	

* Teste qui-quadrado

baixo peso significativa maior entre os homens (18,2%) se comparada às mulheres (9,0%), do mesmo modo em que refere o índice de massa corporal diminui com a idade em ambos os sexos. França et al.⁴ detectou a condição nutricional de baixo peso segundo o IMC mais prevalente entre idosos do sexo masculino com idade mais avançada.

O IMC é bastante utilizado em virtude de sua fácil aplicação e baixo custo, entretanto não reflete a redistribuição regional de gordura, devendo ser associado a outros métodos de avaliação. O resultado de sobrepeso e obesidade torna-se preocupante devido a algumas doenças comumente serem potencializadas pela obesidade, assumindo maior importância entre os indivíduos idosos, pois aumentam a morbi-mortalidade e diminuem a qualidade de vida dos idosos, causando um impacto sobre o sistema de saúde.¹⁴

Os idosos requerem maiores demandas de assistência para o tratamento de doenças crônicas e deficiências, por apresentarem mais desigualdades em saúde, devido a circunstâncias sociais e econômicas determinadas por condições de vida e trabalho desiguais.¹⁵ Mediante a isso, a atenção à saúde dos idosos deve voltar-se para estratégias de monitorização e de planejamento pelos serviços que atendem esta população, a fim de prevenir ou atenuar os riscos relativos aos problemas emocionais, físicos e funcionais e possibilitar uma vida mais saudável.¹⁶

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo permitiu evidenciar o perfil do estado nutricional de uma população idosa atendida pela atenção básica de um município de pequeno porte. Apontou a predominância do sexo feminino na amostra e prevalência do sexo feminino com pré-obesidade e obesidade na faixa etária de 60 a 79 anos e no sexo masculino com idade maior ou igual a 80 anos. Verificou-se forte associação entre o estado nutricional determinado pelo IMC à HAS e a baixa escolaridade. Os dados relativos ao IMC revelaram altos percentuais de excesso de peso, o que suscita a necessidade de outros métodos complementares de avaliação, para identificação mais precisa dos fatores de risco e dos agravantes que se associam as patologias encontradas.

Dessa maneira, considerando-se a complexidade da influência desses fatores, se faz necessário o estabelecimento de práticas de monitoramento e o planejamento de intervenções mais direcionadas às necessidades dessa população. Tal fato sugere a necessidade de uma vigilância em saúde e nutrição na rotina dos serviços a fim de garantir uma melhora na qualidade de vida desses idosos.

REFERÊNCIAS

1. Mendes ACG, Mendes ACG, Sá DA, Miranda GMD, Lyra TM, Tavares RAW. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. *Cad. Saúde Pública* 2012;28(5):955-964. doi: 10.1590/S0102-311X2012000 500014.
2. Zattar LC, Boing AF, Giehl MWC, d'Orsi E. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2013;29(3):507-521. doi: 10.1590/S0102-311X2013000300009.
3. Vasconcelos CMR de, Marques APO, Leal MCC, Vasconcelos EMR, Araújo EC, Raposo MCF, Vasconcelos ALR. Morbidades em idosos relacionadas ao excesso de peso. *Rev enferm UFPE* 2014;8(supl. 1):2228-36. doi: 10.5205/revuol.5927-50900-1-SM.0807supl201405.
4. França VF, Pissaia E, Azzolini T, Yonemitsu EL, Giongo PL, Cervo AL, Lovato ECW, Schiavoni D. Estado nutricional e condições de saúde de idosos de Francisco Beltrão, Paraná. *Nutrire* 201540(3):337-343. doi: 10.4322/2316-7874.56214.
5. Christmann AC, Zanelatto C, Semchechem CC, Novello D, Schiessel, DL. Perfil de risco de doenças cardiovasculares e estado nutricional de idosos ativos de Guarapuava – Paraná. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde* 2013;15(ESP):349-56.
6. Silva RA, Jacinto PVO, Lopes ACS, Santos LC. Perfil de nutrição e saúde de usuários da atenção primária a saúde. *Revista Baiana de Enfermagem* 2011;25(3):287-299.
7. OPAS. Organização Pan-Americana .XXXVI Reunión del Comitê Asesor de Ivestigaciones en Salud – Encuesta Multicêntrica – Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina e el Caribe – Informe preliminar
8. IBGE. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. 2015. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>>.
9. Leite CC, Rodrigues-Gonçalves MC, Rios-Asciutti LS, Leite-Cavalcanti A. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. *Rev. salud pública* 2009;11(6):865-877.
10. Bassler TC, Lei DLM. Diagnóstico e monitoramento da situação nutricional da população idosa em município da região metropolitana de Curitiba (PR). *Rev. Nutr* 2008;21(3):311-321. doi: 10.1590/S1415-52732008000300006.
11. Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2007;23(8):1924-1930. doi: 10.1590/S0102-311X2007000800019.
12. Scherer R, Scherer F, Conde SR, Dal Bosco SM. Estado nutricional e prevalência de doenças crônicas em idosos de um município do interior do Rio Grande do Sul. *Rev. bras. geriatr. gerontol* 2013;16(4):769-779. doi: 10.1590/S1809-98232013000400011.
13. Nascimento CM, Ribeiro AQ, Cotta RMM, Acurcio FA, Peixoto SV, Priore SE, Franceschini SCC. Estado nutricional e fatores associados em idosos do Município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2011;27(12):2409-2418. doi: 10.1590/S0102-311X2011001200012.
14. Kumpel DA, Sodrê AC, Pomatti DM, Scortegagna HM, Filippi J, Portella MR. Obesidade em idosos acompanhados pela estratégia de saúde da família. *Texto contexto - enferm* 2011;20(3):471-477. doi: 10.1590/S0104-07072011000300007.
15. Geib, Lorena Teresinha Consalter. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012;17(1):123-133.
16. Victor JF, Ximenes LB, Almeida PC, Vasconcelos FF. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. *Acta Paul Enferm* 2009;22(1):49-54.

Como citar: SANTOS, Bianca Bernhard dos; COUTO, Analie Nunes; WICHMANN, Francisca Maria Assmann. Estado nutricional de idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde do município de Candelária/RS. *Cinergis, Santa Cruz do Sul*, v. 17, out. 2016. ISSN 2177-4005. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/8155>>. Acesso em: 11 out. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v17i0.8155>.

ARTIGO ORIGINAL

Estado nutricional materno e peso ao nascer do bebê no município de Candelária- RS

Influence of baby maternal nutritional status and birth weight in the municipality of Candelaria – RS

Vanessa Rosa Pereira,¹ Francisca Maria Assmann Wichmann¹¹Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.Recebido em: 21/08/2016 / Aceito em: 29/09/2016 / Publicado em: 18/10/2016
rp.vanessa@outlook.com

RESUMO

Objetivo: O objetivo deste trabalho foi verificar o estado nutricional materno pelo índice de massa corporal pré e gestacional, em relação ao peso ao nascer do bebê, durante a assistência do pré-natal. Estudo epidemiológico de corte transversal no município de Candelária - RS, no ano de 2016. **Método:** a amostra foi composta por 169 puérperas atendidas em uma unidade básica de saúde. O estado nutricional foi determinado pelo índice de massa corporal (IMC), para a idade gestacional. A classificação do peso ao nascer foi realizada segundo a Organização Mundial da Saúde: baixo peso (<2.500g), peso insuficiente (2500-2.999g), peso adequado (3.000-3.999g) e excesso de peso (>4.000g). As associações entre as variáveis da gestante (IMC e ganho de peso) e do RN (peso ao nascer) foram verificadas pelo Teste Qui-Quadrado e os valores de $p < 0,05$ foram considerados como estatisticamente significantes. **Resultados:** O estado nutricional pré-gestacional foi de 1,8% baixo peso, 47,3% adequado e 50,9% excesso de peso; o estado nutricional gestacional foi de 13,6% baixo peso, 36,7% adequado e 49,7% acima do peso. Quanto à classificação do peso ao nascer, a maioria das crianças teve peso adequado 62,7%; 33,1% com baixo peso e 4,1% excesso de peso. Houve associação estatisticamente significativa entre o estado nutricional inicial e final da gestação ($p = 0,001$), e o peso ao nascer ($p = 0,028$). **Considerações finais:** Os resultados obtidos pela pesquisa evidenciam a associação positiva entre o estado nutricional da gestante avaliado IMC pré-gestacional, gestacional e o ganho de peso apontados pelo índice relacionados ao peso dos recém-nascidos.

Palavras-chave: Estado Nutricional; Gestação; Recém-nascido.

ABSTRACT

Objective: the objective of this study was to evaluate the baby maternal nutritional status and the pre pregnancy body mass index in relation to birth weight, during prenatal care. **Method:** this is an epidemiological cross-sectional study in the municipality of Candelaria - RS, in the year 2016. The sample consisted of 169 mothers attended at a basic health unit. Nutritional status was determined by body mass index (BMI) for gestational age. The weight classification at birth was performed according to the World Health Organization: low birth weight (< 2,500 g), underweight (2,500 - 2,999 g), normal weight (3,000 - 3,999 g) and overweight (> 4,000 g). Associations between variables of pregnant (BMI and weight gain) and infants (birth weight) were verified by chi-square test and the values of $p < 0.05$ were considered statistically significant. **Results:** the pre-gestational nutritional status was 1.8% underweight, 47.3% suitable and 50.9% overweight; gestational nutritional status was 13.6% underweight, 36.7% adequate, and 49.7% overweight. Regarding the classification of birth weight, most children had adequate weight 62.7%; 33.1% underweight and 4.1% overweight. There was a statistically significant association between baseline nutritional status and end of gestation ($p = 0.001$) and birth weight ($p = 0.028$). **Closing remarks:** the results obtained from the survey show a positive association between the nutritional status of pregnant women reported pre-pregnancy, pregnancy and weight gain indicated by the index related to the weight of newborns.

Keywords: Nutritional Status; Gestation; Newborn.

INTRODUÇÃO

O ganho de peso ponderal fetal, assim como o estado nutricional materno e a adequação da assistência pré-natal, vem sendo abordados em vários estudos epidemiológicos, não só pela prevalência de intercorrências, mas sim pela importância da segurança gestacional.¹ Entretanto, os índices de inadequação ponderal estão caracterizados pela desnutrição materna, em que ocorre a desnutrição energético-proteico, uma vez que o período gestacional é uma fase em que as necessidades nutricionais estão elevadas, decorrentes de ajustes fisiológicos e do processo de distribuição dos nutrientes para o crescimento fetal.²

A acuidade do pré-natal e o ganho do peso pré-gestacional, podem intervir ao longo do desenvolvimento fetal infantil.³ Dentre as intercorrências assistidas com o ganho de peso inadequado, a prematuridade fator considerado como o contribuinte para a alta taxa de mortalidade neonatal, e o risco de macrossomia fetal de recém-nascidos, associado às mães que apresentam sobrepeso e obesidade, acrescidos de alterações metabólicas e ao desenvolvimento neurológico diminuído.³ Portanto, o controle desta relação, têm proeminência à saúde pública, podendo ser diagnosticados e controlados por meio de assistência do pré-natal adequada, sendo indispensáveis à avaliação do estado nutricional e o ganho de peso gestacional.⁴

O avanço da obesidade, tem despertado interesse de saúde pública, onde o aumento da incidência durante o período da gestação acarreta em riscos, repercussões futuras materno-infantil. Estudos apontam como causa da obesidade, o ganho de peso ponderal excessivo, contudo a macrossomia fetal, baixo peso ao nascer o principal determinante da mortalidade infantil, hemorragias entre outros.⁵

Todavia, realces científicos visam a adequação do estado nutricional materno como um fator modificável a intervenções nutricionais. Segundo o Institute of Medicine,⁶ o ganho de peso para mulheres com sobrepeso é de: 7 a 11,5kg e, 5 a 9kg com obesidade sem aumentar o tecido adiposo materno, assegurando que para mulheres eutróficas, associado ao excelente resultado, o ganho de peso pode variar de 11 a 16kg, durante a gestação.⁶

A média do ganho ponderal materno, fica estabelecida em 12kg; assim torna-se indispensável o controle de ganho de peso, durante a gestação, relacionado ao peso pré gestacional. Sendo assim, mostram que a relação do ganho adequado materno, se correlacionam aos resultados fetais, satisfatórios.⁷ Sendo reconhecido como um método indispensável na avaliação de ganho de peso, utilizado como determinante, o índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional, recomenda o ganho de peso adequado durante a gestação.⁸

O crescimento fetal, bem como o peso ao nascer sofrem contudo modificações genéticas e vários fatores reguladores e moduladores que estão inter-relacionados pelas condições sociais e ambientais, nas quais a mãe está exposta. A qualidade de atenção que a gestante recebe durante este período, considerando o seu estado nutricional, visa diminuir os fatores de risco e manter o bem estar da mãe e do bebê.⁹

Dentro da preocupação em adequar a nutrição e crescimento desde a vida intrauterina, para o conforto e

bem estar materno e infantil, a assistência pré-natal deve propiciar o diagnóstico nutricional precoce e promover a correção nutricional, bem como evitar os desvios do crescimento fetal.¹⁰

MATERIAIS E MÉTODO

Estudo epidemiológico de corte transversal, envolvendo gestantes que tiveram controle pré-natal e parto no município de Candelária - RS, no período de janeiro a abril de 2016. A abordagem metodológica adotada para a realização desta pesquisa foi quantitativa, descritiva com análise documental.

Foram envolvidas todas gestantes (169) e recém-nascidos cadastrados no Sistema de Informação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), no período de janeiro a abril do ano de 2016. A coleta de dados foi realizada por meio da busca no sistema SISPRENATAL, da Secretaria Municipal de Saúde do município e foram utilizadas informações das bases de dados vitais do Ministério da Saúde do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) referente os anos de 2015 e 2016.

As variáveis do perfil materno utilizadas foram: idade, idade gestacional, peso pré gestacional (kg), peso atual (kg): aferido na consulta do pré-natal, altura. As análises: índice de massa corpórea (IMC) pré gestacional (kg/m²), como variável classificatória dos 4 grupos de estudo: gestantes desnutridas, eutróficas, sobrepeso e obesas, unificando, neste estudo, sobrepeso e obesidade em excesso de peso.

Dos recém-nascidos, foram estudadas as seguintes variáveis: idade gestacional (IG) em semanas ≥ 37 semanas, não relacionando os nascidos com prematuridade; sexo; peso ao nascer sendo classificados como baixo peso, o recém-nascido com peso de nascimento menor que 2500 gramas e macrossômico aquele com peso ao nascer de 4000 gramas ou mais. O peso ao nascer foi classificado segundo os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS)³ em: baixo peso (RN com peso entre 2.500 e 2.999 g), peso adequado (RN com peso entre 3.000 e 3.999 g) e excesso de peso ou macrossomia (RN com 4.000 g ou mais).

Os dados foram analisados em distribuição contínua ou discreta. A análise descritiva dos dados incluiu a média, o desvio padrão e a variação. A associação entre as variáveis maternas (IMC pré-gestacional, e peso gestacional) e o peso do RN foi analisada pelo teste de correlação de *Pearson e Chi-Square*.

O teste t pareado foi utilizado para análises da média do IMC, ganho de peso ponderal e peso ao nascer, entre os grupos. Os dados obtidos foram analisados pelo *software* estatístico *Statistic 19.0*, o nível de significância foi de 5% ($p < 0,05$).

Foi solicitada autorização para a realização do estudo à Secretaria de Saúde do Município de Candelária, RS cujo, projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Santa Cruz do Sul UNISC, protocolado sob o nº 54301715.6.0000.5343.

RESULTADOS

Das 169 mulheres avaliadas, 59,2% realizaram o

pré-natal, no posto central do município e 40,8% nas estratégias da saúde da família localizadas nos bairros. A idade das entrevistadas variou de 15 a 44 anos, com uma média de $25,70 \pm 6,73$ anos e a altura média foi de $1,58 \pm 0,07$. A idade gestacional variou de 23 a 40 semanas, sendo a média de $31,13 \pm 8,06$. Constituindo 70,2% (n=118) das gestantes acompanhadas no terceiro trimestre, 28% (n=47) no segundo trimestre e 1,8% (n=3) no primeiro trimestre.

A análise do estado nutricional materno, diferiu significativamente entre os grupos ($p < 0,002$). No período pré gestacional o estado nutricional apontou excesso de peso 50,9% seguido de eutrofia em 47,3%. Já, no período da gestação, o estudo evidencia um incremento no baixo peso 13,6% e uma redução na eutrofia 36,7% e excesso de peso 49,7% (Tabela 1).

A correlação do período pré-gestacional de peso (65,53kg) e gestacional (72,68kg) manteve a probabilidade de significância em ($p < 0,0001$) (Figura 1).

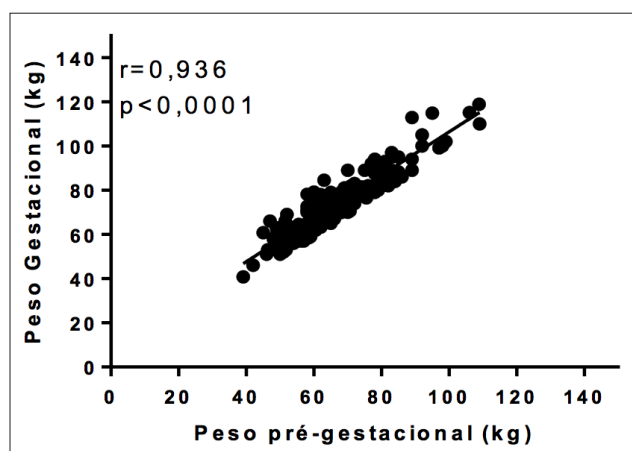


Figura 1 - Descrição da correlação de peso pré-gestacional e gestacional das gestantes do município de Candelária, 2016.

O estudo evidenciou uma associação significativa entre o estado nutricional materno e o peso do recém-nascido ($p = 0,007$) (Figura 2). Houve associação estatisticamente entre o estado nutricional ao início ($p = 0,001$) e ao final da gestação ($p = 0,001$) com o peso ao nascer, bem como o peso inicial e final materno com o peso ao nascer ($p = 0,028$).

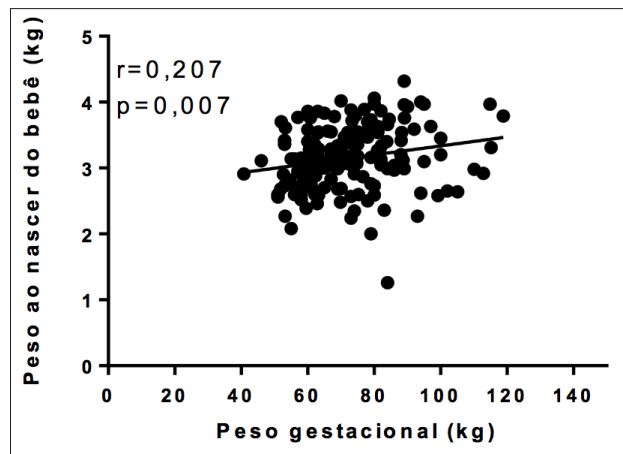


Figura 2 - Descrição do peso gestacional e peso ao nascer dos bebês do município de Candelária, RS, 2016.

Quanto ao estado nutricional dos neonatos, 56,8% (n=96) eram do sexo feminino; 43,2% (n=73) do sexo masculino, sendo assim 36,69% obtiveram o peso ao nascer adequado, 13,60% baixo peso e 49,71% excesso de peso. A incidência de recém-nascidos de baixo peso (< 2.999 g) com o índice de massa corporal, durante a gestação foi de 33,1%, assim distribuídas: 23,21% das gestantes com baixo peso; 37,5% eutróficas; 39,29% com excesso de peso (Tabela 2).

Tabela 1 - Evolução do estado nutricional das gestantes. Candelária - RS, Brasil, 2016.

Variáveis	IMC pré gestacional		IMC pré gestacional	
	Frequência	Percentual (%)	Frequência	Percentual (%)
Baixo peso	3	1,8	23	13,6
Eutrófico	80	47,3	62	36,7
Excesso de Peso	86	50,9	84	49,7
Total	169	100,0	169	100,0

Teste Pearson Chi-Square $< 0,000$.

Tabela 2 - Perfil gestacional associado a dados dos recém-nascidos do município de Candelária, RS, 2016.

Variável	Peso ao nascer			Total	p
	< 2.999 g	> 2.999 g < 3.999	> 3.999		
IMC Pre Gestacional	Número	Número	Número	Número	
Baixo peso	0	3	0	3	
Eutrófico	31	47	2	80	
Excesso de Peso	25	56	5	86	0,050
Total	56	106	7	169	
IMC Gestação	Número	Número	Número	Número	
Baixo peso	13	10	0	23	
Eutrófico	21	37	4	62	
Excesso de Peso	22	59	3	84	0,037
Total	56	106	7	169	

Teste Pearson Chi-Square $e < 0,050$

A Macrossomia (peso ao nascer $\geq 4000\text{g}$) ocorreu em 4,14% da amostra estudada ($n=07$), com a seguinte distribuição: excesso de peso 6%, e 6,45% em gestantes eutróficas.

DISCUSSÃO

O ganho de peso materno, quando controlado durante a assistência pré-natal, possibilita a recuperação das gestantes desnutridas e a redução considerável do risco de nascimento de crianças com baixo peso.

A identificação do estado nutricional das gestantes é bastante útil para ressaltar aspectos da saúde materno-infantil do município e possibilitar a elaboração das políticas de prevenção e programas de saúde mais eficazes, apontando à sensibilização para os efeitos nocivos de um estado nutricional inadequado na saúde da mãe e do bebê.

Em relação à caracterização da amostra, o presente estudo revelou que a idade das gestantes variou entre 15 e 44 anos, com uma média de 25,7 anos ($DP\pm 6,73$), enquanto que o estudo de Cecatti et al.,¹¹ realizado com 338 gestantes na cidade de Portugal tiveram idades compreendidas entre 15 e 39 anos, sendo a média de 29,0 anos ($DP\pm 5,2$) e o peso do recém-nascido $<2500\text{g}$ em 16,0% e $>4000\text{g}$, permanecendo em 3% da população estudada, contudo esse estudo demonstrou que no município de Candelária - RS, ocorreu 33,13% de recém-nascidos com baixo peso e 4,14% com macrossomia.

Sendo assim, analisa-se que, quanto à idade da mãe e ao estado nutricional pré e gestacional, a morbidade perinatal relaciona-se ao baixo peso ao nascer e a prematuridade, uma vez que estes desvios podem ser controlados mediante uma identificação do início de gestação e a uma assistência de pré-natal adequada.¹²

Sobre o estado nutricional inicial das gestantes, o presente estudo evidenciou uma prevalência de excesso de peso 49,7% ($n=84$), comparado ao estudo de Melo et al.,¹ em índice diminuído de 27% de 115 gestantes atendidas pelo Programa de Saúde da Família do município de Campina Grande, PB. Notou-se que a prevalência de desnutrição foi de 13,6%, menor do que a localizada por Melo et al.,¹ com 23%.

Em relação ao estado nutricional, durante a gestação, constatamos que houve um aumento de 11,8% no número de gestantes com baixo peso, ou seja, o número de gestantes com baixo peso comparado com o estado nutricional inicial dobrou, enquanto que em relação ao ganho de peso excessivo, foi verificado que o índice de gestantes com sobrepeso e obesidade diminuíram cerca de 1,2%, em um estudo realizado no Sul do Brasil por Drehmer et al.¹³

As mulheres identificadas, com baixo peso no IMC pré-gestacional, tiveram o ganho de peso insuficiente e mulheres com peso adequado ou sobrepeso em maior proporção ao ganho de peso excessivo, ocorreram em 66,2%. Contudo, em controversas no município de Candelária - RS, houve maior incidência ao aumento do índice de baixo peso nas gestantes do excesso de peso isso quando comparado com estado nutricional inicial.

Entretanto, as análises dos resultados indicam que a obesidade gestacional apresenta riscos para a mãe

e a criança. Ressalta-se que na amostra estudada, os índices apontam em grandes proporções o estado nutricional da mãe, em relação ao peso do bebê, em que os índices mostram que em gestantes eutróficas e com o excesso de peso interferem no peso do bebê ao nascer, em $>2,999\text{g}$; conseqüentemente em bebês com macrossomia apontam que, 4,1% das crianças apresentaram macrossomia, enquanto que para Carvalhaes et al.,¹⁴ a prevalência na população estudada foi de 5,1%.

No entanto, apesar de possuir uma população com características semelhantes às populações dos estudos mencionados, existem fatores que fazem com que essa amostra possua um perfil nutricional distinto das demais; este que, caracteriza um maior número de gestantes com baixo peso, durante a gestação, em relação ao IMC pré-gestacional. Encontra-se ainda, elevada a taxa de excesso de peso; o que poderia ser explicado pelo estado nutricional pré-gestacional, em que iniciaram eutróficas, partindo ao excesso de peso, no período da gestação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos pela pesquisa na rede pública de saúde, evidenciam que o estado nutricional da mãe, avaliado pelo IMC pré-gestacional, gestacional e o ganho de peso gestacional apontado pelo índice, influenciam o peso e o estado nutricional dos recém-nascidos. A maioria das puérperas apresentou um perfil gestacional inadequado nos dois períodos da pesquisa, sendo que, no período gestacional, o estudo revela altos índices de desnutrição e manutenção do peso.

Estes dados são achados importantes, salvo que é plausível aprimorarmos o perfil gestacional por sequencia o estado nutricional do recém-nascidos com a assistência pré-natal adequada, envolvendo uma equipe multidisciplinar, tornando-se indispensável a implantação de ações efetivas para a promoção e o monitoramento do estado nutricional adequado, em início do pré-natal.

REFERÊNCIAS

1. Melo ASO, Assunção PL, Gondim SSR, Carvalho DF, Amorim MMR, D'Aquino BMH et al. Estado nutricional materno, ganho de peso gestacional e peso ao nascer. *Rev Bras Epidemiol* 2016;10(2):249-57.
2. Nomura RMY, Paiva LV, Costa VN, Liao AW, Zugaib M. Influência do estado nutricional materno, ganho de peso e consumo energético sobre o crescimento fetal, em gestações de alto risco. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2012;34(3):107-12. doi: 10.1590/S0100-72032012000300003.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
4. Berglund SK, García-Valdés L, Torres-Espinola FJ, Segura MT, Martínez-Zaldívar C, Aguilar MJ, Agil A, Lorente JA, Florido J, Padilla C, Altmäe S, Marcos A, López-Sabater MC, Campoy C. Maternal, Fetal and Perinatal Alterations Associated with Obesity, Overweight and Gestational Diabetes: An Observational Cohort Study (PREOBE). *BMC Public Health* 2016;16(2016):207. doi: 10.1186/s12889-016-2809-3.

5. Rojas PFB, Carminatti APS, Hafemann F, Stein AC, Francisco CC. Fatores maternos preditivos de baixo peso ao nascer: um estudo caso-controle. *Arq Catarin Med* 2013;42(1):68-75.
6. Rasmussen KM, Yaktine AL. *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*. Washington (DC): National Academies Press (US), 2009.
7. Williamson CS. Nutrition in pregnancy. *British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin* 2006;31:28-59.
8. Mahan LK, Escott-Stump S, Raymond JL. Krause: alimentos nutrição & dietoterapia. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Saunders, 2010.
9. Lima GSP, Sampaio HAC. Influência de fatores obstétricos, socioeconômicos e nutricionais da gestante sobre o peso do recém-nascido: estudo realizado em uma maternidade em Teresina, Piauí. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant* 2004(3):253-61.
10. Francisqueti FV, Rugolo LMSS, Silva EG, Peraçolli JC, Hirakawa HS. Estado nutricional materno na gravidez e sua influência no crescimento fetal. *Rev. Simbio-logias* 2012;5(7):74-86.
11. Cecatti JG, Faúndes A, Surita FGC, Aquino MMA. O Impacto da Idade Materna Avançada sobre os Resultados da Gravidez. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet* 1998;20(7):389-94.
12. Fleming RA. Cidade Universitária-Barão Geraldo. Idade materna: resultados perinatais e via de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2009;31(7):321-5.
13. Drehmer M, Camey S, Schmidt MI, Olinto MTA, Giacomello A, Buss C, Melere C, Hoffmann J, Manzolli P, Soares RM, Ozcariz S, Nunes MAA. Socioeconomic, demographic and nutritional factors associated with maternal weight gain in general practices in Southern Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2010;26(5):1024-34. doi: 10.1590/S0102-311X2010000500024.
14. Carvalhaes MABL, Gomes CB, Malta MB, Papini SJ, Parada CMGL. Sobrepeso pré-gestacional associa-se a ganho ponderal excessivo na gestação. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2013;35(11):523-9. doi: 10.1590/S0100-72032013001100008.
15. Sato APS, Fujimori E. Nutritional status and weight gain in pregnant women. *Rev Latino-Am Enfermagem*.2012;20(3):462-8.
16. Santos KCR, Muraro LO, Witkowski MC, Breigeiron MK. Ganho de peso gestacional e estado nutricional do neonato: um estudo descritivo. *Rev. Gaúcha Enferm* 2014;35(1):62-9. doi: 10.1590/1983-1447.2014.01.42783.

Como citar: SANTOS, Bianca Bernhard dos; COUTO, Analié Nunes; WICHMANN, Francisca Maria Assmann. *Estado nutricional de idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde do município de Candelária/RS. Cinergis, Santa Cruz do Sul, v. 17, out. 2016. ISSN 2177-4005. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/8155>>. Acesso em: 11 out. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v17i0.8155>.*

ARTIGO ORIGINAL

Presença da fisioterapia preventiva no contexto escolar: educação e prevenção em saúde

Preventive physiotherapy in school context: health education and prevention

Kamila Mohammad Kamal Mansour,¹ Patrícia Oliveira Roveda¹

¹Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

Recebido em: 23/07/2016 / Aceito em: 26/09/2016 / Publicado em: 18/10/2016
kamilamkmansour@gmail.com

RESUMO

Objetivo: este estudo tem por finalidade explicitar as ações da fisioterapia nas escolas, analisando alguns dos dados coletados durante uma das práticas da disciplina, em escola privada do município de Santa Cruz do Sul-RS. **Método:** estudo de caráter descritivo, foi composto por 206 estudantes, com idades entre 6 e 10 anos, de ambos os sexos, sendo alunos do 1º ao 4º ano do Ensino Fundamental, distribuídos em 11 turmas, de uma escola privada. A abordagem consistiu na "Educação Postural" no ambiente escolar e nas atividades de vida diárias, aplicação de um questionário de múltipla escolha que englobava a avaliação do aspecto biopsicossocial do aluno. Foi feita a avaliação postural estática, assim como da postura de cada escolar frente ao mobiliário em sala de aula, através de análise observacional individual, sendo realizada a pesagem dos alunos, das mochilas e o ajuste das mesmas também foi realizada. **Resultados:** a amostra foi composta por 206 estudantes do 1º ao 4º ano do Ensino Fundamental, com idade entre seis e 10 anos, de ambos os sexos. Os achados provenientes do questionário nos forneceram informações acerca da realidade de vida de cada aluno avaliado. Em relação às avaliações posturais realizadas, foram evidenciados quatro casos de escoliose em "C" na coluna lombar e um em "S", já na coluna torácica foram encontrados sete casos de escoliose em "C". O mobiliário se mostrou inadequado para a maioria dos estudantes e em relação ao peso das mochilas, 148 delas estavam acima dos 10% do peso corporal do aluno. **Considerações finais:** existe um vasto campo de atuação para a Fisioterapia Preventiva, dentre eles, a avaliação e intervenção na saúde na escola. As metodologias utilizadas na disciplina para esta prática possibilitaram o

aprendizado e a [re]significação da prevenção na Fisioterapia, uma profissão fortemente enraizada na reabilitação.

Palavras-chave: Saúde Escolar; Fisioterapia; Promoção da Saúde; Educação em Saúde.

ABSTRACT

Objective: the aim of this study was to explicit the physiotherapy actions in schools, analyzing some of the data collected during one of the practical classes of the discipline in a private school set in Santa Cruz do Sul-RS. **Method:** descriptive study whose sample was composed by 206 students from 11 classes from elementary school, all of them from the same private school. The approach consisted of "Postural education" at school and in daily life activities, application of a multiple choice questionnaire that assessed the biopsychosocial aspects of the schoolchild. We also assessed the static posture and the posture of each student using the furniture in the classroom through individual observational analysis. The weighing of students, backpacks and their adjusting was also performed. **Results:** the sample consisted of 206 students, aged six to 10 years, of both genders, from 1st to 4th grade of elementary school. The findings from the questionnaire provided us with information about the quality of life of each student assessed. In the postural evaluations we found four cases of scoliosis in "C" in the lumbar spine and one in "S", as in the thoracic spine we have found seven cases of scoliosis in "C". The furnishings showed inadequate for most students and regarding the weight of backpacks, 148 of them were above 10% of the body weight of the student. **Closing remarks:** there is a vast field of action for Preventive Physiotherapy, including the assessment

and intervention in health at school. The methodologies used in practice of the discipline enabled the learning and the [re] significance of prevention in physiotherapy, a profession deeply rooted in rehabilitation.

Keywords: *School Health; Physiotherapy; Health Promotion; Health Education.*

INTRODUÇÃO

A escola é um importante local para o encontro entre saúde e educação, proporcionando diversas possibilidades de ações de cuidado e prevenção como: ações de diagnóstico clínico e/ou social, estratégias de triagem e/ou encaminhamento aos serviços de saúde, especializados ou de atenção básica, além de atividades de educação em saúde e promoção da saúde que podem ser amplamente realizadas.¹

Os primeiros anos de vida escolar são fundamentais para agregar e automatizar bons hábitos, dentre eles os posturais, sendo de grande importância a estimulação e execução adequadas das atividades de vida diária, visando a promoção da saúde cinético-funcional dos escolares.² A atuação em todos os níveis de atenção em saúde, como em programas de prevenção, promoção, manutenção, proteção e recuperação da saúde está entre as competências e habilidades na formação do Fisioterapeuta.³

A fisioterapia, em ambiente escolar, vem atuando de maneira preventiva, através da educação em saúde, com o foco nos hábitos posturais. Os programas propostos para tal população demonstram estar repercutindo positivamente nas práticas de vida diária dos mesmos.⁴⁻⁶

A disciplina de Fisioterapia Preventiva na Comunidade II do Curso de Fisioterapia na Universidade de Santa Cruz do Sul tem como objetivo despertar e estimular a importância da prevenção, proporcionando ao discente, uma atuação fisioterápica preventiva nos diferentes locais da comunidade em que está inserido, capacitando o aluno a identificação e aplicação de métodos fisioterápicos preventivos mais adequados na comunidade.

Este estudo objetivou explicitar as ações da fisioterapia nas escolas, analisando alguns dos dados coletados, durante uma das práticas da disciplina em uma escola privada do município de Santa Cruz do Sul-RS.

MÉTODO

O estudo de caráter descritivo, foi composto por 206 estudantes, com idades entre 6 e 10 anos, de ambos os sexos, sendo alunos do 1º ao 4º ano do Ensino Fundamental, distribuídos em 11 turmas, de uma escola privada. Tal atividade consistiu em atividade integrante da disciplina de Fisioterapia Preventiva na Comunidade II.

Através das aulas práticas da disciplina de Fisioterapia Preventiva na Comunidade II, acadêmicos e docente estiveram em escolas públicas e privadas da cidade de Santa Cruz do Sul, sendo este um estudo descritivo, cuja amostra foi composta por escolares distribuídos em 11 turmas do Ensino Fundamental, todos de uma mesma escola privada. Todos os alunos que compareceram à aula foram avaliados, não havendo

critérios específicos de inclusão ou exclusão, pois a ida à escola foi de caráter investigativo e preventivo. Todos os procedimentos foram realizados no mesmo dia.

A primeira ação, diretamente com os escolares, foi o uso de diferentes estratégias com o intuito de promover a “Educação Postural” no ambiente escolar e nas atividades de vida diárias. Dentre as estratégias utilizadas destacamos: a palestra interativa, uso de jogos de fixação/memória, elaboração de cartazes, distribuição de folders, cruzadinhas, jogo de tabuleiro, entre outras. Em seguida, foi aplicado um questionário de múltipla escolha que englobou a avaliação do aspecto biopsicossocial do aluno. Dando continuidade à intervenção foi realizada a avaliação postural estática, a postura de cada escolar frente ao mobiliário em sala de aula, através de análise observacional individual bem como foi realizada a pesagem dos alunos, das mochilas e o ajuste das mesmas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observou-se, de modo bastante positivo, a interação e interesse dos escolares, durante a realização das diferentes estratégias de Educação Postural, cujo relato de experiência evidenciou a importância desta ação.

Borba e Melo⁷ propõem trabalhar com os escolares de forma lúdica, por meio de jogos e brincadeiras como forma de estimular a imaginação e o raciocínio, possibilitando o desenvolvimento da curiosidade, criatividade e autonomia. Estas estratégias promovem o desenvolvimento intelectual, agindo diretamente na psicomotricidade e no raciocínio da criança, garantindo a construção e aquisição de conhecimentos. Já Cardoso et al.⁸ comparou a efetividade de histórias em quadrinhos e do teatro de fantoches na aprendizagem de hábitos posturais em escolares. Na avaliação, após dois meses da intervenção educativa, constatou-se que as duas formas são efetivas para ensinar e fixar conceitos sobre os hábitos posturais corretos. Conforme explanado na metodologia deste trabalho, muitas destas estratégias/ações, citadas pelos autores, foram efetivadas na escola, pois através do brincar, compartilhamos o conhecimento teórico aos educandos.

O questionário biopsicossocial, construído pelos alunos da disciplina, foi respondido a partir dos alunos do 2º ano, com auxílio dos acadêmicos da Fisioterapia, totalizando a análise de 150 estudantes, justificando a importância de se investigar aspectos biopsicossociais mencionamos Suls e Rothman⁹ que afirmam que é fundamental que o modelo biopsicossocial contemple os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais dos alunos. Outro estudo, proposto por Ferrari et al.¹⁰ através de um projeto de educação de adolescentes para a promoção da saúde e prevenção de doenças, utilizou o diagnóstico biopsicossocial em alunos de 14 a 19 anos, descobrindo-se que, dentre outros aspectos, estes alunos possuíam alimentação inadequada, baixa autoestima, sedentarismo e que utilizavam tabaco, álcool e outras drogas. Nosso questionário abrangeu os quatro aspectos supramencionados, com o propósito de identificar o cenário em que se encontram os educandos avaliados.

O questionário utilizado no presente estudo avaliou o deslocamento até a escola, em que 93,19% chegam

ao seu destino via ônibus/van/carro; quanto à alimentação 98,65% se alimentam antes de irem à escola; 46,97% dos estudantes dormem em torno de 9 a 10 horas; 51,33% dos alunos já tiveram alguma orientação postural; 34,4% já fizeram algum tratamento médico ou fisioterapêutico. Quanto à presença de dor ou desconforto físico, 62,41% assinalou a opção “às vezes”, sendo a região da coluna lombar a mais mencionada. Os indivíduos apresentaram preferência para dormir em decúbito lateral. Na questão referente a gostar de ir para a escola, 97,35% assinalaram que “sim”; sobre o tipo de atividade extracurricular mais praticada, os alunos responderam assinalando mais de uma opção, resultando nas seguintes respostas: 57 alunos (28%) “computador/videogame/televisão”, 85 alunos (41%) “prática de esportes” e 46 (22%) a opção “outros”.

Santos,¹² ao investigar a prevalência de dor na coluna e a associação desta com os hábitos posturais de vida diária em escolares do Ensino Fundamental II, na cidade de Campina Grande-PB constatou que a prevalência de dor na coluna foi de 49,5%, sendo a região torácica a mais acometida (19,4%), dados que corroboram, parcialmente, com o presente trabalho. Já, Lemos et al.¹¹ avaliou a ocorrência de dor lombar e fatores associados em estudantes de 7 a 17 anos, e assim como realizado durante nossa prática, sua intervenção foi feita em uma escola privada e a avaliação da dor foi avaliada através de questionário.

Quanto às avaliações estáticas da postura, foram avaliados 82 escolares, tendo sido observado anteriorização de ombro em 46,34% dos casos e o valgo de joelho em 28,04%. Espandar et al.¹³ em seu artigo de revisão observou que o joelho varo e o joelho valgo são deformidades angulares comuns durante a infância, mas geralmente trazem preocupações para os pais. Essas deformidades de natureza benigna representam variações normais do crescimento e desenvolvimento da criança, não necessitando de tratamento, apenas observação por parte dos profissionais da saúde.

Dentre os alunos avaliados foram encontrados quatro casos de escoliose em “C” na coluna lombar e um em “S”, já na coluna torácica, foram encontrados sete casos de escoliose em “C”. Badaró et al.¹⁴ ressaltam que existe uma grande diferença na prevalência da escoliose devido à variabilidade dos critérios utilizados para o seu diagnóstico. Acredita-se que isso se deve ao fato de haver uma falta de critérios para diferenciar atitude escoliótica, escoliose postural e escoliose estrutural. Como a intervenção na escola foi pontual, não foi realizado estudo para diferenciar as curvaturas encontradas.

Sobre a avaliação do estudante no mobiliário, 37 deles não conseguiam manter a coluna alinhada ao encosto da cadeira, como também manter os ante pés apoiados no chão. A maioria deles (78,04%) não conseguiam manter os pés com toda a planta apoiada no chão quando solicitado para sentarem corretamente, sendo fatores que predispõe a ocorrência de alterações posturais.

O uso contínuo de mesas e cadeiras inadequadas por escolares favorece a má postura, pela falta de apoio lombar e apoio para os pés. Mesas muito baixas ou cadeiras altas demais, levam a uma inclinação anterior da cabeça e do tronco para a execução das tarefas, au-

mentando a pressão no disco intervertebral, enquanto que mesas muito altas ou cadeiras muito baixas levam a um deslocamento lateral dos braços, movimentando o centro de massa lateralmente.¹⁵

Tanto o mobiliário inadequado quanto à estatura do estudante e a má postura dos mesmos, mantida durante o turno escolar, são fatores geradores de dor, relação também encontrada neste estudo. Uma solicitação dos alunos entrevistados foi a aquisição de cadeiras estofadas, para oferecer maior conforto e a melhoria da altura das cadeiras, conforme estatura.

Meireles et al.,¹⁶ ao observarem a influência de dois modelos diferentes de carteiras escolares na postura de alunos da rede pública da cidade de Cajazeiras, constatou que os dois modelos de assentos adotados pelas instituições têm sido comprometedores à saúde do estudante, pois foi alta a prevalência de alterações posturais frente ao mobiliário, mais de 90% dos escolares apresentou desvios.

Pouco mais da metade dos alunos (51,94%) faz uso de mochila de duas alças; a maioria deles relata que apenas leva para a escola o material realmente necessário (68,05%) e 47,08% relata que não considera sua mochila pesada. Mesmo com a falta de um valor de referência exato para o peso das mochilas escolares, a grande parte dos profissionais consente que elas não devem exceder 10% da massa corporal do aluno.¹⁷ De um total de 206 mochilas pesadas, 148 delas estavam acima dos 10% recomendados, o que equivale a 71,84% da população escolar avaliada.

No momento da pesagem, todos os alunos foram orientados em relação ao modo correto de usar a sua mochila. O ideal é que as mochilas escolares possuam duas tiras largas e acolchoadas para os ombros, acolchoamento posterior e cinto abdominal, regulada para que fique na altura da cintura, terminando no início da região glútea. No caso das mochilas de rodinha, a alça do carrinho deve estar a uma altura apropriada ao tronco ereto ao puxá-la. A respeito da organização dos materiais dentro das mochilas, orientamos para que os materiais mais pesados devem ser colocados mais próximos das costas, concentrando os objetos mais pesados no centro das mesmas.¹⁸

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existe um vasto campo de atuação para a Fisioterapia Preventiva, dentre eles a avaliação e intervenção na saúde na escola tendo o presente estudo avaliado os escolares. Durante a prática, após transposto e compartilhado o conteúdo, prioritariamente, referente à Educação Postural de forma lúdica e de acordo com a faixa etária, produzindo um retorno positivo através da receptividade e curiosidade manifestada durante as atividades. De qualquer modo, ficaram evidentes os problemas encontrados no ambiente escolar, que podem trazer uma série de problemas de saúde. As metodologias utilizadas na disciplina para esta prática possibilitaram o aprendizado e a [re]significação da prevenção na Fisioterapia, uma profissão fortemente enraizada na reabilitação.

REFERÊNCIAS

1. Casemiro JP, Fonseca ABC, Secco FVM. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. *Ciênc Saúde coletiva* 2014;19(3):829-40. doi: 10.1590/1413-81232014193.00442013
2. Noll M, Candotti CT, Vieira A. Escola postural: revisão sistemática dos programas desenvolvidos para escolares no Brasil. *Movimento* 2012;18(4):265-291.
3. Brasil. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia [Internet]. Brasília: Conselho federal de educação; 19 fev. 2002. [acessado em 11 jul. 2016]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/component/content/article?id=12991>
4. Fernandes SMS, Casarotto RA, JOAOSMA. Efeitos de sessões educativas no uso das mochilas escolares em estudantes do ensino fundamental I. *Rev Bras Fisioter* 2008;12(6):447-453. doi: 10.1590/S1413-35552008005000002.
5. Benini, J, Karolczak, APB. Benefícios de um programa de educação postural para alunos de uma escola municipal de Garibaldi, RS. *Fisioterapia e Pesquisa* 2010;17(4):346-351. doi: 10.1590/S1809-29502010000400012.
6. Vieira A, Treichel TL, Candotti CT, Noll M, Bartz PT. Efeitos de um Programa de Educação Postural para escolares do terceiro ano do Ensino Fundamental de uma escola estadual de Porto Alegre (RS). *Fisioterapia e Pesquisa* 2015;22(3):239-245. doi: 10.590/1809-2950/13228322032015.
7. Borba VR de Souza, Melo LS. O lúdico como possibilidade de intervenção no desenvolvimento biopsicossocial da criança no espaço escolar. *Nucleus* 2010;7(2):9-16. doi: 10.3738/nucleus.v7i2.371.
8. Cardoso ARNR, Vasconcelos TB de, Josino JB, Arcanjo GN. Ensino de hábitos posturais em crianças: história em quadrinhos versus teatro de fantoches. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* 2014;27(3):319-326. doi: 10.5020/18061230.2014.p319.
9. Suls J, Rothman A. Evolution of the Biopsychosocial Model: Prospects and Challenges for Health Psychology *Health Psychology* 2004;23(2):119-125. doi: 10.1037/0278-6133.23.2.119.
10. Ferrari CKB, Nery LD, Kopp MT, Santos DF, Perreira NS, Ferrari GSL, Barcelos FA, Gonçalves JS, Costa RJ. Saúde na escola: educação, saúde e inclusão em adolescentes brasileiros. *Revista sobre la infancia y la adolescência* 2013;4:78-90. doi: 10.4995/reinad.2013.1262.
11. Santos AC de S. Prevalência de dor na coluna e sua relação com os hábitos posturais de escolares do ensino fundamental II na cidade de Campina Grande-PB. 2013. 23f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba.
12. Lemos AT, Santos FR dos, Moreira RB, Machado DT, Braga FCC, Gaya ACA. Ocorrência de dor lombar e fatores associados em crianças e adolescentes de uma escola privada do sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2013;29(11):2177-2185. doi: 10.1590/0102-311x00030113.
13. Espandar R, Mortazavi SMJ, Baghdadi T. Angular Deformities of the Lower Limb in Children. *Asian J Sports Med.* 2010;1(1):46-53. doi: 10.5812/asjism.34871.
14. Badaró, AFV, Nichele, LFI, Turra, P. Investigação da postura corporal de escolares em estudos brasileiros. *Fisioterapia e Pesquisa* 2015;22(2):197-204. doi: 10.590/1809-2950/13384622022015.
15. Bracciali LMP, Vilarta R. Aspectos a serem considerados na elaboração de programas de prevenção e orientação de problemas posturais. *Rev Pau Educ Fis* 2000;14(1):16-28
16. Meireles HR, Azevedo JH, Lopes Junior JEG, Figueiredo ADJ. Influência das Carteiras Escolares na Postura de Alunos da Rede Pública do Município de Cajazeiras-PB. *Rev Fisioter Saúde Func* 2013;2(1):35-41.
17. Macedo RB, Silva MJC, Sousa NF, Santos JV, Rodrigues AMM, Cumming SP, Lima AV, Gonçalves RS, Martins RA. Qualidade de vida, peso das mochilas escolares e lombalgia não específica em crianças e adolescentes. *J Pediatr* 2015;91(3):263-69. doi: 10.1016/j.jpeds.2014.08.011.
18. Healthy children. Backpack Safety [internet]. American Academy of Pediatrics; 21 Nov. 2015. [Acessado em 09 jul. 2016]. Disponível em: <https://www.healthychildren.org/English/safety-prevention/at-play/Pages/Backpack-Safety.aspx>

Como citar: MANSOUR, Kamila Mohammad Kamal; ROVEDA, Patricia Oliveira. *Presença da fisioterapia preventiva no contexto escolar: educação e prevenção em saúde*. Cinergis, Santa Cruz do Sul, v. 17, out. 2016. ISSN 2177-4005. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/8063>>. Acesso em: 11 out. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v17i0.8063>.

ARTIGO DE REVISÃO

O ambiente escolar e as ações de promoção da saúde

The school environment and health promotion actions

Analie Nunes Couto,¹ William Vinicius Kleinpaul,¹ Letícia Borfe,¹ Sheila Cristina Vargas,¹ Hildegard Hedwig Pohl,¹ Suzane Beatriz Frantz Krug¹¹Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.Recebido em: 19/08/2016 / Aceito em: 27/09/2016 / Publicado em: 18/10/2016
analiecouto@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: descrever as ações de promoção da saúde (PS) no ambiente escolar e as dificuldades que permeiam estas ações. **Método:** trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter descritivo em publicações disponíveis na literatura científica sobre o tema, sem restrição de data. Utilizou-se pesquisa em sistemas de busca na internet, como o a Biblioteca Virtual em Saúde, com fontes indexadas nas bases de dados SciELO, LILACS, PubMed. Adotaram-se os descritores: Escolas Promotoras de Saúde, Saúde escolar, PS, em português e Health Promoting Schools, School health, Health promotion em inglês. Os artigos foram selecionados pelos títulos e resumos, após, lidos na íntegra e incluídos os com informações sobre o tema. Foram elaboradas categorias temáticas para a discussão dos dados encontrados, articulando-os com referenciais teóricos. **Resultados:** a PS busca fortalecer a ideia de autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais, como um processo social e político, não limitado a abraçar ações direcionadas a fortalecer as habilidades e capacidades dos indivíduos. O ambiente escolar passou a ser reconhecido como apropriado para ações de PS, através de várias iniciativas de Escolas Promotoras da Saúde e do Programa Saúde na Escola, para ampliar os fatores protetores da saúde do escolar. No entanto, têm se destacado ações curativas e assistenciais e, as de PS têm sido confundidas com as de prevenção, influenciadas pelo antigo conceito. As ações apresentam como fragilidade a dificuldade na compreensão do conceito de PS pelos profissionais. **Considerações finais:** a efetividade da PS é um desafio metodológico e político que possibilita gerar conhecimento de programas adaptados à realidade de cada contexto, com vistas à aplicação de metodologia adequada. Para que as ações se concretizem de forma eficiente e permanente, é necessário o comprometimento de todos os envolvidos, propondo o empoderamento da comunidade escolar em atitudes do cotidiano.

Palavras-chave: Saúde na Escola; Promoção da Saúde; Escolas Promotoras de Saúde; Ambiente Escolar; Serviços de Saúde Escolar.

ABSTRACT

Objective: describe health promotion actions (HPA) in the school environment and the difficulties that permeate these actions. **Method:** this is a descriptive literature review in publications available in the scientific literature on the subject, with no date restriction. We surveyed in search engines on the Internet, such as the Virtual Health Library, with sources indexed in databases SciELO, LILACS, PubMed. We adopted the descriptors: Health Promoting Schools and School Health in Portuguese and Health Promoting Schools, School Health, Health promotion in English. The articles were selected by the titles and abstracts, read it fully and included with information on the subject. Themes for discussion of data were developed, linking them with theoretical frameworks. **Results:** HPA seeks to strengthen the idea of autonomy of individuals and social groups, as a social and political process, not limited to embrace actions directed at strengthening the skills and capabilities of individuals. The school environment has to be recognized as suitable for HPA actions through various initiatives Schools of Health Promotion and School Health Program, to extend the protective factors of school health. However, they have been outstanding curative and care actions and the HPA have been confused with the prevention, influenced by the old concept. Actions show how fragile the difficulty in understanding the concept of HPA by professionals. **Closing remarks:** the effectiveness of HPA is a methodological and political challenge that makes it possible to generate knowledge programs adapted to the reality of each context, with a view to the application of appropriate methodology. For the actions to be

realized efficiently and permanently, the commitment of all stakeholders is necessary, proposing to empower the school community in everyday attitudes.

Keywords: *Health in school; Health promotion; Health Promoting Schools; School Environment; School Health Services.*

INTRODUÇÃO

Historicamente, as escolas de ensino representam espaços importantes utilizados para vivências e práticas em saúde. O espaço escolar tem sido utilizado para problematização e análise dos fatores determinantes das condições de saúde e doença, fundamentalmente quanto ao controle e prevenção do adoecimento, de situações de risco e agravos à saúde, através da vigilância epidemiológica e sanitária e assistência clínica-terapêutica, perdurando uma lógica higienista e preventivista.¹

As ações de saúde escolar (ou higiene escolar) ganharam notoriedade a partir do ano de 1889, com ações sanitárias, dadas as precárias condições de vida da sociedade, associadas à ausência de um sistema de saúde pública e a presença de epidemias. Estas foram desenvolvidas com a finalidade da diminuição da incidência de enfermidades. Somente a partir da década de 1950, os programas foram direcionados à saúde na escola com as ações voltadas às questões biológicas das problemáticas relacionadas à educação. Nesse período, havia expressa preocupação com a desnutrição, por ser relacionada como principal causa do fracasso escolar. Do mesmo modo, para justificar o baixo rendimento escolar, na década de 60, os aspectos psicológicos, psiquiátricos, neurológicos e de saúde mental tiveram ênfase.²

A partir da década de oitenta, o ambiente escolar passou a ser reconhecido como apropriado para a promoção da saúde, através de várias iniciativas de Escolas Promotoras da Saúde.³ A Organização Mundial da Saúde define a promoção da saúde como um processo social e político, não limitado a abraçar ações direcionadas a fortalecer as habilidades e capacidades dos indivíduos, mas envolvendo, também, ações dirigidas a mudar as condições sociais, ambientais e econômicas, de forma a amenizar o seu impacto na saúde pública e individual. A promoção parte de uma concepção positiva de saúde, ao estar mais preocupada com o bem-estar geral de pessoas e comunidades, possibilitando o desenvolvimento de uma reflexão crítica por parte dos diferentes atores sociais, uma vez que não adiantam políticas bem intencionadas se são inviabilizadas pela falta de vontade política e pela distribuição desigual de poder.⁴

A promoção da saúde traz, como um dos seus eixos, fortalecer a ideia de autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais, e ao mesmo tempo, perspectivas progressistas, ressaltando a elaboração de políticas públicas intersetoriais, voltadas à melhoria da qualidade de vida das populações.⁵ Preconiza como necessário que os indivíduos ou coletividades sejam capazes de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades, transformar e desenvolver mecanismos de adaptação ao meio ambiente para que tenha saúde, como um recurso para a vida cotidiana. Tem como objetivo desenvolver habilidades pessoais para viver a

vida através do *empowerment*, e como estratégias a constituição de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes sustentáveis, a reorientação dos serviços de saúde, o fortalecimento de ações comunitárias e o desenvolvimento da capacidade individual.⁶

Na Conferência de Adelaide em 1988, a Carta de Compromisso com a Promoção da Saúde identifica cinco campos de ação para a promoção da saúde: construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, desenvolvimento de habilidades, reforço da ação comunitária e reorientação dos serviços de saúde. Ainda, a temática da alimentação e nutrição foi citada como prioridade para a promoção de saúde, preconizando a criação de políticas públicas saudáveis pelos setores governamentais, garantindo ao consumidor acesso rápido a uma comida mais saudável (incluindo os estoques de alimentos em e para hospitais, escolas, abrigos e locais de trabalho).⁷

Através da mudança da concepção de saúde, houve uma modificação também do processo ensino-aprendizagem, levando em consideração suas interfaces, e a possibilidade da construção de uma nova perspectiva de educação e saúde. Foram desenvolvidos programas de saúde escolar, considerando as diferentes representações de concepções sobre saúde e sobre educação, o que contribuiu para refletir em práticas de saúde na escola.⁸

Para o alcance da promoção da saúde e o avanço da consolidação do SUS se fez necessária articulação das ações de saúde com as da educação, modificando a ideia de que a educação está associada apenas à escola, e a saúde somente aos serviços de saúde, superando as práticas isoladas, através de um trabalho integrado. O Ministério da Saúde (MS), por meio da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), com o objetivo de integrar as ações de saúde ao currículo escolar, considerando os questionamentos da educação acerca da efetividade dessas ações e as mudanças conceituais e metodológicas no campo da saúde, recomenda a criação de espaços e ambientes saudáveis nas escolas.^{8,9}

Articulado a isso, foram desenvolvidos programas e projetos indutores de políticas públicas, como os Programas Saúde na Escola e Saúde e Prevenção nas Escolas, a fim de ampliar a prevalência de fatores de proteção para a saúde do escolar.¹⁰ O objetivo deste estudo é descrever as ações de promoção da saúde no ambiente escolar e as dificuldades que permeiam estas ações.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter descritivo em publicações através do conhecimento disponíveis na literatura científica sobre o tema, sem restrição de data, por meio de pesquisa em sistemas de busca na internet, como o a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com fontes primárias indexadas nas bases de dados SciELO, LILACS, PubMed. Adotou-se, para consulta às bases de dados, os seguintes descritores: Escolas Promotoras de Saúde, Saúde escolar, Promoção à saúde, em português e Health Promoting Schools, School health, Health promotion em inglês. Inicialmente, os artigos foram selecionados por meio de seus títulos e resumos, posteriormente os artigos foram lidos na íntegra e incluídos os que possuíam informações sobre

o tema. Após, foram elaboradas categorias temáticas para a discussão dos dados encontrados, articulando-os com referenciais teóricos.

Contextualização das ações de promoção da saúde no ambiente escolar

Em 1995, com o compromisso de incentivar os países-membros da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) houve o lançamento da Iniciativa Regional de Escolas Promotoras de Saúde, a fim de que fossem desenvolvidos programas e ações para favorecer a formação das futuras gerações de jovens. Estas tinham o objetivo de prover competências, destreza e conhecimento necessários à promoção e manutenção da saúde aos jovens, a partir de ações extensivas para a família e comunidade, com características transgeracional e construção de uma cultura de ambientes saudáveis na perspectiva da promoção da saúde.¹¹

O tema promoção da saúde, como inclusão formal pela educação no Brasil, ocorreu no ano de 1996, a partir da aprovação da nova Lei de Diretrizes e Bases (LDB) da Educação Nacional, com a definição do planejamento e disposição da grade curricular e Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) com questões referentes à saúde, ao meio ambiente, à orientação sexual, à ética, à pluralidade cultural, ao trabalho e consumo, e a outros temas importantes.² Para que a escola seja denominada como Escola Promotora da Saúde deve propiciar um ambiente saudável, com relações harmônicas e construtivas, capazes de despertar aptidões e atitudes para a saúde nos participantes, promovendo a criatividade, a participação e a autonomia dos alunos e da comunidade escolar.¹²

As estratégias de saúde escolar devem criar espaços para o planejamento integrado da educação e da saúde, instigando a flexibilização dos currículos escolares com enfoque integral e participativo. A operacionalização de programas que promovam a melhoria da qualidade de vida pode ser incluída em discussões sobre a promoção e educação em saúde nas escolas, a fim de fortalecer a capacidade individual e social ao enfrentamento dos condicionantes da saúde e promover a participação, a autonomia e a criatividade de alunos, funcionários e professores nas discussões sobre a escola e o ambiente escolar.¹³

Para tanto, a concretização de ações de promoção da saúde no contexto escolar está apoiada nos professores. Com um papel de multiplicador de ideias, devem estar capacitados para abordar o conceito de saúde, através do domínio de informações e de estratégias educativas necessárias para a construção integrada do conhecimento preconizado nas Conferências Internacionais, Nacionais e nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN). Torna-se necessário que o professor estimule a discussão de temas atuais, o reforço de habilidades que incentivem a criatividade, autonomia, a curiosidade o desejo de aprender nos alunos, através de metodologias pedagógicas como chave para o aprendizado. Neste processo, inclui-se a participação da comunidade escolar na seleção dos temas a serem trabalhados em sala de aula, através de discussão crítica das relações existentes entre as condições sociodemográficas do entorno, os comportamentos individuais e os riscos para a

saúde. Quando os conteúdos escolares estão a serviço da vida e do bem viver ocorre o sentido do aprendizado e consequentemente a valorização dos processos afetivos e intelectuais.^{12,13}

A OPAS, como estratégia de mobilizar a implantação desse modelo, procurou identificar experiências exitosas nas Américas e Europa, em realizações de concursos, premiou a experiência brasileira da escola municipal do Rio de Janeiro por incluir no projeto político pedagógico questões de saúde.¹⁴ O Brasil apreciou as experiências regionais e locais, no Rio de Janeiro/ RJ, Embú/SP, Maceió/AL, Curitiba/PR e Palmas/TO, por valorizarem os contextos locais, interesses e desejos das comunidades e territórios, relevantes para a produção de conhecimento sobre saúde na escola. Entretanto, não chegou a instituir política de saúde na escola com base na EPS.¹

Posteriormente, o Programa Nacional de Saúde na Escola (PSE), foi instituído por decreto presidencial em 2007, criando cenário favorável ao debate sobre a perspectiva de uma política nacional de saúde na escola como resultado do trabalho integrado entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação.¹⁴ Este programa se propõe articular e integrar os dois setores com ações que buscam melhorar a qualidade de vida dos alunos de escolas de educação básica, tendo por base ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, em articulação com a Estratégia Saúde da Família.²

Diferentemente do proposto pelas escolas promotoras de saúde que tinham ações de promoção da saúde apoiada nos professores, o PSE busca promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes. Procura, ainda, articular as ações da rede pública de saúde com as ações da rede pública de Educação Básica; promover a saúde e a cultura de paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde; contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos e para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar e fortalecer a participação comunitária nas políticas de Educação Básica e saúde, nos três níveis de governo.¹⁵

A adesão dos municípios ao programa acontece a partir da assinatura do Termo de Compromisso entre as Secretarias Municipais de Saúde e de Educação, para então serem determinadas as responsabilidades intersetoriais do PSE, pelos gestores com um conjunto de metas anuais que vinculam as ESF às escolas do território de responsabilidade. Estas metas são de responsabilidade do Grupo de Trabalho Intersectorial Municipal (GTI – M), e monitoradas por intermédio do Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle (SI-MEC). As ações do PSE são desenvolvidas realizadas pelas Equipes da ESF nos territórios, segundo a área de abrangência, o que possibilita o vínculo da educação com os equipamentos públicos da saúde.¹⁶

Neste programa, as equipes de Saúde da Família constituem, junto com a Educação Básica, uma estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a

participação da comunidade escolar. Possui ações com base em cinco componentes: a avaliação das condições de saúde das crianças, adolescentes e jovens das escolas públicas; promoção da saúde e ações de prevenção de doenças e de agravos à saúde; educação continuada e capacitação dos profissionais da educação e da saúde e de jovens; monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes; monitoramento e avaliação do programa. As ações são constituídas a partir da avaliação clínica, promoção da alimentação saudável, avaliação da saúde e higiene bucal, atualização e controle do calendário vacinal dos alunos entre outras.^{1,17}

O Ministério da Saúde compreende que as ações educativas na fase escolar são mais produtivas, uma vez que os escolares são mais receptivos, sendo fundamental se trabalhar saúde na perspectiva da promoção. Nesta fase de vida, o ser humano requer maior atenção pelo processo de crescimento e desenvolvimento físico e psicológico, muitas vezes marcados pela vulnerabilidade. Para isso, se faz necessário desenvolver trabalhos, envolvendo uma equipe multiprofissional, através da interação e troca de conhecimentos, para juntos realizarem estratégias que proporcionem a identificação de problemas aprendizagem e de saúde, assim como ao processo saúde-doença.⁹

Quanto ao desenvolvimento das ações dos profissionais da saúde e de educação no PSE, espera-se que propiciem uma atitude permanente de empoderamento nos estudantes, professores e funcionários das escolas, princípio básico da promoção da saúde. Para isso, se faz necessário desenvolver, em cada um, a capacidade de atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida, a partir da interpretação do cotidiano, tendo como ponto de partida “o que eles sabem” e “o que eles podem fazer”, desenvolvendo a autonomia e as competências para o exercício pleno da cidadania.¹⁵

Entretanto, em alguns municípios, a implementação de políticas sociais com propostas inovadoras e com programas de desenho intersetorial contam com falhas e deficiências e, muitas vezes, não se adequam às prioridades concretas de cada escola. A resistência a mudanças quanto aos modelos de serviço e as burocracias contribuem para o insucesso dessas experiências, devido à predileção pela reprodução de modelos já estabelecidos, sendo a intersetorialidade um objetivo ainda a ser alcançado. Torna-se indispensável à elaboração de planos de estudo que sejam convergentes com as necessidades que apresentam as escolas. Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Promoção da Saúde e o PSE, têm contribuído para a criação de um cenário favorável ao debate acerca de uma política nacional de saúde na escola.^{2,14}

Dificuldades que permeiam a promoção da saúde no âmbito escolar

A proposta de Escolas Promotoras de Saúde (EPS), desenvolvida na década de 1990 com o conceito baseado na Carta de Ottawa, foi tida como um dos desdobramentos do movimento da promoção da saúde, aspirando uma educação voltada para a saúde integral, através da mudança do paradigma tradicional da saúde

escolar. Baseada no estímulo a estilos de vida saudáveis em toda a comunidade escolar, como também o desenvolvimento de um ambiente saudável através de ações de serviços e educação em saúde.²

Entretanto, a efetividade da promoção da saúde é um desafio metodológico e político que possibilita gerar conhecimento de programas adaptados à realidade de cada contexto, com vistas à aplicação de metodologia adequada. Segundo alguns autores, espera-se que os atores que constituem a comunidade educativa possam identificar, controlar ou modificar os fatores que condicionam ou determinam a saúde individual e coletiva, assim como a mudança na percepção da situação de saúde, como resultados de efetividade, após a implantação do programa.^{11,18}

Nessa perspectiva, a partir das novas compreensões sobre a temática Promoção da saúde foram sendo arquitetados programas de saúde escolar ao longo das décadas. Porém, as ações que têm se destacado são as ações curativas e assistenciais e as ações de promoção têm sido confundidas com as de prevenção, por mais que o conceito de saúde tenha sido ampliado, não conseguindo se desvencilhar das influências do antigo conceito.² Estes problemas específicos são pautados também na necessidade de superação dos modelos tradicionais de ensino, que dão prioridade para a transmissão de conteúdos de forma acrítica, sem evidenciar as contradições ou dúvidas que colaboram para o avanço do conhecimento.¹⁹

As principais barreiras apontadas ao desenvolvimento das escolas promotoras de saúde foram a infraestrutura inadequada ou insuficiente; a escassez de recurso humano e financeiro; a dificuldade em trabalhar intersetorialmente; a precariedade do apoio político como elemento central nos programas públicos.¹¹ Hernandez,²⁰ ao realizar estudo sobre o desenvolvimento das Escolas Promotoras de Saúde colombianas identificou que das 32 escolas estudadas, duas não apresentaram nenhum resultado em relação ao aspecto organizacional da estratégia proposta. Apontou como dificuldades a não facilitação por parte de alguns componentes na organização e no funcionamento da equipe gestora, assim como, mudanças de local de trabalho ou retiro laboral do corpo docente e gestor, durante a execução do projeto. Ainda, Gutierrez e Gomez²¹ apontaram como fatores limitantes do programa de intervenção a falta de recursos na execução dos processos e a falta de compromisso da Secretaria de Educação, assim como o desinteresse de alguns pais na participação das atividades propostas, reforçando a importância da união social nos processos de transformação.

No tocante à política de saúde escolar, o PSE apesar de propor uma atuação que rompe com o caráter puramente assistencialista das ações, através de propostas com trabalho direcionado à promoção da saúde, e a intersetorialidade como mecanismo central dessas ações, apresenta também importantes entraves. São apontadas como uma das problemáticas, inconsistências entre a concepção de promoção à saúde adotada na construção do PSE por parte dos profissionais, que desenvolvem ações com uma visão muito limitada, resumindo-a ao desenvolvimento de hábitos alimentares e de higiene. A compreensão quanto ao conceito de pro-

moção da saúde pelos profissionais é apontada como um grave problema que compromete seu alcance.²²⁻²⁴

As fragilidades no PSE, segundo Cavalcanti, Lucena e Lucena,² partem já de inconsistências entre a concepção de promoção à saúde adotada na construção do PSE e a concepção da Organização Mundial da Saúde (OMS). Estes autores referem que, tanto nas análises do Decreto nº6.286 de 5 de dezembro de 2007, que cria o PSE, como no Caderno de Atenção Básica Saúde na Escola de 2009, quando estes documentos se reportam à Promoção da Saúde/PS, não assumem claramente a base conceitual da OMS. Os documentos apresentam interpretações reducionistas da abordagem assumida na Carta de Ottawa, em 1986, pela OMS, em que a promoção da saúde é o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo”.

O Caderno de Atenção Básica Saúde na Escola traz, como desafios mais importantes, as ações de promoção da saúde na escola, a identificação e a vigilância de práticas de risco; a integração com ensino de competência para a vida em todos os níveis escolares; a instrumentalização técnica dos professores e funcionários das escolas e dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, para apoiar e fortalecer as iniciativas; o monitoramento e a avaliação da efetividade das iniciativas, para melhorar o compromisso das escolas com a promoção da saúde de seus alunos, professores e outros membros da comunidade escolar.¹⁵ Nestes documentos são mencionadas ações profissionais, projetadas através de campanhas sazonais como caminhada e exercícios de alongamento; palestras educativas e oficinas com adolescentes; grupo de ajuda mútua; escovação supervisionada com aplicação tópica de flúor e triagem de risco; palestras educativas; trocas de receitas e encaminhamentos; atividades esportivas; aferição de peso e altura, entre outras.²

Estas ações são trazidas como se fora a tradução material do processo mais complexo da Promoção à Saúde sinalizada pela OMS, ratificados por aspectos com responsabilização do setor público, com a participação popular e redução das iniquidades, sem os quais se torna inexecutável promover saúde. Os fatores a serem enfrentados pelo PSE não consideram o reconhecimento de que as escolas públicas e seus entornos apresentam demandas para além do que está disposto no componente, sendo tratados apenas como educação em saúde. Essa ambígua compreensão é prejudicial na implementação de programas sociais.² Ferreira et al.¹⁶ 2012, em seu estudo, revelou que a participação da Educação e da Saúde Escola não é equânime, apontando maior participação da Saúde em áreas de coordenação da Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola, assim como no financiamento das ações e centralização no processo de adesão, revelando precariedade das articulações e fragilidade do diálogo intersetorial.

O arcabouço conceitual da promoção da saúde traz novo referencial em que iniciativas mais reflexivas e dialógicas são centrais, a partir da experiência prática dos atores. Observou-se que ainda há a ênfase em fatores comportamentais em detrimento dos fatores de ordem contextual como inferem as proposições da Nova

Promoção da Saúde, ou seja, não se constitui como elemento central do Programa. Propostas impostas de cima para baixo e muito centradas acabam sendo entraves na necessária troca de saberes e experiência entre os dois setores e, ainda, tendem a provocar resistência dos profissionais.^{1,2}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que para as ações no ambiente escolar se concretizarem de forma eficaz e permanente, é necessário que haja comprometimento de todos os envolvidos, propondo o empoderamento dos escolares, professores, funcionários e comunidade escolar. A efetividade da promoção da saúde no ambiente escolar ainda é um desafio, considerando a possibilidade de gerar ações adaptadas às realidades e demandas de cada contexto. Neste aspecto, evidenciam-se como dificuldades limitantes destas ações a resistência ao trabalho intersetorial, baixa adesão à interdisciplinaridade, falta de recursos na execução dos processos e desinteresse dos integrantes da equipe. Ressalta-se, portanto, que as ações de promoção da saúde a serem desenvolvidas devem ser cultivadas de forma contínua e diversificada, propondo interações e mudanças no contexto escolar.

REFERÊNCIAS

1. Silva CS, Bodstein RCA. Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016;21(6):1777-88. doi: 10.1590/1413-81232015216.08522016
2. Cavalcanti PB; Lucena CMF; Lucena PLC. Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. *Textos & Contextos* 2015;14(2):387-402. doi: 10.15448/1677-9509.2015.2.21728.
3. Figueiredo TAM, Machado VLT, Abreu MMS. A Saúde Na Escola: um breve resgate histórico. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2010;15(2):397-402. doi: 10.1590/S1413-81232010000200015.
4. Traverso-Yépez MA. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. *Interface* 2007;11(22):223-38. doi: 10.1590/S1414-32832007000200004.
5. Czernia D. O Conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. *Cadernos de Saúde Pública* 1999;15(4),701-10. doi: 10.1590/S0102-311X1999000400004.
6. Carvalho SR. Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudanças. São Paulo: Hucitec, 2005. 174 p.
7. Adelaide- Declaração de Adelaide- A Declaração de Adelaide sobre a Promoção da Saúde. II Conferência Internacional De Promoção Da Saúde. Austrália, 1988. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/declaracao-de-adelaide/>>.
8. Gomes LC. O desafio da intersetorialidade: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no município do Rio de Janeiro. 2012. 173 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.
9. Pereira CDFD, Tourinho FSV, Ribeiro JLS, Medeiros SB, Santos VEP. Padrões funcionais de saúde: diagnósticos de enfermagem em escolares da rede pública. *Texto Contexto*

- Enferm 2013;22(4):1056-63. doi: 10.1590/S0104-07072013000400023.
10. Moll J, Rabelo MKO. (Re)conhecendo o território escolar e mapeando o sentido do ser-jovem: contribuições dos programas e projetos intersetoriais para superação das vulnerabilidades do escolar. *Ciência Saúde Coletiva* 2010;15(Supl. 2):3020-6. doi: 10.1590/S1413-81232010000800005.
 11. Afonso CMC, Tavares MFL, Luiza VL. Escolas promotoras da saúde na América Latina: uma revisão do período 1996-2009. *Rev Bras Prom Saúde*, Fortaleza 2013;26(1):117-127. doi: 10.5020/2642.
 12. Mont'Alverne DGB, Catrib AMF. Promoção da saúde e as escolas: como avançar. *Rev Bras Promoc Saude* 2013;26(3):307-308. doi:10.5020/2924
 13. Guimarães G, Aerts D, Câmara SG. A escola promotora da saúde e o desenvolvimento de habilidades. *Diaphora | Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul* 2012;12(2):88-95.
 14. Silva CS, Pantoja AF. Contribuições da avaliação na identificação de efetividade da promoção da saúde na escola no município do Rio de Janeiro. *B. Téc. Senac: a R. Educ. Prof* 2009;35(2):36-49.
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. Brasília: Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica ; n. 24, 2009, p. 96.
 16. Ferreira IRC, Vosgerau DSAR, Moysés SJ, Moysés ST. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. *Ciênc. saúde coletiva* 2012;17(12):3385-98. doi: 10.1590/S1413-81232012001200023.
 17. Cord D, Gesser M, Nunes ASB, Storti MMT. As Significações de Profissionais que Atuam no Programa Saúde na Escola (PSE) Acerca das Dificuldades de Aprendizagem: Patologização e Medicalização do Fracasso Escolar. *Psicologia: Ciência e Profissão* 2015;35(1):40-53. doi: 10.1590/1982-3703000952013.
 18. Ippolito-Shepherd J. Las escuelas Promotoras de la salud em America Latina: Resultados de la primeira encuesta regional. Washington: OPS; 2005. (Serie Promoción da la salud).
 19. Ilha PV, Lima APS, Rossi DS, Soares FAA. Intervenções no ambiente escolar utilizando a promoção da saúde como ferramenta para a melhoria do ensino. *Ensaio Pesquisa em Educação em Ciências* 2014;16(3):35-54. doi: 10.1590/1983-21172014160302.
 20. Hernandez J. Estrategia escuelas promotoras de la salud em instituciones de básica primaria de Bucaramanga. *Revist Univ Santander Salud* 2007;3(39):143-51.
 21. Gutierrez AM, Gomez OL. Evaluacion de processo de la estratégia escuelas saludables em la zona urbana del municipio de Cali. *Colômbia Médica* 2007;4(38):386- 94.
 22. Silva KL, Rodrigues AT. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2010;63(5):762-9. doi: 10.1590/S0034-71672010000500011.
 23. Faria FHP, Aguiar AC, Moura ATMS, Souza LMBM. Percepções de profissionais de saúde da família e de educação sobre a Promoção da Saúde no ambiente escolar. *Revista de APS* 2013;16(2):158-64.
 24. Closs TT, Collioni AG, Faccioli LS, Lewgoy LB, Leffa LM, Oliveira RS. Articulação intersetorial entre atenção básica e educação: a escola como espaço de promoção de saúde. *Anais. Seminário Internacional sobre Políticas Públicas, Intersetorialidade e Família. Desafios éticos no ensino, na pesquisa e na formação profissional; v.1, 2013.*

Como citar: COUTO, Analie Nunes et al. O ambiente escolar e as ações de promoção da saúde. *Cinergis, Santa Cruz do Sul*, v. 17, out. 2016. ISSN 2177-4005. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/8150>>. Acesso em: 11 out. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v17i0.8150>.