



REVISTA INTERDISCIPLINAR DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

INTERDISCIPLINARY JOURNAL OF HEALTH PROMOTION

Revista do Departamento de Educação Física e Saúde e do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul/Unisc



REVISTA INTERDISCIPLINAR DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

INTERDISCIPLINARY JOURNAL OF HEALTH PROMOTION

Editora Geral:

- Silvia Isabel Rech Franke
*Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*

Editora Executiva:

- Jane Dagmar Pollo Renner
*Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*

Editores Associados:

- Daniel Prá
*Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*
- Paula Beckenkamp
Western Sydney University, Austrália.
- Dulciane Nunes Paiva
*Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*
- Hildegard Hedwig Pohl
*Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*
- Haywood Dail Laughinghouse IV
*University of Florida, Fort Lauderdale
Research and Education Center, Orlando, FL,
Estados Unidos da América.*
- Mario Bernardo-Filho
*Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Rio de Janeiro, RJ, Brasil.*
- Maria da Luz Leite Cabral
*Escola Superior de Saúde do Alcoitão,
Alcoitão, Lisboa, Portugal.*

Normalização Bibliográfica:

- Fabiana Lorenzon Prates
*Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*

Secretária Executiva:

- Pietra Grebin Copetti
*Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*

Diagramação:

- Leticia Borfe

Editoração Eletrônica:

- Jorge Luiz Schmidt
Editora da Unisc, EDUNISC.

Conselho Editorial:

- Alex Soares Marreiros Ferraz
Universidade Federal do Ceará - UFC, Fortaleza, CE, Brasil.
- Alexandre Igor Araripe Medeiros
Universidade Federal do Ceará - UFC, Fortaleza, CE, Brasil.
- Carlos Ricardo Maneck Malfatti
Universidade Estadual do Centro-Oeste - UNICENTRO, Guarapuava, PR, Brasil.
- Cézane Priscila Reuter
Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.
- Cleiton Silva Correia
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Luis Paulo Gomes Mascarenhas
Universidade Estadual do Centro-Oeste - UNICENTRO, Guarapuava, PR, Brasil.
- Marcus Peikriszwill Tartaruga
Universidade Estadual do Centro-Oeste - UNICENTRO, Guarapuava, PR, Brasil.
- Maria João Vaz da Cruz Lagoa
Research Center in Sports Sciences, Health Sciences and Human Development, CI-DESD, Portugal University Institute of Maia, ISMAI, Portugal.
- Marisa Panisello Chavarria
Universitat Rovira I Virgili, Espanha.
- Rodrigo Antunes Lima
Universidade de Pernambuco - UPE, Recife, PE, Brasil.
- Sergio Arzola Medina
Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Sonia Maria Marques Gomes Bertolini
Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR, Maringá, PR, Brasil.

REVISTA INTERDISCIPLINAR DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

INTERDISCIPLINARY JOURNAL OF HEALTH PROMOTION

Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde [recurso eletrônico] / Universidade de Santa Cruz do Sul, Departamento de Educação Física e Saúde e Mestrado em Promoção da Saúde. Vol. 1, n. 1 (jan./mar. 2018) - Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2018.

Trimestral

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

eISSN 2595-3664

1. Educação Física – Periódicos. 2. Promoção da saúde – Periódicos. I. Universidade de Santa Cruz do Sul. Departamento de Educação Física. II. Universidade de Santa Cruz do Sul. Mestrado em Promoção da Saúde.

CDD: 613.05

Catálogo: Bibliotecária Fabiana Lorenzon Prates CRB-10/1406.

SUMÁRIO

EDITORIAL **5**

ARTIGO ORIGINAL

Percepção de cuidadores sobre a medicalização da infância e adolescência **6**

Manejo da dor de pacientes oncológicos residentes em área de estratégia de saúde da família **16**

Conhecimento dos professores de Educação Física escolar sobre promoção da saúde **22**

ARTIGO DE REVISÃO

Autopercepção corporal de praticantes de exercício físico em academias **31**

Análise dos efeitos agudos do alongamento estático em treinamento de força: uma revisão sistemática **36**

Efeitos do exercício de tronco na recuperação funcional da marcha em pacientes pós acidente vascular cerebral: uma revisão sistemática **46**

Validação e utilização de novas tecnologias na saúde e educação: uma revisão integrativa **52**

Educação Permanente em Saúde: o estado da arte **60**

Auditoria de enfermagem e tomada de decisão no controle da qualidade da assistência **67**

ESTUDO DE CASO

Protocolo de exercícios de kegel associado à eletroestimulação no tratamento pós bartolinetomia: um estudo de caso **74**





EDITORIAL

No terceiro número, do primeiro volume, a Revista Interdisciplinar em Promoção da Saúde/Interdisciplinary Journal of Health Promotion apresenta 10 artigos, sendo 6 artigos de revisão, 3 artigos originais e 1 estudo de caso. Temos artigos provenientes de 13 instituições localizadas nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste. Os artigos desse número reforçam o caráter interdisciplinar da Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde, contribuindo para o avanço científico com um viés multidisciplinar e abrangente. No número três, volume 1, temos artigos de interesse das mais diversas áreas da saúde, tais como a Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Enfermagem, Medicina, Psicologia, entre outras áreas, trazendo textos interdisciplinares em Promoção da Saúde. Entre os artigos originais, abordamos a infância e a adolescência, considerando a percepção de cuidadores sobre a medicalização nesse ciclo da vida, bem como a promoção da saúde no meio escolar. Entre os artigos originais temos, ainda, a abordagem da atuação da estratégia da família no manejo da dor de pacientes oncológicos. Entre os artigos de revisão, três abordam a educação permanente em saúde, a auditoria de enfermagem e tomada de decisão no controle da qualidade da assistência e a validação e utilização de novas tecnologias na saúde e educação. Outros três artigos de revisão enfocam a autopercepção corporal de praticantes de exercício físico em academias, a análise dos efeitos agudos do alongamento estático em treinamento de força e os efeitos do exercício de tronco na recuperação funcional em pacientes pós acidente vascular cerebral. Temos ainda um estudo de caso que aborda o protocolo de exercícios de kegel associado à eletroestimulação no tratamento bartolinectomia.

Boa leitura!

Silvia Isabel Rech Franke





Percepção de cuidadores sobre a medicalização da infância e adolescência

Perception of caregivers on childhood and adolescence medicalization

Jerto Cardoso Silva, Mariana Hintz Moraes, Caroline Forati Mendes

1- Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

RESUMO

jerto@unisc.br

Objetivo: indagar a relação entre a medicalização e o ato de cuidar que é exercido por cuidadores de crianças e adolescentes atendidos em serviços de saúde mental. **Método:** desse modo, buscou-se perceber as produções de sentido sobre o cuidado no que se refere à medicalização a partir da perspectiva desses cuidadores (pais ou responsáveis). Utilizou-se a Análise do Discurso para compreensão da produção simbólica desses sujeitos através de entrevistas semiestruturadas. **Resultados e conclusão:** foi evidenciado o início precoce do uso de psicotrópicos; o processo de medicalização não está restrito aos profissionais da medicina, as dificuldades dos pais e das crianças de elaborarem as mudanças e momentos conturbados na vida tendem a ser medicadas; problemas somáticos dos cuidadores e estresse também são relatados prévios a medicação dos filhos; dependência psicológica das medicações por parte dos pais ou cuidadores. Essas falas corroboram a complexidade dos fenômenos vividos por essas crianças e adolescentes medicadas, pois, muitas vezes, medica-se dificuldades vividas por sujeitos que são de uma outra ordem que não a biológica.

Palavras-chave:
*Medicalização; Infância;
Cuidadores.*

ABSTRACT

Objective: to investigate the relationship between medicalization and the act of caring that is performed by caregivers of children and adolescents treated in mental health services. **Method:** the aim was to understand the production of meanings about care with regard to medicalization from the perspective of these caregivers (parents or guardians). Discourse analysis was used to understand the symbolic production of these subjects through semi-structured interviews. **Results and conclusion:** the study found evidence of the early onset of psychotropic medication use; the process of medicalization is not restricted to medical professionals, the difficulties of parents and children to elaborate changes and troubled moments in life tend to be medicated; somatic problems of caregivers and stress are also reported prior to the medication of the children; and psychological dependence on medications by parents or caregivers. These words corroborate the complexity of the phenomena experienced by these medicated children and adolescents, since difficulties that are not biological are often medicated.

Keywords:
*Medicalization; Childhood;
Caregivers.*



INTRODUÇÃO

A partir de 1952, entram em cena, no campo psiquiátrico e psicológico, os primeiros psicofármacos, neurolépticos, que começam uma grande transformação na forma de tratar o sofrimento psíquico, liberando os pacientes dos hospitais psiquiátricos e reorganizando a ação da psiquiatria, até então asilar. Em seguida, uma série de psicotrópicos, descendentes dos neurolépticos, é desenvolvida: primeiro os ansiolíticos e os soníferos ou hipnóticos da família dos benzodiazepínicos e antidepressivos, como o cloridato de fluoxetina (Prozac), inibidor seletivos da receptação serotonina e, finalmente, surgem os psicoestimulantes/sedativos do sistema nervoso central, como a também conhecida Ritalina (metilfenidato). Dessa forma, os psicotrópicos reorganizaram não somente a psiquiatria asilar, mas também a psiquiatria privada e mais recentemente a da infância e da adolescência.¹

Nesse percurso, observa-se o fenômeno da medicalização, conceito decorrente do ato de medicar em excesso, em relação aos psicofármacos, tornando-se recorrente a partir dos anos 60 e 70. Nesse contexto, problemas sociais passaram a ser cada vez mais medicalizados, ou seja, tomados sob o prisma da medicina científica como “doenças” a serem tratadas de forma iatrogênicas.²

Embora as tendências para a medicalização sejam alarmantes, alguns focos de resistência têm surgido dentro do campo científico e nos movimentos de desmedicalização de alguns modos de viver que eram até então consideradas psicopatologias. Essa mudança foi devida aos movimentos populares e organizações civis que demarcam pontos de vista críticos sobre os riscos da disseminação do uso de medicamentos psiquiátricos, incluindo os estimulantes para crianças. Porém, as prescrições de medicamentos psicotrópicos para problemas infantis parecem ter aumentado rapidamente na última década, pois, para o autor, a indústria farmacêutica investe em categorizar e medicalizar estilos de vida, quando pretende comercializar um produto para tratar uma desordem específica. Além disso, há uma tendência de se medicalizar não apenas uma doença, mas o risco, a probabilidade dela acontecer. Ou seja, “*como um estado de quase doença, sendo tratada como se fosse a própria doença*”³ (p. 163).

Essa reflexão sobre o processo de medicalização não está apenas “centrada no controle dos corpos pelo

saber biomédico, mas sim como ferramenta de criação de mercados “consumidores de saúde”, que incluem profissionais e usuários”⁴ (p. 358), pois há mais gastos com comercialização e *marketing* realizados pela indústria farmacêutica do que com pesquisas. Salientam ainda que há uma falácia veiculada a esse processo: a maioria de medicamentos vendidos como inovadores, são “imitações” já comercializadas ou fórmulas antigas para as quais se “descobriu um novo uso”. Seus estudos concluem que “os problemas de saúde podem advir de questões corporais, relacionais ou sociais, mas a solução é individual e se consagra na compra e uso de medicamentos”⁴ (p. 365). Portanto, saúde e qualidade de vida são marcadas pelos ideais de uma sociedade de consumo. Autores trazem que a indústria farmacêutica gasta: 5% com pesquisa; 10% na fabricação dos medicamentos; e 50% em *marketing*. Além disso, 35% das medicações são ineficazes; 25% mal toleradas por seus usuários; e 5% potencialmente perigosas.⁵

Nesse campo atual de interesses, recorremos a ponderações que demarcam a noção de saúde, para o Estado, como essencialmente a de assegurar a força física nacional, sua capacidade de trabalho e de produção, bem como de defesa e intervenção militar.⁶ E nisso, deposita a obrigação nos indivíduos, em especial pais e cuidadores, de garantir a sua saúde e de outrem, em especial a saúde de sua família para que os filhos sobrevivam e, por sua vez, garanta o trabalho social e a (re) produção. Trata-se de uma verdadeira luta política na qual os indivíduos e seus corpos saudáveis, devem buscar a saúde ou serem forçados para tanto. A tecnologia médica e seus avanços são os meios utilizados para isso. No entanto, paga-se o preço das diversas consequências negativas diretamente ligadas nesse processo, pois a medicina não responde apenas as demandas da doença, mais que isso, ela se impõe ao indivíduo como ato de autoridade sustentada pelo Estado. Dessa forma, é reiterado que a biomedicina responde a múltiplos e variados interesses em disputa no campo social. Nesse contexto, forja-se uma moral iatrogênica que imputa responsabilidade e culpa o indivíduo pelo seu sofrimento.¹

Isso impulsiona a busca por soluções rápidas, proporcionadas pela a indústria e o mercado farmacêutico, no qual o Brasil é um dos maiores consumidores de psicotrópicos do mundo, só em 2010, foram vendidas cerca de 10 milhões de caixas do medicamento Clonazepam; o segundo mais comercializado foi o psicotrópico Bromazepam, com

4,4 milhões de unidades vendidas; seguido pelo medicamento Alprazolam, que registrou 4,3 milhões de unidades.⁷ Pesquisas também apontam que o metilfenidato, substância mais conhecida pelo nome comercial de Ritalina, teve o significativo aumento de 775%, no Brasil, nos últimos dez anos.⁸ Em meio a esse contexto a venda de antidepressivos e estabilizadores do humor cresceu 48%, no Brasil entre 2008 e 2011, de acordo com o último relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE).⁹

É relatado o crescimento da prescrição de psicofármacos entre as crianças, podendo ocorrer isoladamente ou associado à psicoterapia e/ou orientação familiar. Conforme os autores, estes diferentes tratamentos se complementam, no sentido de aliviar os sintomas e sinais dos quadros clínicos. No entanto, cada vez mais a medicação vem sendo empregada por psiquiatras no exercício da sua atividade, tanto para o tratamento de pacientes adultos como o de crianças.¹⁰ Sendo comprovado que há um risco dessas indicações acarretarem em uma banalização do uso como uma solução imediata.¹¹ Como ponderado:

*o nobre e indisciplinado desejo de saúde ganha um nome bom e inocente que, pelo processo de reificação, acaba sendo associado a um outro nome, “de marca” ou próprio (e conseqüentemente, a uma propriedade privada, a um copyright) de um produto, isto é, de uma coisa, de uma materialidade que, justamente por ser material, pode ser comida, engolida, e, conseqüentemente, entrar no sistema orgânico produzindo - e graças a ciência e a tecnologia cada vez com maior eficácia - a própria saúde; o que, em última instância, fecha o processo da realização do desejo.*¹²(p.6)

Desse modo, a medicação ocupa o lugar de solução mágica imediata na relação do sujeito com a sua saúde. Nessa perspectiva, este estudo tem como objetivo problematizar as falas de pais e cuidadores referentes à medicação psicofarmacológica e às formas de cuidado às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

MÉTODO

Realiza-se este estudo através de entrevistas

semiestruturadas com pais e cuidadores de crianças e adolescentes medicados, visando uma análise qualitativa. Como questões norteadoras neste estudo questionamos as relações de vínculo com a criança, o histórico da doença, mudanças em relação ao cuidado, conceitos do ato de cuidar, informações sobre as medicações, vantagens e receios decorrentes do uso da medicação farmacológica. Para tanto, recorre-se a Análise de Discurso, visando à compreensão de como um objeto simbólico produz sentidos, como ele está investido de significância para e pelos sujeitos. É dentro desse dispositivo teórico que construímos um aparato analítico de interpretação que possibilitou compreender algumas regularidades, opacidades e transformações dos sentidos produzidos nas falas dessas pessoas.

Parte-se, assim da superfície linguística, dos depoimentos, para chegar ao espaço discursivo, pois, pela análise dessas duas dimensões (linguística e discursiva), pode-se apontar algumas regularidades e instabilidades do processo discursivo sobre a medicalização na existência dessas crianças e adolescentes a partir da percepção dos cuidadores. A partir disso, a Análise de Discurso é a realização de uma reflexão dos significados discursivos e suas formas de produção de sentido. Através desta perspectiva, selecionamos várias sequências discursivas nas entrevistas que compuseram o nosso corpus e posteriormente, selecionamos algumas que se transformaram em unidades discursivas de análise.¹³

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da instituição à qual os pesquisadores estão vinculados sob o número 1.521.604. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram no total oito cuidadores entrevistados, que narraram a história da medicação de crianças e adolescentes a partir de entrevistas semiestruturadas. Com base nisso, apontaremos os principais sentidos exemplificando com alguns depoimentos nesse estudo.

Uma das primeiras e alarmantes pontuações que aparecem nessas falas é o início precoce do uso de psicotrópicos. Observamos que, das oito crianças e adolescentes que faziam uso de algum tipo de medicamento: D. “*tinha um ano e pouco[...]fazem uns 8 ou 9 anos;*”; P. começou a utilizar medicamento

aos 8 anos; B., hoje com 16 anos, iniciou tratamento medicamentoso aos 6 anos; J., hoje com 9 anos, foi desde os 4 anos diagnosticado com o Transtorno Bipolar; G., por sua vez, “no prézinho a gente notava que ele era inquieto, que não parava.”; Ga., apresenta o “problema” ainda mais cedo, aos 8 meses que ele só chorava; R., iniciou uso de medicamento com dez anos; e A., por sua vez, também iniciou tratamento na pré-escola, aos seis anos dele.

Encontra-se ainda, nos relatos dos cuidadores, que o processo de medicalização não está restrito aos profissionais da medicina, visto que pais, cuidadores, escola e outros profissionais de saúde, também tomam frente e solicitam os serviços médicos e a prescrição de medicamentos. Essa questão veio de forma diversa:

o médico (P.); “a escola, a psicóloga da escola e mais a terapeuta dela (B.)”; “foi o pediatra dele que encaminhou [...] O médico que insistiu. Ele até acabou dizendo que se não fizesse esse tratamento mais tarde poderia dar problema (D.)”; “foi do neuro mesmo. (G.)”; “depois disso optamos (pais) pela medicação. Porque vimos que o estresse era algo que ela não conseguia carregar [...] comecei com um Neuropediatra (J.)”; “olha, a decisão foi minha né, porque ele tava muito quieto, pelos cantos, daí ele aprontava e cortava o sofá pra chamar atenção né (avó) (R.)”; “eu fui chamada no colégio ... Foi mais uma pressão das professoras (A.)”; “Eu, sempre foi eu (mãe) (Ga.).

Pode-se pensar tal generalização da busca pela medicação aliada à ideia de “cura mágica” pelos psicofármacos que podem ter impulsionado esses sujeitos aos serviços médicos e à prescrição dos psicotrópicos para esses casos, trazendo como consequências a generalização do uso da medicação, além da popularização dos diagnósticos psiquiátricos, que com facilidade convertem características humanas em patologia¹⁴. Nesse sentido, é notável que o medicamento pode ser usado como uma forma de poupar a dor e o sofrimento das pessoas, fazendo desaparecer os sintomas e ofuscando as dificuldades sociais e pessoais.¹² Ou seja, sendo um simulacro de cura, pois embora os sintomas da dor e do sofrimento possam ser camuflados, eles continuam a agir de uma outra forma. Há uma expansão sobre os problemas sociais que passam a ser cada vez mais medicalizados e, por sua vez, essa intervenção começa a ser objeto de crítica, devido às posturas, práticas autoritárias de profissionais de saúde e a iatrogênese cultural capaz de provocar a ação autônoma das pessoas para cuidar da própria saúde. Um dos efeitos e produtores disso é o fortalecimento do complexo médico-industrial

que na incessante criação de mecanismos de controle produz práticas sociais no interior dos serviços e bens de saúde.¹

Em muitos relatos, encontra-se as dificuldades dos pais e das crianças de lidarem/elaborarem as mudanças na vida e/ou rotina e na sua sequência a medicação da criança ou do adolescente, sendo esta, inevitavelmente, uma categoria analisada:

Daí surgiu a oportunidade de eu trabalhar em Santa Catarina. Daí eu me mudei pra lá, desde então mudou tudo na vida dela... chegou nesse apartamento, logo ela, teve que pegar a Van para ir ao colégio, então ali que desencadeou a depressão dela, porque agora tudo mudava [...] mas quando a gente foi pra praia a (mãe) também entrou em depressão, baixou hospital, ela não gostou mas foi se adaptando, mesmo que sempre com saudade daqui, dos amigos, da família e da casa. (P.)

Neste caso, houve a mudança de cidade, escola, afastamento dos amigos e parentes próximos e conseqüentemente, novas rotinas. Um dos pais adoece e é internado todas essas situações acionam o quadro, mas parecem não serem percebidas como constitutivas do adoecimento da criança.

B. tem um histórico de muitas mudanças. Nós morávamos no interior, viemos para essa cidade e eu consegui bolsa pra ela na (escola particular) até porque eu e meu marido estudamos na universidade, mas ela se cobra demais. [...] Ela passou muito tempo sozinha. Então juntou a solidão, o término de namoro. Ele disse que era uma depressão mesmo. E nós não sabíamos explicar pra ela como o avô foi bem para o hospital e não voltou mais... Então neurologista receitou. (B.)

Como pode-se perceber, os pais estão sempre implicados, de alguma forma, nos sintomas das crianças e nos seus cuidados, e isso não deve ser esquecido para que se compreendam as resistências e as dificuldades que surgirão pelo caminho: a existência do desejo inconsciente de que nada mude na relação com a criança, desejo esse que poderá atuar na manutenção ou na transformação desses sintomas.¹⁵ Por isso levar em conta os dados da história do sujeito

e perceber aquilo que está além das declarações que são oferecidas durante a avaliação clínica pode ser muito difícil, visto que não há limite na complexidade tecida pelas gerações na família.¹⁶ Dito de outra forma, em um trabalho com os cuidadores, faz-se necessário primeiramente situar o que representa a criança no mundo fantasmático desses e compreender também o lugar que eles reservam nas suas relações com a criança e os efeitos imaginários da sua ação junto à criança.¹⁵ Desse modo é pontuado que a escuta ao discurso dos cuidadores parentais permite desvendar a posição que a criança ocupa na fantasia e nas representações sociais.¹⁷

Outros apontamentos que emergem da medicalização, foram os problemas somáticos prévios (outras doenças na primeira infância): *“Porque ele nasceu prematuro, sabe? Com 1 quilo e 150 gramas. Daí o médico lá que tratou ele já dizia que ele iria ter problema, que quando ele tivesse 15 anos a mentalidade dele iria ser igual a de alguém de 10 ou 12 anos. (D.)”*

O nascimento prematuro e recorrentes problemas somáticos parecem ter ligado os desígnios dessa criança a um discurso de problemas médicos futuros.

Acontece que o G. teve uma doença muito grave com menos de um mês de vida. Ele teve Coqueluche. Ele sobreviveu por um milagre, porque depois de um certo tempo que vai formando a traqueia, os órgãos respiratórios. Mas ele ficou fraco, com imunidade baixa [...] Muito tempo usou as bombinhas... ele tem um tipo de epilepsia [...] Tava dando leve a convulsão [...] ele trocou a medicação, que tá tomando o Ácido Valpróico esse, e a Ritalina, normalizou. (G.)

Tem-se então que qualquer demanda por atendimento médico de uma criança ou adolescente deve ser inicialmente situada, em particular, no plano fantasmático dos cuidadores e no efeito sobre a produção de sentido que esse cuidado evoca. Desse modo, veem-se engajados e implicados e explicitar os sentidos produzidos sobre o cuidar a partir dos efeitos da medicalização prévia na história desses sujeitos.

Logo, toda a solicitação de pais ou responsáveis para um atendimento de criança tem o seu avesso, na medida em que seus desejos inconscientes atuam como cúmplices do sintoma da criança sem que eles

o saibam.¹⁶ Ou seja, geralmente o sintoma da criança presta um serviço aos pais, ou a um deles, por mais que dele se queixem. Portanto, é essencial e imprescindível trabalhar com os cuidadores nas demandas por atendimento à criança e ao adolescente.¹⁸

Através dessas falas dos cuidadores, pode-se compreender qual foi o lugar reservado à criança e aos cuidadores durante a medicalização, nos quais os significantes de medicar continuam que se repetir ou se transformam e quais os acontecimentos produzidos nessa relação, impossibilitando aos cuidadores uma interrogação sobre o seu lugar frente ao sintoma da criança ou da infância.

Nota-se então que muitos pais já apresentavam sofrimentos somáticos e psicológicos acentuados com uso de medicação prévia a medicalização da criança ou do adolescente. *“Me preocupo, porque a gente também é doente, eu já tive com o pé na cova várias vezes, posso morrer dormindo se abrir uma veia. A gente sabe que a vida é dura e eu me preocupo com ele[...] O pai dele também é doente, toma 7 tipos de remédios né... (G.)”*

Uso de medicação psiquiátrica, depressão são relatados na história desses cuidadores.

A gravidez dele foi bastante tumultuada, porque eu trabalhava fora. Tinha problema vascular, eu tenho problema sério vascular. E tinha que trabalhar [...]. Até na época eu também fui e pra mim foi bom porque eu andava meio que atrapalhada 3 anos ele não falava. Aí eu comecei a notar que tinha alguma coisa.... Levei ele no médico, disseram que ele não tinha nada. Um remedinho pra acalmar, assim. (G.)

Problemas somáticos dos cuidadores e estresse também são relatados prévios a medicação dos filhos.

Eu (avó) venho com trauma de droga dos filhos (pai), de droga mesmo né! Então eu pensei assim uma Ritalina deixa ele ativo, então não deixa de ser uma droga”. E o pai dele tá morando comigo agora, mas quando eu falo pro pai dele “ah o R. fez isso” ele já grita e briga, então eu já nem digo. Então se ele vai dizer um monte de coisas pro guri, gritar e agredir com palavras, então eu já procuro nem dizer pro meu filho muitas coisas. (R.)

Eventos conturbados na vida dos cuidadores: impulsividade, uso de drogas, brigas constantes compunham o contexto no preferido da medicação das crianças se adolescentes. Os adultos reagem aos cuidados à criança porque ela os remete à sua própria infância, ao infantil recalcado, às suas próprias dores e medos. Nesse sentido, o processo de adoecimento dos filhos mobiliza todos os envolvidos, os quais, muitas vezes, são levados a se implicar e lidar com o sofrimento que emerge a partir dos próprios referenciais e, por mais que sofram e muitas vezes façam sofrer seus filhos também.¹⁹ O que se apresenta como corriqueiro, e que torna o processo intensamente difícil, é o sentimento de culpa que os pais possuem diante da condição de sofrimento dos filhos. A culpa faz com que, muitas vezes, se recusem a perceber ou reconhecer que existe relação entre suas próprias dificuldades e os sintomas do filho. Parecem, nesse caso, tratar da mesma forma que foram tratados. Os sentidos que se produzem na complexidade do ato de cuidar, em especial da criança e de adolescentes, e os atravessamentos advindos da medicalização parecem estar entrelaçados aos primeiros sentidos produzidos na história de seus cuidadores.

Ao diagnosticar crianças e adolescentes somos, muitas vezes, perpassados pela necessidade de diferenciar a demanda parental e social da demanda da criança e do adolescente, para fazer operar uma clínica que escute a história desses sujeitos. Parte-se então do princípio de que as demandas referentes à criança e ao adolescente não partem somente desses, mas dos pais e da sociedade de maneira geral, que exige que a criança e o adolescente correspondam a um ideal, proposto por uma ideologia política, social, pedagógica, biológica ou psicológica. Se a criança não se integra a este gozo, identificando-se a um sistema de valores, ela é trazida aos serviços de saúde e consultórios pelos pais, que esperam o restabelecimento de um gozo narcísico.²⁰ Isso posto, pode-se pensar que, em certo sentido, os pais precisam elaborar um luto desse ideal, pois, qualquer que seja ele, nunca corresponde exatamente ao que se espera.¹⁵

Não raro, nota-se que o diagnóstico e a medicação foram realizados durante períodos conturbados na vida da criança:

Ele já toma a Fluoxetina de manhã, Ritalina quando vai pro colégio e tem esse de dormir que eu não me lembro... Eu vejo que pra eles (psiquiatras) é mais

fácil dar o medicamento do que qualquer outra coisa... como a mãe dele foi embora, deu tipo uma depressão nele. Ele ficou morando aqui comigo e eu sou vó, não sou mãe né. Daí eu tive que procurar ajuda dos profissionais pra gente poder dar uma vida normal, regrada pra ele né, porque ele era revoltado, chorava muito e qualquer coisinha ele agredia com palavras. (R.)

Afastamento dos pais e/ou amigos aparece com frequência nos períodos prévios e durante a medicação. Esse aspecto nos leva a pensar na complexidade dos diagnósticos na infância e na adolescência, de suas imprecisões, pois ele se enlaça a uma diversidade de fatores na própria definição dos transtornos, nos riscos da ação do medicamento sobre o sistema nervoso central e das advertências feitas pelos próprios fabricantes.²¹ O aumento do espectro de diagnósticos psicopatológicos e terapêuticas tendem a reduzir o sofrimento psíquico a sintomatologias biológicas que, muitas vezes, é de corrente das condições de existência e seus contextos próximos como os familiares e situações de vida que essas crianças e adolescentes estão vivenciando. Ou seja, muito dessas multiplicidades coletiva, de ordem social e política são transformadas, padronizadas e uniformizadas em questões individuais e biológicas.²²

Outro ponto importante apontado pelos cuidadores é a dependência psicológica das medicações por parte dos pais ou cuidadores.

E eu também tenho medo do dia que ele parar de tomar esses remédios começar a beber. Eu até queria falar pro médico dizer pra ele “olha nós vamos te dar esse remedinho aqui mais tu nunca vai poder beber”, porque se ele ouvir da boca do médico é melhor, é melhor do que eu ou qualquer outro falar, até porque, se o médico falou é porque é verdade. (D.)

Às vezes não há nada de errado, e é preciso lembrar do que os estudiosos têm chamado de medicalização da vida. Olha-se a vida pela lógica médica, e a lógica médica tem a saúde e a doença, o normal e o anormal. Se não está dentro do que se considera normal, procura-se um diagnóstico para poder tratar e transformar em normal.²³ Muitas crianças e muitos jovens têm recebido diagnósticos

desnecessariamente, equivocadamente. São poucos os profissionais da saúde, de modo geral, que também conseguem resistir a essa ideologia. Portanto, as crianças são induzidas a pensarem que, por terem um “problema”, precisam de um remédio para manterem o “controle”. Há evidências de que crianças que não possuem transtornos psiquiátricos de estarem sendo medicadas e casos da doença sendo tratados sem necessidade. Os sintomas do transtorno podem ser encontrados no comportamento dos indivíduos com desenvolvimento típico, considerando seu alto potencial de abuso e dependência, gerando recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais de saúde.²⁴

Muitas são as causas desse excesso, mas uma apontada pelos entrevistados no chama a atenção: ganhos secundários com o controle químico do comportamento das crianças e dos adolescentes.

Pra ele ficar mais tempo deitado, né[...] O dia que ele não toma ele fica agitado e nervoso [...] Mas hoje é um dia que ele vai tomar, porque ele não dormiu direito. É que ele tem um laudo que ele levou do CAPS né. Daí as professoras já estão sabendo, [...] então as professoras tratam ele diferente, daí ele até pegou umas notas boas. (D.)

Alguns cuidadores relatam que houve melhora com outras alternativas, além da medicação.

Iniciou terapia. De repente poder fazer alguma coisa porque eu acho que tem bastante medicação e não está surtindo o efeito esperado. Ela continua muito ansiosa, nos estudos continua indo ruim [...] Eu estou procurando outros profissionais para que o quadro dela possa ser percebido por outras pessoas para que encontremos uma solução. Já estou há um ano e meio com a mesma medicação e não desenrola, se repete, não consegue ficar sem a medicação porque fica ruim, mas ao mesmo tempo não melhora (J.)

Essas falas corroboram a complexidade dos fenômenos vividos por essas crianças e adolescentes medicadas, pois, muitas vezes, se medica dificuldades vividas por sujeitos que são de uma outra ordem que

não biológica. E marcam a necessidade de valorizar a compreensão de abordagem interdisciplinar dos fenômenos humanos e não apenas tratar no âmbito da medicalização.

Destacam ainda que as terapêuticas dos aspectos dos comportamentos humanos não deveriam excluir os aspectos sociais, históricos e culturais que constituem o humano em seus diversos contextos e situações, e que aparecem de forma distinta em diversos momentos da vida. Pois, uma vez classificadas como “doentes”, as pessoas tornam-se “pacientes” e conseqüentemente “consumidoras” de tratamentos, terapias e medicamentos, que transformam o seu próprio corpo no alvo dos problemas que, na lógica medicalizante, deverão ser sanados individualmente. Nessa perspectiva, as concepções os histórico-culturais, os valores e os conhecimentos são produtos de sociedades inscritas em espaços-tempos concretos atravessados por interesses políticos, econômicos e pessoais.²⁵

Outra questão que nos chama a atenção nos discursos dos cuidadores é o uso da medicação como forma preventiva de problemas futuros.

Até os oito anos eu não queria, eu tinha aquela coisa de ‘não vou entrar com medicação, essas medicações fortes’, esse preconceito né? Depois achei que de repente se eu tivesse dado ela não teria rompido uma úlcera, por exemplo, por estresse. Então eu já cheguei com isso pronto pro Psiquiatra e pro Neurologista ... E a ideia é evoluir pra tirar da medicação. Não quero que ela tome pra toda vida. A questão era que ela pudesse passar até o final da adolescência trabalhando todas estas coisas para ser um adulto mais ‘normal’, vamos dizer assim....(Então a gente vê que a medicação ajuda bastante. Com certeza. Ela esquece um ou dois dias e ela diz que ‘parece que já acordei com as águas na cara, to com uma tristeza e não sei porque’. Ai eu digo ‘pois é, não tomou teu remédio’. (J.)

Vê-se aqui acionada a noção de biossegurança, entendida como toda a ação cujo objetivo seja evitar o contato de um organismo considerado patógeno ou nocivo com outro organismo considerado

valioso ou provedor de proteção implica em essência a protocolização da vida pela utilização de guias, normas, informativos, imagens e prevenção... Esse conjunto de regras para melhorar a segurança humana, a prevenção de problemas futuros, amenizando entre outros viscos biológicos provoca uma forma de se relacionar com a vida e de entendê-la e redefinindo a vida em padrões biomédicos, obliterando a diversidade e a multiplicidade do existir.²⁶

Aliado a isso, observa-se ainda que o discurso biomédico constitui as percepções dos cuidadores frente aos problemas das crianças e dos adolescentes.

Esse momento de tristeza, de não ter vontade de viver, isso eu sei que a medicação vai ajudar até porque eu li bem a bula, e eu vi que a medicação ajuda na produção de endorfina, então assim, como ela está com pouca produção e isso é o que dá um ânimo, o que dá alegria e vontade de viver, então a medicação entra ajudando nessa questão... Tenho que ver com o psiquiatra se tem algo a ver com a medicação... E a depressão pode ser genética né? pode também ser uma questão hormonal e mais todas as mudanças que existem no corpo da menina. Até porque naquela época era um regulador de neurotransmissores. Ele deixava ela bem estável. Ela não ficava muito triste e nem muito eufórica(B.).

Os discursos biomédicos impõem uma “biopolítica dos sofrimentos psíquicos que é um modo de exercer o governo sobre os outros que se vale de critérios pretensamente científicos e validados de classificação e que privilegia um modo de intervenção: a terapêutica farmacológica” (p.119).²⁷ Exclui as narrativas dos sujeitos e suas histórias de vida ou as subordina a explicações biológicas iatrogênicas, deixando nas sombras nossa capacidade de existência pública e política, os diálogos argumentativos, as narrativas individuais e os vínculos sociais.

A medicalização dos desvios, se constitui um momento particular de a evolução da cultura e a função social dessa prática é o chamamos de remédio. Essa dilatação do poder sobre as vidas, esse aumento da ortopedia pedagógica médica, ou seja, na reeducação e normalização psíquica da medicina na gestão das populações e constituem o governo das

condutas dos sujeitos e dos profissionais de saúde, também organizam e legitimam as práticas sociais e a subjetividade. A saúde se torna uma um problema político e suas políticas imprimem padronizações aos comportamentos dos sujeitos e dos coletivos.²⁸

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se então o uso precoce das medicações na primeira infância que está atrelado as dificuldades no vínculo que se estabelece pelo adoecimento da criança/adolescente. Para esses cuidadores, os sentidos sobre o cuidar são justapostos ao uso da medicação.

Assim, medicalizar a dor de existir não é nenhuma novidade, mas o que a autora assinala, de forma contundente, é “um doping social”, o aumento da medicação da população com psicotrópicos, em especial com antidepressivos e tranquilizantes, que se acentuou a partir dos anos 90. Ao fazer isso, salienta que não é contra o uso responsável de medicamentos, mas o que tem testemunhado, ao longo de suas reportagens não é tratamento, mas um tipo de consumo de medicamentos, legalizado, que é travestido como promoção de saúde e promovido pelo Estado, sob a pressão da indústria farmacêutica cada vez mais cedo. Em todas as classes sociais, as crianças e adolescentes começam a ser medicados cada vez mais cedo, bastando para isso não ter um comportamento considerado adequado ou “normal”. Assim como a autora, poderemos que o sofrimento é parte da vida, ao invés de evita-la a qualquer custo, poderíamos auxiliar na sua transformação, para tanto, o uso de medicamentos psicotrópicos *deve ser pontual, parcimonioso, controlado e com tempo para acabar...*²⁹

Esse estudo, ao refletir sobre o processo de medicalização da infância e da adolescência, procura contribuir para a pluralidade de perspectivas na compreensão crítica e complexa que esse tema merece e produzir, portanto, efeitos na construção de estratégias que superem o olhar patologizante da vida, ou seja, tornar as diferenças ou as desigualdades em doenças. Dessa forma, parece essencial produzir um discurso com temas que não sejam silenciados. Com isso, marcamos, para o campo da medicalização como um fenômeno ligado à ideologia, já que envolve a redução das complexidades humanas a características individuais ou biológicas, ou seja, a sua tradução em termos de doenças.³⁰ O consumo do medicamento

umenta em velocidade crescente, embora isso seja preocupante, não se trata obviamente de criticar a medicação de doenças, nem de negar as bases biológicas do comportamento humano. O que se pauta são as tentativas de se transformar problemas de vida em sintomas de doenças ou de se explicar a subjetividade humana pela via restrita dos aspectos orgânicos.²¹

As crianças e adolescentes são sujeitos do seu contexto, de suas relações e trazem em seus corpos e mentes marcas de seu tempo, vínculos, cuidados, da sua história e de seus cuidadores. Os seus sintomas, além da ordem biológica, se constituem nas esferas sociais, geográficas, históricas, políticas, culturais e afetivas em que se inscrevem. São sujeitos históricos e culturais constituem e expressão sentidos seus e de outros em seu adoecimento, na sua subjetividade em processos complexos, sofisticados, diversos, multifacetados e que, seus sintomas se constituem de sua linguagem e de seus saberes, são por eles constituídos, portanto devem ser escutados e não apenas medicados ou silenciados.

REFERÊNCIAS

- Pignarre P. Les malheurs des psys: psychotropes et médicalisation du social. Paris: La Découverte; 2006.
- Conrad P. The medicalization of Society. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007.
- Carvalho RS, Rodrigues CO, Costa FD, Andrade HS. Medicalização: uma crítica (im)pertinente? Physis Revista de Saúde Coletiva 2015; 25(4), 1251-69. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000400011>
- Rabello ET, Camargo Júnior KR. Propagandas de medicamentos: a saúde como produto de consumo. Interface – Comunicação Saúde Educação 2012; 16(41), 557-67. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012000200006>
- Even P, Debré B. Guidedes 4000 médicamentsutiles, inutiles ou dangereux. Le ChercheMidi, Paris 2012; 528.
- Foucault, M. Crise da medicina ou crise da antimedicina. Verve 2010; 18, 167-94.
- Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC); 2010.
- Feldens DG, Martins BT, Dória MB, Barboza RS, Fusaro LG. Desatenção, hiperatividade e impulsividade: reflexões críticas sobre o TDAH. Interfaces Científicas – Educação 2016; 4(3), 159-68.
- Appio JÁ, Lara Junior N. O entorpecimento do trabalhador como estratégia de controle social no Brasil. Psi Unisc 2016; 1(1), 6-17. doi: <http://dx.doi.org/10.17058/psiunisc.v1i1.9887>
- Golfeto JH, Mian H. Tratamento Psicofarmacológico aplicado à criança. Revista Brasileira de Medicina 2000.
- Brasil HHA. Princípios Gerais do Emprego de Psicofármacos. Rev Bras de Psiquiatr 2000. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000600011>
- Lefevre F. Saúde, este obscuro objeto de desejo. 1987;6(1), 3-9.
- Pêcheux M. Delimitações, inversões, deslocamentos. Cadernos de Estudos Linguísticos 1990; 19; 7-24.
- Kimura AM. Psicofármacos e Psicoterapia: a visão de psicólogos sobre medicação no tratamento [trabalho de conclusão de curso]. São Judas Tadeu (SP): Universidade São Judas Tadeu; 2005.
- Mannoni M. A criança, “sua doença” e os outros. Rio de Janeiro: Zahar Editores S.A; 1983.
- Ortigue, MC, Ortigue E. Como se decide uma psicoterapia de criança. São Paulo: Martins Fontes; 1988.
- Zorning AS. Neurose infantil, neuroses da infância. Revista Psychê 2001; 8, 183-90.
- França EA, Radino G. Da orientação à escuta de pais no atendimento infantil. Revista de Psicologia da UNESP 2010; 1(1).
- Motta CR, Silva LR, Castro H. A psicanálise da criança – um estudo de caso. Revista de Ciências Médicas e Biológicas 2010; 9(1), 89-94. doi: <http://dx.doi.org/10.9771/cmbio.v9i1.4739>
- Bergès J, Balbo G. A criança e a psicanálise: novas perspectivas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
- Meira MEM. Para uma crítica da medicalização na educação. Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional 2012; 16 (1), 135-42. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572012000100014>
- Mousés MAA, Collares CAL. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças do indivíduo. Conselho Regional de Psicologia de São Paulo: Grupo Interinstitucional Queixa Escolar. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010.
- Sayão R. Educar pressupõe sempre desagradar à criança. Gaúcha ZH [online] 2015. Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/vida/noticia/2015/12/educar-pressupoe-sempre-desagradar-a-crianca-diz-psicologa-rosely-sayao-4933719.html>>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações do Ministério da Saúde para adoção de práticas não medicalizantes e para publicação de protocolos municipais e estaduais de dispensação de metilfenidato para prevenir a excessiva medicalização de crianças e adolescentes. Brasília, DF; 2015.
- Conselho Federal de Psicologia. Subsídios para a campanha “não à medicalização da vida” Medicalização da Educação. 2012. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf>.
- Baleriola E, Francisco T, Tiago M, Torrejón P. ¿Qué es labioseguridad? Lo biótico y los regímenes de vitalidade. In: Biossegurança e biopolítica no século XXI. Porto Alegre: ABRAPSO; 2016.
- Caponi S. Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis 2012; 9(2), 101-22. doi: <https://doi.org/10.5007/1807-1384.2012v9n2p101>
- Gori R, Del Volgo MJ. La santétotalitaire. Essaisurlamedicalisation de l'existence. Paris: Flammarion, Champessais; 2009.
- Brum E. O Dopping dos Pobres. 2013. Disponível em: <<http://navegacoesnasfronteirasdopensamento.blogspot.com.br/2013/10/o-doping-dos-pobres.html>>.
- Viégas LS, Gomes J, Oliveira A. Os Equívocos do Artigo

“Os Equívocos e Acertos da Campanha “Não à Medicalização da Vida”. *Psicologia em Pesquisa* 2013; 7(2), 266-76. doi: <http://dx.doi.org/10.5327/Z1982-1247201300010002>

Recebido em:30/08/2018

Aceito em:10/09/2018

Como citar: SILVA, Jerto Cardoso; MORAES, Mariana Hintz; MENDES, Caroline Forati. Percepção de cuidadores sobre a medicalização da infância e adolescência. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde, Santa Cruz do Sul*, v. 1, n. 3, set. 2018. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/12896>>. Acesso em: 22 dez. 2018. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v1i3.12896>

Rev. Interdisciplin. Promoç. Saúde - RIPS, Santa Cruz do Sul, 1(3): 153-162, jul/set. 2018 ISSN: 2595-3664



Manejo da dor de pacientes oncológicos residentes em área de estratégia de saúde da família

Patient management of oncological patients resident in family health strategy area

Iohana Karina Meier¹, Arlete Eli Kunz da Costa¹, Luís Felipe Pissaia¹

1- Universidade do Vale do Taquari – UNIVATES, Lajeado, RS, Brasil.

RESUMO

lpissaia@universo.univates.br

Objetivo: o objetivo desse estudo foi avaliar o manejo da dor em pacientes oncológicos residentes em áreas de duas ESF do município de Lajeado/RS. **Método:** trata-se de uma pesquisa qualitativa, sendo o levantamento de dados realizado de forma transversal, por meio de um estudo descritivo-exploratório. Foram realizadas entrevistas com vinte pacientes oncológicos, buscando identificar informações sobre a dor, além de avaliá-la com a Escala Visual Analógica (EVA). **Resultados:** verificou-se que 70% dos pacientes sentem dor relacionada à doença, sendo que cada um busca por conta própria a melhor forma para o manejo de suas crises algicas, somente 6,25% dos pacientes procuraram atendimento em serviços de saúde; 56,25% procuraram atendimento no serviço de oncologia do município, com os seus médicos assistentes. **Conclusão:** concluiu-se que cabe também ao enfermeiro avaliar criteriosamente a dor do paciente oncológico. A falta de intervenções nas ESF pode ser um fator preponderante para que o manejo de crises algicas não seja satisfatório. Torna-se imprescindível o estudo com os profissionais da atenção primária bem como buscar formas de articular a ESF com o serviço especializado.

Palavras-chave:

Avaliação da Dor; Dor do Câncer; Assistência de Enfermagem; Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: the objective of this study was to evaluate pain management in cancer patients living in the area of two primary healthcare strategies (ESF) in the city of Lajeado / RS. **Method:** it is a qualitative research; data collection was carried out across the Board, through a descriptive exploratory study. We conducted interviews with twenty oncological patients, seeking to identify information about pain, as well as evaluating it with the Visual Analogue Scale (EVA). **Results:** it was verified that 70% of the patients feel pain related to the disease, and each one searches on its own the best way to manage their pain crises, only 6.25% of the patients seek care in health services; 56.25% sought care in the oncology department of the municipality, with their attending physicians. **Conclusion:** it was concluded that it is the responsibility of the nurse to assess carefully the pain of the oncological patient. The lack of interventions in the ESF can be a preponderant factor for pain crises management is not satisfactory. It becomes essential the study with primary care professionals as well as seek ways to interconnect the ESF with specialized services.

Keywords:

Pain Evaluation; Cancer Pain; Nursing Care; Public Health.



INTRODUÇÃO

O câncer (CA) é uma das doenças que causa maior apreensão devido ao sofrimento que ocasiona, sendo a dor um dos principais motivos do sentimento negativo deste momento vital do paciente oncológico.¹ O diagnóstico geralmente provoca uma aversão descontrolada no paciente, pois o mesmo vivencia o medo da morte, passando a integrar-se a condutas terapêuticas, que ocasionam agonia em relação à imagem corporal e a vida, sem mensurar os agravos nas relações sociais.²

Nota-se que a intensidade da dor pode variar conforme o tratamento ao qual o paciente oncológico está submetido, o estágio da doença e o local onde se encontra instalado no organismo.³ Existem dificuldades por parte da equipe de enfermagem em aderir à prática de classificar a dor de pacientes oncológicos e no manejo algico vivenciado.⁴ A questão de controle da dor intriga profissionais da área, estimulando a procura de resultados para avaliação e terapêuticas, que proporcionem uma maior qualidade de vida para os pacientes oncológicos.²

Neste contexto, pacientes oncológicos dependem da rede de serviços de saúde, principalmente no manejo da dor, dentre estas, se destaca a Estratégia Saúde da Família (ESF), onde é preconizada a garantia da atenção à saúde, buscando a recuperação e prevenção de agravos.⁵ A assistência ao paciente oncológico com dor devido a sua doença constitui-se em um complexo plano terapêutico, sendo muito mais do que somente a administração de medicamentos e a utilização de procedimentos técnicos e a aplicação de protocolos.²

Ainda assim, delimita-se algumas características básicas das equipes de saúde, sendo indispensável à empatia, o vínculo e o zelo para proporcionar alívio de sintomas, conforto e apoio emocional, com o propósito de manter o bem-estar.⁶ Isso pode ser adquirido por meio de atividades ligadas à Atenção Primária à Saúde (APS), como visitas domiciliares, grupos de apoio, eventos e reuniões.⁵

A procura pelo manejo da dor estabelece um conteúdo importante na esfera social e científica durante a realização do tratamento oncológico.¹ Esse controle pode ser efetivado mediante protocolos estabelecidos pelas instituições de saúde, prescrição de analgésicos e terapias informais.⁵

Neste sentido, o estudo objetivou avaliar o manejo da dor em pacientes oncológicos residentes

em áreas de duas ESF do município de Lajeado/RS.

MÉTODO

Quanto ao modo de abordagem, a pesquisa classifica-se como qualitativa. Quanto ao objetivo, é um estudo descritivo e exploratório que utilizou como procedimento técnico o levantamento de dados de forma transversal. Os participantes da pesquisa foram identificados com o auxílio dos profissionais de enfermagem e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das duas ESF alvo de estudo, estes profissionais listaram os pacientes oncológicos das áreas e seus respectivos contatos telefônicos.

Após carta de anuência da Secretaria de Saúde do município de Lajeado/RS e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da instituição de ensino, os pesquisadores realizaram contato com os pacientes oncológicos, explicando os objetivos da pesquisa, bem como os critérios éticos que envolvem todo o processo. Durante o contato telefônico os pesquisadores questionaram sobre o aceite ou não em participar da pesquisa, em caso positivo, foram agendados momentos individuais para entrevista em domicílio.

Adotou-se como critérios de inclusão, o paciente oncológico ter concordado participar da pesquisa durante o contato telefônico e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em ocasião da Visita Domiciliar (VD) e estar em acompanhamento médico oncológico ou tratamento quimioterápico no serviço de oncologia.

A lista de pacientes oncológicos oferecida pelas equipes totalizava 40 indivíduos, sendo que durante o contato telefônico inicial 20 aceitaram participar do estudo, totalizando os 20 participantes da pesquisa. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas individuais com os pacientes oncológicos em seu próprio domicílio, em dia e horário combinado anteriormente.

A entrevista foi conduzida por questões norteadoras desenvolvidas pelos próprios pesquisadores, sendo todas abertas e relativas ao manejo da dor e características do paciente oncológico, utilizando-se como ponto de partida o sentimento algico vivenciado durante a doença. Na ocasião também foi aplicado a Escala Visual Analógica da Dor (EVA), a qual utiliza pontuação para identificar os níveis de dor, sendo que de 0 a 2 indica um sentimento algico leve, de 3 a 7 de relato moderado e de 8 a 10

uma sensação de dor intensa.

Destaca-se que todos os diálogos tiveram seus áudios gravados e para a análise dos resultados, os dados foram transcritos e os pacientes oncológicos foram identificados por pseudônimos de letras sorteadas aleatoriamente. Os dados foram agrupados e analisados de acordo com a Análise de Conteúdo de Bardin,⁷ por meio das etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação, sendo apresentados em categorias por pontos focais compatíveis e utilizando-se de tabelas para dar ênfase aos achados.

A pesquisa respeitou as determinações éticas e legais preconizadas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para pesquisas envolvendo seres humanos. Registrando-se também a aprovação do projeto pelo COEP da Universidade do Vale do Taquari – Univates, por meio do CAAE nº85017318.3.0000.531.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão apresentados os resultados e discussão referentes à coleta de dados, os quais foram agrupados em seis categorias por pontos focais compatíveis de acordo com a abordagem metodológica descrita. As categorias surgiram após a análise dos dados e utilizou-se de relatos fiéis e tabelas para dar ênfase aos achados. Cada categoria foi nominada conforme seu conteúdo foca, sendo primeiramente, a caracterização dos pacientes oncológicos, seguida da percepção da dor, características algicas, avaliação da dor, manejo da dor e busca pelo atendimento.

Caracterização dos pacientes oncológicos

As áreas pertencentes às ESF em questão possuem 40 pacientes oncológicos, sendo que o estudo teve como amostra 20 deles, demonstrando que 30% relataram não sentir dor em nenhum momento, desde o início do tratamento, conforme apresenta a Tabela 1. Cerca de 7,5% do total de pacientes oncológicos não

deram seguimento ao tratamento da doença.

Os pacientes oncológicos apresentaram idade mínima de 39 anos e máxima de 84 anos. Quanto ao gênero eram 14 mulheres e 06 homens. Em relação ao tempo de tratamento e/ou acompanhamento oncológico, estes variaram de 01 a 12 anos. Foram entrevistados pacientes oncológicos com identificação da doença na mama, colo uterino, intestino, vagina e pele (melanoma). Nas seções seguintes aplicar-se-á os instrumentos somente aos 14 participantes que referiram sentir dor.

A percepção da dor

Os pacientes oncológicos queixam-se principalmente de dor e isso requer um tratamento apropriado e condizente com a realidade, buscando seu bem estar e qualidade de vida.⁵ A dor é considerada um dos sintomas mais comuns e desagradáveis relacionados ao CA, por depender em suma, da localização da doença, estágio, tratamento, dentre outros fatores relacionados ao caso.³ É essencial no momento do cuidado que seja identificado e estimulado o uso de estratégias que diminuirão a queixa algica, tendo conhecimento do impacto negativo que essas sensações causam.⁸ Afinal, o descontrole da dor inviabiliza a qualidade de vida do paciente oncológico, por meio do sofrimento e descontentamento sobre sua vida.⁵

De acordo com o questionário proposto na pesquisa, 70% dos pacientes oncológicos entrevistados relataram sentir alguma dor relacionada à doença. A dor dos pacientes oncológicos, em relação a frequência, foi classificada como regular, constante ou ocasional. Em pacientes oncológicos de intestino a dor foi avaliada como constante em 66,6% dos casos, sendo que esses mesmos relataram sentir dor por dias, sem cessar. Já mulheres com CA de mama classificam a dor como constante e/ou regular em 84% dos casos, sendo que dessas, 57,1% sentiam a dor até três vezes por semana. Os demais omitiram a informação.

O humor do paciente oncológico pode

Tabela 1 – Relação de pacientes oncológicos que sentem alguma dor relacionada ao câncer

Sensação algica	Número	%
Sentem dor	14	70
Não sentem dor	6	30
Total	20	100

influenciar na percepção da dor, havendo uma variação no limiar algico, o qual se relaciona com o estado emocional, o momento do ciclo vital e o apoio familiar e social.⁹ O termo dor é utilizado por cada paciente oncológico de acordo com suas experiências, seu contexto sociocultural, história de vida e personalidade, considerando-se como um sinal subjetivo e inconstante.⁸ O estado emocional prejudica a sua adesão ao tratamento e, com isso, o seu prognóstico. Indivíduos depressivos tendem a encontrar dificuldades em seguir as orientações médicas de forma correta e não assimilar corretamente o que é informado.³

Características algicas

A fadiga é um dos sintomas mais frequentes que o paciente oncológico pode apresentar, podendo preceder e acompanhar o diagnóstico ou estar atrelada aos protocolos de tratamento mais agressivos que tendem a minimizar sintomas de náuseas, vômitos e dores. A equipe geralmente não avalia a fadiga, porém pacientes oncológicos e familiares devem ser orientados sobre esse possível efeito. Esse aspecto deve ser considerado importante, pois a quimioterapia pode causar anemia, e níveis baixos de hemoglobina podem estar associados à fadiga severa.¹⁰

Aproximadamente 90% dos pacientes oncológicos que participaram da pesquisa, em algum momento, queixaram-se de cansaço e/ou estresse, porém somente 12,5% consideraram que a dor aumentava nesses momentos. Cerca de 18,7% relacionam a sua dor ao procedimento cirúrgico, e 12% ao tratamento quimioterápico. A maioria dos pacientes oncológicos apresentou dificuldade em responder essa questão. Pacientes oncológicos de mama citaram como característica da dor: choque, ardência, fisgada e como prevalente a queimação, citada em 42,8% dos casos.

Avaliação da dor

Avaliar a dor do paciente oncológico é a etapa mais importante para que o seu controle seja satisfatório, gerando confiabilidade no tratamento e bem estar no dia a dia.¹ Além disso é importante confiar no relato. É essencial que pontos como início da dor, cronologia, irradiação, intensidade, comportamentos, fatores de desencadeamento e alívio algico sejam examinados, pois essa observação

influencia diretamente na terapêutica empregada.¹¹

A dor dos pacientes oncológicos foi avaliada de acordo com a EVA, como moderada em 53,9% das entrevistas e apenas 7,7% considerou a sua dor leve naquele momento, conforme a Tabela 2.

Tabela 2 – Avaliação algica de pacientes oncológicos

Avaliação algica	Número	%
Leve	1	7,7
Moderada	7	53,9
Intensa	5	38,4
Não souberam responder	1	7,7
Total	14	100

A dor é classificada como o quinto sinal vital, devido a isso o seu registro é de extrema importância, afinal é com base nesses registros que um plano terapêutico pode ser traçado, implementado e avaliado para a resolutividade ou satisfação do quadro.² Essa mensuração pode ser realizada por meio de métodos simples como a EVA, pela qual o próprio paciente oncológico descreve os parâmetros algicos e coloca-se como instrumento e ferramenta do próprio tratamento.¹¹ O nível de dor é mensurado de 0 a 10, sendo que 0 identifica a ausência de dor e 10 o nível máximo. De acordo com a Tabela 3, 21,5% dos pacientes oncológicos deram nota 8 para sua dor na EVA.

Tabela 3 – Nota algica para dor de acordo com a EVA

Nota algica para dor	Número	%
0	1	7,1
1	0	0
2	0	0
3	0	0
4	1	7,1
5	3	21,5
6	1	7,1
7	2	14,3
8	3	21,5
9	1	7,1
10	2	14,3
Total	14	100

O enfermeiro possui importante atribuição no controle da dor, além de ser responsável pela avaliação diagnóstica, na supervisão do tratamento e intervenção, pois compreender esses elementos é essencial na interpretação da assistência de

enfermagem ao paciente oncológico.²

Manejo da dor

A aflição do paciente pode ter relação com a sua qualidade de vida, e desconsiderar o sofrimento é tão fatal quanto desconsiderar a dor, não havendo o porquê de tratar uma e não a outra.¹² Cada paciente oncológico busca de sua maneira a melhor forma para o manejo de suas crises álgicas, isso é notável de acordo com a pesquisa realizada. Paciente C cita *“quando sinto dor gosto de procurar um abraço, me sentir protegida e perto de quem me quer bem”*. Em contrapartida há quem prefere ficar só, *“para aliviar a dor eu prefiro me deitar, ficar bem quietinha na minha cama, logo passa”* – Paciente B. Existe ainda quem não quer ficar parado, como a paciente A: *“eu procuro mexer nas minhas plantas, realizar os afazeres de casa, cuidar das flores é o que me faz bem”*.

Além dos fármacos usados no controle álgico, terapias complementares e alternativas são sugeridas pelos profissionais da área da saúde e utilizadas pelos pacientes oncológicos, por exemplo: relaxamento, grupos educativos e distração dirigida.⁵ A construção de planos terapêuticos singulares é importante no contexto observado, tendo-se como base os relatos observados, identifica-se a necessidade de individualizar as ações apresentadas pela equipe.^{3,5}

Busca pelo atendimento

O abalo emocional provocado pela doença não afeta apenas o paciente oncológico em si, mas toda a família, as relações ficam comprometidas e o enfrentamento destas questões torna-se exaustivo quando vivenciados com dor.¹³ Isso ocorre devido às mudanças que são necessárias em todo o contexto social, a reorganização de atividades diárias e as incumbências que a doença e o tratamento demandam.⁴ Os pacientes oncológicos necessitam de uma ajuda contínua em sua vida diária, por esse motivo, alguns problemas no convívio social são encontrados.^{8,13} Os familiares acabam tornando-se responsáveis e dispensam horas aos cuidados do enfermo, os quais podem durar por anos, em decorrência de tratamentos, metástases e recidivas do tumor.¹⁴

Durante a pesquisa foi perceptível a importância da família em meio à turbulência do diagnóstico e tratamento, visto que somente 7,1% dos pacientes

oncológicos procuravam atendimento sozinhos, os demais sempre tinham o acompanhamento de algum familiar. Esta foi a mesma porcentagem de pacientes oncológicos que procuravam, nos casos de intercorrências, a ESF e, a maior parte dos indivíduos classificou o serviço como despreparado para recebê-los, sendo assim, 57,2% procuraram atendimento no serviço de oncologia do município, com os seus médicos assistentes, mesmo o serviço sendo para consultas eletivas.

Tabela 4 – Relação de busca pelo atendimento em caso de intercorrências

Local	Número	%
Emergência	1	7,1
Estratégia Saúde da Família	1	7,1
Unidade de Pronto Atendimento	4	28,6
Ambulatório de Oncologia	8	57,2
Total	14	100

Ambas as ESFs não realizam algum tipo de trabalho com o paciente oncológico, somente VDs, as quais ocorrem quinzenalmente, em especial aos com estágio mais avançado da doença, já em cuidados paliativos e/ou em tratamento quimioterápico. Nas VDs um profissional de enfermagem visita à residência do paciente oncológico, acompanhada do médico e da ACS, com objetivo de avaliar o estado de saúde geral, visto a dificuldade do mesmo em ir até a unidade, aferir sinais vitais, verificar as condições de moradia, realizar encaminhamentos e renovar receitas. São reconhecidas como intervenções multiprofissionais, por exemplo, eventos, campanhas, reuniões e grupos de apoio aos pacientes oncológicos, sendo que essas intervenções são fundamentais, pois se torna um meio de reprimir as barreiras e oferecer maior acesso aos serviços de atenção primária priorizando a sua recuperação.^{15,16,17}

CONCLUSÃO

Considera-se que cabe ao enfermeiro avaliar criteriosamente a dor do paciente oncológico, levando em consideração aspectos como o estágio da doença, o contexto social em que se encontra, e se existe ou não apoio familiar. Realizar um histórico da dor, incluindo o local, características, início da doença, fatos agravantes e de alívio, sintomas atrelados, qualidade de vida, estado psíquico e respostas a outras terapias,

além de registrar e, por meio disso, juntamente com a equipe, elaborar um plano terapêutico.

É necessário que as ESFs desenvolvam ações multidisciplinares para os pacientes oncológicos, a fim de que o manejo de intercorrências relacionadas à dor seja satisfatório. Tendo em vista que, 57,2% dos pacientes oncológicos acabam buscando o serviço de oncologia, que fica mais longe de suas residências e que dispõem apenas de consultas eletivas.

A análise dos achados deste estudo evidenciou ainda, que 7,5% dos pacientes oncológicos não seguiram tratamento e/ou acompanhamento especializado, o que pode levar ao agravamento da doença e consequentemente o óbito. Uma estratégia para solucionar esse problema é a busca ativa desses pacientes oncológicos, o que torna necessário um controle maior das ESF em parceria com o serviço de apoio na APS. Dessa forma, torna-se imprescindível o estudo com os profissionais da atenção primária, priorizando formas de capacitação para o manejo da dor e de intervenções às intercorrências oncológicas que podem e devem ser manejadas ali, bem como buscar formas de interligar a ESF com o serviço especializado, buscando sempre o bem-estar e evitando comorbidades ao paciente e sua família.

REFERÊNCIAS

1. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. (Orgs.). Medicina ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
2. Costa AIS, Chaves MD. Dor em pacientes oncológicos sob tratamento quimioterápico. *Rev Dor* 2002; 13(1):45-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132012000100008>
3. Lopes A, Chammas R, Iyeyasu H. *Oncologia para a graduação*. 3. ed. São Paulo: Lemar; 2013.
4. Biase PT, Zago VLP, Paini JFP, Biasi LS. Manejo da dor no paciente oncológico pela equipe de enfermagem. *Perspectiva* 2011; 35(129):157-66.
5. Graner KM, Costa Junior AL, Rolim GS. Dor em oncologia: Intervenções complementares e alternativas ao tratamento medicamentoso. *Temas Psicol* 2010; 18(2):345-55.
6. Casciato DA. *Manual de oncologia clínica*. São Paulo: Tecmedd; 2008.
7. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.
8. Rocha AFP, Sposito AMP, Bortoli PS, Silva-Rodriguez FM, Lima RAG, Nascimento LC. O alívio da dor oncológica: estratégias contadas por adolescentes com câncer. *Texto Contexto*

9. *Enferm* 2015; 24(1):96-104. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015002120013>
10. Atty ATDM, Tomazelli JG. Cuidados paliativos na atenção domiciliar para pacientes oncológicos no Brasil. *Saúde Debate* 2018; 42, 225-236. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811618>
11. Bonassa EMA. *Enfermagem em terapêutica oncológica*. 3. ed. São Paulo: Atheneu; 2005.
12. Guimarães JLM, Rosa DD (Orgs.). *Rotinas em oncologia*. São Paulo: Artmed; 2008.
13. Rangel O, Telles C. Tratamento da dor oncológica em cuidados paliativos. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto* 2012; 11(2):32-7.
14. Rabelo DP, Tanure RP, Grajeda FMC, Grossmann SDMC. Reabilitação protética oral em paciente oncológico. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde* 2018; 16(1). doi: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v16i1.4738>
15. Costa AS, Marques RDSO, Jesus LG, Medrado ARAP, Lima HR, Martins GB, Pereira MCMC. Avaliação da qualidade de vida em pacientes oncológicos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista Brasileira de Qualidade de Vida* 2018; 10(2). doi: <http://dx.doi.org/10.3895/rbqv.v10n2.7808>
16. Souza GSF, Souza VKS, Silva ECA, Cordeiro SA, Oliveira JCS, Silva ECAS, Barros ALS, Martin ACS. Fatores Que Interferem na Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos em Cuidados Paliativos. *International Journal of Nutrology*, 2018, 11(01): Trab405. doi: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0038-1674702>
17. Lopes A, Chammas R, Iyeyasu H. *Oncologia para a graduação*. 3. ed. São Paulo: Lemar; 2013.
18. Oliveira AL, Sobrinho NP, Cunha BAS. Manuseio da dor crônica em pacientes oncológicos pela equipe de enfermagem. *Rev Dor* 2016; 17(3): 219-22. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20160075>

Recebido em:26/08/2018

Aceito em:10/09/2018

Como citar: MEIER, Iohana Karina; COSTA, Arlete Eli Kunz da; PISSAIA, Luís Felipe. Manejo da dor de pacientes oncológicos residentes em área de estratégia de saúde da família. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 3, set. 2018. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/12494>>. Acesso em: 23 dez. 2018. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v1i3.12494>



Conhecimento dos professores de Educação Física escolar sobre promoção da saúde

Knowledge of school Physical Education teachers on health promotion

Bruna Fernanda Justino da Costa¹, Mateus Dias Antunes², Leonardo Pestillo de Oliveira³,
Glaukus Regiani Bueno¹

1- Faculdade Intermunicipal do Noroeste do Paraná - FACINOR, Loanda, PR, Brasil

2- Universidade de São Paulo - USP, São Paulo, SP, Brasil.

3- Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR, Maringá, PR, Brasil.

RESUMO

mateus_antunes03@hotmail.com

Objetivo: este estudo teve como objetivo investigar o conhecimento dos professores de educação física escolar em relação à promoção da saúde. **Método:** o presente estudo se caracteriza por uma análise de pensamentos; nesse sentido foi aplicado a metodologia qualitativa, e para seu desenvolvimento, o trabalho se adequou por meio de um caráter exploratório descritivo analítico. Para alcançar esse escopo, foi aplicado um questionário sócio demográfico semiestruturado. O experimento didático foi aplicado para todos os professores de educação física do ensino médio das escolas da rede estadual do município de Loanda – PR, totalizando 6 profissionais. **Resultados:** nas perspectivas das análises sobre a promoção da saúde, notamos resultados condizentes em relação ao seu conceito na essência, porém, desprovidos de uma noção mais aprofundada de alguns conceitos e ações sobre o tema. Alguns aspectos importantes foram evidenciados, como o ensinamento das questões sobre promoção da saúde nas escolas, necessidades de intervenções de capacitação para os profissionais da educação física e planejamento de ações visando a dissipação do conceito de promoção da saúde no ambiente escolar. **Conclusão:** percebe-se que o conhecimento da maioria dos respondentes mostrou-se relevante sobre o tema, entretanto, desprovidos de uma noção mais aprofundada dos conceitos e ações, restringindo-se a experiências focais. Destaca-se a importância de estudos na área para atualizações sobre a promoção da saúde, que contribua efetivamente para o desenvolvimento de capacidades, aquisições, competências e empoderamento dos professores.

Palavras-chave:

Promoção da Saúde;

Educação Física;

Professores; Empoderamen-

to; Ensino Médio.

ABSTRACT

Objective: the aim of this study was to investigate the knowledge of physical education school teachers in relation to health promotion. **Method:** the present study is characterized by an analysis of thoughts. In this sense, the qualitative methodology was applied and, for its development, the work was adapted by means of an analytical descriptive exploratory character. To reach this scope, a semistructured socio-demographic questionnaire was applied. The didactic experiment was applied to all high school physical education teachers of the state schools of the city of Loanda - PR, totaling 6 professionals. **Results:** in the perspectives of the analyzes on health promotion, we note consistent results regarding its concept in essence, however, lacking a deeper understanding of some concepts and actions on the subject. Some important aspects were evidenced, such as the teaching of health promotion issues in schools, the need for training interventions for physical education professionals and the planning of actions aimed at dissipating the concept of health promotion in the school environment. **Conclusion:** the knowledge of most respondents was relevant on the subject, however, devoid of a deeper notion of concepts and actions, restricted to focal experiences. It is worth noting the importance of studies in the area for updates on health promotion, which contributes effectively to the development of capacities, acquisitions, competencies, and empowerment of teachers.

Keywords:

Health Promotion; Physical

Education; School teachers;

Empowerment; High School.



INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade ainda surgem algumas dúvidas a respeito do processo de desenvolvimento da saúde e alguns conceitos que as norteiam. Evidenciamos alguns conhecimentos do processo saúde-doença, como a prevenção, reabilitação e promoção da saúde (PS). Promoção da saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de melhorar e/ou atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social. O indivíduo ou grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificá-las ou adaptá-las ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida¹.

Algumas condições são fundamentais e necessárias para a atingir a saúde, por isso o Ministério da Saúde (MS), lançou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) com o objetivo de promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e risco à saúde, aspectos relacionados aos seus determinantes e condicionantes modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais²⁻⁴.

Em uma perspectiva interdisciplinar, a promoção da saúde vislumbra a melhoria das condições de vida da população e o reconhecimento do direito de cidadania, tendo como princípios a concepção holística da saúde, a equidade, a intersetorialidade, a participação social, sustentabilidade e o meio educacional². Nesse eixo educacional, a escola é considerada como um ambiente protetor da saúde e, segundo a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), a promoção da saúde na escola é prioridade. É considerada uma instituição onde o jovem passa grande parte da vida e pode contribuir na construção de valores no qual a saúde está incluída primariamente. É importante o desenvolvimento de um processo dialógico, problematizado e inclusivo, que oportunize ao aluno a construção da consciência crítica sobre si próprio e seu estar no mundo⁵.

A educação em saúde nas escolas auxilia os indivíduos a pensarem formas de viver que os protejam, discutindo comportamentos e criando espaços de reflexão sobre hábitos saudáveis de vida. A escola deve estar voltada para a busca de uma educação integral, desenvolvendo habilidades pessoais que contribuam para a criação e manutenção

de ambientes saudáveis e protetores. As ações devem reduzir a exposição a fatores de risco de doenças e agravos não transmissíveis, bem como reforçar fatores de proteção relacionados ao estilo de vida, integrando e estimulando o fortalecimento das relações homem/ambiente, objetivando contribuir para uma melhor saúde e bem estar, reforçando a capacidade dos indivíduos e comunidades para o enfrentamento das situações de vida⁵.

Nas diretrizes curriculares da educação básica, no título diretrizes curriculares da disciplina de educação física, é abordado que devem ser trabalhados alguns elementos, entre eles, a cultura corporal e saúde, sendo assim, a disciplina de educação física tem tanto responsabilidade quanto contribuição para que seja desenvolvido esse trabalho com a promoção da saúde⁶.

Assim, se faz necessário a inclusão do profissional de educação física capacitado para colaborar com o trabalho de promoção da saúde na escola. Diante do elemento da cultura corporal e da saúde, fica claro a necessidade e implementação de trabalhos de promoção da saúde na escola com profissional de educação física. Diante desse contexto, nossa pesquisa se faz importante por compreender e descrever o atual conhecimento dos professores de educação física sobre o tema promoção da saúde. Com esse diagnóstico e da nova perspectiva da realidade educacional, novos trabalhos podem ser realizados visando melhorias, com atuações diretas sobre os problemas existentes relacionados à promoção da saúde nas escolas.

Essa pesquisa nos dá subsídios para que possamos identificar o atual conhecimento dos professores sobre o tema. Uma ausência de estudos dessa categoria, não nos contemplaria em novos conhecimentos, nesse sentido, o aluno não desfrutaria da coletividade da escola com seus professores envolvidos para futuras ações de promoção da saúde. Com professores não atualizados ou sem conhecimento adequado, não seria possível a capacitação dos alunos e da sociedade em geral, o que levaria o menor controle e identificação da sua saúde, no sentido de melhorar o seu estado de bem estar geral. Professores bem preparados, promovem autonomia, criatividade, participação e capacitação holística do estado geral da saúde.

Este estudo busca fornecer subsídios para futuras ações no âmbito educacional, cultural, social e da saúde para estudantes do ensino médio com

extensão à população em geral. Portanto, o objetivo do presente estudo foi investigar o conhecimento dos professores de educação física escolar em relação à promoção da saúde.

MÉTODO

O presente estudo se caracteriza por uma análise de pensamentos, nesse sentido foi aplicado a metodologia qualitativa, e para seu desenvolvimento, o trabalho se adequou por meio de um caráter exploratório descritivo analítico, mostrando-se mais adequado, pois não transforma os pensamentos em números através de porcentagens, o que poderia levar à perda de muitas informações relevantes.

A coleta de dados foi realizada no período de abril a maio de 2017, dentro do universo das quatro escolas estaduais de ensino fundamental da cidade de Loanda, situada no noroeste do Paraná. No primeiro momento foi aplicado um questionário sociodemográfico semiestruturado para o conhecimento do perfil e do tema acerca da promoção da saúde dos professores de educação física das escolas estaduais do ensino médio. Após essa etapa, os dados foram transcritos usando a ferramenta Microsoft Word, analisados e interpretados conforme o código de ética de pesquisa, comparadas e referenciadas com a literatura atual por meio de artigos científicos, teses, dissertação, cartas (documentos de conferências nacionais e internacionais) sobre promoção da saúde.

Como critérios de inclusão deste estudo foram selecionados apenas os profissionais de educação física, de ambos os sexos, do ensino médio dos colégios estaduais. Foram excluídos da amostra os professores que não se enquadraram na mesma formação acadêmica devido à abordagem do tema proposto pelo estudo a ser realizado e também professores do ensino fundamental. Os professores assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para participarem do estudo.

Antes da execução da pesquisa, foi solicitado o documento de autorização local na secretaria de cada escola participante. Considerando o exposto e os objetivos propostos neste estudo, optou-se por elaborar um roteiro semiestruturado de entrevista com questões abertas, suficientemente para captar os conhecimentos acerca do tema promoção da saúde de uma forma descritiva. Esses instrumentos permitem que os entrevistados se expressem livremente,

produzindo um discurso⁷.

As perguntas foram as seguintes:

- Qual o seu conhecimento sobre a promoção da saúde?
- Como a promoção da saúde pode ser ensinada nas aulas de educação física?
- A equipe diretiva pedagógica de sua escola promove reuniões para o planejamento de ações promotora da saúde com os professores de educação física? Justifique?
- A escola promove palestras com multiprofissionais sobre a promoção da saúde? Se sim, quais?
- Você já participou de uma formação de conhecimento sobre ações para a promoção da saúde na escola?

Após as coletas de dados foram realizados as análises de dados em relação às repostas de cada um dos professores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Reflexões acerca da promoção da saúde pelos professores de educação física das escolas do ensino fundamental

Os dados foram coletados entre os professores de educação física da rede estadual do município de Loanda-PR. Os professores questionados (P1: professor 1 a P6: professor 6) são nascidos entre os anos de 1962 a 1977, com idades entre 40 a 55 anos. Dos 6 profissionais questionados, quatro são do sexo masculino e dois do sexo feminino. A conclusão de formação acadêmica dos professores varia entre o período de 1988 a 2003, já o tempo de atividade em sala de aula nas escolas, variam de 14 a 29 anos. Dentre os selecionados, a formação acadêmica mais elevada foi a titulação de mestrado.

Conhecimento dos professores de educação física sobre promoção da saúde.

A promoção da saúde é um processo que consiste em proporcionar para as pessoas os meios necessários para melhorar sua saúde, exercendo maior controle sobre ela. E até mesmo como a soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades

sanitárias, setores sociais e produtivos, voltados para o desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva³. Essa descrição reflete o relato do respondente:

P1[...] Defino como a capacidade das pessoas e da comunidade em geral poder modificar os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida e é claro que com políticos programas voltados para isso.

Em consonância com a Carta de Ottawa, a promoção da saúde não é uma responsabilidade exclusiva do setor da saúde, pois exigem estilos de vida saudáveis para atingir o bem estar, e os pré-requisitos para a saúde são: paz, abrigo, educação, alimentação, recursos econômicos. Sendo assim, fica claro que a educação promove saúde¹. É o que vemos nas descrições de P2, pois sua fala corrobora com a literatura e vislumbra o processo educacional como primordial a melhores estados de promoção da saúde:

P2 [...] A promoção da saúde é muito importante, principalmente na área escolar. Tenho noções básicas onde posso passar e até mesmo atender basicamente em algum caso. Tento passar para os alunos as diversas formas de promover a saúde.

A promoção da saúde pretende reduzir as desigualdades existentes nos níveis de saúde das populações e assegurar a igualdade de oportunidades e recursos, com vista a capacitá-los para completa realização do seu potencial de saúde. Para atingir este objetivo, torna-se necessária uma sólida implantação num meio favorável, acesso à informação, estilos de vida e oportunidades que permitam opções saudáveis. As populações não podem realizar totalmente o seu potencial de saúde sem que sejam capazes de controlar os fatores que a determinam. Este princípio deve aplicar-se igualmente às mulheres e aos homens¹.

Nas respostas de P3 e P4 evidenciamos que a compreensão da pergunta realizada foi de acordo o conhecimento subjetivo do entrevistado, e não exemplificando com conceitos, definições e exemplos práticos de si mesmo em relação ao caráter de promoção da saúde, subjetivando as respostas e suas

evidências de conhecimento.

P3 [...] Entre possíveis formas de classificar meu conhecimento sobre promoção da saúde considero meu conhecimento bom em uma escala organizada de como: RUIM, REGULAR, BOM, EXCELENTE, mas essa é a minha auto avaliação e pode não corresponder à realidade.

P4 [...] Conhecimento básico, não de formação (graduação) necessariamente aproveitando conteúdos do funcionamento do corpo humano da adequação adaptando a informações atualizadas através da internet.

Nos últimos dois entrevistados, conseguimos evidenciar que as respostas vão ao encontro de um adequado conceito de promoção da saúde, no entanto, a promoção da saúde não se caracteriza apenas em atividades físicas, bens materiais, lazer e cultura. Heidmann *et al.*⁴ destacam que as dimensões de promoção da saúde vão além de questões física e descrevem cinco estratégias para atingir a promoção de saúde de uma população, em especial no âmbito educacional. São elas: as políticas públicas, favorecimento de ambientes saudáveis, o apoio da ação comunitária, reorientação do serviço de saúde e concepção de habilidades pessoais.

P5 [...] Quanto à importância da alimentação equilibrada, com balanço energético. Valor calórico dos exercícios e gastos calóricos nas atividades físicas e as devidas atividades para a promoção da saúde e qualidade de vida.

P6 [...] Promover a saúde, compreendo e tenho noções de qualidade de vida, acesso aos bens materiais, culturas e lazer.

Como a promoção da saúde pode ser ensinada nas aulas de educação física.

Orfei e Tavares⁸ destacam que o professor de educação física deve desenvolver em suas aulas, métodos para contribuir com a promoção da saúde do aluno como: avaliações antropométricas, avaliação

do nível de aptidão física, atividades físicas de forma geral e promover experiências motoras. São ações que proporcionam repercussão satisfatória em direção a um melhor estado de saúde, afastando ao máximo a possibilidade de aparecimento dos fatores de risco que contribuem para o surgimento de eventuais distúrbios orgânicos e sociais.

Diante desse contexto, o papel da educação física nas escolas deve incluir a capacitação dos alunos a controlar a sua saúde e propiciar atividades físicas que os preparem para ter o corpo sadio. Promover reuniões com os profissionais da instituição, para o planejamento de ações para capacitar os indivíduos a autopromover saúde e dissipar o conhecimento em suas atividades, também são necessárias. Nesse cenário, as aulas de educação física devem ser preparadas para que esses objetivos sejam atendidos.

As considerações de P1, P6 foram semelhantes e atribuem circunstâncias importantes de conhecimento e atitudes a serem inseridas como promoção da saúde nas aulas de educação física.

P1[...] Através de textos, debates, atividades corporais e escritas, seminários, vídeos.

P6[...] Através de aulas teóricas e práticas.

As declarações dos professores correspondem ao conceito de Rodrigues⁹ que relata que as atividades desenvolvidas são: recreativas, pré-esportivas, jogos, brincadeiras, massagens, alongamento, cantigas de rodas, atividades aeróbicas que se referem principalmente a caminhada e ginástica de baixo impacto, atividade de força que consiste em exercícios em circuito, alteres e bastões. Também faz parte das atividades a avaliação física, medidas de circunferências, dobras cutâneas, peso, altura e controle da pressão arterial.

As descrições de P2, P4, P5, sobre como a promoção da saúde pode ser ensinada nas aulas de educação física, não faz junções às perspectivas atuais, apresentando-se de forma equivocada e não holística, e fica claro que a consciência de promoção da saúde pelos relatos, evidencia a preocupação com as atividades físicas específicas e não o indivíduo como um todo e a soma de suas partes.

P2[...] Através das aulas teóricas, com

explicações básicas, de como se promove a saúde, incluindo o bem entre o aluno.

P4[...] Através de aulas teóricas demonstrando os benefícios da atividade física para manutenção da saúde, esclarecendo o que acontece no organismo e também mostrando os malefícios da falta de atividade.

P5[...] Através de atividades teóricas desenvolvidas em salas, vídeos e atividades práticas desenvolvidas durante as aulas.

No estudo de Orfei e Tavares⁸ fica evidente que os conteúdos a serem ensinados são: palestras e debates sobre a promoção da saúde, atividade física, alimentação saudável, uso de álcool e o tabagismo, sexualidade, entre outros, a fim de conscientizá-los sobre boas práticas. É importante consciencializar os alunos a tomarem iniciativa em relação à prática de atividades físicas e hábitos saudáveis para que se tornem ativos fisicamente, não apenas na infância e na adolescência, mas também na idade adulta. Além disso, projetos sobre atividade física, alimentação saudável, postura, entre outros, nos quais todos os estudantes, funcionários e comunidade escolar participem, também devem ser realizados.

De acordo com Cardoso, Reis e Iervolino¹⁰ é necessário uma combinação de ação social planejada e de experiências de aprendizagem, visando capacitar os indivíduos para adquirirem controle sobre o comportamento em saúde, e sobre as condições sociais que afetam seu próprio estado e o estado de saúde dos outros.

O relato de P3 deixa claro que não compreendeu a questão, desviando do assunto.

P3 [...] Considerando que as aulas de educação física podem contribuir para que o aluno possa melhorar seu conhecimento sobre avaliação entre aptidão física e saúde, agora se vão mudar seu comportamento é uma outra questão.

A equipe diretiva pedagógica de sua escola promove reuniões para o planejamento de ações promotora da saúde com os professores de educação física.

Justifique.

Novas concepções estão surgindo a partir de contribuições de profissionais e pesquisadores da área, estimulando a elaboração de novas estratégias, em geral pautadas nas mais recentes concepções de saúde e qualidade de vida. Dentre as ações específicas priorizadas pela PNPS, criada em 2006, inclui-se a prática corporal e atividade física (PCAF) nas ações de rede básica de saúde e na comunidade, fundamentando a inserção do profissional da educação física no serviço de atenção básica ao compor equipes para o planejamento de ações¹¹.

A ação intersetorial precisa ser negociada e incluída na rotina e na prática dos profissionais, permitindo construção de saberes e mais diálogos na contextualização de políticas de saúde nas escolas. Parcerias e ações intersetoriais são efetivas quando reúnem e dialogam com a pluralidade de atores institucionais e não institucionais envolvidos e interessados. Nesse sentido, os programas de saúde na escola ainda têm muito que caminhar para avançar em uma perspectiva mais integradora e inovadora¹².

Faz-se necessário uma demanda de mediação, desenvolvimento de ação intersetorial, por parte dos professores e das instituições envolvidas, em torno de planos territoriais. A intersetorialidade proporciona a compreensão multidimensional e ampla da problemática acerca da atenção em saúde, em todos os níveis, implicando em intervenções de diversos setores, articulando diferentes práticas e saberes com o intuito de desenvolver ações produtivas e eficazes¹³.

Os relatos dos professores quando questionados se participam de reuniões para ações de promoção da saúde nas escolas em que atuam são:

P1[...] Raramente.

P2[...] Não.

P3[...] Não, falta de organização, falta de tempo, falta de hábito, falta de conhecimento.

P4[...] Não.

P5[...] Não, o professor que desenvolve seu planejamento anual e desenvolve ações promotora a saúde do educando.

P6[...] Através de palestras com técnicas de saúde.

Diante dos dados coletados percebe-se que o profissional de educação física não está participando de reuniões para o planejamento de ações promotoras da saúde nas escolas, demonstrando uma realidade negativa do ponto de vista da promoção da saúde. Diante dessa atual realidade, é necessário a interação de todos os envolvidos, ou seja, a organização com os profissionais das instituições que podem contribuir para o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e da comunidade a terem o autocontrole da saúde, por meio de ações específicas a essa população.

A escola promove palestras com multiprofissionais sobre a promoção da saúde. Se sim, quais.

A escola promotora da saúde deve ser inclusiva e garantir a participação efetiva de todos os envolvidos, com objetivo de criar atitudes, ambientes mais saudáveis, desenvolvendo habilidade e estimulando a tomada de decisão por meio da co-responsabilização em promoção da saúde¹⁰.

A escola higiênica, por exemplo, funciona com hábitos higiênicos e contribui para educação da população. As crianças adquirem bons costumes e os propagam em casa, onde desejam que tudo se passe como na escola, cujo meio puro e sadio facilmente se acostuma. Promoção de saúde na escola prioriza aspectos específicos a serem abordados como: alimentação saudável, prática de atividade física, alertas sobre o uso de tabacos, drogas sintéticas e sexualidade, dentre outros determinantes de saúde¹².

Os relatos de P1, P2, P3, P5 e P6 nos evidenciam que as palestras com multiprofissionais são feitas nas escolas, com aparecimento maior do profissional da saúde (enfermeiros) que enfatizam temas como: doenças e ações curativas. Porém, no âmbito da promoção da saúde deveríamos evidenciar ações profiláticas em maior escala.

Adiante, a descrição dos relatos dos professores:

P1 [...] Sim, DST (doenças sexualmente transmissíveis), doenças crônicas, alimentação saudável.

P2 [...] sim o básico, através de profissionais diversos da área. (médico, dentistas, enfermeiros).

P3 [...] sim palestras com profissionais da área da saúde da UNIPAR/EAD (universidade Paranaense e a distância) e FACINOR (faculdade intermunicipal do noroeste do Paraná) dos cursos de educação física e enfermagem.

P5[...]sim promoveações com palestrantes de enfermagem, com palestras de médicos e outros profissionais que promovem a área da saúde do educando.

P6 [...] abordam palestras sobre a prevenção de uso de ações, DST (doenças sexualmente transmissíveis) e drogas lícitas como: fumo e álcool.

Já o professor P4 relata que:

[...] a escola não promove palestras com multiprofissionais sobre a promoção da saúde.

Conforme descrito anteriormente pelos cinco professores, as atividades com temas ligados à saúde já eram realizados no município, e isso vem acontecendo por meio de palestras realizadas nas escolas por profissionais da área da saúde.

Fica claro que a maioria das escolas promove palestras com multiprofissionais sobre a promoção da saúde, mas devido aos conteúdos abordados e certa escassez de profissionais, isso se torna insuficiente e poderia ser mais abrangente, tais como a inclusão de outros profissionais e mais temas relacionados à saúde. Profissionais tais como médicos, professores de educação física, biologia, dentre outros, podem atuar por meio de palestras para os alunos, abordando temas como as prevenções e cuidados com a saúde, exercícios físicos e alimentação saudável.

Além da integração educacional Fracoli *et al.*¹⁴ relatam que a promoção da saúde deve compreender mais ações, dentre elas: ação intersetorial, parcerias com creches, instituições de longa permanência, escolas, comerciantes, grupos sociais e ações de inclusão social. Dentre esses aspectos, também existe a orientação da família e ou portador de necessidades especiais quanto às medidas facilitadoras para sua máxima inclusão social.

Você já participou de uma formação de conhecimento sobre ações para a promoção da saúde na escola. Se sim, quais.

É de grande relevância salientar que a formação continuada não pode ser vista apenas como a participação em cursos e seminários. Estes eventos são importantes, mas estão em um modelo horizontal de transmissão de conhecimento, não ocorrendo diálogo. Formação continuada não é simplesmente acumular informações. A preocupação de formação continuada deve proporcionar a volta aos estudos, pesquisas sobre teorias e novas práticas pedagógicas, ou seja, inovações. Essas inquietudes no processo de conhecimento são alternativas para administrar a efervescência das diversidades e desigualdades sociais¹⁵.

O professor nesse contexto, deve estar em busca constante pela formação continuada, sendo seu dever, manter-se atento de que esse processo de conhecimento não é finito, e estar consciente das necessidades de atualizações, proporcionando maiores capacidades críticas e de reconstrução da prática educativa. A inovação é toda tentativa consciente de introduzir uma mudança no sistema de ensino com a finalidade de melhorá-lo. Essa mudança poderá ser alcançada a partir do momento em que o professor perceber-se como ator principal e das necessidades de formação adequada para a docência.

Temp *et al.*¹⁵ ainda contemplam que umas das funções do professor é buscar seu aprimoramento teórico e prático para cumprir seu papel de mediador entre o conhecimento sistematizado, os saberes da prática social e a cultura na qual acontece o ato educativo, incluindo as estruturas sociocognitivas do aluno. Assim, mediante essa ação reflexa, o professor coloca-se em um processo constante de recriação de si próprio. Ainda é relevante destacar que o professor necessita reconstruir sua prática através da ligação entre novas e antigas teorias com sua ação de trabalho, formado um novo modelo de ensino. Os educadores, incluindo docentes universitários, são pessoas que também estão em desenvolvimento e que precisam continuamente educar-se para poder educar¹⁶⁻²¹.

Na perspectiva de Cardoso, Reis e Iervolino¹⁰ o professor exerce uma influência constante e ativa sobre os conceitos de saúde e doença dos seus alunos. Sua sensibilidade e didática devem dar condições de repassar informações acerca da saúde e adaptá-las ao ambiente escolar, necessitando de um suporte na área

para subsidiar o seu trabalho. Geralmente o professor torna-se referência para os alunos e pode estimular a compreensão e adoção de hábitos saudáveis, além disso, um professor preparado para observar corretamente o ambiente escolar e perceber os riscos, pode proteger a saúde dos escolares e seus familiares.

Na sequência, evidenciamos que os relatos dos professores, exceto um respondente, mostram que já participaram de palestras e reuniões para formação de conhecimento, porém, nenhuma espécie de curso mais elevado na área.

O núcleo Regional de Ensino do município de Loanda – PR promove palestras para a capacitação dos profissionais com atividades a promoção da saúde do Educando, conforme relatado por:

P5. P1 [...] sim, palestras.

P2 [...] não só através de palestras na escola com profissionais.

P3 [...] sim nessa escola participo de reuniões sobre DST (doenças sexualmente transmissíveis).

P4 [...] não.

P5 [...] sim, no curso de educação física do núcleo regional de ensino (NRE) atividades a promoção da saúde ao educando.

P6 [...] não.

CONCLUSÃO

Ao analisarmos o conteúdo, nos faz refletir cada vez mais, que o ser humano nunca está completo cognitivamente, estando sempre em construção de novos conhecimentos. Assim, entendemos que mudanças importantes ocorrem a partir da sua interação com o meio, buscando uma formação continuada, ampliando e atualizando seus conhecimentos.

Nas perspectivas das análises sobre a promoção da saúde, notamos resultados condizentes em relação ao seu conceito na essência, porém, desprovidos de uma noção mais aprofundada de alguns conceitos e ações sobre o tema. Alguns aspectos importantes

foram evidenciados, como o ensinamento das questões sobre promoção da saúde nas escolas, necessidades de intervenções de capacitação para os profissionais da educação física e planejamento de ações, visando a dissipação do conceito de promoção da saúde no ambiente escolar.

Contudo, entendemos que é necessário uma formação continuada e específica para um aprofundamento da aplicação dos conteúdos de promoção da saúde e maior participação do profissional de educação física, fora do âmbito das salas de aula, como reuniões de planejamento de ações promotoras de saúde. A promoção da saúde, quando ensinada na escola, deve ser uma ação constante, devendo contribuir no desenvolvimento de capacidades, aquisições e competências de cada indivíduo e da comunidade, tendo como foco desenvolver hábitos saudáveis e possibilitar o pleno exercício da cidadania. O ambiente escolar deve ser cenário de transformações e mudanças de comportamento, melhorando a interação do indivíduo com o coletivo.

REFERÊNCIAS

1. Carta de Ottawa. Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. Ottawa, novembro de 1986.
2. Silva RM, Araujo MAL. Promoção da saúde no contexto interdisciplinar. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2007;20(3):141-142.
3. Derntl AM, Watanabe HA. Promoção da saúde. Litvoc J, Brito FC. *Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu, p. 37-45, 2004.
4. Heidmann ITSB, Almeida MD, Boehs AE, Wosny ADM, Monticelli M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto & Contexto – Enfermagem*. 2006;15(2):352-358. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000200021>
5. Bernardes AG, Hillesheim B, Souza EO, Marques CF. *Psicologia e Regimes de verdade nas práticas de promoção da saúde*. *Fractal*. 2016;28(1)2-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/1027>
6. Paraná SEED. *Diretrizes Curriculares da Educação Básica*. Língua Portuguesa. Paraná, 2008.
7. Lefevre F, Lefevre AMC. *Promoção de saúde: a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2004.
8. Orfei JM, Tavares VP. *Promoção da saúde na escola através das aulas de Educação Física. Alimentação, Atividade Física e Qualidade de Vida dos Escolares do Município de Vinhedo/SP*, p. 81, 2009.
9. Rodrigues ZM, Costa DS, Barros JB. *Educação Física e Promoção da Saúde: Contribuição para o SUS*. In IV Congresso Centro-Oeste de Ciências do Esporte e I Congresso Distrital de Ciências do Esporte, 2010.
10. Cardoso V, Reis AP, Lervolino SA. *Escolas promotoras de saúde*. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. 2008;18(2):107-115. doi: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.19872>

11. Scabar TG, Pelicioni AF, Pelicioni MCF. Atuação do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família–NASF. *J Health Sci Inst.* 2012;30(4):411-418.
12. Silva CDS, Bodstein RCD. A. Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2016;21(6):1777-1788. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.08522016>
13. Tavares MDL, Rocha RMD, Bittar CML, Petersen CB, Andrade MD. A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2016;21(6):1799-1808. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.07622016>
14. Fracoli AL, Gomes PMF, Rodrigues ZNF, Oliveira AJ, Pacheco SRC, Tatiane FB. Perspectivas das ações intersetoriais, de inclusão e participação sociais desenvolvidas por agentes comunitários de saúde. *Revista Brasileira de Promoção de Saúde.* 2015;28(1):82-88. doi: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2015.p82>
15. Temp H. Formação Continuada no Ensino Superior: um estudo com professores que atuam em Cursos de Educação Física, 2013.
16. Mosquera JJM, Stoubäus CD. auto-imagem, auto-estima e auto-realização na universidade. In: ENRICONE, D. (Org). *A docência na educação superior- sete olhares.* 2 ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008.
17. Bydlowski CR, Lefèvre AMC, Pereira IMTB. Promoção da saúde e a formação cidadã: apercepção do professor sobre cidadania. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011;16(3):1771-1780. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300013>
18. Gomes JP. As Escolas Promotoras de Saúde: uma via para promover a saúde e a educação para a saúde da comunidade escolar. *Educação.* 2009;32(1):84-91.
19. Guimarães G, Aerts D, Câmara SG. A escola promotora da saúde e o desenvolvimento de habilidades sociais. *Diaphora.* 2014;12(2):88-95.
20. Moura JBVS. Perspectiva da epidemiologia histórica e a escola promotora da saúde. *Revista História, Ciência e Saúde.* 2007;4(2):489-501. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702007000200006>
21. Ribeiro RM, Tribess S, Santos ASD, Pinto LLT, Ribeiro MDCL, Roza LB, et. Barriers to the involvement of the elderly in public services to promote physical activity. *Ciencia & Saúde Coletiva.* 2015;20(1):739-749. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.03702014>

Recebido em:28/08/2018

Aceito em:11/09/2018

Como citar: COSTA, Bruna Fernanda Justino da et al. Conhecimento dos professores de Educação Física escolar sobre promoção da saúde. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 3, set. 2018. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/12940>>. Acesso em: 07 jan. 2019. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v1i3.12940>.*



Autopercepção corporal de praticantes de exercício físico em academias

Body self-perception of people who perform physical activities at gyms

Diene da Silva Schlickmann¹, Amna Muhamad Abder Rauf Muhd Ibrahim Hamid¹, Patrícia Molz², Edna Linhares Garcia¹, Suzane Beatriz Frantz Krug¹, Silvia Isabel Rech Franke¹

1- Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

2- Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, Porto Alegre, RS, Brasil.

RESUMO

Introdução: a preocupação com a imagem corporal sofre forte influência de diversos fatores socioculturais, muitas vezes refletindo numa autoavaliação negativa em relação à própria imagem corporal. A constante idealização do corpo perfeito tem sido um dos principais motivos para a realização de exercícios físicos em academias, objetivando a redução do peso corporal acompanhado de aumento da massa muscular. **Objetivo:** revisar a literatura científica sobre a insatisfação com a imagem corporal, bem como, sobre o método utilizado para sua avaliação em praticantes de exercícios físicos em academias. **Método:** a presente pesquisa foi realizada em bases de dados científicas selecionando artigos nos idiomas português, inglês e espanhol, que avaliassem auto-percepção corporal e exercícios físicos em praticantes de academia, entre os anos de 2008 a 2018. **Resultados:** dos 65 estudos selecionados, 55 artigos foram excluídos por não estarem de acordo com o objetivo do estudo, resultando em 10 artigos, que preencheram os critérios de inclusão e foram analisados na íntegra. A prevalência de insatisfação corporal encontrada entre homens e mulheres variou entre 7,8% a 98,8%, dentre os estudos avaliados, e os métodos utilizados para avaliar a percepção corporal, entre os artigos selecionados, foram o Body Shape Questionnaire (BSQ), seguido da Escala de Stunkard. **Conclusão:** apesar da grande variação, foi verificada uma insatisfação corporal entre praticantes de academia, de ambos os sexos, bastante expressiva. Entretanto, ressalta-se a importância de um instrumento ideal para avaliar a percepção corporal entre os praticantes de academias.

dienedasilva@gmail.com

Palavras-chave:

Imagem Corporal; Autopercepção; Aparência Física; Academia de Ginástica; Exercício Físico

ABSTRACT

Introduction: concern with body image is strongly influenced by several sociocultural factors, often reflecting a negative self-assessment of one's body image. The constant idealization of the perfect body has been one of the main reasons for performing physical activities at gyms, aiming at reducing body weight and increasing muscle mass. **Objective:** to review the scientific literature on body image dissatisfaction, as well as on the method used for its evaluation among people who perform physical activities at gyms. **Method:** the search was carried out in scientific databases, selecting articles in Portuguese, English and Spanish, which evaluated body self-perception and physical activities in gym users between 2008 and 2018. **Results:** of the 65 selected studies, 55 were excluded because they were not in agreement with the objective of the study, resulting in 10 articles that met the inclusion criteria and were analyzed in their entirety. The prevalence of body dissatisfaction found between men and women ranged from 7.8% to 98.8% among the evaluated studies, and the methods used to evaluate body perception among the selected articles were the Body Shape Questionnaire (BSQ), followed by the Stunkard Scale. **Conclusion:** despite the great variation, significant body dissatisfaction was found among gym users of both sexes. However, it is worth noting the importance of an ideal instrument to evaluate body perception among gym users.

Keywords:

Body Image; Self Concept; Body Physical Appearance; Fitness Centers; Exercise



INTRODUÇÃO

Imagem corporal é a percepção que o indivíduo tem do próprio corpo, caracterizado por uma representação mental, de tamanho, imagem e forma (estrutura física), expressando sentimentos (positivos ou negativos) associados a tais características, assim como as partes que as constituem.^{1,2} Contudo, ao longo do tempo, o corpo perfeito é ditado pela mídia, no qual perante a sociedade tem se tornado uma referência extremamente compulsiva³, no qual a insatisfação corporal tem provocado o desejo de modificar o corpo, conforme os padrões pré-estabelecidos. Muitas vezes, esta insatisfação está relacionada ao desejo de obter o padrão definido de “corpo perfeito”, sendo para as mulheres a magreza e para os homens, o corpo mais forte e volumoso.⁴

A prática de exercícios físicos regulares possui inúmeros benefícios para a saúde do indivíduo, tais como: diminuição da depressão, melhora no bem-estar psicológico, bem como a autopercepção do próprio corpo torna-se mais positiva, promovendo benefícios na qualidade de vida do indivíduo tanto no âmbito social, quanto físico e mental.^{5,6} Por outro lado, as distorções na imagem corporal, visando o corpo perfeito, são geralmente acompanhadas da insatisfação corporal, na qual está associada com consequências negativas como transtornos mentais e comportamentos não saudáveis de controle de peso.⁷ Diante dessa situação, a procura por academias para realização de exercícios físicos tem aumentado expressivamente, pois essa tem sido uma estratégia adotada como uma forma de combater à insatisfação com a imagem corporal e, por conseguinte melhorar a autoestima, refletindo, então, em uma maior satisfação com o corpo.⁶

Dessa forma, esse artigo tem por objetivo revisar na literatura científica sobre a insatisfação com a imagem corporal, bem como, sobre o método utilizado para sua avaliação em praticantes de exercícios físicos em academias.

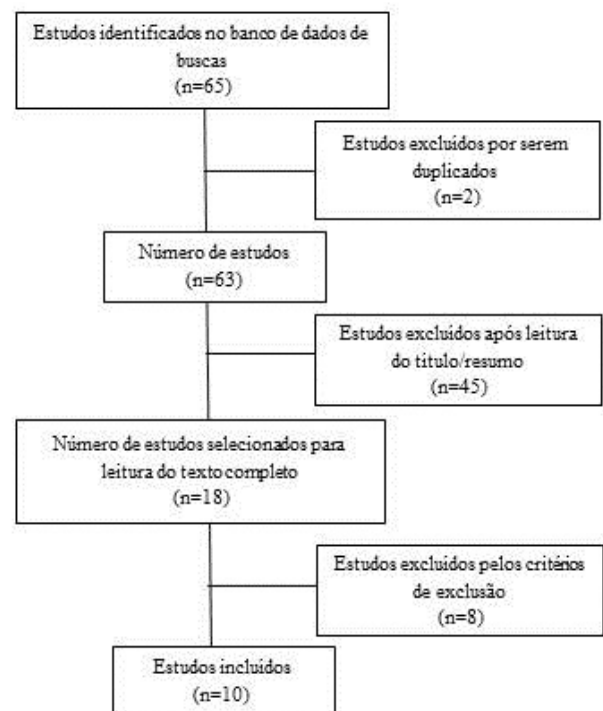
MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, de caráter descritivo realizado por meio de artigos científicos publicados nos últimos 10 anos, utilizando, em várias combinações, os seguintes termos de pesquisas: “Imagem Corporal”, “Exercício físico” e “Autopercepção Corporal”. A pesquisa realizada em

bases de dados científicas: “Scielo”, “Pubmed” e “Google acadêmico”, incluiu artigos originais publicados nos idiomas português, inglês e espanhol entre os anos de 2008 a 2018, que avaliassem autopercepção corporal em qualquer modalidade de exercícios físicos em praticantes de academia de ambos os sexos.

Foram excluídos artigos de revisão e relato de caso, tese e dissertações. Inicialmente, foram selecionados 65 estudos, após a leitura dos títulos e resumos, foram excluídos 55 artigos que não estavam de acordo com o objetivo do estudo, restando 10 que preencheram os critérios de inclusão, que foram analisados na íntegra e incluídos neste estudo (ver figura 1).

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos incluídos na revisão.



RESULTADOS

A busca realizada nas bases de dados resultou em 65 artigos, sendo que apenas dez artigos se enquadraram nos critérios de inclusão estabelecidos. Os estudos encontrados apresentaram datas de publicação variando entre 2010 e 2017 e a amostra variou de 31-832 indivíduos. Destes, um artigo avaliou apenas mulheres praticantes de academia, um avaliou homens praticantes de musculação, um avaliou universitários de ambos os sexos e o

restante, ou seja, sete artigos avaliaram praticantes de academias de ambos os sexos. Ainda, dentre os estudos selecionados, sete artigos usam o questionário *Body Shape Questionnaire* (BSQ) e três a escala de *Stunkard* para avaliar os indivíduos dos estudos.

As demais informações verificadas nos artigos científicos incluídos na pesquisa estão descritos na tabela 1.

entre as mulheres em relação aos homens.^{2-5,6} Uma

Tabela 1- Artigos selecionados do ano de 2008 a 2018.

Referência	Amostra	Escala Utilizada	Resultados
Firmino et al., 2010 ⁸	90 indivíduos (50% mulheres)	Escala <i>Stunkard</i>	Escore de satisfação corporal foi de 1,0±1,2 para as mulheres e 0,4±1,5 para os homens.
Damasceno et al., 2011 ⁹	276 indivíduos (61% homens; 23,9±5,2 anos)	Escala de <i>Stunkard</i>	98,8% dos homens e 93,5% das mulheres se consideravam satisfeitas com o corpo. A classificação do BSQ mostrou que as mulheres apresentaram uma média de 80,18 pontos, não apresentando alteração na percepção da imagem corporal, porém possuem uma leve tendência a distorção da imagem corporal. Os homens apresentaram uma média de 61,6 pontos, não apresentando alteração na percepção da imagem corporal.
Santos et al., 2011 ⁶	117 indivíduos (66% mulheres; 18-32 anos)	<i>Body Shape Questionnaire</i> (BSQ)	A prevalência de insatisfação com a imagem corporal foi de 10.1%, sendo 11.9% entre os homens e 18.2% entre às mulheres.
Ferrari et al., 2012 ¹⁰	832 universitários (58% homens; 20,1±4,6 anos)	<i>Body Shape Questionnaire</i> (BSQ – 34)	51,7% indivíduos apresentavam distorção da imagem corporal
Bracht et al. 2013 ⁷	31 estudantes (84% mulheres; 23,0±5,0anos)	<i>Body Shape Questionnaire</i> (BSQ)	7,8% insatisfação com a imagem corporal
Silva et al., 2015 ⁵	153 indivíduos (63% homens; 17-59 anos)	<i>Body Shape Questionnaire</i> (BSQ)	42,3% dos praticantes de musculação se encontravam insatisfeitos com composição
Ristow et al., 2013 ¹¹	284 homens (26,3±6,0 anos)	Escala de <i>Stunkard</i>	52% insatisfação com a imagem corporal
Costa et al., 2015 ²	100 indivíduos (67% mulheres)	<i>Body Shape Questionnaire</i> (BSQ)	55% das mulheres e 45% dos homens possuem algum nível de insatisfação com a imagem corporal
Klimick et al., 2017 ³	120 indivíduos (50% homens; 15-74 anos)	<i>Body Shape Questionnaire</i> (BSQ)	21,4% indivíduos apresentaram insatisfação com a imagem corporal
Medeiros et al., 2017 ¹²	257 mulheres (18-35 anos)	<i>Body Shape Questionnaire</i> (BSQ)	

DISCUSSÃO

Nos últimos anos tem se observado maior preocupação com a imagem corporal em todas as faixas etárias.^{13,14} Com isso, as academias têm ganhado mais adeptos que visam utilizar a prática de exercícios físicos para obter um corpo adequado aos padrões culturalmente impostos.⁵⁻¹⁵

Dentre os artigos pesquisados, a prevalência de insatisfação corporal variou entre 7,8% a 98,8%, avaliando tanto homens, quanto mulheres e para a avaliação da imagem corporal, os instrumentos mais utilizados têm sido as escalas de silhuetas, também conhecidas como *contour line drawing* ou *figural*

drawing.^{2,3,5-7,9-12} Essa escalas são representadas com figuras que geralmente variam de um sujeito muito magro a um obeso, e, o indivíduo entrevistado deve escolher qual figura melhor o representa (silhueta atual) e com qual gostaria de se parecer (silhueta desejada). A partir destes dados a insatisfação corporal é avaliada pela discrepância entre essas medidas.¹⁶

Em relação à imagem corporal, evidências têm mostrado que as mulheres estão mais preocupadas com um corpo magro e mais “delgado”, diferentemente dos homens que buscam um corpo mais volumoso com o aumento de massa muscular⁵. Não obstante a isso, entre os estudos selecionados, a maioria deles indicam uma maior distorção da imagem corporal

possível explicação para tal achado é que homens apresentam maior insatisfação por magreza e, por outro lado, as escalas utilizadas para a avaliação da insatisfação corporal (por exemplo, a BSQ) avaliam a insatisfação corporal apenas para excesso de peso, o que poderia estar influenciando nos resultados encontrados.¹⁰

Na pesquisa de Damasceno e colaboradores⁹ pode-se verificar que, muitas vezes, a relação entre composição corporal e insatisfação corporal ocorre somente entre os indivíduos que se sentem muito insatisfeitos com sua imagem corporal e aparência. A insatisfação corporal tem sido associada muito mais ao bem estar físico que à condição física.⁸

Contudo, para praticantes de academia não existe uma escala estabelecida para avaliação de insatisfação corporal especificamente destes indivíduos². Entretanto, nos estudos selecionados, as escalas mais utilizadas foram a *Body Shape Questionnaire* (BSQ)^{2,3,5-7,10-12} e a escala de *Stunkard*.^{8,9-11} A escala BSQ é composta por um questionário com 34 itens auto preenchíveis e tem por objetivo mensurar a insatisfação corporal através de massa corporal obtida através de somatórios de cada questão, sendo que a pontuação abaixo de 110 não apresenta insatisfação; considera-se insatisfação leve para valores entre 111 a 138; somatório de 139 a 167 indicam insatisfação moderada; e igual ou maior que 168 indicam grave insatisfação corporal.¹⁷ Já a Escala de *Stunkard* é um instrumento constituído por uma sequência de nove figuras de corpos femininos ou masculinos, representando indivíduos de diferentes tamanhos corporais, do mais magro ao mais obeso.¹⁸

Entretanto, Damasceno e colaboradores⁹, ressaltam que as escalas de silhuetas utilizadas para a avaliação de praticantes de exercícios físicos em academia são insuficientes para estudar insatisfação corporal nestes indivíduos, uma vez que os indivíduos visam aumentar a musculabilidade e diminuir a gordura corporal. Ademais, Ferrari e colaboradores¹⁰ indicam que o uso da escala de silhuetas bidimensionais, entre praticantes de exercícios físicos, não permite a representação total do indivíduo, da distribuição de sua massa de gordura e de outros aspectos antropométricos importantes na formação da imagem corporal. Essas escalas normalmente utilizadas nestes estudos, na realidade, são mais adequadas para avaliação de distúrbios alimentares relacionados à imagem corporal.

Ademais, a insatisfação corporal pode ser

associada a pensamentos e sentimentos negativos, e a falha na autorregulação de exercícios que envolvem mudança de um estado presente para um desejado. Contudo, essa preocupação excessiva com o corpo pode levar o indivíduo a ter um reflexo negativo da sua imagem corporal, gerando um desequilíbrio e depreciação das características físicas, como tamanho, forma, peso e massa muscular, bem como alterações no desempenho psicossocial, diminuindo a autoestima, afetando diretamente sua vida pessoal e social.¹¹

Com isso, a insatisfação corporal tende estar associado a um padrão excessivo da prática de exercícios físicos. Em relação a isso, tem-se notado que as mulheres tendem a se exercitar-se mais a fim de controlar o peso, tonificar o corpo e melhorar a aparência.⁶

Se por um lado a autoestima está intimamente associada ao bem estar físico e mental, o exercício físico pode contribuir para melhorar a auto estima, pois auxilia na modulação das formas corporais.⁶ Desta forma, a insatisfação corporal surge com a crença de estar obeso, apesar do indivíduo estar com peso adequado e, entre as mulheres, essa distorção muitas vezes ainda pode se associar a distúrbios alimentares, prejudicando a saúde das mesmas.⁷

CONCLUSÃO

Fica evidente nessa pesquisa a insatisfação corporal entre homens e mulheres praticantes de exercícios físicos em academias. Geralmente esse público busca metas de imagem corporal com base na perda de peso e aumento de massa muscular, buscando desenvolver medidas antropométricas consideradas ideais. Indivíduos que estão insatisfeitos com seus corpos correm maior risco de autoavaliações negativas quando expostos a imagens idealizadas. Nesse sentido, uma percepção errônea da imagem corporal pode comprometer a saúde física e mental desses indivíduos. No entanto, esse estudo deixa lacunas importantes sobre a adequação de uma escala de silhuetas para praticantes de exercícios físicos em academias.

REFERÊNCIAS

1. Bandeira YE, Mendes AL, Cavalcante AC, Arruda SP. Avaliação da imagem corporal de estudantes do curso de Nutrição de um centro universitário particular de Fortaleza. *J Bras Psiquiatr* 2016;65(2):168-73. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000119>

2. Costa AC, Torre MC, Alvarenga MD. Attitudes towards physical exercise and body image dissatisfaction of individuals who frequently go to gyms. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte* 2015;29(3):453-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-55092015000300453>
3. Klimick AC, Coelho CE, Alli-Feldmann LR. Nível de satisfação corporal de praticantes de musculação em academias de Porto Alegre, RS. *Revista de Iniciação Científica da ULBRA* 2017;1(15).
4. Tod D, Hall G, Edwards C. Gender invariance and correlates of the Drive for Leanness Scale. *Body Image* 2012;9(4):555-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.06.004>
5. Silva RS, Ferreira VL. Avaliação da auto-imagem em frequentadores de academia no interior do Rio Grande do Sul. *Encontro: Revista de psicologia* 2015;16(24):23-30.
6. dos Santos, A.P.R., da Silva, F.J. and Romanholo, R.A. Distúrbios de imagem corporal e sua associação ao nível de atividade física em praticantes de musculação na cidade de Cacoal-RO. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício* 2011;5(25):45-50.
7. Bracht CM, Piasezki CT, Busnello MB, Berlezi EM, Franz LB, Boff ET. Percepção da autoimagem corporal, estado nutricional e prática de atividade física de universitários do Rio Grande do Sul. *Mundo Saúde* 2013;37(3):343-53.
8. Fermino RC, Pezzini MR, Reis RS. Motivos para prática de atividade física e imagem corporal em frequentadores de academia. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte* 2010;16(1):18-23. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86922010000100003>
9. Oliveira Damasceno V, Macedo Vianna J, Silva Novaes J, Perout de Lima J, Fernandes HM, Machado Reis V. Relationship between anthropometric variables and body image dissatisfaction among fitness center users. *Revista de Psicología del deporte* 2011;20(2):367-82.
10. Ferrari EP, Gordia AP, Martins CR, Silva DA, Quadros TM, Petroski EL. Insatisfação com a imagem corporal e relação com o nível de atividade física e estado nutricional em universitários. *Motri* 2012;8(3):52-8. doi: [http://dx.doi.org/10.6063/motricidade.8\(3\).1156](http://dx.doi.org/10.6063/motricidade.8(3).1156)
11. Ristow M, dos Santos L, Beims DF, Nesello LÂ. Percepção corporal por praticantes de musculação. *Revista da UNIFEFE* 2013;1(11).
12. Medeiros TH, Caputo EL, Domingues MR. Insatisfação corporal em frequentadoras de academia. *J Bras Psiquiatr* 2017;66(1):38-44. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000148>
13. Revuelta L, Esnaola I, Goñi A. Relaciones entre el autoconcepto físico y la actividad físico-deportiva adolescente. *Revista internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física del Deporte* 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.15366/rimcafd2016.63.010>
14. Souto SV, Novaes JD, Monteiro MD, Neto GR, Carvalho MI, Coelho E. Imagem corporal em mulheres adultas vs. meia-idade e idosas praticantes e não praticantes de hidroginástica. *Motri* 2016;12(1):53-9. doi: <http://dx.doi.org/10.6063/motricidade.5000>
15. Ferreira KP, Berleze KJ, Gallon CW. Antropometria, alimentação e auto-imagem corporal de mulheres frequentadoras de academia de Caxias do Sul-RS. *Revista Brasileira de Nutrição Esportiva*. 2011;5(29):8.
16. Côrtes MG, Meireles AL, Friche AA, Caiaffa WT, Xavier CC. O uso de escalas de silhuetas na avaliação da satisfação corporal de adolescentes: revisão sistemática da literatura. *Cad Saude Publica* 2013;29:427-44. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000300003>
17. Carvalho PH, Filgueiras JF, Neves CM, Coelho FD, Ferreira ME. Checagem corporal, atitude alimentar inadequada e insatisfação com a imagem corporal de jovens universitários. *J Bras Psiquiatr* 2013;62(2):108-14. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852013000200003>
18. Stunkard AJ, Sørensen T, Schulsinger F. Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. *Res Publ Assoc Res Nerv Ment Dis* 1983; 60:115-20.

Recebido em:20/08/2018

Aceito em: 20/09/2018

Como citar: SCHLICKMANN, Diene da Silva et al. Autopercepção corporal de praticantes de exercício físico em academias. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 3, jul. 2018. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/12952>>. Acesso em: 22 dez. 2018. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v1i3.12952>



Análise dos efeitos agudos do alongamento estático em treinamento de força: uma revisão sistemática

Analysis of the acute effects of static stretching in force training: a systematic review

Beatriz Bazilio Brezezinski¹, Flavia Angela Servat Martins¹, Carlos Ricardo Maneck Malfatti², Luiz Augusto Silva¹, Marcelo Eduardo de Almeida Martins¹, Julio Cesar Lacerda Martins¹

1- Faculdade Guairacá, Guarapuava, PR, Brasil.

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

lasilva7@hotmail.com

RESUMO

Palavras-chave:
*Alongamento; Força;
Musculação.*

Introdução: esta pesquisa teve como temática analisar os efeitos agudos do alongamento estático em treinamento de força. Ainda existem algumas lacunas sobre esse tema, buscando por meio desta pesquisa quais os efeitos deste tipo de alongamento previamente ao exercício resistido. **Objetivo:** realizar uma busca referente ao tema da influência do alongamento estático ao treinamento resistido. **Método:** a metodologia precedeu de uma abordagem qualitativa, com delineamento em uma revisão sistemática. **Resultados:** fica evidente que 90 segundos de duração do alongamento foram suficientes para causar decréscimo significativo na força máxima durante a execução do teste de uma repetição máxima (1RM), sugerindo que este protocolo de alongamento utilizado é suficiente para causar um déficit na força. **Conclusão:** o alongamento muscular provocou efeito deletério, prejudicando o desempenho dos avaliados.

ABSTRACT

Keywords:
*Stretching; Strength;
Resistance Training.*

Introduction: the aim of this research was to analyze the acute effects of static stretching in strength training. There are still gaps in knowledge regarding this topic, and this research had the aim to understand the effects of this type of stretching before resistance training. **Objective:** the objective was to perform a search on the subject of the influence of static stretching to resistance training. **Method:** the methodology preceded a qualitative approach, outlined in a systematic review. **Results:** it was evident that 90 seconds of stretching were enough to cause a significant decrease in maximal strength during the execution of the one repetition maximum (1RM) test, thus suggesting that this stretching protocol used is sufficient to cause a strength deficit. **Conclusion:** muscle stretching caused a deleterious effect, impairing the performance of the evaluated subjects.



INTRODUÇÃO

A prática de exercícios resistidos (ER), ou seja, a utilização de resistências externas (máquinas, pesos livres, entre outros) juntamente com um treinamento de força teve aumento de sua prática na década de 1950¹, na qual seus praticantes buscavam a reabilitação desportiva, e na década seguinte seria direcionada ao público adulto saudável em geral, em que estudos indicavam que exercícios resistidos por um período prolongado e contínuo poderiam ajudar a evitar as doenças crônicas degenerativas. Balsamo e Simão² ressaltam que “os resultados foram positivos e o treinamento de força foi reconhecido como benéfico pela comunidade médica”.

O aquecimento é comumente empregado antes do início da sessão de treinamento, dentre os seus benefícios podemos destacar a aceleração no metabolismo energético, melhora no fluxo sanguíneo e também na elasticidade dos tecidos posteriormente utilizados.¹

Exercícios de alongamento como forma de aquecimento possuem várias finalidades, dentre elas Endlich, et al.³ destaca “o objetivo de aumentar a flexibilidade muscular e amplitude articular, assim como diminuir o risco de lesões (...)”. Contraditoriamente a este conceito, Pope et al.⁴ citado por Gurjão et al.⁵ revela que “exercícios de alongamento não diminuem o risco de ocorrências de lesões. Em adição, resultados contraditórios tem sido reportados a respeito do efeito agudo do alongamento sobre a função neuromuscular”.

A utilização da prática de alongar-se previamente a realização do exercício tem sido a muito tempo observada, e sua indicação de forma indiscriminada torna-se objeto de estudo por gerar polêmicas e controvérsias na comunidade científica.⁶

Nesse sentido Souza, Paz, Miranda⁷, descrevem que atualmente não existem suportes científicos suficientes para indicar quais hipóteses (benefícios no desempenho e diminuição no risco de lesões, ou interferências negativas na potência muscular) são corretas, portanto ressaltamos a importância desse estudo, para verificar na literatura embasamentos científicos e compilar diversos estudos com este tema tão contemporâneo.

Segundo Almeida, Jabur⁸ alongamento é a descrição de exercícios físicos que aumentam o comprimento das estruturas que compõem os tecidos moles, em consequência disso ocorrendo o aumento

da flexibilidade.

Visando a qualidade de vida e saúde, o Colégio Americano de Medicina do Esporte (ACSM) propõe a flexibilidade como sendo componente fundamental por promover a manutenção da amplitude articular e também manter sua capacidade funcional, dessa forma Souza, Paz, Miranda⁶ relata que exercícios de alongamento estão sendo usualmente realizados como parte do aquecimento antecedendo treino de força ou *performances* atléticas, mesmo não havendo ainda um consenso na literatura relatando se os efeitos desse alongamento prévio ao treinamento de força são benéficos ou deletérios.

Nesse sentido, o ato de alongar-se exige técnica e conhecimento corporal, existem regras que, se seguidas, aumentam os benefícios proporcionados pelo alongamento e minimizam riscos desnecessários de possíveis lesões.^{9,10} O *American College of Sports Medicine*¹¹ apresenta uma classificação para os tipos de alongamento, sendo eles: estático, dinâmico, passivo e proprioceptivo.

O alongamento estático é caracterizado como a técnica mais comum dentre as existentes, descrita basicamente como: manter o músculo na posição alongada¹². Possui fácil controle da tensão (podendo esta ser classificada como baixa, média ou alta), é aplicado em todas as faixas etárias e geralmente utilizado durante alguma fase da rotina de aquecimento com o objetivo primordial de diminuir a viscosidade, sendo bom para a saúde neuromuscular.⁹

Na mesma linha de raciocínio, Walker¹⁰ descreve esta forma de alongar-se como uma boa opção para iniciantes e sedentários, basicamente é realizado se posicionando de uma forma na qual o músculo a ser alongado fique sob tensão, deixando o agonista e o antagonista relaxados. Corroborando com este conceito, Ferreira¹² relata existirem duas formas de realização do alongamento estático: de forma passiva ou ativa. A primeira é descrita como o músculo ser alongado por uma força externa.

Em contrapartida, Willems e Stauber¹³, não impõem o risco de lesão à velocidade da execução deste tipo de alongamento, mas sim ao pico de força efetivado durante esta prática. Em contrapartida, se for empregada rápida velocidade, juntamente com o uso demorado de força, as chances de lesões são ainda maiores.

Ferreira¹² descreve esse alongamento como aquele que utiliza oscilações, executado, por exemplo, com balanceios rápidos ou movimentos insistentes no

alongamento, não possuindo posição final estática, se tornando conhecido usualmente como um tipo de aquecimento.

O conceito de força segundo Pereira e Souza Junior¹⁴ pode ser descrito como o que causa ou o que tende a causar mudanças na movimentação de um objeto, em outros termos é descrita como o produto da massa e da aceleração. Kraemer¹⁵, define força como a capacidade de tensão de um músculo em alterar seu estado de repouso ou movimento dentro de uma padronização definida como velocidade de movimento, ou também podendo ser denominada de contração muscular.

Este volume se modifica conforme a especificidade de cada treinamento e também do objetivo individual do atleta. É alterado de acordo com o esporte praticado, os objetivos desejados, as necessidades do atleta e a fase de treinamento que se encontra, a idade do atleta e a fase atual da periodização do treinamento¹⁶.

Já a intensidade pode ser associada à capacidade absoluta da carga total alcançada, ou através da força total realizada.¹⁸ Fleck e Kraemer¹⁷, apresentam que a intensidade é estimada como um percentual de 1 repetição máxima (RM), e que as zonas de treinamento de RM variam conforme o exercício, sexo, pesos livres *versus* equipamentos e condição de treinamento. O autor ainda sugere que, existe grande variação individual na quantidade possível de repetições à um percentual de 1 RM, e todos os fatores influenciáveis devem ser levados em conta quando o percentual de 1 RM for utilizado para prescrever a intensidade do treinamento periodizado.

O intervalo é descrito como o tempo selecionado para o descanso, entre o término de uma série e o início de outra, ele é considerado de suma importância, pois é por meio da utilização do intervalo que se torna possível adaptar os estímulos fisiológicos, almejados na prática do treinamento resistido.^{18,19}

Segundo Bompa¹⁶, a ordem do treinamento deve ser estabelecida com os exercícios de grandes massas musculares e multiarticulares no início da sessão de treinamento, pois, estes são fundamentais para o desenvolvimento da força e devem ser treinados primeiramente, pois o atleta estaria com um nível mínimo de fadiga.

Tendo em vista as divergências nos resultados apresentados nos estudos, busca-se por meio desta pesquisa verificar quais os efeitos deste tipo de alongamento previamente ao exercício resistido. Desta

forma, temos como objetivo geral analisar os efeitos agudos do alongamento estático em um treinamento de força, por meio de uma pesquisa bibliográfica integrativa. Tendo como objetivos específicos: realizar uma busca referente ao tema de alongamento estático; realizar uma busca referente ao tema da influência do alongamento estático ao treinamento resistido e realizar uma busca referente ao tema de treinamento de força.

MÉTODO

Este trabalho é caracterizado como revisão sistemática, uma vez que, realizou-se uma busca por estudos sobre alongamento estático e treinamento de força, utilizaram-se as recomendações do documento Diretrizes Metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados,²⁰ o qual tem como objetivo orientar a divulgação de revisões sistemáticas e metanálises na área da saúde.

Em seguida foi realizada uma pesquisa na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que contempla as bases LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane e SciELO em busca de referencial teórico para embasar a construção dos instrumentos. Os artigos utilizados para a pesquisa foram originais, publicados entre 2010 e 2017. Na plataforma virtual foi utilizada a seguinte estratégia de busca: Alongamento *AND* Força. As pesquisas foram realizadas na primeira semana de Maio de 2017, sendo limitadas à artigos no idioma Português e Inglês.

Os estudos foram considerados elegíveis considerando os seguintes aspectos: 1) Artigos originais 2) Com bases em análises de interferências do alongamento em treinamento de força. 3) Os sujeitos da pesquisa sendo adultos e idosos. Os critérios de exclusão foram: 1) Estudos na área da Fisioterapia 2) Estudos relacionando-se com Flexibilidade 3) Estudos que avaliassem crianças e adolescentes.

Inicialmente, os títulos e os resumos dos artigos foram analisados a fim de verificar se atendiam aos critérios de inclusão definidos, e/ou se apresentavam algum critério de exclusão. Quando houve dúvida quanto aos critérios de elegibilidade, todo o artigo foi analisado. Dois pesquisadores realizaram a análise dos estudos incluídos na revisão, sendo que, em caso de dúvida um terceiro pesquisador foi consultado.

Tendo em vista proporcionar maior confiabilidade aos periódicos achados, procedeu-

se uma avaliação da qualidade de evidência pela utilização de uma tabela no Excel, onde a mesma continha todos os dados dos periódicos encontrados, como: título, autores, revista, ano, resumo, critérios e inclusão e exclusão e o tipo de estudo realizado.

O local de estudo foi descrito conforme o país, e quando disponível, segundo o estado e a cidade de realização. Quanto ao aspecto temporal, os artigos foram apresentados segundo o ano de publicação e, quando aplicável, o período de seguimento. A população de cada estudo foi caracterizada conforme o número e a faixa etária e/ou idade média dos participantes. Os métodos utilizados para a obtenção dos dados da interferência do alongamento sobre o treinamento de força, assim como as técnicas estatísticas utilizadas para identificação dessa interferência também foram apresentados. Os resultados obtidos pelos estudos foram caracterizados conforme o tempo de aplicação do alongamento e os passos utilizados para testar sua interferência no treinamento. Além disso, foram apresentadas associações sobre diferentes protocolos e durações da sessão de alongamento realizada para testar a interferência real no treinamento de força.

A busca eletrônica retornou 471 resultados (utilizando-se a ferramenta “filtrar” para obter resultados nas línguas português e inglês), e destes 154 artigos foram excluídos por não conterem o texto completo (utilizamos a ferramenta filtrar, para selecionar os 317 artigos com texto disponível de forma completa), aos quais foram adicionados 05 artigos obtidos por meio da busca manual em referências de estudos e outras fontes, totalizando 322 artigos.

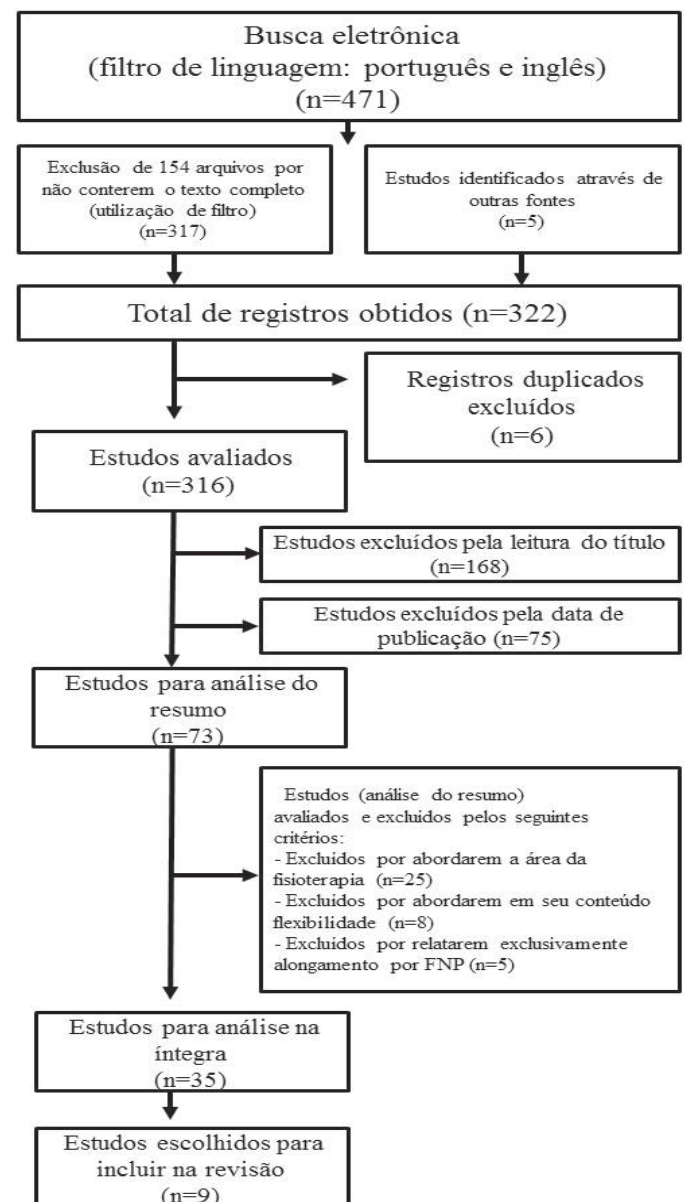
Destes 322 registros, 06 eram duplicados, os quais foram excluídos, resultando em 316 artigos selecionados para avaliação. Após leitura do título, foram excluídos 168 artigos, restando 148 estudos, destes 75 foram excluídos por conterem data de publicação inferior ao ano de 2010, restando 73 arquivos para análise do resumo.

Estes 73 resultados foram analisados conforme os critérios de inclusão e exclusão já pré-estabelecidos, 25 destes foram excluídos por se tratarem da área da fisioterapia, 08 foram excluídos por descreverem sobre flexibilidade, 05 foram excluídos por abordarem exclusivamente de alongamento por FNP, restando um total de 35 artigos para leitura na íntegra. Realizada a leitura total do artigo, 24 estudos foram excluídos, restando um total de 11 artigos incluídos nesta revisão sistemática (figura 01).

As bases de dados com maior número de artigos encontrados foram, respectivamente: Medline (209 arquivos), Lilacs (100 arquivos), Ibecs (02 arquivos), SciElo (05 arquivos), sendo outros 06 arquivos restantes derivados de bases de dados de outras áreas, como por exemplo odontologia, psicologia e enfermagem.

Os periódicos com maior número de artigos incluídos foram: *ConScientiae* Saúde (02 artigos), Revista Motricidade (02 artigos), Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício (02 artigos), Rev Bra Med Esporte (01 artigo), Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde (01 artigo), e *Acta Scientiarum Health Sciences* (01 artigo).

Figura 1 - Fluxograma de seleção de estudos.



RESULTADOS

Os resultados da análise dos artigos são apresentados na tabela 1.

Tabela 1 - Resultados da busca nas bases de dados e seleção de artigos pertinentes.

Autores	Título do estudo	Objetivo	Método	Instrumento de análise dos dados	Resultados Obtidos/ Conclusão
Lopes et al., ²¹	Efeitos do Alongamento Passivo no Desempenho de Séries Múltiplas no Treinamento de Força	Determinar o efeito do alongamento passivo extensivo no desempenho de séries múltiplas e da dor percebida no treinamento de força.	Amostra: 12 homens treinados. Protocolo: 03 sessões: 1ª) determinação de 10 RM no Supino Reto (T10RM); 2ª e 3ª) foram aleatórias entre os sujeitos, uma sem alongamento prévio (SEMA), e outra com alongamento prévio (COMA). O protocolo do alongamento consistiu em 6 séries de 45seg de alongamento por 15seg de intervalo visando o músculo peitoral maior. A intensidade do alongamento foi mantida entre 70 e 90% da percepção subjetiva de desconforto.	Para comparação do número de repetições foi utilizada a Análise de Variância ANOVA (2x6). Já para comparar a carga da 1ª série de cada condição (SEMA, COMA E T10RM) One-Way ANOVA foi utilizada. O teste-t de Student foi utilizado para comparar a carga total com a dor.	Observou-se decréscimo no número de repetições ao longo das séries em ambas as condições, sem diferenças entre as mesmas, para a carga da primeira série, a carga total e a dor. Com isto, conclui-se que o número de repetições em séries múltiplas é diminuído na mesma magnitude com e sem a realização do alongamento prévio, além de não alterar a carga total e a dor percebida.
César et al., ²²	Efeito agudo do alongamento estático sobre a força muscular dinâmica no exercício supino reto realizado em dois diferentes ângulos articulares	Determinar os efeitos agudos do alongamento estático (AL) sobre os níveis de amplitude do movimento (ADM) da cintura escapular e sobre 10 repetições máximas (10RM) no supino reto em dois ângulos articulares	Amostra: 11 homens, que foram submetidos aleatoriamente a condição controle (CC) e experimental (02 séries de 30seg de AL passivos para o peitoral e tríceps). A ADM da cintura escapular no movimento de abdução horizontal do ombro foi analisada através da fotogrametria usando ferramenta de dimensão angular do CorelDRAW®. Os testes de 10RM foram feitos no supino reto com barra livre com randomização para amplitude total e limitada a 90 de flexão de cotovelo.	A confiabilidade da ADM da cintura escapular e das 10 RM foi alta (R>0,95).	A ANOVA de duas entradas com medidas repetidas nos dois fatores com post-hoc de Bonferroni indicou uma interação significativa, com aumento da ADM (p=0,029) após AL. Não foi encontrada diferença significativa para 10RM e volume total em nenhuma das angulações e condições testadas. Conclui-se que volumes reduzidos de AL aumentam significativamente a ADM, sem promover prejuízo no desempenho da força dinâmica realizada em diferentes ângulos articulares.
Costa, D. F., ²³	Efeito Agudo do Alongamento Passivo como forma de aquecimento no desempenho de força muscular para 10 repetições máximas	Investigar o efeito agudo do alongamento passivo, como forma de aquecimento, antes do treinamento de força em sala de musculação em exercício de leg press 45 para dez repetições máximas (10RM), comparando o alongamento com aquecimento específico.	Amostra: 12 homens com idade entre 20 e 30 anos, com pelo menos 06 meses de experiência contínua em exercícios de musculação participaram do experimento. Eles foram divididos em 02 grupos, o que realizou o alongamento (GA) (n=6) e o que fez aquecimento específico (GE) (n=6), antecedendo os testes. Os participantes foram submetidos aos testes de mensuração de carga para 10 repetições máximas no primeiro dia sem a utilização de exercícios de aquecimento. Após 48 à 72 horas, foi feito o reteste onde o GA executou 02 séries de 20 seg de alongamentos estáticos em 03 diferentes posições, até o limiar de dor. O GE realizou 02 séries de 15 repetições com 50% da carga.	Encontraram diferenças significativas através do teste-t de Student (p=>0,05) entre os diferentes protocolos de aquecimento utilizados.	Houve uma diminuição da força para 10 repetições máximas em exercício de leg press 45 (p=0,013) no GA (- 13,3%) e aumento (p=0,021) no GE (+16,7%). Com isto, conclui-se que os exercícios de alongamento no tempo, intensidade e grupos musculares estudados provocam redução aguda no desempenho da força. Sugere-se que treinadores utilizem o aquecimento específico antes de treinamentos de força.

Silva et al, ²⁴	Acute effect of different stretching methods on isometric muscle strength/ Efeito agudo de diferentes métodos de alongamento sobre a força muscular isométrica	Investigar o efeito agudo do método de alongamento estático (AE) sobre a força muscular estática (FME).	Amostra: 11 homens com experiência em treinamento de força, realizados 03 testes com intervalo de 48 horas entre a aplicação dos mesmos, selecionados aleatoriamente, fazendo com que cada sujeito realizasse todas as técnicas, em rodízio: a) teste de prensão manual sem alongamento; b) teste de prensão manual precedido por alongamento estático dos músculos flexores de punho;	O teste de Shapiro-Wilk foi utilizado para avaliar a normalidade dos dados, e a one-way Anova com medida repetida, seguida por post-hoc de Tukey para análise das diferenças entre grupos. A significância adotada foi $\alpha p < 0,05$.	Conforme os resultados, entre os protocolos AE e AS, foram encontradas diferenças significativas na produção de força isométrica ($35,4 \pm 11,30$ vs. $30,2 \pm 9,18$ kg N ⁻¹ ; $p < 0,05$). O método de AE provoca efeito agudo sobre a FME, reduzindo os níveis dessa capacidade física.
Bastos et al, ²⁵	Influência aguda do alongamento estático no comportamento da força muscular máxima	Comparar a influência aguda do alongamento estático sobre a força muscular máxima (1RM).	Amostra: 30 indivíduos, divididos em 02 grupos: grupo alongamento estático (GA=15), e grupo sem alongamento (GC=15). Para avaliação da força muscular foi utilizado um dinamômetro, acoplado nos aparelhos cadeira extensora (CE) e supino reto/horizontal (SH).	Utilizou-se o teste de Wilcoxon para as comparações intragrupos, e o teste de Kruskal-Wallis para as comparações intergrupos ($p < 0,05$).	Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre o GA e o GC para o exercício de CE e SH. Pode-se concluir que não houve redução no desempenho do teste de 1 RM para os exercícios CE e SH, quando precedidos por alongamento estático.
Batista et al, ²⁶	Influência do alongamento na força máxima através do teste de 1RM	Repensar o alongamento em se tratar de quantidade de força impulsionada pelo indivíduo, e sua performance, levando em conta diversos fatores que venham a esclarecer as controvérsias presentes em distintas pesquisas.	Amostra: 21 homens com média de idade de 23,04 anos, praticantes de exercícios resistidos. Foi realizado o teste de 01 repetição máxima (1RM), como ferramenta para indicar a mensuração da força máxima com e sem o alongamento, no intuito de observar o melhor desempenho no treinamento.	Foi utilizada a análise de variância teste-t de Student. O pacote estatístico SPSS [®] versão 13.0 foi utilizado, sendo adotado um valor de $p < 0,05$ como significância estatística para rejeição da hipótese nula.	O estudo demonstrou que a maioria dos indivíduos conseguiu alcançar um maior desempenho de força voluntária máxima, quando o teste de força foi precedido apenas por aquecimento, resultados semelhantes puderam ser encontrados em outros estudos, sugerindo a contra-indicação dos exercícios de alongamento antes do teste de 1RM.
Paz et al, ²⁷	Influência do intervalo de recuperação entre alongamento e treinamento de força	Investigar o efeito de diferentes intervalos de recuperação entre alongamento estático passivo para o quadríceps no desempenho de repetições máximas nos exercícios leg press 45 e cadeira extensora.	Amostra: 16 mulheres treinadas, com média de idade de $22,2 \pm 3,6$ anos. Executaram 04 sequências de treinamento em dias não consecutivos. PSI: iniciava pelo alongamento estático, seguido pelos exercícios resistidos sem intervalo; P10: 10 minutos de intervalo entre o alongamento e os exercícios resistidos; P20: 20 minutos de intervalo entre o alongamento e os exercícios resistidos; PSA: os exercícios resistidos foram realizados sem alongamento prévio.	A análise estatística utilizou-se do teste de normalidade de Shapiro Wilk e teste de homocedasticidade (critério Bartlett). Foi utilizada uma análise de variância Anova one-way para medidas repetidas, e quando necessário o post hoc de LSD foi usado para identificação das diferenças.	Houveram reduções significativas no total de repetições máximas realizadas no PSI, P10 e P20, comparado ao PSA em ambos os exercícios, exceto para o P20 na cadeira extensora, no qual não foi observada diferença para o PSA. Concluindo, verificou-se que o intervalo de 20 minutos possibilitou total recuperação do desempenho muscular comparado ao PSA na cadeira extensora.

Silva e Souza et al, ²⁸	Influência de diferentes intervalos de recuperação entre o alongamento estático passivo e o desempenho de força muscular	Verificar o efeito de diferentes intervalos de recuperação entre o alongamento estático passivo (AEP) e o desempenho de repetições máximas realizadas nos exercícios: voador peitoral (VP) e cadeira extensora (CE).	Amostra: 14 homens treinados, com média de idade de 22 +-4 anos. Inicialmente, foi realizado teste e reteste de 10RM nos exercícios VP e CE em dois dias distintos (intervalo de 48h). Nas sessões seguintes aplicaram-se 05 protocolos: a) série de resistência de força (SF) e sem AEP prévio no VP e CE (TSA). b) SF imediatamente após AEP (TSI); c) SF 5 min após AEP (T5); d) SF 10 min após AEP (T10); e) SF 15 min após AEP (T15), registrando-se o máximo de repetições realizadas com 90% da carga de 10RM sem falha na técnica.	Aplicou-se o teste de Shapiro Wilk, e ANOVA one-way para medidas repetidas, seguido de Bonferroni adotando-se $p < 0,05$.	Foram observadas diferenças significativas no número de repetições máximas realizadas no TSI comparado ao TSA, todavia, após intervalos de 5, 10 e 15 min não se verificou diferença significativa entre os protocolos. Os achados confirmam o efeito deletério do AEP sobre a força muscular quando realizados sem intervalo, todavia, intervalos de 5 a 15 min podem possivelmente evitar o comprometimento da resistência de força muscular durante exercícios monoarticulares.
Silva et al, ²⁹	Efeito agudo do alongamento estático sobre a força muscular isométrica	Verificar o efeito agudo do alongamento estático sobre a força muscular isométrica.	Amostra: 25 sujeitos, com experiência em treinamento de força, separados aleatoriamente. Um grupo realizou 02 testes de prensão manual precedido de alongamento dos músculos flexores do punho com amplitude articular até o ponto de desconforto, com sustentação do movimento por 30 seg. O outro grupo realizou os mesmos testes sem ser precedido por nenhum tipo de exercício. Após 48 horas, os grupos inverteram o protocolo de treinamento.	Para comparação entre as médias nos diferentes testes, a análise estatística utilizada foi o teste "t" de Student para amostras não pareadas.	Foi verificada uma tendência de redução de força ($p=0,06$) em homens, e reduções estatisticamente significativas ($p=0,05$) nas mulheres, ambos com melhor desempenho quando apenas o teste de prensão manual foi executado. Podendo assim concluir que, o protocolo de alongamento adotado nesse estudo, causa de forma aguda efeito negativo na produção de força isométrica.

DISCUSSÃO

As análises dos estudos avaliados mostram que o alongamento muscular provocou efeito deletério na força dos participantes, dessa forma, prejudicando o desempenho dos avaliados. Lopes *et al.*²¹ desenvolveram um estudo para verificar os efeitos do alongamento em séries múltiplas, utilizando como referência 6 séries de 45 segundos para exercícios no supino reto, com 12 homens treinados. Observou-se que em ambas as condições: com alongamento (COMA), e sem alongamento (SEMA) ao longo das séries houve decréscimo no número de repetições, sem diferenças significativas da carga utilizada, assim o estudo demonstrou que o alongamento não interferiu no desempenho em séries múltiplas. Os autores destacam a possibilidade do alongamento específico utilizado (adutores horizontais – peitoral maior e deltoide anterior), terem ocasionado possível alteração no padrão de recrutamento de unidades motoras, tendo queda na produção de força dos músculos sinérgicos do supino reto e exigindo a maior solicitação dos extensores de cotovelo, com o objetivo de compensar o déficit de força que o alongamento

possa ter causado nos adutores alongados.

Além disso, os autores observaram uma pequena queda no número de repetições na primeira e segunda série na condição COMA se comparado com a condição SEMA (ainda que estatisticamente não significativas), as mesmas não sendo encontradas nas séries seguintes, sugerindo que os efeitos do protocolo COMA, foram observados somente nas séries iniciais, assim indicando que os fins deletérios possam ser diluídos ao passar do tempo.

Nesta mesma linha de raciocínio da relação alongamento *versus* tempo *versus* exercício, resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Paz *et al.*²⁷, onde 16 mulheres treinadas realizaram alongamento para o quadríceps e desempenharam 3 séries para o máximo de repetições usando 85% de 1RM no *Leg Press* 45° (LP) e na Cadeira Extensora (CE) em 4 grupos: PSI (sem intervalo entre alongamento, LP e CE); P10 (10 minutos de intervalo entre alongamento, LP e CE); P20 (20 minutos de intervalo entre alongamento, LP e CE), e PSA (protocolo sem alongamento). Os resultados foram redução significativa no total de repetições máximas no PSI, P10 e P20 se comparados ao PSA em ambos,

com exceção para o P20 na cadeira extensora, o qual não houve diferença significativa.

Os autores observaram uma tendência na diminuição do desempenho nas repetições máximas imediatamente após o alongamento, minimizando seus efeitos conforme o aumento do intervalo entre alongamento e LP e CE, e considerando os resultados do estudo, o protocolo P20 possibilitou uma completa recuperação na CE, se tornando o intervalo adequado para minimizar o efeito concorrente do alongamento e a execução do exercício, enquanto intervalos inferiores a 20 minutos pareceram influenciar de forma negativa a força muscular.

Corroborando com estes achados, o estudo de Silva e Souza *et al.*²⁸ verificou os diferentes intervalos de recuperação de 14 homens treinados no voador peitoral (VP) e na cadeira extensora (CE) entre o alongamento estático passivo (AEP) de 3 séries de 30 segundos, e o desempenho de repetições máximas, em cinco protocolos distintos: série de exercícios sem alongamento prévio (TSA), imediatamente após alongamento (TSI), 5 minutos após o alongamento (T5), 10 minutos após o alongamento (T10) e 15 minutos após o alongamento (T15), registrando o máximo possível de repetições realizadas com 90% da carga de 10RM. Os autores observaram diferenças significativas no TSI comparado ao TSA, contudo nos intervalos testados não foram observadas diferenças significativas em relação ao TSA, sugerindo que o AEP pode promover efeitos negativos sobre a força muscular, porém a utilização de intervalos de 5, 10 e 15 minutos podem inibir esse efeito deletério, nos exercícios de VP e CE.

Entretanto, os autores destacam a possibilidade de que o protocolo de alongamento adotado, 3x30 segundos, totalizando 1 minuto e meio, pode não ter sido o suficiente para promover alterações significativas no desempenho da força, se tornando uma possível limitação do estudo, pois os autores relatam que comumente há a aplicação de um maior número de exercícios de alongamento para os grupos musculares utilizados na sessão de treinamento de força.

Seguindo a mesma linha de pesquisa, Costa²³ investigou o efeito agudo de 2 séries de 20 segundos de alongamento estático em 3 diferentes posições, totalizando 2 minutos de, em 12 homens treinados para o teste de 10 repetições máximas (10RM) no *leg press* 45°, dividindo a amostra em dois grupos: com alongamento (GA) e com aquecimento específico

(GE), diante do estudo os autores relatam que houve diminuição da força para 10RM no *leg press* 45° no GA, e aumento no GE, sugerindo assim que o protocolo de alongamento adotado no estudo teve redução aguda no desempenho de força muscular.

Costa e Silva *et al.*²⁴ investigaram o efeito do alongamento estático (AE) sobre a força muscular estática (FME), em 11 homens treinados realizando testes de prensão manual sem alongamento prévio e prensão manual precedido por AE dos músculos flexores de punho, sendo este de 1 série de 30 segundos até o ponto de desconforto. Em seus resultados, os autores encontraram diferenças significativas entre os testes, sendo que o alongamento realizado foi capaz de reduzir os níveis da força isométrica.

Para verificar esta mesma hipótese Silva *et al.*²⁹, realizaram igualmente um estudo para verificar o efeito do alongamento utilizando-se de teste de prensão manual. Sua amostra foi composta por 25 sujeitos (10 mulheres e 15 homens), divididos aleatoriamente em 2 grupos: um grupo realizou teste de prensão manual precedidos pelo alongamento (com sustentação do movimento por 30 segundos), e o outro grupo realizou os testes sem o alongamento, e após 48 horas os grupos inverteram o protocolo do treinamento. Neste estudo os autores encontraram uma tendência de redução de força nos homens, contudo nas mulheres essa diferença foi estatisticamente significativa, ressaltando o seu melhor desempenho quando apenas o teste de prensão manual foi realizado.

Contrariando esses achados, o recente estudo de César *et al.*²² concluiu que volumes reduzidos de alongamento estático (AL), aumentaram a amplitude de movimento (ADM), sem promover prejuízo no desempenho da força dinâmica. Foram submetidos ao teste 11 homens, aleatoriamente divididos entre condição controle (CC), e experimental (2 séries de 30 segundos de alongamento para peitoral e tríceps), foram realizados teste de 10 repetições máximas no supino reto com amplitude total e também com limitação de 90° de flexão do cotovelo, onde não foram encontradas diferenças significativas para 10 repetições máximas e volume total em nenhuma das angulações testadas, sendo assim o alongamento aumentou a ADM entre os testes, sem promover prejuízos no desempenho da força.

Apoiando estes achados, o estudo de Bastos *et al.*²⁵, comparou a influência do alongamento sobre a força muscular máxima (1RM), utilizando de uma amostra de 30 indivíduos, divididos entre: GA

(grupo alongamento estático utilizando uma série de 30 segundos) e GC (grupo sem alongamento), avaliando seu desempenho na cadeira extensora (CE) e no supino reto/horizontal (SH), onde não foram observadas diferenças significativas entre o GA e o GC para ambos os exercícios, concluindo que a utilização prévia do alongamento estático não teve efeito sobre o desempenho do teste de 1RM. Contudo os autores destacam que por mais que não estatisticamente significativas, houveram tendências de diminuição no desempenho da força máxima em ambos os exercícios (para CE 13,8% e para SH 11,6%), quando comparadas com as situações experimentais. O estudo relata ainda que alguns aspectos importantes devem ser considerados, como a ocorrência provável de um tempo de estimulação insuficiente para alterar fisiologicamente a estrutura muscular, a ponto de influenciar o teste de 1RM.

Batista *et al.*²⁶ utilizaram também o teste de 1RM em 21 homens treinados, a amostra inicialmente realizou o protocolo básico do teste de uma repetição máxima, e após um intervalo de 72 horas, submetem-se a 3 séries de 30 segundos de alongamento estático para o peitoral, e em seguida o teste de 1RM para o supino horizontal (CA). Concluiu-se que os 90 segundos de duração do alongamento foram suficientes para causar decréscimo significativo na força máxima durante a execução do teste de 1RM, sugerindo assim que este protocolo de alongamento utilizado é suficiente para causar um déficit na força. Os autores destacam alguns fatores limitantes na análise do trabalho, como: fatores de cunho psicológico, como motivação para execução dos testes, afinidade e habituação com os exercícios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos que o alongamento muscular provocou efeito deletério, prejudicando o desempenho dos avaliados. As possíveis causas seriam ação neuromotora, o qual estaria afetando o desempenho durante a execução do exercício físico.

REFERÊNCIAS

1. Araujo RA, França RA, Schiestl RD. Influência aguda do alongamento estático e do aquecimento aeróbio no desempenho da força muscular em 10 repetições máximas. *Rev Atenção Saúde* 2014;12(42):17-21. doi: <http://dx.doi.org/10.13037/rbcs.vol12n42.2309>
2. Balsamo S, Simão R. Treinamento de Força: Para Osteoporose, Fibromialgia, Diabetes Tipo 2, Artrite Reumatóide e Envelhecimento. Phorte 2007.
3. Endlich PW. Efeitos Agudos do Alongamento Estático no Desempenho da Força Dinâmica em Homens Jovens. *Rev Bras Med Esporte* 2009;15(3):200-204. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86922009000300007>
4. Pope RP, Herbert RD, Kirwan JD, Graham BJ. A randomized trial of preexercise stretching for prevention of lower-limb injury. *Med Sci Sports Exerc* 2000;32(2):271-7.
5. Gurjão ALD. Efeito agudo do alongamento estático na força muscular de mulheres idosas. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2009; 12(3):195-201.
6. Batista IMS. Efeito agudo do alongamento estático sobre o desempenho na resistência de força em homens treinados: estudo piloto. *RBPFE* 2015;9(51):17-23.
7. Souza JKMS, Paz GA, Miranda H. Influência de diferentes intervalos de recuperação entre o alongamento estático passivo e desempenho de força muscular. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2013; 15(3):86-94. doi: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.18n1p86-94>
8. Almeida TT, Jabur NM. Mitos e verdades sobre flexibilidade: reflexões sobre o treinamento de flexibilidade na saúde dos seres humanos. *Rev Motri* 2007; 1(1):337-344.
9. Achour Júnior A. Flexibilidade e alongamento: saúde e bem estar. Editora Manole. Barueri, SP, Brasil. 2. Ed. 2009.
10. Walker B. Alongamento: uma abordagem anatômica. Editora Manole. Barueri, SP. 2009.
11. American College Of Sports Medicine. Diretrizes do ACSM para os Testes de Esforço e sua Prescrição. Editora Guanabara. Rio de Janeiro, Brasil. 9 ed. 2014
12. Ferreira JO. Efeito de três técnicas de alongamento muscular sobre o torque e atividade eletromiográfica. Dissertação Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil. 2009.
13. Willems ME, Stauber WT. Effect of resistance training on muscle fatigue and recovery in intact rats. *Med Sci Sports Exerc* 2000;32(11):1887-93.
14. Pereira B, Souza Junior TP. Metabolismo Celular e Exercício Físico: Aspectos Bioquímicos e Nutricionais. Editora Phorte, 2ª Ed. São Paulo, 2007.
15. Kraemer WJ, Hakkinen K. Treinamento de força para o esporte. Porto Alegre; Armed; 2004.
16. Bompa TO. Periodização: teoria e metodologia do treinamento. Editora Phorte; SP; 2012.
17. Fleck SJ, Kraemer WJ. Fundamentos do Treinamento de Força Muscular. Editora Artmed, 4ª ed. 2017.
18. Gentil P. Bases Científicas do treinamento de Hipertrofia. Editora Sprint. 1 ed. 2005. Rio de Janeiro, 192 p.
19. Tibana RA, Prestes J. Treinamento de força e síndrome metabólica: uma revisão sistemática. *Rev Bras Cardiologia* 2013;26(1): 66-76.
20. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília – DF. 2012. Diretrizes Metodológicas elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF. 2012.
21. Lopes CR, Soares EG, Santos ALR, Aoki MS, Marchetti PH. Efeitos do Alongamento Passivo no Desempenho de Séries Múltiplas no Treinamento de Força. *Rev Bras Med Esporte* 2015;21(3):224-230. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1517-869220152103145780>

22. César EP, Paula CAP, Paulino D, Teixeira LML, Gomes PSC. Efeito agudo do alongamento estático sobre a força muscular dinâmica no exercício supino reto realizado em dois diferentes ângulos articulares. *Motri* 2014;11(3), 20-28. doi: <https://dx.doi.org/10.6063/motricidade.2890>
23. Costa DF. Efeito Agudo do Alongamento Passivo como forma de aquecimento no desempenho de força muscular para 10 repetições máximas. *RBPFEEX* 2014;8(48): 571-579.
24. Silva GVLC, Silveira ALB, Dimasi F, Bentes CM, Sousa MSC, Novaes JS. Acute effect of different stretching methods on isometric muscle strength. *Acta Scientiarum* 2014;36(1):51-57. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v36i1.15581>
25. Bastos CLB, Rosário ACS, Portal MND, Neto GR, Silva AJ, Novaes JS. Influência aguda do alongamento estático no comportamento da força muscular máxima. *Motri* 2014;10(2), 90-99. doi: [http://dx.doi.org/10.6063/motricidade.10\(2\).3077](http://dx.doi.org/10.6063/motricidade.10(2).3077)
26. Batista ES. Influência do alongamento na força máxima através do teste de 1RM. *RBPFEEX* 2013;7(42):467-473.
27. Paz GA, Leite T, Maia MF, Lima AF, Coelho PP, Simão R, Miranda H. Influência do intervalo de recuperação entre alongamento e treinamento de força. *ConScientiae Saúde* 2013;12(3):362-370.
28. Souza J, Paz G, Miranda H. Influência de diferentes intervalos de recuperação entre o alongamento estático passivo e o desempenho de força muscular. *Rev Bras Ativ Fis Saude* 2013;18(1): 86-94. doi: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.18n1p86-94>
29. Silva VLC, Silveira GB, Di Mais AL, Bentes MF, Miranda CL, Novaes HS. Efeito agudo do alongamento estático sobre a força muscular isométrica. *ConScientiae Saúde* 2012;11(2):274-28. doi: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.18n1p86-9410.5585/ConsSaude.v11n2.3124>

Recebido em:24/05/2018

Aceito em:01/08/2018

Como citar: BREZEZINSKI, Beatriz Bazilio et al. Análise dos efeitos agudos do alongamento estático em treinamento de força: uma revisão sistemática. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 3, set. 2018. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/12130>>. Acesso em: 22 dez. 2018. doi: <https://doi.org/10.17058/rips.v1i3.12130>



Efeitos do exercício de tronco na recuperação funcional da marcha em pacientes pós acidente vascular cerebral: uma revisão sistemática

Effects of trunk exercise on the functional gait recovery of patients after a stroke: a systematic review

Ana Carolina Dorigoni Bini¹, Thaisa Maria Rocha Bueno¹, Vanessa Szczypior¹, Viviane Eloisa Bini¹,
Vanessa Marcolin¹

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

RESUMO

Introdução: o acidente vascular cerebral (AVC), acarreta deficiências que variam em função da topografia, tipo e extensão da lesão, mas na maioria das vezes apresentam alterações cognitivas, motoras, sensoriais e autonômicas variadas. Entre essas alterações, a força de tronco reduzida após o AVC aumenta o trabalho mecânico para a marcha, repercutindo na capacidade funcional do paciente. **Objetivo:** investigar quais as técnicas mais utilizadas para o fortalecimento de tronco. **Método:** foram realizadas buscas nas bases de dados: Pubmed, Bireme, Scielo e PEDro. Foram incluídos estudos clínicos randomizados e controlados que compararam os efeitos do fortalecimento de tronco na marcha em pacientes acometidos pelo AVC. **Resultados:** dos 109 estudos encontrados, 10 foram selecionados e avaliados pela escala PEDro, e apresentaram boa qualidade metodológica. A intervenção mais encontrada foram os exercícios de estabilidade dos músculos mais profundos do tronco e da pelve. **Conclusão:** os exercícios de tronco influenciam de forma positiva aspectos importantes da marcha.

ana.carolina.db@hotmail.com

Palavras-chave:

*Acidente Vascular Cerebral;
Marcha; Reabilitação*

ABSTRACT

Introduction: stroke causes deficiencies that vary according to the topography, type, and extent of the lesion, but most of the times they present varied cognitive, motor, sensory and autonomic alterations. Among these changes, reduced trunk strength after stroke increases mechanical gait work, impacting the patient's functional capacity. **Objective:** to investigate the most commonly used techniques for trunk strengthening. **Methodology:** Searches were conducted in the following databases: PubMed, BIREME, SciELO, and PEDro. Randomized and controlled clinical trials comparing the effects of trunk strengthening on gait in patients with stroke were included. **Results:** of the 109 studies found, 10 were selected and evaluated by the PEDro scale, presenting good methodological quality. Stability exercises of the deeper muscles of the trunk and pelvis were the most frequent intervention. **Conclusion:** the trunk exercises positively influence important aspects of gait.

Keywords:

Stroke; Gait; Rehabilitation.



INTRODUÇÃO

O acidente vascular encefálico (AVE) é uma alteração brusca que ocorre no sistema circulatório cerebral, é caracterizado por isquêmica ou hemorragia que acarreta deficiências neurológicas e incapacidades em diferentes graus. Em consequência do seu impacto social, alto custo de tratamento e alterações nas atividades de vida diária, é considerado um dos maiores problemas de saúde pública no mundo.¹

As sequelas após o AVE variam em função da topografia, tipo e extensão da lesão, mas na maioria das vezes apresentam alterações cognitivas, motoras, sensoriais e autonômicas variadas.²

As alterações mais frequentes após o AVE são caracterizadas por diminuição da coordenação motora, do controle postural, da força muscular, propriocepção, da função tronco e conseqüentemente da marcha.^{2,3} Há relatos que em pacientes pós AVE a atividade antecipatória dos músculos do tronco é prejudicada.^{4,5}

Assim como a alteração do tronco, o distúrbio da marcha tem grande repercussão na capacidade funcional desses pacientes, ela é caracterizada pela duração prolongada da postura no lado não lesado, e do lado contralateral há uma redução do comprimento do passo. Há também uma redução na velocidade de caminhada, simetria, cadência e comprimento de passo.⁶

Walle e colaboradores⁷, sugeriram que o tronco contribui ativamente para a deambulação, e sua ação reduzida em pacientes com sequelas neurológicas, aumenta o trabalho mecânico para a marcha e atividades cotidianas. Nesse sentido as alterações que modificam o controle do tronco, como a mudança de equilíbrio para o lado não afetado, uma postura assimétrica e fraqueza muscular, interferem de forma significativa na marcha.^{2,3}

Park e colaboradores⁸ também demonstraram a influência positiva que o exercício do tronco realizado com terapia aquática tem sobre velocidades de caminhada, ciclos de caminhada, comprimentos de passos na marcha.

Considerando a importância da função do tronco e seu papel na marcha, o objetivo dessa revisão é investigar quais as técnicas mais utilizadas para o fortalecimento de tronco e suas aplicabilidades clínicas.

MÉTODO

Para a elaboração desta revisão sistemática, uma busca por publicações científicas indexadas nas bases de dados PubMed, Bireme, PEDro, SciELO (Scientific Eletronic Library) foi realizada no período de setembro e outubro de 2017. Foram utilizados os seguintes descritores na língua inglesa: “stroke” AND “gait” AND “trunk” AND “exercise”. Dois autores (TR e VS), de forma independente identificaram e selecionaram os estudos respeitando os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos.

Critérios de inclusão: (1) publicação no formato de artigo científico de estudos clínicos randomizados e controlados (ECRs) (2) estudos que utilizassem como desfecho principal exercícios de tronco (3) publicação nos últimos cinco anos sem restrição de idioma; (4) população estudada, sendo indivíduos acometidos pelo acidente vascular encefálico, definindo um padrão de marcha anormal como andar com uma velocidade lenta, exibindo desvios cinemáticos durante a marcha, ou uma incapacidade de andar; (5) estudos que avaliaram a marcha por escalas, testes funcionais e/ou parâmetros cinemáticos. Foram excluídos: (1) as revisões bibliográficas, estudos de caso e estudos não randomizados e estudos piloto; (2) não tiveram como intervenção terapêutica tratamento com o uso de exercício de tronco. Um terceiro autor (VB) moderador foi consultado em caso de qualquer desacordo.

Os dados foram extraídos de forma independente e incluíram informações sobre as características das publicações (título, ano de publicação), características da população (número de participantes, gênero, idade, tempo de lesão), protocolo de intervenção (duração, número de sessões, tipo de intervenção), principais resultados e conclusões.

A escala da base de dados de evidência em fisioterapia, PEDro, foi utilizada para medir a qualidade metodológica dos ECRs incluídos, indicando “alta qualidade” quando alcançaram escore ≥ 4 pontos, ou como de “baixa qualidade” quando obtiveram escore < 4 na referida escala.⁹

RESULTADOS

Seleção dos estudos

Um total de 109 estudos foram identificados, após a remoção dos duplicados (33), 76 passaram pela triagem preliminar dos títulos e resumos, foram selecionados 22 estudos potencialmente capazes de

responder à pergunta desta revisão. Após a leitura completa, 10 estudos foram incluídos. Os detalhes do processo de seleção e exclusão dos estudos estão apresentados na figura 1.

Todos os estudos selecionados passaram pela avaliação de qualidade metodológica PEDro, cada critério recebeu uma avaliação 0-1 (Tabela 1). A maioria dos estudos apresentou boa qualidade metodológica, 9 obtiveram ≥ 4 pontos e apenas

um artigo apresentou escore < 4 pontos. Apenas dois artigos não apresentaram alocação aleatória,¹⁰⁻¹¹ um estudo não continhasimilaridade entre os grupos¹¹, nenhum artigo foi positivo para cegamento dos terapeutas e dos sujeitos e cinco apresentaram cegamento do avaliador.^{3,10,12-14}

Os sujeitos participantes são de ambos os

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos estudos.

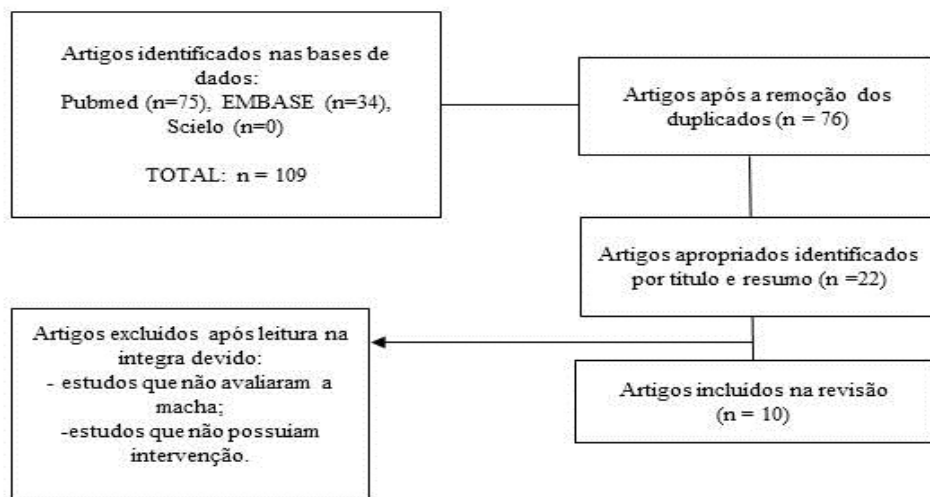


Tabela 1 - Estudos inclusos na análise e qualidade metodológica pela escala PEDro.

Validade interna	Moone Kim, 2017	Valdés et al, 2017	Haruyama Kawakami e Otsuka 2017	Park e Moon, 2016	Park et al, 2016	Jung, Cho e In, 2016	Kilinc et al., 2016	Valdés et al, 2015	Jeon et al., 2015	Saey et al., 2012
1.Critérios de elegibilidade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.Alocação aleatória	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1
3.Sigilo na alocação	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
4.Similaridade dos grupos na fase inicial	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
5.Cegamento dos sujeitos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6.Cegamento dos terapeutas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7.Cegamento dos avaliadores	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1
8.Medida de pelo menos um desfecho primário em 85% dos sujeitos alocados	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9.Análise de intenção de tratamento	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0

10.Comparação entre grupos de pelo menos um desfecho Primário	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1
11.Relato de medidas de variabilidade e estimativa dos parâmetros de pelo menos uma variável primária	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Total	4	5	6	3	5	5	6	7	6	7

gêneros, sendo a média de idade, variando de 37.9 a 75.81 anos. Todos os estudos incluíram indivíduos com hemiparesia direita e esquerda. O tempo de lesão foi consideravelmente diferente entre os estudos, variando de 32.07 dias a 67 meses.

Houve uma variabilidade de exercícios para o treinamento de tronco, 3 estudos utilizaram exercícios de estabilidade do core como intervenção.^{10,12,14} Um estudo realizou exercícios de tronco na piscina.⁸ Os demais estudos realizaram estabilidade da coluna usando o sistema Spine Balance 3D e exercício de ponte,¹⁵ exercício de estabilidade do tronco usando FNP,¹¹ exercícios realizados em uma balança de equilíbrio e superfície estável,¹⁶ treinamento com o conceito Bobath,¹³ exercícios de flexão de tronco e pressionamento de botões¹⁷ e exercícios de tronco.³

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo investigar quais as técnicas mais utilizadas para o fortalecimento de tronco e suas aplicabilidades clínicas. Houve uma variação bastante grande dos recursos que foram utilizados para o fortalecimento de tronco e na maioria deles, os grupos que realizaram esses treinos obtiveram melhores resultados do que os grupos que não receberam intervenção.

Intervenção com programa de exercícios de tronco em terapia aquática foi encontrado em um artigo. Park e colaboradores,⁸ após quatro semanas de intervenção, comparando exercícios aquáticos e terrestres, relatou melhora significativa na velocidade, ciclo de caminhada, comprimento do passo do lado afetado e o índice de simetria da fase de resistência em ambos os grupos. Embora as melhoras nas variáveis tenham sido observadas nos dois grupos, não fica evidente qual das intervenções seria superior, pois os autores não realizaram o teste de comparação entre os

grupos.

Jung, Cho e In,¹⁶ avaliaram a ativação dos músculos do tronco, controle postural e velocidade da marcha, em exercícios realizados em uma superfície instável em comparação com o grupo controle, e obtiveram resultados positivos na atividade dos músculos oblíquos externos e internos, no escore de controle postural e na velocidade da marcha.

A aplicação da facilitação neuromuscular proprioceptiva (FNP), foi utilizada com intuito de melhorar a estabilidade de tronco por meio de mudanças da altura da cadeira sem encosto, encontrando resultados positivos na velocidade da marcha, cadência, comprimento do passo do lado afetado, no entanto no ciclo da marcha não foram observadas alterações significativas.¹¹

Jeon, Lee e Kim,¹⁷ avaliaram o efeito do exercício de alcance em flexão direta, que consistia em movimentos de flexão e extensão de tronco para apertar botões aleatórios observados na tela de um laptop, posicionado na altura do joelho, somados a exercícios de reabilitação convencional. Após o protocolo de 4 semanas houve melhora no controle de tronco, equilíbrio, resistência e velocidade de caminhada, comparado ao grupo controle que realizava apenas terapia de reabilitação convencional.

Moon e Kim,¹⁵ investigaram como o exercício de estabilidade da coluna vertebral usando o sistema Spine Balance 3D afeta a força muscular do tronco e a capacidade de andar de pacientes com AVE crônico. Tal sistema, inclina todo o corpo dos sujeitos enquanto eles mantêm sua posição reta e neutra, aplicando a gravidade no tronco e o mantendo estável. Após o protocolo que teve duração de 7 semanas, os autores observaram que o sistema Spine Balance 3D é mais eficaz para melhorar a força muscular e a capacidade de andar, comparado ao exercício da ponte e, portanto, pode ser sugerido como o exercício de estabilidade da

coluna vertebral para pacientes com AVE crônico.

Ao avaliar o efeito de exercícios de tronco de acordo com o método Bobath, no grupo experimental, exercícios convencionais e grupo controle, os autores encontraram efeitos benéficos no tronco e equilíbrio dinâmico de ambos os grupos. No entanto a mobilidade das extremidades superiores, melhoraram apenas no grupo experimental.¹³

Um estudo controlado randomizado com o objetivo de avaliar o efeito de exercícios de tronco no equilíbrio e mobilidade, realizado com 33 pacientes divididos entre o grupo experimental (n=18) e controle (n=15), onde ambos realizaram fisioterapia convencional e exercícios de tronco (grupo experimental) ou exercícios para membros superiores (grupo controle), observaram resultado positivo em ambos os grupos, porém, superior no grupo experimental.³

Apenas a intervenção enfatizando a estabilidade do core se repetiu em 3 estudos, sendo que um deles é um follow-up de 3 meses. Haruyama, Kawakami e Otsuka,¹² investigaram a eficácia do treinamento de core na estabilidade, equilíbrio e mobilidade em 32 paciente, divididos entre grupo experimental e controle, sendo 16 indivíduos em cada, onde ambos os grupos realizavam fisioterapia convencional e o grupo experimental recebeu exercícios adicionais de core. Após o protocolo de intervenção os autores encontraram melhora na função do tronco, equilíbrio dinâmico e mobilidade. Da mesma forma Valdés et al.,¹⁴ usou um protocolo semelhante, onde ambos os grupos realizaram fisioterapia convencional e o grupo experimental exercícios adicionais de tronco, observaram melhora no controle do tronco, equilíbrio dinâmico e estático, marcha e atividades da vida diária em pacientes pós AVE. Para este estudo foi realizado um followup, que concluiu que os efeitos se mantiveram após 3 meses.¹⁰

Limitações desta revisão sistemática incluem a possibilidade de faltar alguns estudos devido às combinações dos termos de busca e a terminologia usados bem como a grande variedade de métodos aplicados não possibilitando a comparação entre os estudos.

A presente revisão buscou relacionar dados atuais sobre os efeitos de exercícios de tronco na recuperação funcional da marcha de pacientes pós AVE, a fim de nortear os terapeutas durante a prática clínica.

CONCLUSÃO

Conclui-se que os exercícios de tronco, influenciam de forma positiva sobre aspectos importantes da marcha como, equilíbrio, mobilidade e velocidade, sendo de suma importância sua inclusão em protocolos de atendimentos de pacientes pós AVE.

REFERÊNCIAS

1. Almeida SRM. Análise epidemiológica do Acidente Vascular Cerebral no Brasil. *Rev Neurocienc* 2012;20(4):481-2. doi: <http://dx.doi.org/10.4181/RNC.2012.20.483ed.2p>
2. Ryerson S, Byl NN, Brown DA, Wong RA, Hidler JM. Altered trunk position sense and its relation to balance functions in people post-stroke. *J Neurol Phys Ther* 2008;32(1):14-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/NPT.0b013e3181660f0c>
3. Saeys W, Vereeck L, Truijen S, Lafosse C, WuytsFp, Heyning-Pv. Randomized controlled trial of truncal exercises early after stroke to improve balance and mobility. *Neurorehabil Neural Repair* 2012;26(3):231-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1545968311416822>
4. Dickstein R, Shefi S, Marcovitz E, et al. Anticipatory postural adjustment in selected trunk muscles in post stroke hemiparetic patients. *Arch Phys Med Rehabil* 2004, 85: 261-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2003.05.011>
5. Liao CF, Liaw LJ, Wang RY, et al. Relationship between trunk stability during voluntary limb and trunk movements and clinical measurements of patients with chronic stroke. *J Phys Ther Sci* 2015, 27: 2201-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1589/jpts.27.2201>
6. Roerdink M, LamothCj, Kwakkel G, et al. Gait coordination after stroke: benefits of acoustically paced treadmill walking. *Phys Ther* 2007;87:1009-22. doi: <http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20050394>
7. Walle PV, Hallemaans A, Truijen S, Gosselink R, Heyrman L, Molenaers G. Increased mechanical cost of walking in children with diplegia: the role of the passenger unit cannot be neglected. *Res Dev Disabil* 2012;33(6):1996-2003. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2012.05.029>
8. Park BS, Noh JW, Kim MY, Lee LK, Yang SM, Lee WD, Shin YS, Kim JH, Lee JU, Kwak TY, Lee TH, Park J, Kim J. A comparative study of the effects of trunk exercise program in aquatic and land-based therapy on gait in hemiplegic stroke patients. *J Phys Ther Sci* 2016;28(6):1904-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1589/jpts.28.1904>
9. Van Peppen RP, Kwakkel G, Wood-Dauphinee S, Hendriks HJ, Van der Wees PJ, Dekker J. The impact of physical therapy on functional outcomes after stroke: what's the evidence?. *Clin Rehabil*. 2004;18(8):833-62. doi: <http://dx.doi.org/10.1191/0269215504cr843oa>
10. Valdés RC, Calafat CB, Farrés MG, Gómez FMC, Serra HPP, Romero AG, Cuchí GU. Long-term follow-up of a randomized controlled trial on additional core stability exercises training for improving dynamic sitting balance and trunk control in stroke patients. *Clin Rehabil* 2017;31(11):1492-99. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0269215517701804>
11. Park SE, Moon SH. Effects of trunk stability exercise using proprioceptive neuromuscular facilitation with changes in chair height on the gait of patients who had a stroke. *J Phys Ther Sci*

- 2016;28(7):2014-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1589/jpts.28.2014>
12. Haruyama K, Kawakami M, Otsuka T. Effect of Core Stability Training on Trunk Function, Standing Balance, and Mobility in Stroke Patients. *Neurorehabil Neural Repair* 2017 Mar;31(3):240-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/154596831667543>
13. Kılınç M, Avcu F, Onursal O, Ayvat E, Savcun Demirci C, Aksu Yildirim S. The effects of Bobath-based trunk exercises on trunk control, functional capacity, balance, and gait: a pilot randomized controlled trial. *Top Stroke Rehabil* 2016;23(1):50-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1179/1945511915Y.0000000011>
14. Valdés RC, Calafat CB, Farrés MG, Gómez FMC, Valiño MH, Cuchí GU. The effect of additional core stability exercises on improving dynamic sitting balance and trunk control for subacute stroke patients: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil* 2016;30(10):1024-33. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0269215515609414>
15. Moon SJ, Kim TH. Effect of three-dimensional spine stabilization exercise on trunk muscle strength and gait ability in chronic stroke patients: A randomized controlled trial. *2017;41(1):151-9. NeuroRehabilitation* doi: <http://dx.doi.org/10.3233/NRE-171467>
16. Jung KS, Cho HY, In TS. Trunk exercises performed on an unstable surface improve trunk muscle activation, postural control, and gait speed in patients with stroke. *J Phys Ther Sci*. 2016;28(3):940-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1589/jpts.28.940>
17. Jeon SH, Lee SM, Kim JH. Therapeutic effects of reaching with forward bending of trunk on postural stability, dynamic balance, and gait in individuals with chronic hemiparetic stroke. *J Phys Ther Sci* 2015;27(8):2447-51. doi: <http://dx.doi.org/10.1589/jpts.27.2447>

Recebido em:16/07/2018

Aceito em:23/08/2018

Como citar: DORIGONI BINI, Ana Carolina et al. Efeitos do exercício de tronco na recuperação funcional da marcha em pacientes pós acidente vascular cerebral: uma revisão sistemática. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 3, set. 2018. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/12361>>. Acesso em: 22 dez. 2018. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v1i3.12361>



Validação e utilização de novas tecnologias na saúde e educação: uma revisão integrativa

Validation and use of new technologies in health and education: an integrative review

Joaquim Rangel Lucio da Penha¹, Francisca Aparecida Fernandes², Cleide Correia Oliveira³, Ricardo Damasceno de Oliveira⁴, Erlanio Freire Barros³

1- Universidade Estadual do Ceará – UECE, Ceará – Brasil.

2- Fisiocorpus, Clínica de Fisioterapia e Pilates, Crato, CE, Brasil.

3- Universidade Regional do Cariri – URCA, Crato, CE – Brasil.

RESUMO

rangel.lucio@yahoo.com.br

Objetivo: buscar na literatura nacional e internacional informações sobre o uso de tecnologias educativas na atuação multiprofissional de saúde. **Método:** trata-se de uma revisão integrativa da literatura. As produções foram coletadas nas bases LILACS; ADOLEC e no Portal SciELO, utilizando como recorte temporal o período de 2011 a 2017, nos idiomas português, inglês, espanhol selecionadas a partir dos descritores: Software AND Validação de Programas de Computador AND Saúde OR Educação. Ao final, procedeu-se à análise de nove artigos. **Resultados:** a pesquisa confirmou as evidências científicas analisadas, constatou a importância da validação de novas tecnologias por meio de instrumentos seguros e confiáveis. **Conclusão:** a utilização das tecnologias favorece o processo de ensino-aprendizagem dos enfermeiros, que podem ter acesso a informações de maneira eficaz, rápida e segura, além de permitir o monitoramento dos problemas do paciente.

Palavras-chave:

Software; Validação de Programas de Computador; Educação em Saúde

ABSTRACT

Objective: to evaluate the national and international literature on the use of educational technologies in multiprofessional health work. **Method:** this is an integrative review of the literature. The productions were collected from the databases LILACS, ADOLEC and SciELO, using as temporal limit the period from 2011 to 2017, in Portuguese, English and Spanish selected with the descriptors: Software AND Validation of Computer Programs AND Health OR Education. In the end, nine papers were analyzed. **Results:** the research confirmed the scientific evidence analyzed, and verified the importance of the validation of new technologies through safe and reliable instruments. **Conclusion:** the use of technology favors the teaching-learning process of nurses, who can access information in an efficient, fast and safe way, besides allowing the monitoring of patients' problems.

Keywords:

Software; Software Validation; Health Education.



INTRODUÇÃO

Conhecimentos e tecnologias surgem constantemente, auxiliando de modo relevante na área da saúde, com a finalidade de aprimorar a educação e proporcionar melhor qualidade de vida a população. Além de possibilitar uma gestão de informação com mais eficiência por meio de hardwares, softwares, sistemas de comunicação e gerenciamento de banco de dados.

O termo tecnologia pode ser conceituado como área de discernimento que se refere ao uso de ferramentas artificiais e ao planejamento da sua realização, operação, ajuste, manutenção e monitoramento, à luz do conhecimento científico.¹ Identifica-se na tecnologia um fenômeno básico, comprovado na existência de dispositivos que abrandam esforços e solucionam dificuldades.²

Nos últimos anos, a utilização de tecnologias de computação e das comunicações móveis em cuidados de saúde e de saúde pública, está em constante expansão.³ O novo padrão de sociedade, definido pela necessidade e busca da comunicação, gera diversas informações que, por sua vez, requerem estratégias atualizadas de captação, armazenagem e utilização do conhecimento produzido.⁴ O surgimento de sofisticados aparelhos juntamente com a utilização da informática como, *notebooks*, computadores, tabletes, *smartphones* e os telefones portáteis, por intermédio da *internet*, promovem benefícios e agilidade permitindo que os profissionais de saúde acessem os sistemas de informação em saúde, em qualquer lugar ou hora, e obtenham conhecimentos necessários para exercer o processo do cuidado.⁵

O prosseguimento tecnológico e a capacitação de profissionais viabilizaram a construção de protocolos eletrônicos. Diferentes serviços de saúde já os implantaram ou estão em fase de implantação.⁶ E atendem a um público heterogêneo—médicos, enfermeiros, pacientes, cuidadores ou mesmo pessoas leigas.⁷ Assim, seu uso possibilita a obtenção de indicadores, criação de base de dados populacional para futuros estudos epidemiológicos.⁸

No Brasil, têm-se evidenciado aspectos positivos na utilização de *softwares* assistenciais de enfermagem como planejamento do cuidado informatizado agilizando as atividades de coleta, registro, armazenagem, manipulação e recuperação de dados dos pacientes sob responsabilidade do enfermeiro.⁹ Diversos estudos têm enfatizado o papel da tecnologia na pre-

venção das doenças cardiovasculares. Destacam-se as tecnologias como recurso promotor de saúde, além da relação entre profissionais de saúde e população, fundamental e decisiva na eficácia da utilização tecnológica.¹⁰

A rápida disseminação dos dispositivos móveis no mercado favoreceu a inserção dessa tecnologia na área da saúde, tanto nas pesquisas quanto na assistência e no gerenciamento do cuidado.¹¹ Estudos realizados em uma UTI de adultos de Belo Horizonte, Minas Gerais, permitiram a análise da eficácia na utilização de indicadores gerados por um *software*, pois retrataram como o enfermeiro identifica os problemas e riscos do paciente, e planejado a assistência de forma sistematizada.¹² Outra pesquisa que verificou a eficácia do uso do *software* no desenvolvimento da consciência fonológica e na construção da escrita alfabética apresentou resultados positivos no desenvolvimento de crianças com idades entre 4 e 5 anos.¹³

O uso dos recursos da informática, principalmente no que se refere à captura, armazenamento e busca de dados, é de grande importância na produção de estudos relevantes e confiáveis.¹⁴ Os aparelhos móveis podem proporcionar benefícios para as ações dos profissionais da saúde, sem prejuízo para a qualidade do cuidado e aumentar a confiança do paciente nos atendimentos.¹⁵ Para ser facilmente aceito pelo usuário, o instrumento deve ser de fácil entendimento,¹⁶ e a sua validade está relacionada à satisfação e utilidade percebidas pelos usuários.¹⁷

Em resposta a essa realidade crescem em todas as áreas do saber, inclusive na área de saúde, a necessidade de implantação de recursos tecnológicos na atuação multiprofissional por meio de processo de validação de *software* que melhore a qualidade da coleta de dados.

Nesse sentido, o objetivo deste artigo é buscar na literatura nacional e internacional informações sobre o uso de tecnologias educativas na atuação multiprofissional da saúde e educação.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa desenvolvida seguindo seis etapas: 1. Elaboração da pergunta norteadora; 2. Busca na literatura; 3. Coleta de dados; 4. Análise crítica dos estudos incluídos; 5. Discussão dos resultados; 6. Apresentação da revisão integrativa. A busca na literatura decorreu nas bases de dados: *Literatura Latino-Americana* e do Caribe

em *Ciências da Saúde (LILACS)*; *Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (ADOLEC)* e no *Portal Scientific Electronic Library Online (SciELO)*.

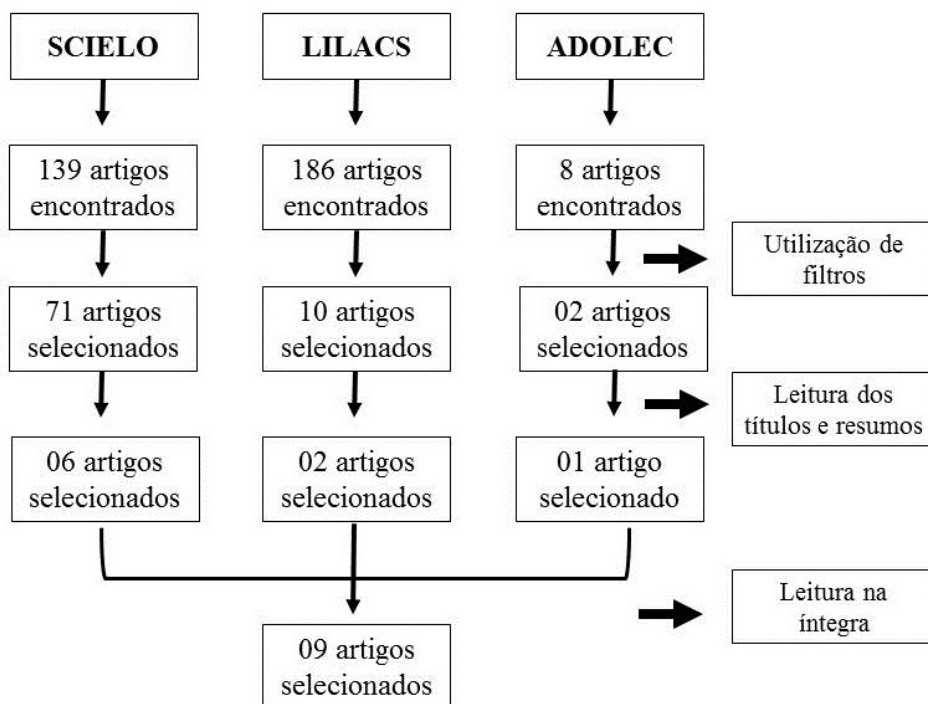
Para a seleção dos artigos nas bases de dados, estabeleceu-se como critério de inclusão: ter a descrição da utilização, o processo de validação de *software* e artigos publicados em língua portuguesa, inglesa e espanhol nos últimos oito anos. *Os critérios de exclusão foram os artigos que não disponibilizavam o texto completo e se referissem a outras doenças crônicas diferentes das cardiometabólicas e osteomusculares*, os que não apresentaram conteúdo relevante a temática pesquisada; que incluíam outros grupos, como os de adultos ou idosos e artigos de revisão, obedecendo-se aos critérios de exclusão. Foram excluídas dissertações, teses, reportagens, notícias, cartas ao editor. Para a busca nas bases utilizaram-se os descritores: Software AND Validação

de Programas de Computador AND Saúde OR Educação.

Todos os artigos encontrados foram comparados, com o propósito de verificar a duplicidade que apareceram nos idiomas selecionados e nas diferentes bases de dados através de uma filtragem. Em seguida, foram realizadas leituras dos títulos e resumos e selecionados apenas os que atendiam aos critérios de inclusão. Logo após, os estudos foram lidos na íntegra, e assim, por entendimento dos pesquisadores e em obediência aos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados nove artigos que passaram a compor a amostra. Quanto aos aspectos éticos, respeitou-se autoria de todos os artigos estudados. Para a elaboração desta revisão integrativa, foram seguidas rigorosamente as etapas, demonstradas na figura 1, abaixo.

Quadro 1 - Distribuição dos artigos incluídos na

Figura 1 - Etapas da busca.



RESULTADOS

Dos artigos analisados, todos apresentam desenho transversal, seis com abordagem quantitativa, três aplicada com o desenvolvimento tecnológico, dois estudos metodológicos, uma pesquisa de campo exploratória e uma de estatística descritiva. Dentre os estudos selecionados, dois utilizaram como

instrumentos de avaliação a heurística desenvolvida por Jakob Nielsen, uma pesquisa usou a avaliação sequencial da consciência fonológica, um realizou por meio do método disakids, dois aplicaram questionários com técnicas de sondagens e três apresentaram testes de baterias variadas.

revisão integrativa de acordo com o título, ano de publicação e objetivos

Artigo	Título do artigo	Revista/Ano	Objetivos
1	Construção e avaliação de software educacional sobre cateterismo urinário de demora	Rev Esc Enferm USP 2011	Construir software educativo para o ensino-aprendizado da técnica de cateterismo urinário de demora e comparar a apreensão do conhecimento sobre esta técnica antes e após a aplicação deste software.
2	Avaliação de uma tecnologia educacional para a avaliação clínica de recém-nascidos prematuros	Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013	Avaliar programa de computador educacional sobre enfermagem neonatal, para auxiliar professores e estudantes no ensino e aprendizagem.
3	Eficácia do uso de um software para estimulação de habilidades de consciência fonológica em crianças	Audiol., Commun. Res.	Avaliar o software “Pedro no Parque de Diversões” no desenvolvimento da consciência fonológica e construção da escrita alfabética.
4	Aplicativo móvel para avaliação dos pés de pessoas com diabetes mellitus	Acta Paul Enferm. 2017	Elaborar e validar aplicativo sobre avaliação e classificação de risco dos pés de pessoas com diabetes mellitus.
5	Desenvolvimento de aplicativo para dispositivos móveis voltado para identificação do fenótipo de fragilidade em idosos	Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2017	Elaborar aplicativo para identificar as características da síndrome de fragilidade em idosos
6	Desenvolvimento do aplicativo TabacoQuest para informatização de coleta de dados sobre tabagismo na enfermagem psiquiátrica	Rev. Latino-Am. Enfermagem 2016	Elaborar aplicativo mobile para o uso de tabaco entre pacientes psiquiátricos e a população geral.
7	Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial com Escores Informatizado: usabilidade e validade	CoDAS 2014	Testar protocolo de avaliação Miofuncional Orofacial com Escores Informatizado e analisar sua validade
8	Protótipo de um software para registro de enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal	Aquichan 2015	Elaborar software aplicado à sistematização da assistência de enfermagem que proporcione aos enfermeiros registro informatizado, eficiente e rápido
9	Avaliação da assistência de enfermagem utilizando indicadores gerados por um software	Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015	Analisar processo de enfermagem utilizando indicadores gerados por software em uma UTI.

Quadro 2 - Distribuição dos artigos incluídos na revisão integrativa de acordo com o método, amostra e resultados

Artigo	Métodos	Resultados	Conclusão
1	Foi utilizado o teste de conhecimento a respeito da técnica de sondagem vesical, contendo dez questões fechadas.	Os dados apontaram significativa contribuição deste software	A utilização software como instrumento efetivo e a implementação desse recurso no ambiente educacional demonstram significativa contribuição no processo ensino-aprendizagem.
2	Método usado foi o do Grupo DISABKIDS	Programa considerado adequado para capacitação de enfermeiros	O produto está adequado para ser utilizado no ensino de enfermagem neonatal e capacitação de enfermeiros sobre a semiotécnica e semiologia do recém-nascido pré-termo, inserido no referencial pedagógico das metodologias ativas.
3	Usado o instrumento de avaliação sequencial da consciência fonológica (CONFIAS).	O software foi eficaz para desenvolver a consciência fonológica	Verificou que o software, tendo o fonoaudiólogo como mediador, foi eficaz para desenvolver a consciência fonológica e facilitou a mudança da hipótese de escrita pré-silábica para a silábica.
4	Foi utilizado as heurísticas desenvolvidas por Jakob Nielsen.	O aplicativo mostrou-se funcional, confiável, adequado e eficiente.	O aplicativo segundo avaliação dos juízes e enfermeiros é funcional, confiável, adequado e eficiente. O uso pelo enfermeiro poderá aprimorar seu conhecimento científico; auxiliar durante a consulta de enfermagem na prevenção de riscos, monitoramento e controle de complicações nos pés.

5	O instrumento do estudo foi baseado nos cinco critérios para definição do fenótipo de fragilidade descrito por Fried et al.	O teste mostrou-se eficiente para definição de fragilidade, com processamento e acesso instantâneo às informações.	A utilização do aplicativo para avaliação da fragilidade em idosos foi feita de maneira segura, com a vantagem do acesso rápido às informações para acompanhamento do quadro clínico e prognóstico do paciente.
6	Foi usado questionário estabelecido pelos autores.	O aplicativo previne erros humanos e aumenta a qualidade dos dados ao validá-los	O aplicativo previne erros humanos e aumenta a qualidade dos dados ao validá-los durante a entrevista, permite realizar tabulação automática e torna as entrevistas menos cansativas.
7	Utilizado a avaliação de usabilidade heurística realizada de Nielsen.	O protocolo satisfaz aos princípios de usabilidade heurística	O protocolo AMIOFE Informatizado teve sua usabilidade/ funcionalidade confirmada e mostrou-se útil para o armazenamento e resgate dos dados da avaliação miofuncional orofacial.
8	Construção de afirmativas de diagnósticos, intervenções, validação das afirmativas e desenvolvimento do software.	O software proporciona registro mais completo e uniforme do que o realizado de maneira escrita.	Conclui-se que a UTIN terá um rico material de registro, uma vasta fonte de pesquisa com dados de procedência garantida e de fácil acesso. Reconhece-se que o software elaborado é simples e passível de muitas ampliações.
9	Utilizado um software para cadastro e anamnese, exame físico, diagnósticos, planejamento, prescrição avaliação da assistência.	O software permitiu a eficácia do processo de enfermagem,	Mostrou a eficácia do Processo de Enfermagem utilizando indicadores, pois retratam como o enfermeiro tem identificado os problemas e riscos do paciente, e planejado a assistência de forma sistematizada.

No que se refere ao contexto dos trabalhos analisados, todos estão relacionados a tecnologias educacionais, saúde e softwares de ensino, bem como desenvolvimento e avaliação de alguns. Buscam a informatização dos dados, bem como o armazenamento e compartilhamento de informações melhorando o processo de sistematização do ensino e da assistência.

DISCUSSÃO

Os estudos apresentam benefícios na utilização de novas tecnologias educacionais desenvolvidas para auxiliar no ensino aprendido para profissionais de saúde.

A elaboração de *software* contribui significativamente nesse processo, sendo útil, confiável, eficiente e adequado no ensino e capacitação dos enfermeiros.^{18,19,20} Evidencia-se a indispensabilidade de investigar os campos de uso, importante no processo de adaptação de interfaces educativas e na verificação de situações positivas ao ensino.²¹ Nessa perspectiva, autores também apontam a importância de um trabalho que desenvolva programa planejado e multiprofissional, que atenda às necessidades dos

usuários com as tecnologias, visando a concluir as tarefas e planejar respostas para os estudantes em caso de dúvidas.²²

Os softwares contribuem para a melhoria da educação, da qualidade da formação de docentes e administradores nas instituições provedoras de serviços de saúde.¹⁸ Profissionais da saúde, na atualidade, apoiam e se aprimoram com os conhecimentos advindos da tecnologia, trata-se, de uma era na qual a informação proporciona benefícios, e o campo da informática se expande para outras áreas do conhecimento.²³

A eficácia do processo de enfermagem, utilizando indicadores gerados por um *software* em uma UTI, por exemplo, retrata como o enfermeiro identifica os problemas e riscos do paciente, e planeja a assistência de modo sistematizado.¹² A implementação da Sistematização da Assistência é capaz de beneficiar a qualidade da assistência de enfermagem, ofertando subsídios científico, segurança e direcionamento para o desempenho das atividades realizadas pela equipe de Enfermagem.²⁴ Por fim, a avaliação de materiais educativos pelos usuários pode estimular a construção e uso de recursos tecnológicos inovadores na educação em enfermagem.²⁵

A validação de um software tem por objetivo a avaliação da qualidade de produtos ou componentes de produto.²⁶ A avaliação da qualidade em uso é um importante ponto de partida para esta complexa análise, o que pode ser feito por meio de quatro características relacionadas ao produto: eficácia, produtividade, segurança e satisfação.²⁷ Os softwares ainda devem passar por uma etapa conhecida como inspeção de usabilidade (funcionalidade), que é uma forma de avaliar as interfaces do usuário, para posteriormente possa ser utilizado.²⁸ Os estudos verificam e mostram por intermédio de distintas avaliações e validações a eficácia dos softwares desenvolvidos, permitindo realizar tabulações automáticas prevenindo erros humanos e aumentando a qualidade dos dados coletados tornando-os mais seguros.²⁵ Além dos benefícios para o entrevistado, a coleta e dados informatizados contribuindo para melhor qualidade e segurança dos dados e aumento da credibilidade científica dos resultados da pesquisa.²⁹ Observa-se nessa revisão que os softwares utilizados e avaliados satisfizeram aos princípios de usabilidade indicando ser eficaz para desenvolver a consciência fonológica em relação aos métodos tradicionais.^{6,13} Estudos realizados em três países: Estados Unidos, Índia e Fiji, relatam que os participantes das pesquisas, preferem responder questionários informatizados a questionários impressos. Para eles, as pesquisas no papel requerem tempo, além de não serem dinâmicas.²⁹ E que os dispositivos móveis favoreceram a interação com o paciente e possibilitam o contato visual.³⁰

Este estudo aponta que as novas tecnologias validadas oferecem eficiência e vantagens no processamento e acesso instantâneo às informações, proporcionam registro mais completo e uniforme que o realizado de maneira escrita e, exibem os resultados finais de modo preciso.^{12,31} Os programas de computação também são usados em diversas pesquisas, pois possibilitam maior capacidade de armazenamento e processamento de informação, além de facilitar o acesso e recuperação dos dados e a realização de trabalhos científicos prospectivos de alta qualidade.³² Porém, o fato de um sistema de computador coletar os dados, produzir e disponibilizar informações, ajudando a produzir conhecimento não garante a eficiência de um sistema de informação⁴. Em pesquisa realizada numa UTI de adultos de Belo horizonte (MG) relacionaram a excursão das etapas do processo de enfermagem, ficando evidente que o software utilizado foi melhor avaliado do que

os registros manuais³³ maneira adequada. Essas tecnologias, na qual estão incluídos os *hardwares*, os *softwares*, os sistemas de gerenciamento de banco de dados e de comunicação de dados, promovem a gestão da informação com eficácia. Além disso, é imprescindível a implementação de treinamento dos usuários desses sistemas para uma incorporação eficaz de sistemas informatizados na prática nos diversos setores de atuação.

CONCLUSÃO

As novas tecnologias em educação e saúde são, atualmente, largamente divulgadas no contexto da educação, modificam o ensino pedagógico tradicional e permitem o desenvolvimento de formas inovadoras de construção do conhecimento advindo dos recursos informatizados. Foram positivamente confirmadas as evidências científicas analisadas, constatando a importância da validação de novas tecnologias através de instrumentos seguros e confiáveis. As vantagens estabelecidas pelo uso de *softwares* auxilia nas pesquisas e na atuação multiprofissional e, conseqüentemente, no serviço de saúde e educação como um todo. A informatização dos dados e do processo permite a economia de tempo e favorece a tomada da decisão de maneira adequada. Essas tecnologias, na qual estão incluídos os *hardwares*, os *softwares*, os sistemas de gerenciamento de banco de dados e de comunicação de dados, promovem a gestão da informação com eficácia. Além disso, é imprescindível a implementação de treinamento dos usuários desses sistemas para uma incorporação eficaz de sistemas informatizados na prática nos diversos setores de atuação.

REFERÊNCIAS

1. Lorenzetti J, Trindade LL, Pires DEP, Ramos FRS. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, 2012; 21(2): 432-9.
2. Cupani A. A tecnologia como problema filosófico: três enfoques. Scientiae Studia 2004;2(4):493-518. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1678-31662004000400003>
3. Carlos DAO, Magalhães TO, Filho JEV, Silva RM, Brasil CCP. Concepção e avaliação de tecnologia mhealth para promoção da saúde vocal. RISTI - Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação 2016;(19):46-60. doi: <http://dx.doi.org/10.17013/risti.19.46-60>
4. Medeiros LL, Ribeiro S.S. Protótipo de um software para registro de enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal.

- Aquichan 2015;15(1):31-43. doi: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2015.15.1.4>
5. Marin HF. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. *J Health Inform* 2010;2(1):20-4.
6. Felício CM, Folha GA, Gaido AS, Dantas MMM, Azevedo-Marques PM. Protocolo de avaliação miofuncional orofacial com escores informatizado: usabilidade e validade. *CoDAS* 2014;26(4):322-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/201420140021>
7. Free C, Phillips G, Felix L, Galli L, Patel V, Edwards P. The effectiveness of M-health technologies for improving health and health services: a systematic review protocol. *BMC Res Notes* 2010;5(14): 2-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001363>
8. Tomasia E, Facchinib LA, Osorioa A, Fassab AG. Aplicativo para sistematizar informações no planejamento de ações de saúde pública. *Rev Saúde Pública* 2003;37(6):800-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102003000600017>
9. Moreira ACA, Teixeira FE, Araújo TL. Desenvolvimento De Software Para O Cuidado De Enfermagem: Revisão Integrativa. *Rev Enferm UFPE* 2016;10(Supl. 6):4942-50. doi: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.8200-71830-3-SM.1006sup201629>
10. Souza ACC, Moreira TMM, Borges JWP. Tecnologias educacionais desenvolvidas para promoção da saúde cardiovascular em adultos: revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(5):944-51. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000500023>
11. Oliveira RM, Duarte AF, Alves D, Furegato ARF. Desenvolvimento do aplicativo TabacoQuest para informatização de coleta de dados sobre tabagismo na enfermagem psiquiátrica. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2016;24:e2726. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0661.2726>
12. Lima APS, Chianca TCM, Tannure MC. Avaliação da assistência de enfermagem utilizando indicadores gerados por um software. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2015;23(2):234-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0177.2547>
13. Farias CC, Costa AC, Santos RM. Eficácia do uso de um software para estimulação de habilidades de consciência fonológica em crianças. *Audiol Commun Res* 2013;(4): 314-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S2317-64312013000400013>
14. Haux R, Ammenwerth E, Herzog W, Knaup P. Health care in the information society. A prognosis for the year 2013. *Int J Med Inform* 2002;66(1-3):3-21. doi: [https://doi.org/10.1016/S1386-5056\(02\)00030-8](https://doi.org/10.1016/S1386-5056(02)00030-8)
15. Johansson P, Petersson G, Saveman BI, Nilsson G. Using advanced mobile devices in nursing-practice – the views of nurses and nursing students. *Health Informatics J* 2014;20(3):220-31. doi: <https://doi.org/10.1177/1460458213491512>
16. Carvalho AAA. Testes de usabilidade: exigência supérflua ou necessidade? In: Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciência da Educação; 2002. Lisboa. Atas da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação; Lisboa; 2002. p. 235-42.
17. Sun J, Teng JTC. Information systems use: construct conceptualization and scale development. *Comput Human Behav* 2012;28(5):1564-74. doi: <https://doi.org/10.1016/j.chb.2012.03.016>
18. Lopes ACC, Ferreira AA, Fernandes JAL, Morita ABPS, Poveda VB, Souza AJS. Construção e avaliação de software educacional sobre cateterismo urinário de demora. *Rev Esc Enferm USP* 2011;45(1):215-22. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000100030>
19. Fonseca LMM, Aredes NDA, Leite AM, Santos CB, Lima RAG, Scochi CGS. Avaliação de uma tecnologia educacional para a avaliação clínica de recém-nascidos prematuros. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2013; 21(1):363-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000100011>
20. Vêscovi SJ, Primo CC, Sant' Anna HC, Bringuete ME, Rohr RV, Prado TN, Bicudo SD. Aplicativo móvel para avaliação dos pés de pessoas com diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm* 2017;30(6):607-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700087>
21. Gomes AS, Tedesco PA, Castro Filho JA. Ambientes de Aprendizagem em Matemática e Ciências. In: Ramos EMF. Informática na escola: um olhar multidisciplinar, Fortaleza: Editora UFC; 2002.
22. Bloomfield JG, While AE, Roberts JD. Using computer assisted learning for clinical skills education in nursing: integrative review. *J Adv Nurs* 2008;63(3):222--35. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04653.x>
23. Evora YDM. Processo de informatização em enfermagem: orientações básicas. São Paulo: EPU; 2005.
24. Marques LVP, Carvalho DV. Sistematização da assistência de enfermagem em cento de tratamento intensivo: percepção das enfermeiras. *Rev Min Enferm* 2005;9(3):199-205. doi: <http://dx.doi.org/S1415-27622005000300003>
25. Oliveira MS, Santos MCL, Almeida PC, Panobianco MS, AFC Fernandes. Evaluation of an educational handbook as a knowledge-acquisition strategy for mastectomized women. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2012; 20(4):668-76. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-1692012000400006>
26. Yen PY, Bakken S. Review of health information technology usability study methodologies. *J Am Med Assoc*. 2012;19(3):413-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/amiajnl-2010-000020>
27. Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR ISO/IEC 9126-1: Engenharia de Software – Qualidade de produto. Parte 1: Modelo de qualidade; 2003.
28. Nielsen J. Heuristic evaluation. In: Nielsen J, Mack RL. Usability inspection methods. New York: John Wiley & Sons; 1994.
29. Fanning J, Mcauley E. A comparison of tablet computer and paper-based questionnaires in healthy aging research. *JMIR Res Protoc* 2014;3(3):1-10. doi: <http://dx.doi.org/10.2196/resprot.3291>
30. Gravlee CC. Mobile computer-assisted personal interviewing with handheld computers: the Entryware System 3.0. *Field Methods*. 2002;14(3):322-36
31. Santos TS; Brito TA; Filho FSY; Guimarães LA; Souto CS; Souza SJN; Martins LEB; Pithon KR. Desenvolvimento de aplicativo para dispositivos móveis voltado para identificação do fenótipo de fragilidade em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol Rio de Janeiro* 2017; 20(1): 70-76. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160025>
32. Fernandes GL, Santos RE, Malafaia O, Aoki T. Development of an electronic protocol for uterine cervical cancer. *Rev Col Bras Cir* 2012;39(1):28-32. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912012000100007>
33. Tannure MC, Lima APS, Oliveira CR, Lima SV, Chianca

TCM. Processo de Enfermagem: comparação do registro manual versus eletrônico. J Health Inform 2015; 7(3): 69-74.

Recebido em:25/09/2018

Aceito em:05/10/2018

Como citar: PENHA, Joaquim Rangel Lucio da et al. Validação e utilização de novas tecnologias na saúde e educação: uma revisão integrativa. Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 3, set. 2018. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/12580>>. Acesso em: 22 dez. 2018. doi: <https://doi.org/10.17058/rips.v1i3.12580>

Rev. Interdisciplin. Promoç. Saúde - RIPS, Santa Cruz do Sul, 1(3): 199-206, jul/set. 2018 ISSN: 2595-3664



Educação permanente em saúde: o estado da arte

Permanent health education: the art state

Felipe Magalhães Lemos¹, Geovani Gurgel Aciole da Silva¹

1- Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, São Carlos, SP, Brasil.

RESUMO

felipemagalhaeslemos@gmail.com

Palavras-chave:
Educação Permanente em Saúde; EPS; Educação em saúde.

Introdução: com vistas a cumprir a proposta de atendimento integral à saúde o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, preconizando que ensino e aprendizado devem ocorrer em contexto real de trabalho. **Objetivo:** descrever o atual estado da arte da Educação Permanente em Saúde. **Método:** utilizou-se a revisão narrativa, que consiste em analisar em literatura ampla determinado tema, sem que se limite à sistematização. **Resultado:** construiu-se um histórico do movimento de criação da Educação Permanente em Saúde e traçou-se uma relação com o contexto de surgimento mundial com a realização brasileira. **Conclusão:** percebe-se que o conceito de EPS é dinâmico, sendo que foi se alterando a partir de diversos movimentos pelo mundo, mas mantém um núcleo principal, a partir do qual sempre pode-se encontrar consonância.

ABSTRACT

Keywords:
Permanent Education in Health; EPS; Health education.

Introduction: in order to fulfill the proposal of integral health care, the Ministry of Health created the National Policy on Permanent Health Education, recommending that teaching and learning should occur in a real work context. **Objective:** to describe the current state of the art of Permanent Health Education. **Method:** the narrative review was used, which consists of analyzing in a broad literature a certain theme, without limiting itself to systematization. **Results:** a history of the movement of creation of the Permanent Health Education was constructed and a relation with the context of world emergence with the Brazilian realization was traced. **Conclusion:** it can be seen that the concept of PHS is dynamic, and has been changing from several movements around the world, but maintains a core, from which one can always find consonance.



INTRODUÇÃO

A Constituição Federal, em seu artigo 196, diz que a “saúde é um direito de todos e dever do Estado” garantindo o acesso universal e igualitário através de políticas sociais e econômicas.¹ Para que o acesso fosse possível pensou-se em um novo modelo assistencial, que assegurasse ao cidadão o cumprimento da Constituição. Em 1990 é criado então o Sistema Único de Saúde, por meio da lei 8080.

No Brasil, entendeu-se que uma das formas de se cumprir a Constituição seria investir na Atenção Primária à Saúde, intervindo nos problemas de saúde próximo ao local de habitação ou trabalho das pessoas. Essa visão inicial se alterou com o tempo, e muitos projetos foram sendo desenvolvidos para tentar garantir que o cidadão tivesse direito à saúde. Atualmente se pensa a Atenção Primária à Saúde muito mais como aquele atendimento integral, que deve envolver a família e ser focado na prevenção.²

Para que isto ocorra da melhor maneira possível o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Educação Permanente (EPS), que preconiza uma lógica de Educação em Saúde em que o ensino e o aprendizado são incorporados à vida cotidiana dos trabalhadores de saúde e ocorrem em contexto real, com problemas reais. As estratégias educativas são modificadas e agora o aprendizado precisa advir da prática e da resolução de problemas que existam no contexto do trabalho real. O espaço de ensino é ampliado e não se limita à sala de aula, mas sim a toda a comunidade.³

Tendo em vista que tanto autores nacionais,⁴⁻⁶ quanto autores estrangeiros como, Roschke⁷ e Davini⁸ concordam com a visão de que EPS é uma ferramenta potente para a concretização da Atenção Primária à Saúde, o presente estudo se preocupa em traçar um histórico da EPS no Brasil e no mundo.

MÉTODO

O presente artigo foi extraído de uma dissertação de mestrado intitulada “Usos e potenciais da Metodologias Ativas em EPS pelas equipes de saúde: um estudo de caso”, elaborada para investigar o uso e as potencialidades das metodologias ativas em educação permanente em saúde na atenção primária à saúde. Uma das etapas da construção da dissertação era realizar uma revisão bibliográfica exploratória.

Dessa forma, utilizou-se como método a

revisão narrativa, que são publicações amplas, com o intuito de discutir e descrever o “estado da arte” de um determinado assunto, tendo como aporte o ponto de vista contextual ou teórico. Basicamente, fazem uma análise da literatura publicada em artigos, livros, revistas impressas e/ou eletrônicas.⁹

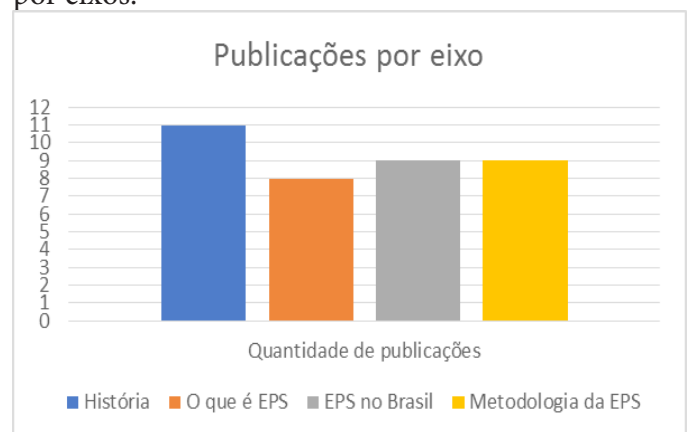
A pesquisa das fontes aconteceu entre fevereiro 2016 e agosto de 2018. Os descritores utilizados foram: “educação permanente em saúde” e “eps”. Foram encontradas 65 fontes de pesquisa e a partir da leitura e da análise destas, com base nas evidências científicas, optou-se por construir um histórico de como surgiu e se desenvolveu a Educação Permanente em Saúde no mundo e no Brasil.

RESULTADOS

A busca dos artigos, livros e textos que compuseram este estudo identificou 65 fontes de pesquisa sobre o tema Educação Permanente em Saúde. Foram excluídos 29 artigos que não faziam referência direta à EPS, mas que apenas a citavam, utilizado um total de 36 fontes.

Foram encontrados 4 eixos temáticos sobre os quais falavam os artigos, sendo eles, “história”, “o que é eps”, “eps no Brasil” e “metodologia da eps”, que estão representados na Figura 1. Estes eixos foram definidos pelo tema central de que tratava a fonte.

Figura 1 – Número de publicações sobre EPS dividida por eixos.



Apenas um¹¹ dos artigos foi encontrado que transitava entre dois eixos, sendo que ele tinha forte carga sobre história e definição do que seria eps.

HISTÓRIA

A primeira vez que se tem notícia de algum

tipo de menção à educação permanente ocorreu em um informe do Comitê de Educação de Adultos do Reino Unido em 1919.¹⁰ Eles descreviam a Educação para adultos como “uma necessidade permanente, um aspecto imprescindível da cidadania e, portanto, deve ser geral e para toda a vida”.^{2(p.2)}

O conceito começou a ser mais desenvolvido na década de 60. Em uma conferência da Unesco recomendou-se que os adultos fizessem uma autoeducação permanente, já que as profissões evoluíam rapidamente e muito podia ser adquirido por meio de estudos e trocas de experiências.¹²

É importante notar que os esforços para a concretização da Educação Permanente são feitos internacionalmente, sendo que a Comissão de Cultura e Educação do Conselho da Europa, associada à Unesco, teve papel fundamental neste processo.¹¹ Em 1973 já se falava abertamente de educação permanente e ela era colocada como um dos pilares para o futuro da educação no mundo. Este informe redigido por diversos autores, dizia que a educação não deveria mais ser tratada como algo que se pode adquirir isoladamente, mas se trata de uma preparação para elaborar um saber em constante evolução e de “aprender a ser”.¹³

Em uma recomendação relativa à educação de adultos houve o esclarecimento do termo educação permanente que já era utilizado constantemente pela UNESCO. “A expressão “educação permanente” designa um projeto no qual o homem é o agente de sua própria educação por meio da interação permanente e suas ações e reflexões”.^{5(p.124)}

A utilização da ideia de educação permanente em profissionais da saúde começa a ser discutida na região das Américas em 1974, na XIX Conferência Sanitária Panamericana (que reforçava uma resolução 27ª Assembleia Mundial de Saúde), dizendo que existia “a necessidade de apoiar os governos em seus esforços para planejar, implementar e melhorar os mecanismos que permitem a atualização permanente do pessoal de saúde ...”.^{6(p.17)}

No ano de 1975 a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) criou um grupo que tinha como objetivo planejar e avaliar propostas de educação contínua sendo auxiliada pelo Governo Canadense.¹⁵

No entanto, foi na década de 80 que um extenso programa de avaliação das iniciativas de educação permanente foi organizado pela OPAS, tendo como resultado o conhecimento de que havia a ruptura entre a formação e as questões reais do serviço, a distância

entre a teoria e a prática, a fragmentação dos processos de educação por meio de cursos que reproduziam modelos atomizados das disciplinas, além de fazer um uso escasso da solução de problemas em serviço.¹⁶

Em um dos resultados avaliativos destes processos, Vidal, Giraldo e Jouval descreveram alguns princípios que fazem a EPS mais efetiva:

1. A educação ao longo da vida não é um fim em si mesma, mas um meio para alcançar o objetivo de alcançar uma maior capacidade dos trabalhadores de saúde em benefício da população que eles servem. Quando se torna um instrumento regulador ou punitivo, não alcança seus verdadeiros objetivos.
2. O conteúdo da educação permanente deve estar diretamente relacionado aos problemas da prática profissional, uma vez que adquirir conhecimento para utilizá-los na prática cotidiana é o maior estímulo motivador.
3. A informação que é dada neste processo, especialmente aquela que é baseada no conhecimento fundamental, deve ser cuidadosamente projetada para permitir uma verdadeira utilização.^{17(p. 508)}

Hoje existe um consenso de que a educação é um processo contínuo que acompanha e atravessa toda a vida do homem e se desenvolve em âmbitos e estruturas sociais distintas muito além das escolas e universidades destinadas ao ensino.⁸

O QUE É EPS

No entanto, a Educação Permanente em Saúde (EPS) tem entendimentos diversos no meio acadêmico, alguns a rotulam como Educação Continuada, outros como Educação em Serviço, ou ainda como Educação Formal de Profissionais.¹⁸

Sendo assim, há que se fazer uma distinção clara entre educação continuada e educação permanente em saúde.

- A educação continuada pretende contribuir para a reorganização dos serviços de saúde através da atualização do conhecimento dos profissionais, sem criar condições para que este conhecimento seja reelaborado frente às condições reais dos próprios serviços;
- A educação permanente em saúde tem por objetivo a transformação do processo de trabalho, orientando para a melhoria de qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde.^{11(p.4)}

A educação continuada é voltada para lógica de atualização de conhecimentos individuais, buscando

somente atualizar informações de uma categoria, de uma especialidade, de um novo procedimento de intervenção inserido de forma fragmentada e até descontextualizada com os modos de fazer em saúde.²⁰ Em uma exemplificação Merhy e Gomes ressaltam que na educação continuada “é como se os problemas já encontrassem opções de solução sistematizada”.^{13(p. 71)} Essa diferenciação faz-se necessária, pois recentemente muitos processos tradicionais de formação somente alteraram seu nome para EPS, porém as práticas continuam as mesmas.

Em uma definição aproximada a de Ribeiro e Motta¹⁹, Rovere²² diz que EPS é uma proposta educativa realizada no âmbito do trabalho, destinada a refletir e intervir sobre o processo de trabalho direcionado a melhorar a qualidade dos serviços e as condições de trabalho.

Devemos ter em mente que há uma gama de problemas que surgem no ambiente e processo de trabalho que não possuem uma solução a priori. Os atores envolvidos devem aprender com o seu próprio fazer, sendo importante a construção de pensamentos sobre os mesmos. A lógica passa a ser inversa, enquanto na educação continuada existe um conhecimento dado que irá ser transmitido aos profissionais para a solução de um problema, na EPS esse conhecimento ainda não existe, ele será gerado a partir das trocas entre os atores.²¹

Há, de certa forma, a tendência de hierarquizar educação continuada e EPS de forma a ser esta última mais eticamente aceitável. No entanto, ambas possuem o seu papel, é importante dispor dos conhecimentos já existentes e sistematizados, ofertas da educação continuada para ampliação das caixas de ferramentas dos profissionais de saúde. A valorização da EPS deve então passar mais por demonstrar sua capacidade de transformação no processo de trabalho do que uma afirmação de suas vantagens éticas e estéticas em detrimento de outras estratégias de gestão e qualificação de trabalho.²³

A Organização Pan-americana de Saúde, orientada pela meta “Saúde para Todos no Ano 2000” buscou estabelecer vínculos entre educação e o trabalho desde 1984.²⁴

EPS NO BRASIL

Em muitas conferências de saúde discutiu-se formas de implantação de políticas em EPS, porém, somente em 2003 é que foi homologada no Conselho Nacional de Saúde (CNS) a resolução 330 que dentre

outras coisas institui a Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no âmbito do SUS.²⁵ E na sequência publica-se a resolução 335 instituindo a política da Educação Permanente em Saúde (EPS).²⁶

No ano de 2004 o Ministério da Saúde sancionou a Portaria nº 198/GM/MS, que institui a Política de EPS como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor.²⁷ Uma das estratégias seria criar Pólos de Educação Permanente em Saúde,²⁷ e foi através dessa Resolução que a Educação Permanente em Saúde foi implantada nos estados do Brasil.²⁸

“...educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde”.^{27(p. 1)}

Provocar mudanças no processo de trabalho em saúde a partir da realidade, esta é a proposta da EPS. Para ocorrer, a EPS deve incorporar o aprender e o ensinar ao trabalho e ao cotidiano das organizações por meio da aprendizagem no trabalho. Desta forma, a EPS pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, no sentido de que acontece no cotidiano das pessoas e das organizações e é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade levando em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.²⁹

Com a nova política de propor educação em saúde o governo colocou a formação e o desenvolvimento como evidência no SUS, requerendo assim, trabalhadores que aprendam a aprender, utilizem práticas cuidadoras, compromissos de gestão com a integralidade e a humanização no trato com a saúde, alta possibilidade de controle social e dedicação ao ensino e à produção de conhecimento implicados com as práticas concretas de cuidado às coletividades e às pessoas.³⁰

A Portaria nº198/GM/MS, institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

(PNEPS) como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e explicita a importância da reflexão coletiva da equipe de trabalho, a partir dos problemas reais encontrados na prática cotidiana.²⁷ Nesse mesmo documento, no parágrafo único do Art. 1º há a descrição das funções do Polo de EPS, destaca-se três delas por descreverem o principal objetivo da PNEPS:

“III. propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, não substituindo quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde;

IV. articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola;

V. formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente e a capacidade de gestão do SUS em cada base local/regional”.^{27(p.2)}

O Pacto pela Saúde, que é um conjunto de reformas do SUS pactuado entre União, Estados e Municípios, que tem como meta alcançar inovações em instrumentos e processos de gestão e o objetivo de atingir maior eficiência no SUS, aponta como diretrizes para o desenvolvimento da Educação na Saúde: avanço da PNEPS, por meio da compreensão do conceito de EPS adequado às especificidades de cada instituição/região; reconhecimento da EPS como processo educativo essencial da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS; compreensão e adoção das diferentes metodologias e técnicas de ensino- aprendizagem inovadoras, inerentes à educação permanente; discussão e avaliação da implementação da PNEPS; revisão da normatização vigente que institui a Política, considerando a descentralização do planejamento, monitoramento, avaliação e execução orçamentária da educação permanente no SUS; planejamento e acompanhamento das atividades de EPS e alocações de recursos pautados pela lógica de fortalecimento do SUS e atendimento das demandas sociais de saúde; cooperação técnica, articulação e diálogo entre gestores nos âmbitos federal, estadual e municipal, instituições formadoras, serviços de saúde e controle

social.³¹

Um dos problemas encontrado por Lemos na aplicação das políticas de EPS foi que em municípios com menos de 20 mil habitantes, na região de São João da Boa Vista – SP, os gestores de saúde encontravam dificuldades para investir em EPS, já que diziam possuir recursos limitados, tanto financeiros quanto humanos.³² De acordo com Pinto, é recomendável que os recursos da atenção primária sejam utilizados em ações de EPS, visto que este teria um possível retorno com as alterações das práticas de trabalho que são responsáveis pelas mudanças nos processos de saúde.³³ Entretanto ele sinaliza que os suportes financeiros diretos são insuficientes.

Com vistas a sanar esse problema o Ministério da Saúde lançou a portaria 3.194, de 28 de novembro de 2017, a qual dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente no SUS – PRO EPS SUS.³⁴ O objetivo desse programa é estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área de saúde para a transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios do SUS.

O incentivo financeiro será no valor de onze mil reais para os municípios que possuírem até três Equipes de Atenção Básica. Esse valor será acrescido de mil reais para cada intervalo de uma a cinco Equipes de Atenção Básica.

METODOLOGIA DA EPS

A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais.³ Aprendizagem significativa é aquela que provoca uma modificação, quer seja no comportamento do indivíduo, na orientação da ação futura que escolhe ou nas suas atitudes e na sua personalidade. Percebe-se que essa aprendizagem é penetrante, e não se limita a um aumento de conhecimento, mas penetra profundamente todas as parcelas da sua existência.³⁵

Na aprendizagem significativa o estudante (entendemos aqui que o termo se aplica também aos trabalhadores que passam pelo mesmo processo de aprendizagem) utiliza seus conhecimentos prévios para construir novos conhecimentos. Para tanto a tarefa de aprendizagem não pode ser arbitrária nem literal, ou seja, o aluno deve ter liberdade para fazer associações de ideias fora do conteúdo, correlacionando com seus conhecimentos e não necessariamente saber integralmente o que lhe foi

transmitido.³⁶ Para ser significativa a aprendizagem deve exigir que o aluno apreenda apenas o sentido do conteúdo trabalhado. Desta forma, o aprendizado não é facilmente esquecido e o aluno tem menos dificuldade de acessá-lo quando necessário.³⁷

Quando a aprendizagem é focada na reprodução literal e na arbitrariedade temos duas consequências: primeiro, como o equipamento cognitivo humano não é um computador, não pode manejar informações eficientemente que lhe são enviadas em um modelo arbitrário e de exigência literal, somente poucas tarefas de aprendizagem podem ser internalizadas nesse modelo, e estas podem ser retidas por um período curto de tempo a menos que sejam muito repetidas. Segundo, o conteúdo ensinado desta forma fica vulnerável à aprendizagens prévias e simultaneamente ou retroativamente ao encontrar material similar, ou seja, o aluno acaba confundindo as informações.³⁸

Devemos manter em mente que tanto uma aula expositiva (centrada no professor) quanto uma aula por solução de problemas (centrada no aluno) podem ser significativas ou não.³⁹ A não arbitrariedade e não exigência de compreensão literal é que são essenciais para uma aprendizagem significativa. Essas são as duas condições chaves para uma aprendizagem significativa.⁴⁰

Para ser classificada como significativa a aprendizagem também precisa envolver um critério de funcionalidade, ou seja, o quanto os conteúdos podem ser utilizados na prática real do indivíduo. O valor educativo de um projeto estaria na capacidade de proporcionar experiências que produzam desequilíbrio em um determinado conjunto de conhecimentos e uma modificação desses esquemas. Quanto mais essas experiências estiverem relacionadas à prática profissional, maiores serão as probabilidades de se conseguir motivação e engajamento por parte dos estudantes.⁴¹

A atividade do trabalhador pode ser o ponto de partida do seu saber real, podendo determinar sua aprendizagem subsequente, uma vez que o conhecimento tem sua origem na identificação das necessidades do serviço e na busca de solução para os problemas encontrados.⁴²

CONCLUSÃO

A proposta de Educação Permanente em Saúde vem sendo construída desde o início do século XX e

tem se consolidado no Brasil a partir do século XXI. Hoje tem o papel de política pública, com objetivo de ordenar as ações de educação no âmbito do SUS.

Este processo iniciou-se com as primeiras propostas de políticas públicas na Inglaterra, sendo amplamente discutido na década de 70 na América do Sul e se difundindo por conferências da UNESCO.

Percebe-se que o conceito de EPS é dinâmico, sendo que foi se alterando a partir de diversas conferências, mas mantém um núcleo principal, a partir do qual sempre pode-se encontrar consonância. Educação Permanente em Saúde é toda prática realizada em âmbito laboral, que vise a alteração das práticas de trabalho para melhor atendimento dos usuários de um determinado sistema de saúde, tendo como foco a participação ativa dos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem.

Sendo assim, é possível crer que o Brasil caminha em um processo de evolução dessas práticas, aperfeiçoando sua política e se adaptando a esta nova forma de educação que vem sendo difundida pelo mundo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Imprensa Nacional. 1988. 1-139 p.
2. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E, Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva 2016;21(5): 1499-1510. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>
3. Brasil. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 64 p.
4. Menezes RCE de, Oliveira MAA, Costa EC, Longo-Silva G, Leal VS. Alimentação e nutrição na atenção básica à saúde: a educação permanente como instrumento de aproximação ensino-serviço. *Revista Baiana de Saúde Pública*. Salvador; 2013;37(4): 1051-70.
5. Santos IF, Chirelli MQ, Tonhom SF da R, Molaro MNP. EDUCAÇÃO PERMANENTE NA FORMAÇÃO: experiência na atenção básica. In: Gomes LB, Barbosa MG, Ferla AA (eds.) *A Educação Permanente em Saúde e as Redes: Colaborativas Conexões para a produção de saberes e práticas*. 1ª. Porto Alegre: Rede Unida; 2016. p. 107-28.
6. Silva LAA da, Soder RM, Petry L, Oliveira IC, Silva LAA da, Soder RM, et al. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. *Rev Gaúcha Enferm Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem* 2017;38(1): 1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.58779>
7. Roschke MA. Aprendizagem e conhecimento significativo em serviços de saúde. *Educación Permanente de Personal de Salud. La Gestión del Trabajo: Aprendizaje en los Servicios de Salud*.

- Honduras: OPAS-OMS; 1997. p. 140–61.
8. Davini DMC. Educación premanente en salud: Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No. 38. Washington: Organizacion Panamericana de La Salud; 1995. 120 p.
9. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. ACTA Paulista de Enfermagem. Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo 2007;20(2): v–vi. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>
10. Dawson, Lord. Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services 1920 (Lord Dawson of Penn). Presented to Parliament by Command of His Majesty. Ministry of Health, 1920.
11. Bernheim CT. La Educación permanente y su impacto en la educación superior. New papers on higher education: studies and research UNESCO. 1995;11: 1.
12. UNESCO. Segunda conferencia mundial de educación de adultos. Paris: Unesco; 1963. 54 p.
13. Faure E, Herrera F, Petrovski A V., Rahnama M, Ward FC. Aprender a ser: La educación del futuro.. 2nd ed. Madrid: Alianza Editorial, S. A.; 1973. 426 p.
14. UNESCO. Actas de la Conferencia General. 19.a reunión Nairobi. Paris: UNESCO 1976. p. 14.
15. Haddad J, Roschke MA, Davini MC. Educación Permanente de Personal de Salud. Washington: Organizacion Panamericana de La Salud 1994. 247 p.
16. Davini MC, Sigaud MA, Pineda E, Roschke MA. Investigacion educacional en los servicios de salud. Educación Médica y Salud. Washington; 1990;24(1): 52–73.
17. Vidal CA, Giraldo LE, Jouval H. La educación permanente en salud en america latina. Educ Med Salud. Washington 1986;20(4): 495–512.
18. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu: Interface - Comunicação, Saúde, Educação 2005;9(16): 161–178. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100013>
19. Ribeiro EC de O, Motta JIJ. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. Divulg. saúde debate. Rio de Janeiro; 1996;(12): 39–44.
20. Amorim ACM. Educação permanente na estratégia da saúde da família : oportunidades de aprendizagem e inovação da prática profissional. [São Paulo]: Universidade Federal de São Paulo; 2013.
21. Merhy EE, Gomes LB. Colaborações ao debate sobre a revisão da política nacional de educação permanente em saúde. In: Gomes LB, Barbosa MG, Ferla AA (eds.) A educação Permanente em Saúde e as Redes Colaborativas: Conexões para a produção de saberes e práticas. 1ª. Porto Alegre: Rede Unida; 2016. p. 67–92.
22. Rovere MR. Gestión Estratégica de la Educación Permanente. In: Haddad Q, DJ, Roschke LMAC, Davini DMC (eds.) Educación Permanente de Personal de Salud. Washington: Organizacion Panamericana de La Salud; 1994. p. 63–106.
23. Zapeda J. Comentários sobre o texto ‘Contribuições ao debate sobre a revisão da política nacional de educação permanente’, de Emerson Merhy e Luciano Gomes. In: Gomes LB, Barbosa MG, Ferla AA (eds.) A educação Permanente em Saúde e as Redes Colaborativas: Conexões para a produção de saberes e práticas. 1ª. Porto Alegre: Rede Unida; 2016. p. 93–106.
24. World Health Organization. Declaração de alma-ata. Conferencia Internacional de Cuidados Primarios. Alta-Ata, URSS; 1978. p. 3.
25. Brasil. Resolução nº 330, de 04 de novembro de 2003. 2003.
26. Brasil. Resolução 335, de 27 de novembro de 2003. 2003.
27. Brasil. Portaria GM/MS Nº 198, de 13 de fevereiro de 2004.
28. Smaha ÍN, Paulilo MÂS. A trajetória da Educação Permanente em Saúde e a experiência da 20ª Regional de Saúde. Sociologia&Política. Curitiba; 2009; 1–18.
29. BRASIL. Portaria Nº 1.996, de 20 de Agosto de 2007.
30. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciênc Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2005;10(4): 975–986. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400020>
31. Brasil. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.
32. Lemos FM. Usos e potenciais das metodologias ativas em eps pelas equipes de saúde : estudo de caso. [São Carlos]: Universidade Federal de São Carlos 2018.
33. Pinto HA. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: aprender para transformar. In: Gomes LB, Barbosa MG, Ferla AA (eds.) A Educação Permanente em Saúde e as Redes Colaborativas Conexões para a produção de saberes e práticas. 1st ed. Porto Alegre: Rede Unida 2016. p. 143–74.
34. Brasil. Portaria nº 3.194, de 28 de novembro de 2017. 2017.
35. Rogers CR. Tornar-se Pessoa. São Paulo: Martins Fontes; 2001. 489 p.
36. Ausubel DP. Facilitating meaningful verbal learning in the classroom. The Arithmetic Teacher 1968;15(2): 126–32.
37. Ausubel DP. Early versus dealyed review in meaningul learning. Psychol. Schs. Muncie 1966;3(3): 195–8.
38. Ausubel DP. The Acquisition and Retention of Knowledge. New York: SPRINGER+BUSINESS MEDIA, BV.; 2000.
39. Ausubel DP. Some psychological and educational limitations of learning by discovery. The Arithmetic Teacher 1964;11(5): 290–302.
40. Ausubel DP. A cognitive theory of school learning. Psychol. Schs. Muncie 1969;6(4): 331–5.
41. Komatsu RS, Zanolli MB, Lima VV, Pereira SMSF, Fiorini VML, Luís A, et al. Guia do Processo de Ensino-Aprendizagem Aprender a Aprender. Marília: Faculdade de Medicina de Marília 2003. 35 p.
42. Lopes SRS, Melo L de O, Pereira MF, Piovesan ÉT de A. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. Comunic Ciênc Saúde. Brasília; 2007; 147–55.

Recebido em:23/08/2018

Aceito em:10/09/2018

Como citar: LEMOS, Felipe Magalhães; SILVA, Geovani Gurgel Aciole da. Educação Permanente em Saúde: o estado da arte. Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 3, set. 2018. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/12867>>. Acesso em: 23 dez. 2018. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v1i3.12867>



Auditoria de enfermagem e tomada de decisão no controle da qualidade da assistência

Nursing audit and decision making in care quality control

Maria Solange Azevedo Furukawa¹, Fernanda Sebastiana Mendes Pitanga¹, Monica Karla Vojta Miranda², Anselmo Cordeiro de Souza²

1- Universidade Nove de Julho – UNINOVE, São Paulo, SP, Brasil.

2- Centro Universitário Adventista de São Paulo – UNASP, São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

anselmo.souza@ucb.org.br

Objetivo: identificar as peculiaridades e os benefícios da auditoria de enfermagem que subsidiam os gestores na tomada de decisão no controle da qualidade da assistência. **Método:** trata-se de uma revisão narrativa da literatura realizada nas bases de dados LILACS – Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde e SciELO – Scientific Electronic Library Online publicadas no período de 2004 a 2014. **Resultados:** embora esse trabalho não seja uma ampla revisão da literatura, traz dados importantes sobre os novos caminhos ao se propor a auditoria, vista não apenas como instrumento utilizado na área contábil e financeira, mas contribuições em que a auditoria foi vista como ferramenta de auxílio aos gestores nas tomadas de decisões relacionadas à qualidade da assistência. **Considerações finais:** a auditoria pode ser considerada ferramenta viável para mensurar a qualidade da assistência de enfermagem, bem como essencial para redução de glosas e aumento do faturamento hospitalar.

Palavras-chave:

*Auditoria de enfermagem;
Qualidade da Assistência à
Saúde; Pesquisa em Administração de Enfermagem.*

ABSTRACT

Objective: the singularities and benefits of nursing audit that subsidize the decision making of managers in care quality control. **Method:** this is a narrative review of the literature published in the Latin American Literature in Health Sciences (LILACS) and Scientific Electronic Library Online (SciELO) databases, from 2004 to 2014. **Results:** despite not being a comprehensive review of the literature, this study brings important data about the new ways of proposing auditing, seen not only as an instrument used in the accounting and financial area, but contributions in which auditing was seen as a tool to assist managers in decisions related to care quality. **Final considerations:** auditing can be considered a viable tool to measure the quality of nursing care, and essential for reducing glosses and increasing hospital revenue.

Keywords:

*Nursing Audit; Quality of
Health Care ; Nursing
Administration Research.*



INTRODUÇÃO

As constantes mudanças são notórias na sociedade contemporânea, resultando em novas dimensões para a atuação do enfermeiro, que deve estar pautada em um saber e fazer crítico-reflexivo, fundamental para seu desenvolvimento.¹ O avanço tecnológico e a evolução ao acesso às informações ocasionaram mudanças na prestação de serviços e no parâmetro de comportamento da sociedade.² As instituições de saúde passaram a exigir um perfil de enfermeiros preparados para subsidiar serviços diferenciados com menor custo, mas com excelência de qualidade.³ Neste sentido, tendo em perspectiva o movimento mundial pela qualidade, a preocupação da saúde em ocasionar a melhoria da assistência ofertada à população, e a importância do serviço de enfermagem para efetivação de tal assistência, é imprescindível aderir a um sistema de análise consecutivo e sistematizado, para melhorar gradualmente a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Nesta expectativa, vivenciamos o atual cenário brasileiro, no âmbito de uma economia globalizada, em que as organizações não mais suportam altos custos e má qualidade, ou seja, gastos elevados com morbimortalidade crescente, despesas com retrabalho e prejuízos com processos ineficientes. Ainda, a imagem da organização da saúde mostra-se afetada perante a sociedade, pela perda de clientes e de mercado.⁴

Nas organizações de saúde, a auditoria representa importante ferramenta na modificação dos processos de trabalho que ocorrem em hospitais e operadoras de planos de saúde. Neste contexto, a auditoria de enfermagem é um processo que examina, mensura e avalia as atividades de enfermagem, em confronto com padrões pré-estabelecidos, por meio de revisões das anotações de enfermagem que constam no prontuário.⁵

O serviço de auditoria tem por intenção proceder ao levantamento de dados e aferir a preservação dos padrões estabelecidos, no que tange à eficiência, à eficácia, à qualidade e à efetividade.⁶ A eficiência é entendida como a relação entre os resultados e os custos envolvidos; a eficácia é interpretada como a relação entre o efeito de um serviço, o impacto produzido e a qualidade. A efetividade, por sua vez, caracteriza-se pela relação entre a especificidade e a qualidade dos serviços ofertados ao assistido, bem como produção de conhecimentos para subsidiar o planejamento de

ações que auxiliam no aperfeiçoamento permanente das práticas de assistência à saúde, para garantir a satisfação do cliente.⁶

Neste trabalho, a auditoria de enfermagem é compreendida como importante instrumento que auxilia os gestores na tomada de decisões. Uma das vertentes para o gerenciamento dos serviços de enfermagem é a inserção de conhecimentos sobre custos, como instrumento a ser utilizado nos processos de tomada de decisão dos enfermeiros.⁷ Sendo assim, os resultados deste estudo podem contribuir para amplificar o conhecimento sobre auditoria de enfermagem, especialmente as peculiaridades significativas que subsidiam os gestores, administradores e/ou gerentes na tomada de decisões no controle da qualidade da assistência.

Neste contexto, o objetivo deste estudo foi identificar as peculiaridades e os benefícios relevantes da auditoria de enfermagem ao subsidiar gestores na tomada de decisão relativa ao controle da qualidade da assistência.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa descritiva baseada nos pressupostos da revisão narrativa da literatura. Foram seguidos os seguintes passos: identificação do tema, levantamento bibliográfico, seleção de textos, fichamento, estruturação preliminar e estruturação lógica do estudo. A revisão de literatura se propõe a oferecer uma compreensão do conhecimento atual sobre um tópico, evidenciando possíveis lacunas, por vezes sugerindo uma agenda de investigações a serem empreendidas. Estas revisões apresentam, assim, função integradora e proporcionam amplitude de conhecimento.⁸

A pergunta de pesquisa foi: De que forma a auditoria de enfermagem pode auxiliar aos gestores na tomada de decisão no controle da qualidade da assistência? A busca de materiais foi realizada por dois pesquisadores em biblioteca da instituição de ensino dos mesmos, nas bases de dados Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Para ampliação das chances de ocorrência de publicações no assunto de interesse, utilizou-se por meio da combinação de palavras-chaves comuns a temática de interesse segundo à classificação dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) em português, a saber:

“auditoria de enfermagem”, “qualidade da assistência à saúde” e “pesquisa em administração de enfermagem”. Foram selecionados apenas publicações no formato de artigo, no idioma português, de livre acesso, com resumo disponível, publicados entre 2004 e 2014. A busca foi realizada no período de junho 2014 a janeiro de 2015. Após a leitura exploratória dos resumos e a avaliação crítica dos artigos, com consenso depois de discutidas as divergências, foram incluídos os

trabalhos que respondiam de alguma maneira a pergunta norteadora.

RESULTADOS

Foram treze os artigos que atenderam aos critérios de inclusão desta pesquisa e responderam em alguma medida a problemática. O maior número deles foi encontrado na Revista Brasileira de Enfermagem

Quadro 1. Distribuição dos artigos selecionados e analisados sobre a temática auditoria de Enfermagem, no período de 2004 a 2014.

Periódicos/número de artigos	Autores	Ano	Título
Acta Paulista de Enfermagem	Setz e D’Innocenzo ²⁰	2009	Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria
	Silva et al. ²	2013	Qualidade da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital escola
Revista Brasileira Enfermagem	Scarparo e Ferraz	2008	Auditoria em enfermagem: identificando sua concepção e métodos
	Costa et al. ¹¹	2004	Auditoria em enfermagem como estratégia de um <i>marketing</i> profissional. <i>Marketing</i> profissional
	Faraco eAlbuquerque ⁵	2004	Auditoria do método de assistência de enfermagem
	Silva et al. ¹	2012	Limites e possibilidades da auditoria em enfermagem e seus aspectos teóricos e práticos
	D’Innocenzo et al. ¹⁵	2006	O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem
	Dias et al. ⁷	2011	Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura
Revista da Escola de Enfermagem da USP	Manzo et al. ⁴	2012	Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde
	Pinto e Melo ¹⁰	2010	A prática da enfermeira em auditoria
Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste	Passos et al. ¹²	2012	Auditoria de enfermagem: conhecimento de profissionais em hospital público de referência
Revista São Paulo em Perspectiva	Melo e Vaitzman ¹⁴	2008	Auditoria e avaliação no Sistema Único de Saúde
Texto &Contexto Enfermagem	Scarparo et al. ¹⁶	2010	Tendências da função do enfermeiro auditor no mercado em saúde

Para melhor adequação do tema “auditoria de enfermagem” ao que se pretende informar no presente estudo, os resultados da busca foram separados em subtítulos que norteiam e conceituam os delineamentos de pesquisa relacionadas à qualidade da assistência. Elegeu-se três categorias: “Fundamentação histórica da auditoria”, “Auditoria de enfermagem e qualidade na assistência” e “Auditoria de enfermagem como instrumento nas tomadas de decisão”, expostos a seguir.

DISCUSSÃO

Fundamentação histórica da auditoria

São incluídos nesta categoria os artigos que abordaram a história da auditoria no mundo e no Brasil, evidenciando a legislação brasileira, no tocante ao ato de auditar e os conceitos/definições de auditoria. Historicamente, a auditoria iniciou-se na área contábil, dos quais registros referem-se a 2600 A. C. (antes de Cristo). Com a Revolução Industrial,

(Quadro 1).

grandes empresas da Inglaterra. Na área da saúde, destaca-se uma pioneira aplicação da auditoria em 1918, em um trabalho executado pelo médico George Gray Ward, dos Estados Unidos, onde era realizada a investigação da qualidade da assistência proporcionada aos pacientes mediante avaliação de registros em seus prontuários. Com semelhante estratégia, no âmbito da enfermagem, um dos principais trabalhos de auditoria veio a público em 1955 e foi desenvolvido no Hospital Progress, nos Estados Unidos.⁹

Salienta-se que na década de 1950, surgem publicações pioneiras sobre a auditoria de enfermagem. A enfermeira e professora “Maria C. Phaneuf” da *Wayne State University*, de Detroit, desenvolveu um método de auditoria, o *Phaneuf’s Nursing Audit*. O método de auditoria de enfermagem desenvolvido por Phaneuf possibilitava que as enfermeiras avaliassem a qualidade da assistência de enfermagem, obtendo e analisando dados quantitativos por meio dos prontuários, com abordagem nos aspectos da qualidade das práticas administrativas e assistenciais.¹⁰

No Brasil, a auditoria, no campo da medicina e da enfermagem, surgiu de modo incipiente na década de 1970.¹⁰ Atualmente, ela é importante para subsidiar o planejamento das ações de saúde, sua execução, seu gerenciamento e a avaliação qualitativa dos resultados.

A atividade de auditoria foi validada pelo Ministério da Saúde, ao criar o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) em 1993,¹¹ por meio da lei 9.689, de 27 de julho, e prescreve como competência o acompanhamento, a fiscalização, o controle e a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial das ações e serviços de saúde.¹² Em 2001, foram aprovadas as atividades desenvolvidas pela enfermeira auditora pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), conforme Art.11, inciso I, alínea “h”, da lei 7.498, de 25 de junho de 1986, por meio da Resolução COFEN 266/01.¹³

Em síntese, auditoria é definida como avaliação sistemática e formal de uma atividade por alguém não envolvido na execução, para determinar se esta atividade está de acordo com seus objetivos.⁹ Assim, a auditoria, originada historicamente A.C., com o passar dos anos, foi introduzida na área da saúde, para analisar a qualidade da assistência. Leis específicas foram, então, criadas para regulamentar a atividade de auditoria em saúde, com vista à melhoria na qualidade da assistência prestada ao paciente.

Auditoria de enfermagem e qualidade na assistência

No presente contexto, foram selecionados artigos que argumentassem sobre a auditoria de enfermagem relacionada à qualidade da assistência prestada; e sobre as finalidades da auditoria. Para tal, o prontuário do paciente é a principal ferramenta na avaliação da qualidade da assistência prestada aos clientes.

A evidente ação de Florence Nightingale impulsionou práticas de qualidade assistencial, evidenciando que, com a adoção de técnicas básicas, a recuperação dos doentes podia ser melhorada. Nightingale publicou dois conceitos de qualidade em seus estudos, e, no primeiro, afirmava que a organização hospitalar motiva e melhora a qualidade da assistência; no segundo, comprovou que a análise retrospectiva da atenção à saúde possibilita o diagnóstico de fatores que proporcionam a melhoria no futuro.⁶

Com a velocidade do conhecimento e da tecnologia aplicada ao diagnóstico e à terapêutica, dos custos originados e da exigência do mercado em proporcionar atendimento de qualidade e segurança, com maior conforto e agilidade, o mercado de trabalho passou a demandar um perfil de enfermeiros preparados para proporcionar serviços diferenciados com menor custo, mas com excelência de qualidade.³ A verificação da qualidade da assistência de enfermagem pode ser realizada pela auditoria. Tratando-se de uma das ferramentas que o serviço de enfermagem condiciona para o gerenciamento da qualidade.

A auditoria de enfermagem é a avaliação sistemática da qualidade da assistência, examinada por meio das anotações profissionais no prontuário do paciente e/ou das próprias condições destes. Ainda, a auditoria de enfermagem é a comparação entre a assistência oferecida e os padrões considerados aceitáveis,⁹ podendo aliar-se aos processos gerenciais, e assumindo, além da função de controle, pelas análises, avaliações, comprovações, reorientação das ações, funções e/ou serviços.¹⁴

As finalidades da auditoria têm como objetivo identificar áreas deficientes dos serviços de enfermagem, propiciando subsídios concretos para que decisões sejam tomadas em relação ao remanejamento e ao aumento de pessoal, e promovendo, conseqüentemente, melhoria na assistência de enfermagem.⁷ A eficácia das estratégias

despendidas para alcançar a qualidade dos cuidados de enfermagem somente pode ser percebida mediante análises criteriosas e contínuas. A qualidade não deve ser compreendida como meta, mas como dinamismo contínuo.¹⁵

Com a compreensão da auditoria como um processo educativo, passam a existir subsídios para a implantação e o gerenciamento de uma assistência de qualidade.¹⁰ Quando a assistência ao paciente é de má qualidade, os custos da internação aumentam e, por conseguinte, surge a necessidade de aptidão do enfermeiro auditor, para realizar a auditoria, aglomerando as vertentes contábeis e da qualidade.¹⁶ Qualidade assistencial é considerada um processo complexo, que tem como função conhecer constantemente as ações sujeitas a melhorias na dinâmica de trabalho da equipe de enfermagem.²

O prontuário do paciente vem se firmando como ferramenta importante na avaliação da qualidade da assistência prestada aos clientes na instituição hospitalar, outorgando informações vitais para a tomada de decisões, referentes aos cuidados com o paciente, processos judiciais e operadoras de saúde. A maneira como a qualidade da assistência é prestada ao usuário é um dos principais indicadores de excelência, e consideram-se a competência do profissional que a desempenha, a segurança e a efetividade da ação de enfermagem, além da forma como ela é registrada.¹⁷

Neste sentido, ressalta-se a importância do registro do cuidado no prontuário do paciente pela equipe de enfermagem, para que seja mensurada a qualidade da assistência oferecida ao paciente, o que é fundamental ao processo de auditoria.

Auditoria de enfermagem como ferramenta nas tomadas de decisão

Nesta categoria, foram analisados artigos que mencionassem peculiaridades e benefícios que a auditoria de enfermagem proporciona aos gestores e/ou administradores nas tomadas de decisões, diante do controle da qualidade da assistência.

Tomar decisões é rotineiramente compreendido como o mesmo que administrar, sendo um dos preceitos de julgamento do administrador experiente. Diversos educadores utilizam os termos “solução de problemas” e “tomada de decisão” como sinônimos. Há, entretanto, uma pequena diferença entre eles. Mesmo que decidir seja o último momento no processo de solucionar problemas, é possível que

uma decisão seja tomada sem a análise completa necessária para solução de problemas.¹⁸

A importância atribuída ao atendimento das expectativas de seus clientes ou consumidores e a elaboração de bens e serviços com qualidade são condições que proporciona o sucesso das organizações. Dentre as funções do processo administrativo, o controle é a função que compreende a implantação de padrões, a medição da execução em relação a tais padrões, o relato dos resultados e a tomada de ação, sendo, por conseguinte, uma forma de controle de qualidade da assistência prestada aos clientes, pois proporciona verificar se tudo foi executado de acordo com o que foi delineado e ordenado, e com as ordens dadas, para apontar erros ou corrigir falhas.⁹

Com a finalidade de garantir a qualidade dos serviços prestados aos clientes, nos dias atuais, grandes empresas têm se preocupado em utilizar a auditoria, de forma contínua, em suas organizações, visto que os clientes estão cada vez mais convictos de seus direitos.¹⁹

A auditoria é um sistema de verificação e controle, para informar a administração sobre a eficácia e eficiência dos projetos propostos. Sua função não é somente indicar falhas e problemas, mas também destacar sugestões e soluções, adotando um perfil eminentemente educacional.²⁰ Caracterizada como uma ferramenta gerencial utilizada pelos profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, com o objetivo de avaliar a qualidade da assistência de enfermagem e os custos resultantes da prestação desta atividade.⁷

Na atualidade, a auditoria de enfermagem é desempenhada e expandida nas instituições públicas e privadas, para minimizar desperdícios de materiais, medicamentos, equipamentos e recursos humanos. A auditoria, no âmbito hospitalar, pode ser aplicada como instrumento de desempenho gerencial, analisando a assistência e proporcionando aperfeiçoamento profissional e científico da enfermagem.¹

CONCLUSÃO

Embora os resultados da pesquisa indiquem a auditoria de enfermagem na atualidade apenas voltada à área contábil e financeira, já se observa sua inserção por novas dimensões e mostra sua importância nas instituições hospitalares e operadoras de serviços de saúde.

Este estudo identificou artigos científicos

nacionais sobre auditoria de enfermagem suas peculiaridades e os benefícios que subsidiam os gestores na tomada de decisão no controle da qualidade da assistência. A auditoria pode ser considerada ferramenta indispensável para mensurar a qualidade da assistência de enfermagem, fazendo-se essencial para redução de glosas e aumento do faturamento hospitalar.

Não devem existir dificuldades para que o enfermeiro auditor realize seu trabalho otimizado, pois ele é quem está mais bem preparado para avaliar, processar e integrar informações de diferentes áreas do hospital. Ao dominar, de forma minuciosa, os custos e as condições que melhoram a assistência oferecida ao paciente, o enfermeiro auditor reúne informações importantes para gestão e decisão, no controle da qualidade da assistência.

Ainda é insuficiente a produção científica sobre auditoria de enfermagem. São necessários outros estudos, que permitam delinear as questões referentes aos benefícios que a auditoria de enfermagem oferece aos gestores, no que se refere às tomadas de decisões, no intuito de proporcionar assistência de qualidade. A auditoria pode nos advertir para novos e antigos problemas ou inconformidades e apontar alternativas de correções e/ou prevenções.

REFERÊNCIAS

1. Silva MV, Silva LM, Dourado HH, Nascimento AA, Moreira TM. Limites e possibilidades da auditoria em enfermagem e seus aspectos teóricos e práticos. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 [citado em 2018 Ago 31];65(3):535-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000300021>
2. Silva RB, Loureiro MD, Frota OP, Ortega FB, Ferraz CC. Qualidade da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital escola. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2013 [citado em 2018 Ago 31];34(4):114-20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000400015>
3. Munhoz S. Gerenciamento dos custos da assistência de enfermagem. In: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (Coren-SP). *Gestão em enfermagem: ferramentas para prática segura*. São Paulo: Yendis; 2011. p. 233.
4. Manzo BF, Brito MJ, Corrêa AR. Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. *Rev Bras EnfermUSP* [Internet]. 2012 [citado em 2018 Ago 31];46(2):388-94. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200017>
5. Faraco MM, Albuquerque GL. Auditoria do método de assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2004 [citado em 2018 Ago 31];57(4):421-4. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672004000400007>
6. Galante AC. Auditoria hospitalar do serviço de enfermagem. Goiânia: AB; 2005.
7. Dias TC, Santos JL, Cordenuzzi OC, Prochnow AG. Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2011 [citado em 2018 Ago 31];64(5):931-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000500020>.
8. Polit DF, Beck CT, Hungler BB. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
9. D'Innocenzo M, Feldman LB, Fazenda NR, Helito RA, Ruthes RM. *Indicadores, auditorias e certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde*. 2. ed. São Paulo: Martinari; 2010.
10. Pinto KA, Melo CM. A prática da enfermeira em auditoria em saúde. *Rev Esc EnfermUSP*. [Internet]. 2010 [citado em 2018 Ago 31];44(3):671-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300017>.
11. Costa MS, Forte BP, Alves MD, Viana JF, Oriá MO. Auditoria em enfermagem como estratégia de um marketing profissional. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2004 [citado em 2018 Ago 31];57(4):497-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672004000400024>.
12. Passos ML, Borges CT, Cavalcante MB, Gurgel MG, Costa MS, Alves MD. Auditoria de enfermagem: conhecimento de profissionais em hospital público de referência. *Rev RENE*. [Internet]. 2012 [citado em 2018 Ago 31];13(5):1025-33. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/#3>.
13. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n. 266/2001. Aprova atividades de Enfermeiro Auditor [Internet]. Brasília, DF: COFEN; 2001 [citado em 2018 Ago 31]. Disponível em: <http://www.potalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7095§ionID=34>.
14. Melo MB, Vaitsman J. Auditoria e avaliação no Sistema Único de Saúde. *Rev São Paulo Perspect* [Internet]. 2008 [citado em 2018 Ago 31];22(1):152-64. Disponível em: <http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/04/Artigo-Auditoria1.pdf>.
15. D'Innocenzo M, Adami NP, Cunha IC. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2006 [citado em 2018 Ago 31];59(1):84-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000100016>
16. Scarparo AF, Ferraz CA, Chaves LD, Gabriel CS. Tendências da função do enfermeiro auditor no mercado em saúde. *Texto Contexto - Enferm*. [Internet]. 2010 [citado em 2018 Ago 31];19(1):85-92. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000100010>
17. Miranda NR, Costa RF, Pereira SA. Auditoria em enfermagem e suas interfaces com o cuidado: uma revisão de literatura. *Periódicos PUC Minas*. [Internet]. 2011 [citado em 2018 Ago 31];1(2):287-306.
18. Marquis BL, Huston CJ. *Administração e Liderança em Enfermagem: Teoria e prática*. 8. ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.
19. Pinheiro A, Campos D, Camelo SH, Oliveira TL. Auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência à saúde: uma revisão da literatura. *Rev Eletr Enf*. [Internet]. 2009 [citado em 2018 Ago 31];11(4):1018-25. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a28.pdf>
20. Setz VG, D'Innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2009 [citado em 2018 Ago 31];22(3):313-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103->

21002009000300012>.

Recebido em:30/08/2018

Aceito em:10/09/2018

Como citar: FURUKAWA, Maria Solange Azevedo et al. Auditoria de enfermagem e tomada de decisão no controle da qualidade da assistência. Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 3, set. 2018. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/12790>>. Acesso em: 07 jan. 2019. doi: <https://doi.org/10.17058/rips.v1i3.12790>

Rev. Interdisciplin. Promoç. Saúde - RIPS, Santa Cruz do Sul, 1(3): 214-220, jul/set. 2018 ISSN: 2595-3664



Protocolo de exercícios de kegel associado à eletroestimulação no tratamento pós bartolinectomia: um estudo de caso

Kegel exercise program associated with electrostimulation in the post-bartholinectomy treatment: a case study

Grazielly Gass Cardoso¹, Lana Camila Lazzari Segatto¹, Karen Inês Frey¹, Claudia Maria Schuh¹, Ana Cristina Sudbrack¹

1- Universidade d Santa Cruz do Sul - UNISC, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

RESUMO

Introdução: as glândulas de Bartholin, também conhecidas como vestibulares maiores, são estruturas bilaterais, tubuloacinares, secretoras de muco, localizadas dentro da submucosa da vulva. Os cistos da glândula de Bartholin se desenvolvem por obstrução do ducto, localizados na altura ou abaixo da sínfise púbica; ocorrendo decréscimo na secreção das glândulas sudoríparas, sebáceas e atrofia das glândulas de Bartholin, propiciando a secura, estreitamento da vagina, redução de sua rugosidade e elasticidade. A menor capacidade de lubrificação frente à estimulação sexual pode causar a dispareunia, o que prejudicará o funcionamento sexual da mulher. O padrão-ouro de tratamento é a remoção cirúrgica. Contudo, este tratamento muitas vezes não é realizado porque afeta a lubrificação vaginal fisiológica e está associado a outras complicações. **Objetivo:** verificar os efeitos do protocolo de exercícios de Kegel associado com eletroestimulação para o fortalecimento do assoalho pélvico. **Método:** relato de caso de uma paciente de 37 anos, do sexo feminino, solteira, nulípara, que refere não ter vida sexual ativa. O tratamento foi composto por seis sessões, sendo uma vez por semana durante 45 minutos; baseado na realização de exercícios de Kegel, eletroestimulação com Neurodyn, através de eletrodos adesivos colocados na região paralela aos grandes lábios, com frequência de 50 Hz, sustentação de 600 µs, com intensidade conforme a tolerância da paciente. **Resultados:** observou-se melhora na força muscular através da avaliação funcional do assoalho pélvico (AFA) onde se obteve grau 4 de contração perineal, sem uso da musculatura acessória, e diminuição da frequência miccional. **Conclusão:** em poucas sessões o protocolo de exercícios de Kegel associado com a eletroestimulação melhorou a força muscular e a sensibilidade do assoalho pélvico, além de aumentar sua autoestima e qualidade de vida.

grazygass@hotmail.com

Palavras-chave:
Eletroestimulação;
Incontinência Urinária;
Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Introduction: Bartholin's glands, also known as major vestibular glands, are bilateral, tubuloacinar, mucus-secreting structures located within the submucosa of the vulva. Bartholin's gland cysts develop due to duct obstruction, located at or below the pubic symphysis; resulting in decreased secretion of the sweat and sebaceous glands, and atrophy of the Bartholin's glands, causing dryness, narrowing of the vagina, and reduction of its roughness and elasticity. Lower lubricating capacity against sexual stimulation can cause dyspareunia, which will impair women's sexual functioning. The gold standard of treatment is surgical removal. However, this treatment is often not performed because it affects physiological vaginal lubrication and is associated with other complications. **Objective:** to verify the effects of the Kegel exercise program associated with electrostimulation for strengthening the pelvic floor. **Method:** a case report of a 37-year-old female patient, who was single, nulliparous and reported having no active sex life. The treatment consisted of six sessions, being once a week for 45 minutes; based on Kegel exercises, electrostimulation with Neurodyn, through adhesive electrodes placed in the region parallel to the larger labia, with a frequency of 50 Hz, 600 µs sustain, and intensity adjusted according to the patient's tolerance. **Results:** improvement in muscle strength was observed through evaluation of pelvic floor muscles, where grade 4 of perineal contraction was obtained, without the use of the accessory muscles and a decrease of flaccidity and voiding frequency. **Conclusion:** in a few sessions, the Kegel exercise program associated with electrostimulation improved muscle strength and pelvic floor sensitivity, and increased the patient's self-esteem and quality of life.

Keywords:
Electrostimulation;
Urinary Incontinence;



INTRODUÇÃO

A obstrução da glândula de Bartholin dá origem à retenção de secreções com dilatação do ducto e formação do cisto que se localizam na altura ou abaixo da sínfise púbica.¹ Na vulva, ocorre decréscimo da secreção das glândulas sudoríparas, sebáceas e atrofia das glândulas de Bartholin, propiciando a secura, estreitamento da vagina, redução de sua rugosidade e elasticidade. A menor capacidade de lubrificação frente à estimulação sexual pode causar a dispareunia, o que prejudicará o funcionamento sexual da mulher.² Os abscessos dessas glândulas são mais comuns em mulheres solteiras e de origem socioeconômica mais baixa. O padrão-ouro de tratamento é a remoção cirúrgica³, porém, a extirpação das glândulas de Bartholin geram alterações que comprometem a integridade dos MAPs (músculos do assoalho pélvico).⁴ Com frequência, a paciente submetida à cirurgia poderá apresentar complicações, como diminuição da lubrificação vaginal fisiológica, dispareunia, infecções, hemorragias, distensão abdominal, constipação, incontinência para gases e fezes e principalmente a incontinência urinária.⁵

A incontinência urinária (IU) atualmente é um problema de saúde pública por ser uma doença multifatorial que ocasiona transtornos físicos, psíquicos, sociais, profissionais, sexuais e econômicos, os quais interferem na qualidade de vida (QV) dos indivíduos incontinentes.⁶

A fisioterapia tem sido uma das escolhas para o tratamento da incontinência urinária e alterações do assoalho pélvico, pois melhora os sintomas, é minimamente invasiva e sem efeitos colaterais, além de prevenir futuras intervenções terapêuticas.⁷

O tratamento conservador tem sido priorizado, sendo o procedimento fisioterapêutico como a cinesioterapia, uma das estratégias terapêuticas com boa perspectiva de melhora da musculatura perineal.⁸ A fisioterapia tem meios e técnicas que visam o fortalecimento da MAP através de exercícios perineais que foram descritos pela primeira vez em 1948, por Arnold Kegel. Seu tratamento é constituído por exercícios que promovem o fortalecimento e a melhora do tônus muscular através da contração voluntária do assoalho pélvico. O principal objetivo da cinesioterapia perineal é o reforço da resistência uretral e a melhora da sustentação dos órgãos pélvicos.⁹

Além disso, os exercícios de Kegel também

auxiliam no fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico e oferecem uma reeducação perineal, o que tem demonstrado benefícios para esse distúrbio. A associação de ambas as medidas pode ser mais eficaz do que cada uma isoladamente.¹⁰⁻¹²

A eletroestimulação é uma técnica passiva que exercita a musculatura perineal sem que a paciente realize força. É introduzido na vagina um eletrodo que gera impulsos elétricos, promove contração da musculatura perineal, aumenta a força do músculo elevador do ânus e melhora a pressão abdominal. Os principais objetivos da fisioterapia são trabalhar o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico, melhorar a força e função desses músculos, levar a uma contração eficaz, conscientização da pressão intra-abdominal e evitar a perda de urina.⁷

Estudos têm demonstrado que a associação das técnicas de eletroestimulação e dos exercícios de Kegel são eficazes no tratamento da incontinência urinária.^{10,13} Assim, o presente estudo teve como objetivo analisar e descrever os efeitos do protocolo de exercícios de Kegel associado com eletroestimulação para o fortalecimento do assoalho pélvico em paciente submetida à cirurgia de bartolinetomia.

MÉTODO

Trata-se de um relato de caso, realizado na clínica de fisioterapia Fisiounisc, da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) em Santa Cruz do Sul - RS, através de um projeto de extensão intitulado como Atenção Fisioterapêutica Integral na Saúde da Mulher. A referida paciente assinou um termo de consentimento utilizado na clínica Fisiounisc que autoriza o uso de seus dados para fins de pesquisa e de divulgação em publicações científicas.

A avaliação inicial da paciente constou de uma anamnese que considera cirurgias anteriores, problemas ginecológicos, partos, problemas anorretais, sexuais e circunstâncias das perdas urinárias.

Após, a paciente foi submetida a uma avaliação física para detectar a sua força e função perineal através do instrumento de avaliação funcional do assoalho pélvico (AFA), no qual é possível graduar de forma subjetiva e objetiva o grau de força do assoalho pélvico. Para avaliar é necessário realizar a palpação bidigital (dedos indicador e médio) nos dois terços distais da vagina solicitando a contração desta musculatura. A classificação é realizada em graus sendo: 0 – sem

função perineal objetiva, mesmo durante palpação; 1 – função perineal objetiva ausente, contração reconhecível somente à palpação; 2 – função perineal objetiva débil, contração reconhecível à palpação; 3 – função perineal objetiva presente e resistência opositora não mantida mais do que cinco segundos à palpação e 4 – função perineal objetiva presente e resistência opositora mantida mais do que cinco segundos à palpação.¹⁴

O tratamento foi composto por seis sessões, sendo uma vez por semana durante 45 minutos; baseado na realização de exercícios de Kegel, em cada sessão de exercícios era realizado um aquecimento, que consistiu em alongamentos dos membros inferiores, superiores e coluna lombar, seguido de mobilização pélvica: exercícios ativos de antroversão e retroversão pélvicas na bola suíça, exercícios com contrações voluntárias máximas e mantidas dos MAPs, seguidas de contrações rápidas. Os exercícios foram realizados em 3 séries de 8 a 10 contrações máximas mantidas, inicialmente, por 10 segundos com intervalo de repouso de 10 segundos.¹⁵ Em outra sessão era realizada eletroestimulação com aparelho *Neurodyn Evolution* (Ibramed), através de eletrodos adesivos colocados na região paralela aos grandes lábios, com frequência de 50Hz, trens de pulso de 600µs, com intensidade variada conforme a tolerância da paciente e tempo de contração e repouso de 5 segundos.

RESULTADOS

Participou deste estudo uma paciente de 37 anos, do sexo feminino, solteira, nulípara, que refere não ter vida sexual ativa. Veio para avaliação fisioterapêutica referindo queixa de falta de força muscular no assoalho pélvico e sensação de gases no canal vaginal. Referiu que tais sintomas iniciaram no ano de 2010 quando realizou procedimento cirúrgico de bartolinectomia. Na avaliação, a paciente relatou infecção urinária de repetição, corrimento vaginal, flatulência, constipação e hemorroidas. Durante a micção refere sensação de resíduo, gotejamento e urgência. Na avaliação funcional (AFA) apresentou grau dois de contração que significa função perineal objetiva débil e subjetiva reconhecível, com uso de musculatura acessória (abdominais, adutores do quadril e glúteos).

Após o tratamento, na reavaliação através do AFA foi possível observar a melhora na força muscular

do assoalho pélvico, quando obteve grau quatro que significa função perineal objetiva presente e subjetiva com resistência maior que cinco segundos sem uso da musculatura acessória.

Segundo relato da paciente, ocorreu diminuição da frequência miccional diurna e noturna, além de não apresentar mais episódios de infecção urinária que eram frequentes.

DISCUSSÃO

No Brasil, em 2012, a média etária descrita das portadoras de cisto de Bartholin foi de 37,3 anos. Embora benigna, a lesão está associada a desconforto significativo das pacientes. O sintoma mais descrito é dor local, que pode piorar ao deambular ou sentar.³

No pós-cirúrgico, os sintomas tendem a diminuir, mas não completamente. Acredita-se que a contribuição de fatores como cirurgias pélvicas extensas podem resultar em danos na vascularização pélvica e inervação autonômica dos MAPs, o que leva a uma série de disfunções associadas ao sistema urinário, anorretal e genital, além de interferir na qualidade de vida sexual.⁵

Alguns dos sintomas citados foram observados na paciente deste estudo no momento da avaliação, tais como desconforto, dor, falta de libido e IU.

Gomes et al.¹⁶ realizaram um estudo de caso, que constou em vinte sessões realizadas duas vezes por semana com duração de uma hora. Baseou-se na cinesioterapia constituída de exercícios globais e pélvicos, *biofeedback* e eletroterapia transvaginal. A paciente relatou melhora significativa do quadro; onde o grau de força do músculo do assoalho pélvico aumentou 40%, no quadro da incontinência urinária de 20% e respectivamente uma melhora de 30% da qualidade de vida da paciente tratada.

Em nosso estudo, que também utilizou um programa de exercícios associado à eletroestimulação, porém, com somente seis sessões, já foi possível observar um incremento de 40% em sua força perineal. Além disso, foi possível constatar, através do relato da paciente, o retorno desta à vida sexual ativa, com diminuição de outros sintomas existentes na avaliação inicial.

No estudo de Rodrigues et al.¹⁷ onde foi utilizada a associação de exercícios para o assoalho pélvico e eletroestimulação, as três participantes apresentaram melhora da sensação de umidade e

duas delas melhoraram o desconforto, o que vai ao encontro dos nossos achados.

CONCLUSÃO

A atuação da fisioterapia no tratamento da incontinência urinária é efetiva, tanto na reeducação das perdas urinárias quanto no aumento do grau de força do assoalho pélvico.

Neste contexto, o nosso estudo demonstrou que a eletroestimulação associada aos exercícios perineais foi efetiva como técnica de reeducação no tratamento da incontinência urinária consequente à bartholinectomia, proporcionando também à paciente melhora de outros sintomas associados.

No entanto, novos estudos devem ser realizados abordando o tema devido à escassez de literatura sobre o assunto, a fim de comprovar e divulgar essa terapia conservadora pouco difundida entre os demais profissionais da saúde.

Sugere-se também estudos com maior número de participantes e com um tempo de tratamento mais prolongado o que resultará em uma terapêutica com mais eficácia e credibilidade.

REFERÊNCIAS

1. Cabral PUL, Canário ACG, Spyrides MHC, Uchôa SAC, Júnior JE, Amaral RLG, Gonçalves AKD. Influência dos sintomas climatéricos sobre a função sexual de mulheres de meia-idade. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2012; 34(7): 329-34 doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012000700007>
2. Speck, NM, Boechat KPR, Santos GML, Ribalta JCL. Tratamento do cisto da glândula de Bartholin com laser de CO2. *Rev Einstein* 2016; 14(1). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082016AO3568>
3. Souza MAS, Santos AA, Araújo MA, Neto NBD, Júnior LC, Costa e Silva EV, Gomes DC. Achados clínicos e patológicos observados no carcinoma de glândula de Bartholin em uma cabra da raça Saanen. *Rev Pesq Vet Bras* 2016; 36: 252-54. Disponível em: <http://189.126.110.61/pesqvetbras/article/view/35442/39847> Acesso em: 14 dez. 2017.
4. Pivetta HMF, Braz MM, Real AA, Nascimento JR, Cabeleira MEP, Veye APZ. Disfunções do assoalho pélvico em pacientes submetidas à histerectomia: um estudo de revisão. *Rev Cinergis* 2014; 15(1): 48-52. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/4638> Acesso em: 14 dez. 2017
5. Mourão LF, Araújo Luz MHBA, Marques ADB, Vasconcelos CDAVB, Nunes BMVT, Pereira AFM. Caracterização e Fatores de Risco de Incontinência Urinária em Mulheres Atendidas em uma Clínica Ginecológica. *Rev. ESTIMA* 2017; 15(2): 82-91. doi: <http://dx.doi.org/10.5327/Z1806-3144201700020004>
6. Silva AMN, Oliva LMP. Exercícios de Kegel associados ao uso de cones vaginais no tratamento da incontinência urinária: estudo de caso. *Rev Scientia Medica*, 2011; 21(4): 173-176. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/8982/7238> Acesso em: 14 dez. 2017.
7. Pereira AR, Côrtes MA, Valentim FCV, Pozza AM, Rocha LPO. Proposta de tratamento fisioterapêutico para melhoria da incontinência urinária de esforço pós-trauma: relato de caso. *Rev Ciên e Est Acad de Med* 2015; 1(2): 10-9. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/viewFile/353/339> Acesso em: 18 dez. 2017.
8. Bertoldi JT, Ghisleri AQ, Piccinini BM. Fisioterapia na incontinência urinária de esforço: revisão de literatura. *Cinergis*, 2014; 15(4). Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/5390>. Acesso em: 12 dez. 2017.
9. Silva AMN, Oliva LMP. Exercícios de Kegel associados ao uso de cones vaginais no tratamento da incontinência urinária: estudo de caso. *Rev Scientia Medica*, 2011; 21(4): 173-76. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/8982/7238>. Acesso em: 14 dez. 2017.
10. Fozzatti MCM, Palma P, Herrmann V, Dambros M. Impacto da reeducação postural global no tratamento da incontinência urinária de esforço feminina. *Rev Assoc Med Bras*, 2008; 54(1):17-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302008000100015>. Acesso em: 14 dez. 2017.
11. Matheus LM, Mazzari CF, Mesquita RA, Oliveira J. Influência dos exercícios perineais e dos cones vaginais, associados a correção postural, no tratamento da incontinência urinária feminina. *Rev. Bras. Fisioter.*, São Carlos, 2006; 10(4): 387-392. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v10n4/04.pdf> Acesso em: 14 dez. 2017.
12. Nilsen I, Rebolledo G, Acharya G, Leivseth G. Mechanical oscillations superimposed on the pelvic floor muscles during Kegel exercises reduce urine leakage in women suffering from stress urinary incontinence: a prospective cohort study with a two-year follow-up. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2018 Jun 20. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/aogs.13412>
13. Nascimento SM. Avaliação fisioterapêutica da força muscular do assoalho pélvico na mulher com incontinência urinária de esforço após cirurgia de Wertheim-Meigs: Revisão de literatura. *Rev Bras de Cancerologia* 2009; 55(2): 157-63. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v02/pdf/10_revisao_literatura1.pdf Acesso em: 14 dez. 2017.
14. Assis TR, Sá ACAM, Amaral WN, Batista EM, Formiga CKMR, Conde DM. Efeito de um programa de exercícios para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico de múltiparas. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2013; 35(1):10-5.
15. Gomes PRL, Souza AM, Vieira CI, Pastre CM, Carmo EM. Efeito da cinesioterapia e eletroestimulação transvaginal na incontinência urinária feminina: estudo de caso. *Arq Ciênc Saúde* 2009; 16(2):83-8. Disponível em: http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-16-2/ID326.pdf, Acesso em: 14 dez. 2017.
16. Rodrigues NC, Scherma D; Mesquita RA; Oliveira J. Perineal

Exercises, Electrical Stimulation and Posture Correction on the Urinary Incontinence Cases Relate. *Fisioterapia em Movimento* 2005;18(3).

Recebido em: 12/07/2018

Aceito em: 10/08/2018

Como citar: CARDOSO, Grazielly Gass et al. Protocolo de exercícios de kegel associado à eletroestimulação no tratamento pós bartolinetomia: um estudo de caso. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 3, set. 2018. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/12352>>. Acesso em: 22 dez. 2018. doi: <https://doi.org/10.17058/rips.v1i3.12352>

Rev. Interdisciplin. Promoç. Saúde - RIPS, Santa Cruz do Sul, 1(3): 221-225, jul./set. 2018 ISSN: 2595-3664