



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:

- Eduarda da Silva Limberger Castilhos
*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 Correa
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.
- Daniel Vicentini de Oliveira
Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Campinas, SP, 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. 2, n. 1 (jan./mar. 2019) - Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2019.

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

Perfil clínico e sociodemográfico de usuários com diagnóstico de acidente vascular encefálico atendidos em um laboratório de ensino prático em fisioterapia **6**

Síndrome de Down: trajetórias do seu diagnóstico para os pais **13**

Perfil dos alunos de Educação de Jovens e Adultos em relação à prática de atividade física **19**

Cuidados paliativos prestados pela equipe de enfermagem a residentes de uma instituição de longa permanência para idosos: um estudo de caso **27**

Programa de promoção da saúde: uma proposta para o trabalhador portuário no sul do Brasil **34**

O efeito da frequência de feedback extrínseco do tipo conhecimento de resultado na aprendizagem do fundamento de finalização no futsal **45**

A saúde mental no Distrito Sanitário Especial Indígena Médio Rio Purus **53**

ARTIGO DE REVISÃO

Eficácia da auriculoterapia na dor no ombro - uma revisão integrativa **61**

A importância da espiritualidade no tratamento de pacientes oncológicos: uma revisão de literatura **66**

A prática de atividade física como fator de promoção da saúde de idosos **75**





EDITORIAL

O número 1 do segundo volume da RIPS traz artigos interdisciplinares produzidos por pesquisadores afiliados a instituições localizadas em de 4 das 5 regiões brasileiras, com predomínio das da Região Sul. São abordados todos os ciclos de vida. Atividade física e exercício físico são abordados tanto em jovens como adultos e idosos. São estudados, em adultos e idosos, o tratamento fisioterapêutico na reabilitação pós-AVC e o papel da espiritualidade em pacientes oncológicos. Também é abordado em um artigo a dinâmica dos cuidados paliativos em idosos em estados terminal institucionalizados. Grupos com alta vulnerabilidade a doenças e agravos, como crianças com síndrome de Down, indígenas e trabalhadores portuários também são estudados.

Boa Leitura!

Daniel Prá
Jane Dagmar Pollo Renner
Silvia Isabel Rech Franke





Perfil clínico e sociodemográfico de usuários com diagnóstico de acidente vascular encefálico atendidos em um laboratório de ensino prático em fisioterapia

Clinical and sociodemographic profile of users with a stroke diagnosis who attend a laboratory of practical education in physiotherapy

Márjori Stiegemeier Dornelles¹, Lilian Oliveira de Oliveira²

1 - Universidade Franciscana (UFN), Santa Maria, RS, Brasil.

RESUMO

Introdução: o Acidente Vascular Encefálico (AVE) é caracterizado pela diminuição ou completa interrupção do aporte sanguíneo cerebral. **Objetivo:** caracterizar o perfil clínico e sociodemográfico dos usuários com diagnóstico de AVE atendidos em um Laboratório de Ensino Prático (LEP) em Fisioterapia. **Método:** trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e de natureza documental, com coleta de dados em 22 prontuários nos quais analisaram-se as seguintes variáveis acerca do perfil clínico e sociodemográfico. **Resultados:** a média de idade foi de 57,2 anos, sendo que 13 (59,1%) são do sexo masculino e a maioria dos pacientes aposentados. Quanto ao tipo de AVE, 95,5% dos casos são isquêmicos e não foram verificadas grandes diferenças quanto ao lado acometido. As principais queixas relatadas foram: fraqueza muscular, dificuldade na marcha, falta de coordenação motora e dificuldade nas atividades de vida diária. Em relação ao tempo médio decorrido da data do último AVE até o dia da avaliação que consta no prontuário, encontrou-se 45,2 meses (DP=49,6), com tempo mínimo de 0,4 meses (12 dias) e tempo máximo de 156 meses (13 anos). Os pacientes foram atendidos em média 74,5 vezes no LEP, sendo que em 40,1% dos casos os tratamentos estão em andamento. **Conclusão:** um dado relevante a ser considerado nesta pesquisa, é a ausência de informações em alguns prontuários. Para tanto, os resultados encontrados são de grande valia, sinalizando para a importância de capacitações acerca do preenchimento correto dos prontuários. E assim, conhecimentos acerca dos dados obtidos possibilitam subsídios para o aprimoramento dos processos acerca da assistência aos usuários com diagnóstico clínico de Acidente Vascular Encefálico.

licafisiot@hotmail.com

Palavras-chave:
*Acidente Vascular
Encefálico; Fisioterapia;
Perfil de Saúde*

ABSTRACT

Introduction: a stroke is characterized by the decrease or complete interruption of blood supply to the brain. **Objective:** the aim of the present study was to characterize the clinical and sociodemographic profile of users with a stroke diagnosis who attended a Laboratory of Practical Education (LEP) in Physiotherapy. **Method:** this was a quantitative, descriptive and documental study. Data were collected from 22 medical records and the following variables regarding clinical and sociodemographic profile were analyzed. **Results:** mean age was 57.2 years; 13 (59.1%) patients were male and most patients were retired. Regarding type of stroke, 95.5% were ischemic and there were no major differences in the affected side. The main reported complaints were muscle weakness, gait difficulty, lack of motor coordination, and difficulty in activities of daily living. The mean time elapsed from the date of the last stroke to the day of the evaluation was 45.2 months (SD = 49.6), with a minimum time of 0.4 months (12 days) and maximum time of 156 months (13 years). The patients were had attended the LEP an average of 74.5 times, and in 40.1% of the cases the treatments were still in progress. **Conclusion:** a relevant finding to be considered was the lack of information in some medical records. Therefore, the results point to the importance of training professionals about the correct filling of medical records. Thus, knowledge about the data obtained allows for the improvement of the processes regarding health care provided to patients diagnosed with a stroke.

Keywords:
*Strokes; Physical Therapy
Specialty; Health Profile.*



INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) foi responsável por 5,7 milhões de mortes em todo o mundo, onde mais de 85% dessas mortes ocorrem em pessoas que vivem em países de baixa e média renda e um terço ocorre em pessoas com menos de 70 anos de idade.¹ Segundo a Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares (SBDC), aproximadamente 70% das pessoas não retorna ao trabalho após um AVE, visto que 50% ficam dependentes de outras pessoas. Apesar de atingir com mais frequência indivíduos acima de 60 anos, o AVE pode ocorrer em qualquer idade, inclusive nas crianças. Essa patologia vem crescendo cada vez mais entre os jovens, ocorrendo em 10% de pacientes com menos de 55 anos. A Organização Mundial de AVE (*World Stroke Organization*) prevê que uma a cada seis pessoas no mundo terá um AVE ao longo de sua vida.²

O AVE é caracterizado pela diminuição ou completa interrupção do aporte sanguíneo cerebral. Sua causa pode ser trombótica (tipo isquêmico) ou o rompimento de um vaso do encéfalo acarretando extravasamento de sangue no parênquima cerebral (tipo hemorrágico). Ambos os tipos ocasionam disfunção cerebral, porém os mecanismos de lesão são diferenciados.³

Logo, a localização e extensão da lesão provocada pelo AVE apresentam relação direta com as manifestações clínicas e o prognóstico. Trata-se de uma doença que está associada a elevados índices de morbidade e incapacidade funcional. As principais manifestações clínicas incluem comprometimento sensorio-motor, distúrbios cognitivos e da linguagem, transtornos posturais e da marcha, depressão e labilidade emocional.⁴

Assim, a reabilitação das deficiências sensorio-motoras dos indivíduos vítimas de AVE é essencial para impedir complicações relacionadas à doença e suas sequelas e promover a recuperação da capacidade funcional e da qualidade de vida. Neste contexto, a fisioterapia após o AVE conjuntamente com a família deve promover ações de reintegração, enfatizando a recuperação das limitações físicas, neurológicas e sociais do paciente para proporcionar ao mesmo o máximo de bem-estar e funcionalidade possível de acordo com suas limitações.⁵

No entanto, a morbimortalidade pela doença vem crescendo pelo déficit no monitoramento dos fatores de risco.⁶ Para tanto, a importância na

prevenção que são associados à ocorrência do AVE e podem ser classificados como modificáveis e não-modificáveis. Os modificáveis são: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Tabagismo, Fibrilação Arterial, Doenças Cardiovasculares, Doença Hiperlipidêmica, sedentarismo, estenose carotídea assintomática e ataque isquêmico transitório. Já os fatores não modificáveis são: a idade, o sexo, a raça, a hereditariedade e a etnia. O etilismo, anticorpo antifosfolípideo, homocisteína elevada, processo inflamatório e infecções também são considerados fatores de risco.⁷

Portanto, para a atuação do fisioterapeuta é relevante estudos científicos que visam caracterizar pacientes com diagnóstico clínico de AVE, através da coleta de dados registrados em prontuários, que caracteriza-se por uma forma estratégica para a decisão clínica e até mesmo, gerencial. Esta, baseada em fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde e a assistência prestada ao paciente, de caráter legal, sigiloso e científico, possibilitando assim, a comunicação entre a equipe e a continuidade da assistência prestada.

Diante disso, o objetivo desse estudo foi caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos usuários com diagnóstico de AVE atendidos no Laboratório de Ensino Prático em Fisioterapia da Universidade Franciscana.

MÉTODO

Este estudo caracterizou-se por ser quantitativo, descritivo e de natureza documental, que segundo refere Severino (2007), a pesquisa documental tem como fonte documentos no sentido amplo, como prontuários, por exemplo. Nestes casos, os conteúdos dos textos ainda não tiveram nenhum tratamento analítico, são ainda matéria-prima, a partir da qual o pesquisador vai desenvolver sua investigação e análise.⁸

A coleta dos dados ocorreu durante o período de fevereiro a maio de 2017, no Laboratório de Ensino Prático (LEP) em Fisioterapia da Universidade Franciscana da cidade de Santa Maria/RS.

Os dados foram obtidos por meio de levantamento da totalidade de prontuários de indivíduos com diagnóstico clínico de AVE. O universo compreendeu 22 prontuários, os quais apresentavam critérios de inclusão de descrição de diagnóstico de AVE, ambos os sexo, maiores de

18 anos e que foram atendidos no LEP no período compreendido entre 2009 e 2017. Os prontuários de pacientes que apenas compareceram para avaliação, foram excluídos do estudo.

As variáveis sociodemográficas estudadas foram idade, gênero, profissão e cidade em que reside. Em relação ao perfil clínico verificou-se qual o hemicorpo acometido, diagnóstico clínico, queixa principal e utilização de dispositivo auxiliar de marcha, o tempo de ocorrência do AVE, se teve um ou mais episódios, quando iniciou, número e se ainda encontrava-se em atendimento no LEP.

A fim de traçar o perfil dos pacientes foi realizada uma análise descritiva das respostas obtidas através da verificação das fichas de avaliação. Inicialmente verificou-se a normalidade das variáveis em estudo, e para isto utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk. Na comparação entre a idade com o tempo de ocorrência do AVE foi calculado o coeficiente de correlação de Spearman e entre sexo com o lado acometido foi realizado o teste exato de Fisher. As diferenças foram consideradas significativas para valores de $p < 0,05$. O software IBM SPSS Versão 23 foi utilizado como ferramenta computacional para a análise estatística dos dados. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Universidade Franciscana de acordo com a resolução 466/2012, seguindo todos os preceitos éticos exigidos e tendo como parecer o número 1.952.647.

RESULTADOS

Foram analisados 22 prontuários de pacientes com diagnóstico clínico de AVE, residentes na cidade de Santa Maria, com idades entre 42 e 72 anos ($57,2 \pm 8,5$). As características sociodemográficas dos pacientes estão apresentadas na Tabela 1.

Em relação ao tempo médio decorrido da data do último AVE até o dia da avaliação que consta no prontuário, encontrou-se 45,2 meses (DP=49,6), com tempo mínimo de 0,4 meses (12 dias) e tempo máximo de 156 meses (13 anos).

O início dos atendimentos se deu entre os anos de 2009 e 2016. Até a data de análise dos 22 prontuários verificou-se um total de 1640 atendimentos, ou seja, os pacientes foram atendidos em média 74,5 vezes no LEP.

Na análise entre o sexo com o hemicorpo acometido os resultados mostraram que não existe uma associação entre estas duas variáveis, ou seja, elas são independentes ($p = 0,3770$). Notamos que dos pacientes que tiveram alterações no hemicorpo direito 34% são do sexo feminino e 66% do sexo masculino, enquanto no hemicorpo esquerdo os resultados são de 50% para ambos os sexos.

Na análise entre a idade dos pacientes e o tempo de ocorrência do AVE os dados nos mostraram uma correlação fraca para moderada entre as duas variáveis ($r_s = 0,415$ e $p = 0,124$). Quanto à etiologia do AVE, demonstrou maior prevalência de AVE isquêmico

Tabela 1 – Características Sociodemográficas da Amostra.

| CARACTERÍSTICA | | N | % |
|----------------------|------------------------|----|------|
| Gênero | | | |
| | Masculino | 13 | 59,1 |
| | Feminino | 9 | 40,9 |
| Faixa Etária* | | | |
| | 40 – 50 | 4 | 19 |
| | 50 – 60 | 8 | 38,1 |
| | 60 – 70 | 8 | 38,1 |
| | 70 – 80 | 1 | 4,8 |
| Profissão* | | | |
| | Aposentado | 11 | 57,9 |
| | Dona de Casa | 3 | 15,7 |
| | Comerciante | 2 | 10,5 |
| | Auxiliar de Enfermagem | 1 | 5,3 |
| | Administrador | 1 | 5,3 |
| | Servente | 1 | 5,3 |

Teste: Shapiro-Wilk.

* Dados faltantes no prontuário.

em relação ao hemorrágico. As características clínicas dos pacientes estão apresentadas na Tabela 2.

A Figura 1 mostra que a queixa principal relatada nos prontuários foram: fraqueza muscular nos membros superiores/inferiores, dificuldade na

marcha, falta de coordenação motora e a dificuldade nas atividades da vida diária (AVD). Outros relatos foram: perda da sensibilidade, perda da memória, falta de equilíbrio, fadiga e dor no ombro. Em quatro prontuários, as queixas não foram relatadas.

Tabela 2 – Características Clínicas da Amostra.

| CARACTERÍSTICA | % |
|-------------------------------------|------|
| Diagnóstico Clínico | |
| AVE Isquêmico | 95,5 |
| AVE Hemorrágico | 4,5 |
| Hemicorpo Acometido | |
| Direito | 42,9 |
| Esquerdo | 57,1 |
| Uso de Dispositivo de Marcha | 45 |
| Tempo de Ocorrência do AVE | |
| Menos de 1 ano | 18,2 |
| Entre 1 e 5 anos | 31,8 |
| Entre 5 e 10 anos | 13,6 |
| Mais de 10 anos | 4,6 |
| * | 31,8 |
| Número de Episódios de AVE | |
| 1 | 90,4 |
| 2 ou mais | 9,6 |
| Tratamentos em Andamento | 40,1 |

Teste: Shapiro-Wilk

* Dados faltantes no prontuário

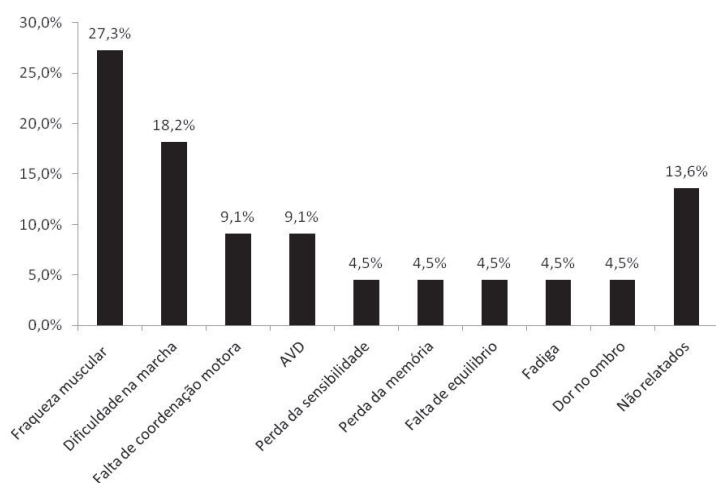


Figura 1 – Principais queixas relatadas pelos pacientes acometidos por AVE atendidos no Laboratório de Ensino Prático (LEP) da Universidade Franciscana- Santa Maria/RS.

DISCUSSÃO

No presente estudo foram analisados 22 prontuários, no qual na análise do item cidade em que reside, no presente estudo 100% dos indivíduos residem em Santa Maria, onde está localizado o local da coleta de dados. Em concordância, Mazzola et al.⁹ observaram predomínio dos indivíduos que residiam na mesma cidade onde a Clínica de Fisioterapia Neurológica de sua pesquisa estava instalada. Este fato provavelmente está relacionado a facilidade de acesso as mesmas.

Em relação à idade da amostra, os pacientes tinham média de idade de 57,2 anos, indo de encontro aos dados apresentados por Campos et al.,⁴ que em sua pesquisa verificou uma média de 58 anos, assim como o estudo de Rangel, Belasco e Diccini,¹⁰ que constatou uma média de 59,4 anos de idade. O AVE apresenta maior incidência na população idosa, segundo a maioria das pesquisas,^{5,9,11-13} o que difere do presente estudo, esse fato possivelmente demonstra o reflexo dos maus hábitos de vida da sociedade atual, levando a uma precocidade do primeiro episódio de AVE.

De acordo com os dados obtidos nesse trabalho, verificou-se uma predominância do sexo masculino, isso porque há maior incidência e risco de AVE em homens¹⁴. Informações essas também encontrados em outros estudos.^{12,15,16,17,18,19} Quando relacionamos a idade ao sexo, nesse estudo não houve diferença significativa. Já para Carvalho et al.,⁶ o grupo que correspondeu aos homens apresentou uma média de idade de 63 anos, enquanto as mulheres de 71,5 anos.

Quanto à ocupação dos indivíduos, o levantamento de Lucena et al.¹³ observaram que 39,58% da amostra era de aposentados, 16,67% realizavam trabalhos domésticos, 29,27% outras profissões, assim como 14,58% não relataram sua profissão. Esses dados se assemelham aos encontrados no presente estudo, no qual a maioria dos participantes eram aposentados, alguns relataram realizarem trabalhos domésticos e outras profissões também foram citadas. Alguns pacientes pós-AVE ficam restritos em suas profissões devido ao fato de apresentarem disfunções motoras, cognitivas ou psicológicas, sendo um fator limitante em suas atividades, assim, o paciente passa da condição de trabalhador para a de aposentado.¹³

O perfil dos pacientes deste estudo, quanto à etiologia do AVE, demonstrou maior prevalência

de AVE isquêmico em relação ao hemorrágico, esses achados corroboram com Lucena et al.¹³ e Mendes et al.,²⁰ que encontraram maior incidência de AVE isquêmico. Segundo Antunes et al.,¹⁸ 60% de sua amostra apresenta o hemicorpo direito acometido, dados esses também achados por Silva et al.,²¹ para tanto isso não parece ser relevante como fator prognóstico, visto que a literatura mostra variações nessa frequência.¹⁸ Salienta-se que não foram verificadas grandes diferenças de prevalência quanto ao lado acometido nessa pesquisa.

Após sofrer um AVE, mais da metade dos indivíduos pode ter de 6 a 10 tipos de incapacidades, sendo a fraqueza muscular a mais predominante, existente em 77,4% dos pacientes.²² Na presente análise, a principal queixa relatada nos prontuários foi a fraqueza muscular nos membros superiores e/ou inferiores, assim, comprovando as informações fornecidas por Paixão, Silva e Camerini.²² Nesse mesmo contexto, outras queixas foram referidas, como a dificuldade na marcha, a falta de coordenação motora e a dificuldade nas atividades da vida diária. Conforme Costa et al.,²³ o controle motor encontra-se particularmente afetado após um AVE, sendo que hemiplegia e hemiparesia são os déficits motores mais pronunciados levando a modificações no tônus muscular e, conseqüentemente, em dificuldade para caminhar, além disso, a coordenação motora também pode se encontrar prejudicada, ressaltando que essas sequelas interferem diretamente nas AVD.

Quanto à locomoção, no presente estudo 45% dos pacientes utilizavam algum tipo de dispositivo auxiliar de marcha, o que não corrobora com a pesquisa Gomez et al.²⁴, que apresentavam deambulação independente de dispositivos em sua maioria.²⁴

Levando-se em conta o tempo médio decorrido da data do último AVE até o dia da avaliação, o presente estudo encontrou um valor de 45,2 meses. Já Chaves et al.,³ valor igual a 71,9 meses. Esse dado é de extrema relevância, o que caracteriza que os pacientes permaneceram muito tempo sem atendimento e, portanto, sequelas podem estar mais evidentes e assim estes poderão permanecer por mais tempo em atendimento no local. Segundo Silva et al.,²¹ quanto mais precocemente o tratamento tiver início maiores as chances de recuperação.

Na presente pesquisa, houve prevalência de 1 episódio de AVE, sendo coerente com Grochovski, Campos e Lima.¹¹ Ressalta-se a importância da

detecção e do controle dos fatores de risco que acarretam o AVE, pois permitem redução significativa da incidência e recidiva. A sua etiologia é outro ponto que deve ser avaliado, pois possibilita tratamento e/ou correção adequados, reduzindo o risco da ocorrência de um segundo episódio. Entretanto, grande parte da população não tem esta condição devidamente diagnosticada, devido ao fato de que alguns fatores de risco ainda são desconhecidos e em muitos doentes o AVE não possui etiologia conhecida.¹⁶

Os pacientes, segundo a presente pesquisa, foram atendidos em média 74,5 vezes, sendo que em 40,1% dos casos os tratamentos ainda estão em andamento. Destaca-se que o sucesso da reabilitação não depende apenas de várias sessões de terapia, mas também do que o paciente realiza durante as horas restantes do dia e da noite. Entretanto, números expressivos de atendimentos também podem ter relação diante da cronicidade, visto o longo espaço de tempo entre a lesão e o início da terapia.²¹

Desta forma, o profissional fisioterapeuta faz-se importante na reabilitação dos pacientes pós-AVE, tendo em vista que é o responsável não somente pela realização do diagnóstico do tratamento fisioterapêutico mais adequado a cada caso, como também pela orientação ao paciente e seu cuidador, num contexto de atendimento humanizado que envolve o paciente e a família. A fisioterapia tem papel fundamental tanto na fase aguda, quanto na crônica, considerando que embora seja possível alcançar resultados positivos logo nas primeiras sessões, quando as sequelas apresentadas pelo paciente são crônicas os resultados dependem de um tratamento a longo prazo.¹

CONCLUSÃO

Neste estudo, percebeu-se que o AVE vem acometendo não somente pessoas idosas, mas também, com grande predominância em adultos. Também, em sua maioria composta de pacientes crônicos, fato que acarreta uma permanência maior no local de reabilitação, além de que, o tardamento para procurar um atendimento fisioterapêutico acaba dificultando os ganhos funcionais.

Diversos são os recursos possíveis de serem utilizados pela fisioterapia na recuperação do paciente com diagnóstico de AVE e que cabe a cada profissional estabelecer um programa de tratamento adequado a cada caso, sempre respeitando as limitações do

indivíduo e estabelecendo metas possíveis de serem alcançadas, onde o fisioterapeuta deve explorar as diferentes formas de intervenção e adequá-las ao seu paciente.

Porém, o estudo teve suas limitações, uma vez que foi baseado somente na coleta de dados em prontuários. Um dado relevante a ser considerado é a ausência de informações em alguns prontuários, constatada nesse levantamento devido a falta e/ou maneira incorreta de preenchimento das fichas de avaliação. A pouca experiência dos que realizam as avaliações pode ser um fator determinante para a escassez desses dados, visto que os avaliadores são estudantes em fase de formação, o que pode ter interferido nos resultados desse estudo.

Para tanto, os resultados encontrados são de grande valia, sinalizando para a importância de capacitações acerca do preenchimento correto dos prontuários. E assim, conhecimentos acerca dos dados obtidos possibilitam subsídios para o aprimoramento dos processos acerca da assistência aos usuários com diagnóstico clínico de Acidente Vascular Encefálico.

REFERÊNCIAS

1. Arrais Júnior SL, Lima AM, Silva TG. Atuação dos profissionais fisioterapeutas na reabilitação do paciente vítima de acidente vascular encefálico. *Revista Interdisciplinar* 2016;9(3):179-84.
2. SBDC- Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares, Acidente vascular cerebral. Disponível em: <http://www.sbdcv.org.br/publica_avc.asp>. Acesso em: agosto 2017.
3. Chaves, DBR, Costa AGS, Oliveira ARS, Silva VM, Araujo TL, Lopes MVO. Comunicação verbal prejudicada: investigação no período pós-acidente vascular encefálico. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste* 2013;14(5):877-85.
4. Campos TF, Dantas AATSG, Melo LP, Oliveira DC. Grau neurológico e funcionalidade de pacientes crônicos com acidente vascular cerebral: Implicações para a prática clínica. *Arq Ciênc Saúde* 2014;21(1):28-33.
5. Carvalho, JC, Gusmão CA, Matos MA, Matias AC, Santos NA. Avaliação dos desfechos de funcionalidade e mobilidade pós-acidente vascular encefálico. *Rev Fac Ciênc Méd* 2013;15(4):100-04.
6. Rodrigues JE, Sá MS, Alouche SR. Perfil dos pacientes acometidos por AVE tratados na clínica escola de fisioterapia da UMESP. *Rev Neurociências* 2004;12(3):117-22. Disponível em: <<https://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2004/RN%2012%2003/Pages%20from%20RN%2012%2003.pdf>>.
7. Costa VSP, Guimarães PSR, Fernandes KBP, Probst VS, Marquez AS, Fujisawa DS. Prevalence of risk factors for the occurrence of strokes in the elderly. *Fisioter Mov* 2014;27(4):555- 63. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-5150.027.004.AO07>
8. Severino, A. J. Metodologia do trabalho científico. 23 ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.
9. Mazzola D, Polese JC, Schuster RC, Oliveira SG. Perfil dos

- pacientes acometidos por acidente vascular encefálico assistidos na clínica de fisioterapia neurológica da Universidade de Passo Fundo. *Rev Bras Promoç Saúde* 2007;20(1)22-7.
10. Rangel ESS, Belasco, AGS, Diccini S. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. *Revista Acta Paulista de Enfermagem* 2013;26(2)205-12.
11. Grochowski CS, Campos R, Lima MCAM. Ações de Controle dos Agravos à Saúde em Indivíduos Acometidos por Acidente Vascular Cerebral. *Rev Bras Ciênc Saúde* 2015;19(4):269-76. doi: <http://dx.doi.org/10.4034/RBS.S.2015.19.04.03>
12. Damata SRR, Formiga LMF, Araújo AKS, Oliveira EAR, Oliveira AKS, Formiga RCF. Perfil epidemiológico dos idosos acometidos por acidente vascular cerebral. *Revista Interdisciplinar* 2016;9(1)107-17.
13. Lucena VB, Assis SC, Daltro MCSL, Medeiros LJADM, Carvalho AG. Avaliação da funcionalidade em paciente com sequelas de acidente vascular cerebral. *Revista Latino-americana de Educação, Cultura e Saúde* 2017;1(1)63-74.
14. Nadruz W Jr. Diagnóstico e tratamento dos fatores de risco. *Rev Com Ciência*. 2009;109(1):1-3.
15. Carvalho MIF, Delfino JAS, Pereira WMG, Matias ACX, Santos EFS. Acidente vascular cerebral: dados clínicos e epidemiológicos de uma clínica de fisioterapia do sertão nordestino brasileiro. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia* 2014;2(6).
16. Tonieto M, Rama P, Schuster RC, Renosto A. Efeitos de uma intervenção de fisioterapia aquática em pacientes pós-acidente vascular cerebral. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde* 2015;13(45)5-12. doi: <http://dx.doi.org/10.13037/rbcs.vol13n45.2838>
17. Santana et al. Linguagem e funcionalidade de adultos pós Acidente Vascular Encefálico (AVE): avaliação baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) 2017;29(1):e20150284 doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20172015284>
18. Antunes JE, Justo FHO, Justo AFO, Ramos GC, Prudente COM. Influência do controle postural e equilíbrio na marcha de pacientes com sequela de acidente vascular cerebral. *Revista Fisioterapia & Saúde Funcional* 2016;5(1)30-41.
19. Reis LA, Mascarenhas CHM, Filho LENM, Borges PS, Argolo SM, Torres GV. Prevalência e padrão de distribuição do acidente vascular encefálico em idosos submetidos a tratamento fisioterapêutico no município de Jequié, BA. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2008;11(3):369-78.
20. Mendes LM, Gadelha IDS, Brito GEG, Moraes RM, Ribeiro KSQS. Acesso de sujeitos pós-acidente vascular cerebral aos serviços de fisioterapia. *Revista de enfermagem UFPE on line* 2016;10(2):387-94. doi: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201602>
21. Silva JM, Hasse HK, Yussef SM, Kaminski EL. Efeitos da dupla tarefa com demanda motora e demanda cognitiva na marcha de sujeitos hemiparéticos pós AVC. *Revista Neurociências* 2015;23(1)48-54. doi: <http://dx.doi.org/10.4181/RNC.2015.23.01.936.7>
22. Paixão CT, Silva LD, Camerini FG. Perfil da disfagia após um acidente vascular cerebral: uma revisão integrativa. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste* 2010;11(1)181-90.
23. Costa VS, Melo LP, Bezerra VT, Souza FHM. Efeitos da aplicação do método bobath e do treino em esteira com suporte parcial de peso na reabilitação da marcha pós-AVC: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde* 2014;18(2):161-66. doi: <http://dx.doi.org/10.4034/RBCS.2014.18.02.11>
24. Gomez PVL, Baldak RS, Castro AAM, Lara S, Graup S. Perfil de pacientes com acidente vascular cerebral atendidos por um programa de extensão universitário na atenção básica. *Fisioterapia Brasil* 2018;19(4):464-71

Recebido em: 08/01/2019

Aceito em: 15/03/2019

Como citar: DORNELLES, Márjori Stiegemeier; OLIVEIRA, Lilian Oliveira de. Perfil clínico e sociodemográfico de usuários com diagnóstico de acidente vascular encefálico atendidos em um laboratório de ensino prático em fisioterapia. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 1, jan. 2019. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/13119>>. Acesso em: 02 jan 2019. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v2i1.13119>



Síndrome de down: trajetórias do seu diagnóstico para os pais

Down syndrome: the journey of diagnosis for parents

Laura Roos¹, Arlete Eli Kunz Da Costa¹, Luís Felipe Pissaia¹

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

RESUMO

Objetivo: identificar as reações e os sentimentos de pais de crianças com SD e a participação do enfermeiro perante o diagnóstico da síndrome. **Método:** trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, realizado na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de um município do Vale do Rio Pardo/RS. Os dados foram coletados em março de 2018 utilizando um questionário com questões semiestruturadas respondido por cinco pais de crianças com Síndrome de Down que frequentavam o grupo de Estimulação Precoce da APAE. Utilizou-se a Análise de Conteúdo como método de tratamento dos dados. **Resultados:** os casais receberam a notícia após o nascimento e junto de seus parceiros, sendo o médico o responsável pela informação. Identificou-se que o enfermeiro possui importância fundamental na realização das orientações sobre a saúde da criança e os cuidados necessários para os diferentes ciclos vitais. **Conclusão:** considera-se que o diagnóstico de SD ainda possui vários entraves na realidade dos pais entrevistados, principalmente em relação ao preconceito e falta de orientações em saúde. Faz-se necessário a realização de intervenções efetivas do enfermeiro para enfatizar o quanto a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) pode auxiliar no cuidado com a criança e a família.

lpissaia@universo.univates.br

Palavras-chave:

*Síndrome de Down;
Relações Familiares;
Dinâmica Familiar;
Assistência de Enfermagem.*

ABSTRACT

Objective: to identify the reactions and feelings of parents of children with DS and the participation nurses in the diagnosis of the syndrome. **Method:** this is a descriptive, exploratory and qualitative study carried out in the Association of Parents and Friends of Exceptional Children (APAE) in a municipality in the Rio Pardo Valley/Rio Grande do Sul, Brazil. Data were collected in March 2018 using a semi-structured questionnaire administered to five parents of children with Down Syndrome who attended the APAE Early Stimulation group. Content analysis was used to perform data processing. **Results:** the couples received the news of the diagnosis from the physician after the birth of the child. Nurses were of fundamental importance in providing orientation about the children's health and the necessary care in the different life cycles. **Conclusion:** there are still several obstacles that must be faced by parents when faced with a child diagnosed with DS, mainly in relation to prejudice and lack of health orientation. Effective nursing interventions must be performed to emphasize how the Systematization of Nursing Assistance (SAE) can help in the care of the child and the family.

Keywords:

Down's syndrome; Family relationships; Family Dynamics; Nursing Assistance.



INTRODUÇÃO

A Síndrome de Down (SD) é a alteração cromossômica mais comum comparada com outras alterações cromossômicas. Sendo caracterizada, geralmente, pela presença de três cópias no cromossomo 21 ao invés de duas. Pode acometer 1 a cada 700 ou 1000 nascidos vivos. As gestações trissômicas podem terminar em aborto, porém em comparação com outras trissomias a SD tem menor probabilidade de aborto por haver material cromossômico extra em um dos menores cromossomos.¹

Ainda assim, atualmente há pouco conhecimento sobre as causas da SD, porém sabe-se que a mãe é a maior contribuinte para a anomalia. Estudos mostram que não somente mães com idade avançada podem gerar um filho com SD, mas as chances também existem para meninas que estão no início da vida sexual.²

As crianças apresentam características próprias herdadas de seus pais independente da patologia, sendo a deficiência intelectual a característica mais frequente entre as crianças com SD.³ Os portadores também podem apresentar algumas complicações, sendo estas percebidas logo no nascimento ou ao longo do seu desenvolvimento como problemas de visão, cardíacos, respiratórios, auditivos, digestivos e metabólicos, articulares, entre outros.⁴ Entretanto, a expectativa de vida aumentou desde os avanços da cirurgia cardíaca e, com a ausência de cardiopatias, o indivíduo possui uma expectativa de vida de até 60 anos de idade.⁵

Contudo, receber a notícia de que o filho “idealizado” como “perfeito” apresenta uma anomalia pode ser um momento traumático e gerar conflitos na família, ainda mais sem diagnóstico pré-natal e sendo primeiro filho. Nestes casos, os profissionais da saúde não podem deixar de lado os sentimentos dos pais e muitas vezes essa assistência aos familiares é passada despercebida.⁶

Neste contexto, o trabalho em equipe possibilita compartilhar saberes, momentos, dúvidas e entender o que o paciente necessita garantindo qualidade no atendimento. Ela deve informar a família sobre a importância da intervenção precoce, do apoio e acompanhamento do desenvolvimento da criança.⁷ Ainda neste cenário, a Estimulação Precoce possibilita a interação da família com o filho, partindo do pressuposto de não trabalhar somente a criança, mas também a família na sua totalidade.⁶ A partir do

momento em que os pais entendem as dificuldades do filho eles acabam se tornando especialistas em promover o cuidado.⁸

O papel da enfermagem consiste em aconselhar, apoiar, resolver problemas familiares e, como ferramenta, o enfermeiro deve utilizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para organizar o cuidado de enfermagem e garantir melhor assistência ao paciente e a família.⁹ Desta forma, a enfermagem atua frente as orientações direcionadas aos familiares com o intuito de facilitar a compreensão dos pais sobre a SD, incentivando boas práticas de educação em saúde e qualificação da vida do grupo familiar.⁸

Portanto, este estudo tem como objetivo identificar as reações e os sentimentos de pais de crianças com SD e a participação do enfermeiro perante o diagnóstico da síndrome. Espera-se que os resultados despertem nos profissionais a importância do aconselhamento e do suporte para as famílias durante e após o recebimento da notícia.

MÉTODO

Este estudo é do tipo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu por meio da realização de uma entrevista com questões pré-estabelecidas para pais de crianças com SD que frequentam a Estimulação Precoce na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) em um município do Vale do Rio Pardo, estado do Rio Grande de Sul, Brasil. A escolha das questões teve por base a necessidade de avaliar os sentimentos dos pais sobre a questão, bem como compreender o papel da equipe de enfermagem, por meio da visão dos participantes. A escolha do campo de pesquisa ocorreu devido ao serviço indicado atuar frente ao acompanhamento do diagnóstico de SD, utilizando-se de uma equipe multiprofissional que fortalece o vínculo com o grupo familiar e presta a assistência necessária para a criança.

Foram estabelecidos como critério de inclusão os pais de crianças com SD com idade de 0 a 3 anos e 11 meses que frequentam o grupo de Estimulação Precoce da APAE e que o diagnóstico foi dado somente no nascimento da criança. E como critério de exclusão foram os pais de crianças de 0 a 3 anos e 11 meses que frequentam o grupo de Estimulação Precoce, mas não frequentam escola regular.

Os dados foram coletados no mês de março

de 2018 após contato prévio com a diretora da APAE, sendo apresentado o projeto e os objetivos da pesquisa e, em data agendada conforme disponibilidade dos pais realizou-se a entrevista. No período havia três crianças que participavam do grupo de Estimulação Precoce, sendo assim, o público alvo foi composto por 3 mães e 2 pais com idade entre 19 anos e 45 anos, sendo que os pais e mães foram entrevistados juntos no mesmo momento quando possível.

Os momentos de entrevista foram individuais, realizados de acordo com a disponibilidade dos pais, em uma sala oferecida pela APAE durante atendimento do filho no grupo de Estimulação Precoce. Aos pais, foram explicados os critérios éticos e com sua concordância foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias de igual teor.

Durante as entrevistas foi utilizado um gravador e após escuta realizada pelos autores, os dados foram transcritos, e analisados com aproximações na Análise de Conteúdo de Bardin.¹⁰ A análise ocorreu por meio da leitura e agrupamento dos achados em pontos focais que originaram a construção de categorias temáticas de apresentação dos resultados e discussão tendo como base autores que estudam sobre o tema. A identidade dos entrevistados foi preservada, sendo mencionados os codinomes: P1 e M1; M2; P3 e M3. Este estudo faz parte do projeto de pesquisa intitulado “As repercussões familiares de um diagnóstico de Síndrome de Down: o papel do enfermeiro”, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP), da Universidade do Vale do Taquari – UNIVATES, através da CAAE nº 83123618.9.000.5310 e com o número de parecer 2.502.087. Foram respeitados os aspectos éticos sobre pesquisas com seres humanos que contemplam a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão apresentados os resultados e discussão referentes à coleta de dados, os quais foram agrupados em três categorias temáticas. Sendo a primeira, “Momento do diagnóstico da Síndrome de Down”, seguido pela segunda, “Possíveis sentimentos e reações após a confirmação do diagnóstico de Síndrome de Down”, e por último, “O enfermeiro como orientador e a Sistematização da Assistência de Enfermagem”.

Momento do diagnóstico da Síndrome de Down

Com base nos achados, todos os casais receberam a notícia da suspeita da SD após o nascimento do filho e juntos de seus parceiros. Todas as mães realizaram os exames do pré-natal, como ultrassonografia, porém não foram detectadas alterações. Tal fato é relatado pela participante M2 no trecho: *Eu fiquei sabendo que ela tinha SD quando nasceu, tive todo o acompanhamento, fazia até duas eco por mês por eu ser mais velha, fazia vários exames e nunca apareceu.* O mesmo fato foi descrito pela participante M3 no trecho a seguir: *Só quando ela nasceu, aí quando ela nasceu eles disseram que iam fazer um exame que tinha suspeita né.* Ainda assim, a participante M1 relata detalhadamente sua experiência no trecho: *A adolescente recebeu a notícia de forma diferente por ser menor de idade: Quando ela nasceu que daí eles falaram que ela era especial. [...] Primeiro eles falaram com a minha mãe né, daí eles não quiseram me contar primeiro.*

As características da SD são inconfundíveis com outras anomalias, sendo reconhecidas logo no nascimento e confirmada pelo exame de cariótipo.¹¹ É normal algumas famílias descobrirem durante a gestação e/ou nascimento, contudo, quando descoberto no início há o preparo da família para receber essa notícia e dessa forma conseguir identificar as características da criança logo ao nascer.¹² A percepção da SD foi descrita pela participante M2, identificando algo diferente na filha quando a recebeu após o parto, no relato a seguir: *Eu achei a orelhinha assim sabe tão pequenininha [...] é diferente a orelhinha dela, as mãozinhas também sabe, mas aí eu pensei deve ser assim né e eu por ser mais velha devo estar imaginando coisa.*

Em relação a forma como foi informado o diagnóstico. Em ambos os casos o médico foi o responsável pela informação. Podem-se perceber pelas falas que os médicos utilizaram poucas palavras e deixaram os pais carentes de informação, o que já é visto em estudos como fator preocupante.¹³ Tal fato pode ser verificado no relato da participante M1: *O que eu ia precisar fazer com ela ele não falou, só falou que ela era especial.* Outro relato foi o realizado por M3, descrevendo a orientação médica no trecho: *Ele disse que eles tinham... era quase certo né, suspeita, aí tinha que fazer exame. [...] Acho que lá eles mandaram eu encaminhar pra cá (APAE). A doutora falou que era uma criança normal, só teria*

que ter mais alguns cuidados. Em contrapartida, uma mãe recebeu todo apoio e compreensão do médico que realizou o acompanhamento, conforme relatado por M2: *Primeiro ela chegou e perguntou se eu tinha percebido (ainda na sala de parto), daí ela disse mas não se preocupe, porque tem criança que nasce com característica da síndrome e às vezes não tem. Ela foi bem atenciosa sabe.* É de extrema importância que os profissionais forneçam todas as informações necessárias, pois elas não devem ser omitidas. Os pais precisam saber quais as possíveis necessidades da criança e como proceder quando determinada situação ocorrer ou dúvida surgir no contexto de crescimento biológico.¹³

Possíveis sentimentos e reações após confirmação do diagnóstico da Síndrome de Down

A população possui pouco conhecimento sobre a SD. A maioria das pessoas possui conhecimento restrito ao que a mídia apresenta e a maneira como é informada pode interferir nos sentimentos da família, causando impacto, pensamentos negativos e desorientação como pode ser percebido na fala dos pais.¹⁴

Tal fato pode ser verificado no relato de P1: *A hora que eles falaram né o cara tem que aceitar não adianta.* A falta de informação e o impacto da notícia é descrita por M3, a seguir: *Meu Deus, aquilo pra mim... Eu chorei meio dia lá no hospital... Eu pensei que ela ia ser uma criança assim, aonde tu botava ela, ela ia ficar sabe, não ia se mexer, parada.* O participante P3 ainda relata seu sentimento em relação à notícia no seguinte trecho: *Foi uma coisa que eu pensei que a gente vai tem que saber lidar né, que a gente não tinha experiência nenhuma né.*

Quando a família esclarece suas dúvidas, recebe apoio e possui um pouco de conhecimento, nota-se que os sentimentos são de conformismo e ela passa a enxergar o filho de outra maneira. Verifica-se essa aceitação no relato de M2, descrita abaixo:

Depois de confirmado eu fiquei numa boa sabe, foi tão assim que pra mim isso foi como se não tivesse... Aceitei tranquilo. O meu medo era de... porque ela tinha problema de coração, aí sabe aquilo ali começou a me preocupar, por ter síndrome de Down não, mas pelas outras coisas que vieram junto. Eu disse que ia amar ela igual e realmente foi uma coisa

bem tranquila.

Já para a participante M1, a notícia não foi impactante conforme a mesma relata: *Pra mim foi normal, não foi susto nenhum.* Embora dois casais tenham se divorciado após o nascimento das filhas, ambos relatam não ter sido o motivo da separação. Apesar das dificuldades impostas pelo cotidiano, como emprego, tempo, finanças, os pais demonstram boa adaptação com os filhos, exercendo bem o seu papel de pai.¹⁵ A adaptação a essa situação pode ser verificada no relato da participante M2, a seguir: *Todo final de semana vem ver, pega ela, leva ela, não para dormir, mas pega pra passar o dia. A gente uma convivência pacífica sabe, porque se começar uma guerra, uma briga.* Outro relato sobre o assunto foi realizado pelo participante P3, abaixo:

Eu vou ver a criança quando eu posso, porque trabalho na cidade. Vou duas vezes por semana, às vezes fim de semana que eu tenho mais tempo pra ficar com ela, aí eu aproveito mais. Até os dois anos dela eu estava sempre presente, depois eu fui me afastando, mas não dela, eu só não estava todo dia lá vendo ela, brincar, tudo.

A SD pode não ser um fator contribuinte para a separação dos pais, pois o relacionamento de ambos os casais participantes já apresentava conflito antes do nascimento da criança. Esse fato é confirmado por um estudo que avaliou o relacionamento de casais que já estava em conflito antes do nascimento da criança, mesmo com a atenção que ela precisa e as dificuldades por ela impostas, não foi o fator determinante para o divórcio.¹⁶

Uma dificuldade relatada pela M2 é sobre o futuro da sua filha, a forma como ela irá lidar com o preconceito, pois já vivenciou um caso em que sua filha foi chamada de “retardada”. A sensação relatada por M2 é que ninguém conseguirá proteger sua filha, conforme pode ser visto abaixo:

Uma coisa assim que me incomoda as vezes são as pessoas sabe, a maneira de uns olharem, porque ainda tem preconceito mesmo a gente estando no século XXI. Ela (a filha) não entendeu o que estava acontecendo ali, porque ela ainda deu tchau [se emociona], mas eu entendi e o meu medo é futuramente ela passar por esse tipo de coisa.

Todos os pais se preocupam com a

independência e autonomia do seu filho, porém por vezes se preocupam com quem irá substituí-los quando morrerem. Essa questão desencadeia ansiedade, tristeza, incerteza quanto ao futuro de seu filho. Apesar de acreditarem que ele possa se defender, ainda existe preconceito entre a família, amigos e vizinhos.¹⁷

O enfermeiro como orientador e a Sistematização da Assistência de Enfermagem

O enfermeiro possui o papel de aconselhar, apoiar, demonstrar sentimentos e pensamentos, auxiliar na resolução de crises e aumentar a autoestima da família, dessa forma também cabe a ele salientar a importância da família para a obtenção da autonomia e maior qualidade de vida para o seu filho no futuro, que ela não estará sozinha e sem apoio durante esse processo.¹⁸

Somente um casal recebeu orientação e apoio de um enfermeiro, contanto os outros casais não tiveram nenhum suporte da enfermagem, como pode ser verificado no relato da participante M2, abaixo:

As enfermeiras conversaram bastante comigo, elas vinham no quarto, vinham pegar ela pra fazer exames. [...] A atenção das enfermeiras foi muito... Nossa... Até hoje... Aí quando eu dei alta elas pediram para mim trazer ela novo para elas verem, aí eu fui umas duas, três vezes. Até quando ela tinha um ano eu levava pra elas verem, conversarem, eu gostava sempre porque elas sempre tinham uma coisa boa para me passa. Elas sempre conversavam coisas que me ajudavam bastante.

Estudos apontam a necessidade do enfermeiro de compreender a importância de sua participação no momento do diagnóstico e a necessidade de buscar outros momentos de encontro com a família, além do ambiente hospitalar, para melhor atender as suas demandas. O enfermeiro ainda tem pouca ou quase nenhuma participação no aconselhamento familiar e percebe-se a necessidade de formação de redes de apoio a essas famílias, além de fortalecer a profissão por meio da realização da SAE.^{11,14}

Como mencionado acima, a enfermagem ainda é pouco mencionada quanto à orientação e apoio aos pais após o diagnóstico da SD. Desta forma, percebe-se que a realização da SAE é inexistente ou parcialmente executado. A SAE é reconhecida pelos

profissionais como uma ferramenta que qualifica o cuidado de enfermagem, porém ainda é vista pelos enfermeiros como norma a ser seguida, como algo que desorganiza o trabalho. Um desafio bastante relatado é a sobrecarga devido a escassez de profissionais, o que acaba gerando desconforto e insegurança dificultando a sua realização.¹⁹ A utilização da SAE como ferramenta para guiar o cuidado ao paciente repercute de forma positiva na qualidade da assistência e na satisfação do enfermeiro por perceberem o reconhecimento do seu trabalho.²⁰

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo assim, a notícia de que o filho possui SD repercute em diversos sentimentos nos pais, desde os mais tranquilos até os mais extremos, principalmente quando não identificada durante o pré-natal. Muitas vezes o casal não consegue superar esse obstáculo quando o relacionamento já apresenta alguma instabilidade, podendo resultar em conflitos e até mesmo divórcio.

Notou-se a resistência dos pais ao responderem as perguntas, porém percebeu-se que a mãe que recebeu informação e apoio da enfermagem sentia-se mais tranquila e segura. Um ponto positivo foi o conhecimento do diagnóstico enquanto as mães estavam acompanhadas, um fato que está melhorando se compararmos com outros estudos realizados. Contudo, sabe-se que essas famílias recebem pouca assistência e saem das instituições carentes de informação.

Famílias que recebem orientação dos profissionais, principalmente dos enfermeiros, entendem melhor a situação, sentem-se mais seguros e amparados, buscam informação através das redes sociais a fim de obter maior conhecimento sobre a síndrome e de como lidar frente a situações constrangedoras. Compreende-se que a SAE ainda é um processo de cuidado pouco executado pelos enfermeiros nas instituições, porém sabe-se que ela auxilia no cuidado integral tanto do indivíduo quanto da família. Há a necessidade de educação permanente para os profissionais da área com o intuito de reforçar a importância da sua execução e o benefício gerado no paciente e na família, como também na satisfação do enfermeiro ao receber o retorno da sua dedicação. É importante lembrar que a Estimulação Precoce melhora o desenvolvimento da criança, como também

quanto mais unida a família estiver, melhor será para ela. Desta forma, faz-se necessário a intervenção do enfermeiro e a necessidade de enfatizar o quanto a SAE pode auxiliar no cuidado com a criança e a família, diminuindo as dúvidas dos pais quanto à SD e trabalhando com a família sobre as possíveis complicações e dúvidas que podem surgir ao longo do desenvolvimento do filho.

REFERÊNCIAS

- Cunningham C. Síndrome de Down: uma introdução para pais e cuidadores. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- Bermudez BEBV, Medeiros SL, Bermudez MB, Novadzki IM, Magdalena NIR. Down syndrome: prevalence and distribution of congenital heart disease in Brazil. *São Paulo Med J* 2015;133(6):521-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-3180.2015.00710108>
- Fundação Síndrome de Down. O que é Síndrome de Down? São Paulo; 2013.
- Pueschel SM. Características físicas da criança. Síndrome de Down: guia para pais e educadores. 8.ed. Campinas, SP: Papirus; 2003:77-83.
- Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à pessoa com Síndrome de Down. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- Rodriguez FT, Carneiro TF. Os bebês com síndrome de Down e seus pais: novas propostas para intervenção. *Estud Psicol*. 2012; 29(Supl.): 831-40.
- Nepomuceno IL, Rodrigues EGS, Rodrigues EA, Santos IGO, Santos M, Acioli FRD. Síndrome de Down: é possível viver com as limitações. *Semana de Pesquisa da Universidade Tiradentes-SEMPESq*, 2018; (18).
- Wheeler BJ. Promoção da saúde do recém-nascido e da família. In: Hockenberry MJ, Wilson D. Wong, fundamentos de enfermagem pediátrica. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014: 179-219.
- Tannure MC, Pinheiro AM. Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.
- Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
- Oliveira RHS, Marques DKA, Lubenow JAM, Cruz DSM. Conhecendo a vivência de mães de crianças com síndrome de Down. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 2018; 10(Especial), 276-81.
- Nunes MDR, Dupas G, Nascimento LC. Atravessando períodos nebulosos: a experiência da família da criança portadora da síndrome de Down. *Rev Bras Enferm* 2011; 64(2): 227-33. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000200002>
- Miranda ACRL, Barreto MS. Crianças com Síndrome de Down: experiências quotidianas vivenciadas pelas famílias. *Revista Paranaense de Enfermagem (REPENF)*, 2019; 2(1).
- Nunes MDR, Dupas G. Independência da criança com síndrome de Down: a experiência da família. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011; 19(4): [09 telas].
- Henn CG, Piccinini CA. A experiência da paternidade e o envolvimento paterno no contexto da síndrome de Down. *Psic.: Teor. e Pesq* 2010; 26(4): 623-31.
- Lederman VRG, Alves BC, Maria JN, Schwartzman JS, D'Antino MEF, Brunoni D. Divórcio nas famílias com filhos com síndrome de Down ou síndrome de Rett. *Ciênc Saúde Colet*. 2015; 20(5): 1363-69. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015205.13932014>
- Kortchmar E, Jesus MCP, Merighi MAB. Vivência da mulher com um filho com síndrome de Down em idade escolar. *Texto Contexto Enferm* 2014; 23(1): 13-20.
- Ministério da Saúde. Diretrizes de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- Dotto JI, Backes DS, Dalcin CB, Filho WDL, Siqueira HCHS, Zamberlan C. Sistematização da Assistência de Enfermagem: ordem, desordem ou (re) organização? *Rev enferm UFPE* 2017; 11(10): 3821-9. doi: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.12834-30982-1-SM.1110201716>
- Benedet SA, Gelbcke FL, Amante LN, Padilha MIS, Pires DP. Processo de enfermagem: instrumento da sistematização da assistência de enfermagem na percepção dos enfermeiros. *Care Online* 2016; 8(3): 4780-88. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4780-4788>

Recebido em: 16/02/2019

Aceito em: 09/07/2019

Como citar: ROOS, Laura; COSTA, Arlete Eli Kunz da; PISSAIA, Luís Felipe. Síndrome de Down: trajetórias do seu diagnóstico para os pais. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 1, jan. 2019. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/13192>>. Acesso em: 02 jan. 2019. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v2i1.13192>



Perfil dos alunos da educação de jovens e adultos em relação à prática de atividade física

Profile of students of youth and adult education in relation to the practice of physical activity

Anna Paula de Mendonça Barros¹, Juliana Cristina de Camargo²

1 - Universidade Federal de Goiás – UFG, Regional Catalão, Catalão, GO, Brasil.

2 - Universidade Federal de Goiás - UFG, Campus Samambaia, Goiânia, GO, Brasil.

RESUMO

Introdução: a atividade física (AF) em ambiente escolar, especificamente ao aluno da Educação de Jovens e Adultos (EJA), pode estruturar situações de ensino-aprendizagem que garantem aos alunos acesso a conhecimentos práticos e conceituais, desenvolvimento de suas potencialidades, de forma democrática e não seletiva, visando seu aprimoramento. **Objetivo:** caracterizar o perfil dos alunos da EJA quanto à prática de AF. **Método:** estudo descritivo, quantitativo, realizado com alunos da EJA da rede pública de ensino de um município do estado de Goiás, período noturno. Foi utilizado questionário semiestruturado, autoaplicável e individual com informações referentes aos hábitos diários, meio de transporte utilizado para ir à escola, prática regular de AF (frequência, localidade e duração da prática). Para análise dos dados antropométricos de peso e altura foi utilizado o Índice de Massa Corpórea. **Resultados:** foram analisadas respostas de 72 alunos da EJA sendo 59,7% do gênero feminino e 40,3% do gênero masculino, com idade entre 18 a 51 anos. As alunas apresentaram maior percentual de gordura, indicando sobrepeso e obesidade grau 1. O consumo de bebidas alcólicas e uso do tabaco foram dominantes entre homens. O sedentarismo foi predominante alegado à falta de tempo demandado pela jornada de trabalho associada aos estudos. **Conclusão:** a prática de AF deve ser incentivada aos alunos da EJA com estratégias que possibilitam motivação e atributos advindos da qualidade de vida.

annapaula.2706@gmail.com

Palavras-chave:
Saúde do Estudante;
Atividade física;
Qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: physical activity (PA) in a school environment, specifically among Youth and Adult Education (EJA) students, can structure teaching-learning situations that guarantee student's democratic and nonselective access to practical and conceptual knowledge while also developing potentialities, aiming at their improvement. **Objective:** to establish a profile of EJA students regarding the practice of PA. **Method:** this was a descriptive, quantitative study with EJA night students in the public school system of a city in the state of Goiás, Brazil. A semi-structured, self-administered and individualized questionnaire was used with information about daily habits, means of transportation used to attend school, regular PA practice (frequency, location and duration of practice). Weight and height were analyzed using the Body Mass Index. **Results:** we analyzed the responses of 72 EJA students, of which 59.7% were female and 40.3% male, between the ages of 18 to 51 years. The students had a higher percentage of fat, indicating overweight and obesity class 1. Alcohol and tobacco use were dominant among men. A sedentary lifestyle was justified primarily because of lack of time relative to having a job and studying at night. **Conclusion:** the practice of PA should be encouraged to EJA students with strategies that enable motivation and attributes arising from quality of life.

Keywords:
Student Health;
Physical Activity;
Quality of Life.



INTRODUÇÃO

Atividade física (AF) é tudo que envolve contração muscular de qualquer tipo independente da finalidade.¹ Sua prática sendo considerada de grande interesse em saúde pública por favorecer ganhos em setores vitais para o desenvolvimento humano, manutenção da saúde, prevenção de doenças e melhora na qualidade de vida em virtude da economia direta que poderíamos alcançar com o combate do sedentarismo.¹ A AF em ambiente escolar, especificamente ao aluno da Educação de Jovens e Adultos (EJA), pode estruturar situações de ensino-aprendizagem que garante aos alunos acesso a conhecimentos práticos e conceituais, desenvolvimento de suas potencialidades, de forma democrática e não seletiva, visando seu aprimoramento.²

A EJA no Brasil é uma modalidade de ensino complexa que envolve dimensões que transcendem a questão educacional, por representar uma maneira de concluir o ensino fundamental e médio fora do tempo regular e se associar com questões políticas e socioeconômicas, que refletem principalmente pontos relacionados ao abandono precoce da escola na busca de uma preparação para o mercado de trabalho, ao atender às necessidades do capitalismo e da economia vigente.³⁻⁵

Esta modalidade de ensino não é nova no Brasil.³⁻⁵ No período colonial, a educação decorria em caráter restrito a parcela da população que poderia pagar por ela, exercendo ação excludente ao desprezar o ensino ao povo.⁶ O descaso com a educação levou o Brasil a alcançar a incrível marca de 72% de analfabetismo no início do século XX, o que forçou o Governo Federal a criar em 1934 o primeiro plano na história da educação brasileira que previa um tratamento específico para a EJA com o ensino primário integral obrigatório e gratuito.¹ Pressionado por entidades internacionais como ONU (Organização das Nações Unidas) e UNESCO (Órgão das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura), que incentivavam a erradicação do analfabetismo nas ditas “nações atrasadas”, o governo brasileiro implementa a campanha nacional de erradicação do analfabetismo que estabelece novas discussões sobre a educação de jovens e adultos.^{3,6,7}

Na década de 1960, o método Paulo Freire modifica o cenário da educação de jovens e adulto é transformar sujeitos meramente alfabetizados, em sujeitos com possibilidades de exercer

sua cidadania.^{3,5-7} Este método foi substituído posteriormente pelo programa Mobral (Movimento Brasileiro de Alfabetização), onde a EJA foi apresentada como medida compensatória, em que o título de formação na educação era mais importante do que o processo e a qualidade do ensino.⁸

Nota-se que a EJA é marcada pela descontinuidade e por tênues políticas públicas insuficientes para dar conta da demanda potencial e do cumprimento do direito, nos termos estabelecidos pela Constituição Federal de 1988, que trouxe a garantia de Educação para Todos, reforçada mais tarde pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) nº 9.394/1996.^{3,6,9} Assim, esta modalidade de ensino pode ser considerada como um grande marco na evolução da educação brasileira ao permitir aos alunos que não conseguiram terminar os seus estudos por qualquer motivo, fazê-lo em menor tempo e associar o estudo ao trabalho, sendo muito comum aulas no período noturno.⁸

No que se refere à prática de AF no ambiente escolar da EJA, é importante observar que embora a disciplina de Educação Física (EF) faça parte do componente curricular, a mesma é facultativa ao aluno que: cumpre jornada de trabalho igual ou superior a seis horas; tenha idade maior que 30 anos; estiver prestando serviço militar inicial e; que tenha prole; ocasionando aos alunos desta modalidade de ensino, desmotivação ou até mesmo restrição da oferta desta prática pedagógica na instituição escolar devido a esta facultatividade.¹⁰

É importante ressaltar que a EJA trabalha com sujeitos marginais ao sistema, com atributos sempre acentuados em consequência de alguns fatores socioculturais como raça/etnia, cor, gênero, subempregos, desempregos, trabalhos informais, que representam múltiplas apartações que a sociedade brasileira excludente promove para grande parte da população desfavorecida econômica, social e culturalmente.¹¹

A EF promove diálogos que têm como pano de fundo a preocupação com os rumos da EJA por meio de um currículo emancipatório¹² ao introduzir e integrar o aluno, formar o cidadão que irá produzir, reproduzir e transformar a cultura da prática corporal, além de propiciar condições aos alunos de obter autonomia para monitorar as próprias atividades, regular o esforço, traçar metas, conhecer as potencialidades e limitações, distinguir situações de trabalho corporal e, estabelecer e respeitar as dimensões sociais,

econômicas, culturais, cognitivas e afetivas do jovem e do adulto em situação de aprendizagem escolar.^{12,13}

O processo de ensino e aprendizagem em EF aos alunos da EJA não se restringe ao simples exercício de certas habilidades e destrezas, mas sim de capacitar o indivíduo a refletir sobre suas possibilidades corporais e, com autonomia, exercê-las de maneira social e culturalmente significativa e adequada.^{12,13} Independentemente de qual seja o conteúdo escolhido, os processos de ensino e aprendizagem devem considerar as características dos alunos em todas as suas dimensões (cognitiva, corporal, afetiva, ética, estética, de relação interpessoal e inserção social)¹². O professor de EF na EJA deve ser o responsável pela elaboração de um planejamento dinâmico, que atenda às necessidades e interesses dos alunos, aliando conteúdos da cultura local às novas tendências de AF, ao associar experiências da vida cotidiana de forma espontânea, proporcionar aprendizagem mais significativa e trazer novos significados aos alunos.¹²⁻¹⁴

Ao compreender a dimensão ampliada da prática de AF e da importância do componente disciplinar da EF na formação de alunos da EJA, surgiram os questionamentos que nortearam o desenvolvimento deste estudo: qual o perfil do aluno da EJA que pratica AF e o que conhece sobre os benefícios adquiridos desta prática? A fim de identificar esses questionamentos, optou-se por investigar a realidade de alunos desta modalidade de ensino de um município goiano, com o objetivo de caracterizar o perfil dos alunos da EJA quanto à prática de AF.

MÉTODO

Estudo descritivo com abordagem quantitativa realizado com alunos da EJA, período noturno, da rede pública de ensino de um município do estado de Goiás. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, sob o parecer 2.538.011 em 12 de março de 2018, CAAE: 80539917.3.0000.5083, sob anuência da diretoria geral da instituição. Estudos desta natureza visam descrever as características de determinadas populações ou fenômenos, utilizando técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e/ou observação sistemática.¹⁵

Durante o período de coletas, a instituição em estudo possuía seis turmas (módulos) de EJA no período noturno, sendo três do ensino fundamental e

três do ensino médio, com um total de 259 alunos. Para compor a amostra deste estudo, optou-se por alunos que estiverem cursando o módulo do ensino médio. A amostra constituiu de 72 alunos que após aceitação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Apenas os dados consentidos foram incluídos na pesquisa.

Para a coleta de dados foi utilizado questionário semiestruturado, autoaplicável e individual com informações referentes ao perfil dos alunos do EJA sobre: hábitos diários, meio de transporte utilizado para ir à escola, prática regular de AF (frequência, localidade e duração da prática).

Para análise dos dados antropométrico peso e altura autorreferido dos alunos foi utilizado o Índice de Massa Corpórea (IMC), que é encontrado com a divisão do peso corporal em quilogramas pela estatura em metros elevada ao quadrado, sendo a classificação do IMC para adultos-jovens, de acordo com os padrões da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS)¹⁶ como: Baixo Peso (< 18,5); Eutrófico ($\geq 18,5$ e < 25); Sobrepeso (≥ 25 e < 30); Obesidade (≥ 30) e Obesidade Mórbida (acima de 40).

A tabulação dos dados foi realizada pelo Microsoft Excel[®] 2013. Em seguida, foram elaboradas tabelas para análise dos resultados com discussão dos resultados conforme literatura.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisadas respostas de 72 alunos da modalidade EJA do período noturno, destes 59,7% (n=43) eram do gênero feminino e 40,3% (n=29) do gênero masculino, com idade variando entre 18 a 51 anos.

A Tabela 1 apresenta os dados referentes ao peso, altura, IMC das alunas da instituição em estudo. Em relação à faixa etária, 35% (n=15) tinham idade entre 20 a 25 anos.

O cálculo do IMC é o indicador antropométrico mais utilizado para avaliação nutricional por ser uma medida facilmente aplicável, não invasiva, de baixo custo, sendo comum para diagnosticar o percentual de gordura devido à facilidade de obtenção e padronização das medidas de peso e altura, além de possuir alta correlação com a massa corporal e indicadores de composição corporal sem necessitar comparação com curvas de referência.^{16,17} O IMC

é ferramenta importante para avaliação, prevenção e controle de sobrepeso, obesidade e promoção da saúde, e deve ser aplicado nas aulas de educação física em todas as modalidades de ensino.¹⁷

As alunas na faixa etária entre 18 a 25 anos e 41 a 50 anos foram consideradas eutróficas (IMC 23,67 Kg/m²) representando 60,5% (n=26) das participantes do estudo. A faixa etária de 26 a 35 anos e maiores de 51 anos constituiu 27,9% (n=12) apresentaram sobrepeso (IMC 26,39Kg/m²). Já 11,6% (n=5) das alunas encontravam-se na faixa etária de 36 a 40 anos, apresentaram IMC preocupante, caracterizado por obesidade grau 1 (IMC 30,04kg/m²). Nenhuma das alunas do estudo apresentou baixo peso.

Tabela 1 - Peso em relação à altura e IMC, delimitado por faixas etárias de alunas de EJA, período noturno, valores médios.

| Idade (anos) | Quant. de Alunas | | Peso (kg) | Altura (m) | IMC (kg/m ²) |
|--------------|------------------|------|-----------|------------|--------------------------|
| | n | % | | | |
| 18-19 | 09 | 20,9 | 60,4 | 1,62 | 23,02 |
| 20-25 | 15 | 35,0 | 62,3 | 1,61 | 24,03 |
| 26-30 | 06 | 14,0 | 66,0 | 1,58 | 26,43 |
| 31-35 | 05 | 11,6 | 60,8 | 1,52 | 26,31 |
| 36-40 | 05 | 11,6 | 75,5 | 1,58 | 30,04 |
| 41-45 | 01 | 2,3 | 60,0 | 1,60 | 23,43 |
| 46-50 | 01 | 2,3 | 63,0 | 1,65 | 23,14 |
| + de 51 | 01 | 2,3 | 65,0 | 1,58 | 26,03 |

IMC= índice de massa corpórea

A Tabela 2 descreve os valores médios de peso, altura, IMC dos alunos. A faixa etária predominante 44,8% (n=13) foi entre 20 a 25 anos, valor semelhante ao encontrado no gênero feminino.

Tabela 2 - Peso em relação à altura e o IMC, delimitado por faixas etárias de alunos de EJA, período noturno, valores médios.

| Idade (anos) | Quant. de Alunos | | Peso (kg) | Altura (m) | IMC (kg/m ²) |
|--------------|------------------|------|-----------|------------|--------------------------|
| | n | % | | | |
| 18-19 | 10 | 34,5 | 72,1 | 1,70 | 24,94 |
| 20-25 | 13 | 44,8 | 66,58 | 1,70 | 23,03 |
| 26-30 | 04 | 13,8 | 75,88 | 1,72 | 25,64 |
| 31-40 | 02 | 6,9 | 77,0 | 1,70 | 26,64 |

IMC= índice de massa corpórea

Entre os homens, 79,3% (n=23) encontravam-se na faixa etária de 18 a 25 anos, foram considerado

eutróficos (IMC 23,98kg/m²) e 20,7% (n=06) apresentaram sobrepeso (26,14 kg/m²) nas demais faixas etárias.

Ao comparar os dados entre ambos os gêneros, observa-se entre as mulheres maior percentual de gordura, indicativo de sobrepeso e/ou obesidade grau 1. Pesquisas^{17,18} que utilizaram o IMC como avaliação nutricional realizados com escolares do EJA demonstrou semelhanças aos dados deste estudo, ao afirmar que mulheres tem uma maior tendência em adquirir obesidade e sobrepeso em comparação aos homens.

Foi investigada a adoção de comportamentos negativos à saúde. Em relação ao consumo de bebida alcoólica 31% dos alunos de ambos os gêneros (16 homens; 06 mulheres) afirmaram uso frequente. A Pesquisa¹⁹ Nacional de Saúde realizada em 2013 constatou que o uso de álcool é mais elevado em homens que em mulheres na faixa etária de 25 a 34 anos, o que corrobora com os achados deste estudo. Importante ressaltar que não foi averiguado o consumo associado à frequência do álcool.

O uso do tabaco foi confirmado por 14% dos alunos do estudo em ambos os gêneros (08 homens e 02 mulheres), evidenciando maior frequência entre homens. O que corrobora com os achado de Silva et al.²⁰ que analisaram que o consumo do tabaco entre o gênero masculino foi aproximadamente quatro vezes maior que o feminino.

Quanto às doenças pré-existentes, 21,6% (n=22) dos alunos da EJA confirmaram algum agravo crônico, sendo: 18,9% hipertensão arterial sistêmica (HAS) (06 homens; 13 mulheres) e depressão em 2,7% (n=3 do gênero feminino), presentes na faixa etária de 26 a 50 anos em ambos os gêneros. Observa-se predomínio de agravos crônicos entre alunas do EJA, associado às que apresentaram IMC equivalente a sobrepeso e obesidade grau 1, e entre os alunos todos (n=6) que referiram ter HAS afirmaram fazer uso de bebidas alcoólicas.

Alunos expostos ao excesso de peso, tabaco e bebidas alcoólicas, associado a agravos crônicos como HAS e depressão, além de proporcionar fatores de risco à saúde, apresentam possibilidade de atraso escolar ao comparado com alunos em situação de não-exposição.²¹ As instituições de ensino devem-se atentar e investigar sobre questões de saúde entre os alunos da EJA com o intuito de prevenir e combater determinantes de risco a saúde,²¹ ao implementar

programas que promovam qualidade de vida e incentivo a práticas de AF, sobretudo com estímulo em disciplinas como a EF escolar.

Buscou-se investigar o meio de transporte é utilizado pelos alunos da EJA para deslocamento até a escola e o tempo realizado.

O uso de motocicleta foi citado por 43% (n=31) dos alunos, seguido por carro 19,5% (n=14), ambos com tempo de percurso menor que 10 minutos. O uso da bicicleta foi indicado por 19,5% (n=14) e 13,9% (n=10) referiram ir a pé à escola, ambos com tempo médio entre 15 a 20 minutos. O uso de ônibus foi citado por 4,1% (n=3), com tempo de percurso maior que 30 minutos. Importante ressaltar que os alunos usuários deste meio de transporte eram moradores de outros municípios.

De acordo as variáveis analisadas, percebe-se que 62,5% dos alunos vão à escola conduzindo motocicletas e carros, vale destacar que historicamente os alunos da EJA são trabalhadores e utilizam o período noturno para complementar os estudos, saindo do trabalho direto para a escola. Pode-se justificar a grande utilização de veículos devido ao cansaço diário e também ao curto espaço de tempo decorrente entre a saída do trabalho e chegada à escola.

O uso da bicicleta como meio de transporte tem demonstrado ser benéfico por oferecer vantagens à saúde de quem pedala ao praticar AF¹⁶ e juntamente com a caminhada realizadas durante o percurso até a escola, promove bem-estar e melhora da qualidade de vida do estudante. Faz-se necessário propor alternativas de incentivo aos alunos da EJA o uso de outros meios, visto que o uso de transporte ativo (bicicleta ou à pé) promove diminuição do estresse, favorece experiências positivas e de bom humor, assim como a satisfação pessoal ao fazer a opção por essa modalidade.²²

Seja por meio do transporte motorizado (carros, motocicletas, ônibus) ou por transporte ativo (bicicleta ou a pé), a mobilidade nas cidades vem sendo cada vez mais estudada levando em conta questões referentes à sustentabilidade e qualidade de vida, resultando no que denomina mobilidade urbana sustentável.²² Investigar o tipo de transporte utilizado por alunos da EJA no deslocamento até a escola representa importante ferramenta para manter-se ativo e favorecer melhor qualidade de vida ao estudante.

Os alunos da EJA foram investigados quanto a prática de AF, descritos na Tabela 3.

Tabela 3 - Prática de atividade física dos alunos de EJA, período noturno.

| | Não praticam AF | | Praticam AF | |
|----------|-----------------|------|-------------|----|
| | n | % | n | % |
| Homens | 8 | 21,6 | 21 | 60 |
| Mulheres | 29 | 78,4 | 14 | 40 |

AF= atividade física

A prática regular de AF foi afirmada por 48,6% (n=35) dos estudantes da EJA na faixa etária entre 18 a 30 anos, sendo mais frequente entre os homens que em mulheres.

Destes, 34,3% (n=29) referiram satisfação e/ou bem estar pós AF, 10,6% (n=4) cansaço e 3,7% (n=2) relaxados e/ou tranquilos. Academias particulares foram referidas como local preferencial para prática de AF por 20% (n=19) dos alunos, seguido de 19,3% (n=18) em áreas públicas municipais e 9,3% (n=2) afirmaram que praticam AF exclusivamente nas atividades de EF oferecido na escola. Cabe ressaltar que na instituição investigada, a disciplina de EF é facultativa aos alunos da EJA.

A “não prática” de AF foi confirmada por 51,4% (n=37) dos estudantes da EJA, com idade entre 31 a mais de 51 anos. As mulheres apresentaram maior índice de sedentarismo, que confirma com os achados de percentual de gordura pelo IMC, que indicaram sobrepeso e/ou obesidade grau 1 em relação aos homens. Quando questionados aos estudantes sedentários quanto à oportunidade de praticar AF, 47,3% (n=34) declararam desejo em realizar AF regular, porém 4,1% (n=3) mencionaram que mesmo assim não praticariam AF alegando falta de tempo demandada pela jornada de trabalho associada aos estudos.

Todos os alunos foram questionados se a prática de AF demanda tempo em sua realização, 85,1% (n=61) declaram que não, alegando que o tempo gasto nas atividades poderia refletir em ganhos na qualidade de vida e bem estar. Os alunos que referiam que AF demanda tempo de dedicação atribuíram esta não prática ao cansaço associado aos estudos e jornada de trabalho.

O aluno da EJA por ter sofrido desvios no seu percurso escolar, pode encontrar maior dificuldade na adesão a prática de AF regular e em cursar educação física na escola e, conseqüentemente, atingir os objetivos esperados no bem estra físico proporcionado por esta atividade.

A EF escolar, apesar de ser facultativa, deve ser incentivada aos alunos da EJA e ser ministrada por um professor qualificado, graduado e licenciado em EF, o qual deverá apresentar propostas fidedignas com o cotidiano desses alunos e as dificuldades físicas e motivacionais de cada um, aprimorando informações referentes aos agravos crônicos e suas relações associadas ao sedentarismo.²³ Estudos demonstram que o sedentarismo apresentado pela falta de AF é considerado um fator de risco para doenças cardiovasculares como a HAS e agravos crônicos com a depressão, não apenas pela inatividade, mas também pela prática irregular de AF.^{17,19}

O conhecimento e o controle do corpo de praticantes de AF regular permite autoconhecimento no desempenho, adequando ao grau de exigência e de dificuldade dos exercícios, ao compreender as relações entre a prática de atividades corporais, o desenvolvimento das capacidades físicas e os benefícios que trazem à saúde.⁹

CONCLUSÃO

Este estudo buscou caracterizar o perfil dos alunos da EJA da rede pública de ensino de um município do estado de Goiás, período noturno, quanto a prática de AF. Foram analisadas respostas de 72 estudantes sendo 59,7% do gênero feminino e 40,3% do gênero masculino, cuja faixa etária predominante foi entre 20 a 25 anos.

As alunas apresentaram percentual de gordura pelo IMC, mais preocupante que aos alunos, indicando sobrepeso em 27,9% e 11,6% por obesidade grau 1. Esses valores foram evidentes nas faixas etárias entre 26 a 40 anos. Nenhum estudante apresentou baixo peso.

Quanto à adoção de comportamentos negativos à saúde, 31% dos estudantes afirmaram consumir bebidas alcoólicas, sendo mais frequente entre homens, sendo o uso do tabaco aproximadamente quatro vezes maior nos homens. Mulheres referiram maior incidência de agravos crônicos (HAS e depressão), percentual de gordura, indicativo de sobrepeso e obesidade com sedentarismo, na faixa etária de 26 a 50 anos. Entre os homens que referiram ter HAS, foi associado o consumo de bebidas alcoólicas e tabaco.

O uso de transporte ativo (bicicleta ou a pé) foi referido por 33,4% dos estudantes, com tempo médio de deslocamento entre 15 a 20 minutos. Esta

prática promove bem-estar, melhora da qualidade de vida do estudante e deve ser incentivada entre os estudantes da EJA.

A prática regular de AF foi afirmada por 48,6% dos estudantes da EJA na faixa etária entre 18 a 30 anos, sendo mais frequente entre os homens que em mulheres. Destes, 34,3% referiram satisfação e/ou bem estar pós AF, 10,6% cansaço e 3,7% relaxados e/ou tranquilos. As academias particulares foram referidas como local preferencial para prática de AF, seguido das áreas públicas municipais; 9,3% dos alunos afirmaram que praticam AF exclusivamente nas atividades de EF oferecido na escola. Cabe ressaltar que na instituição investigada, a disciplina de EF é facultativa aos alunos da EJA.

Uma vez que a EF é oferecida na instituição em ensino avaliada, porém como disciplina facultativa aos alunos da EJA, esta deve ser incentivada como alternativa de prática de AF ao apresentar estratégias de atividades/modalidades que possam despertar no estudante motivação quanto à prática e atributos advindos da qualidade de vida.

O sedentarismo (“não prática” de AF) foi confirmado por 51,4% dos estudantes da EJA, com idade predominante entre 31 a mais de 51 anos. Quando questionados quanto a oportunidade de praticar AF 47,3% dos estudantes declararam desejo em realizar AF regular, porém 4,1% mencionaram que mesmo assim não praticariam AF, alegando falta de tempo demandada pela jornada de trabalho associada aos estudos.

Todos os alunos foram questionados se a prática de AF demanda tempo e 85,1% afirmam que não, declarando que os tempos gastos nas atividades poderiam refletir em ganhos na qualidade de vida e bem estar. Os alunos que referiam que AF demanda tempo de dedicação atribuíram esta “não prática” ao cansaço associado aos estudos e jornada de trabalho.

Este estudo apresenta aspectos relevantes quanto à saúde do escolar: de um lado tem-se a EJA, modalidade de ensino que ao longo dos anos vem sofrendo pouco incentivo na qualidade da formação do estudante por parte do Estado, uma vez que o aluno tem que associar trabalho ao estudo e, de outro a EF escolar que mesmo presente na LDB, a própria legislação deixa lacunas quanto à importância e obrigatoriedade em todas as modalidades de ensino, evidenciando poucas informações relacionadas à prática da EF na EJA.

A prática de AF na EJA precisa ser incorporada e incentivada nas instituições de ensino por favorecer ganhos na manutenção da saúde, prevenção de doenças, promoção da saúde, melhora na qualidade de vida e rendimento escolar, além de trabalhar questões de saúde pública.

O estudo apresenta algumas limitações como indicadores autorreferidos de peso e altura, com possibilidade de subestimação e associações que podem não indicar causalidade de percentual de gordura entre os estudantes e, a amostra tem sido realizada somente com estudantes de um único período e ciclo do EJA, o que sugere que novos estudos sejam realizados para maior avaliação e comparação dos dados apresentados. Recomenda-se a implementação de políticas públicas que valorizem e incentivem a prática de AF entre os alunos da EJA, visto que a escola tem papel fundamental no contexto social e formação do aluno podendo propiciar uma educação de qualidade que priorize benefícios adquiridos da prática de atividade física.

REFERÊNCIAS

- Mattos AD, Santos JFS, Cardoso PR, Antonio T. Atividade física na sociedade tecnológica. *Revista Digital - Buenos Aires*; 2006. 94(1). Disponível em: <<https://www.efdeportes.com/efd94/tecono.htm>>.
- Silva AF, Oliveira MV, Oliveira SHA, Santos DF, Souza FG, Matos JPR, Figueiredo SAD. Risco coronariano em escolares da educação de jovens e adultos. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto - RPCD*. 2017; 3A: 112-21. Disponível em: <<https://rpcd.fade.up.pt/entradaPT.html>>.
- Strelhow TB. Breve história sobre a educação de jovens e adultos no Brasil. *RevHistedbr On-line*, 2010; 38(1): 49-59. doi:<https://doi.org/10.20396/rho.v10i38.8639689>
- Furlanetto KA, Cunha MM. Educação de Jovens e Adultos para a conquista da cidadania. *EvenPedagóg*, 2014; 5(2): 171-80. doi: <https://doi.org/10.30681/2236-3165>
- Araújo AKB. “Agora posso ler”: elas na Educação de Jovens e Adultos. *Even Pedagóg*, 2016; 7(2): 215-28. doi: <https://doi.org/10.30681/2236-3165>
- Haddad S, Di Pierro MC. Escolarização de Jovens e adultos. *RevBrasEduc. Mai - Ago, 2000.*; 14(1): 108-94.
- Soares L, Giovannetti MA, Gomes NL. Diálogos na Educação de Jovens e Adultos. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. 296p.
- Silva NN. Juventude, EJA e Relações Raciais: um estudo sobre os significados e sentidos atribuídos pelos jovens negros aos processos de escolarização da EJA. 2009. 127 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais.
- Brasil, Ministério da Educação. Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. Documento Base. Educação Profissional Técnica de Nível Médio / Ensino Médio. PROEJA - Programa Nacional de Integração da Educação Profissional com a Educação Básica na Modalidade de Educação de Jovens e Adultos. Brasília – DF, 2007. 72p. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf2/proeja_medio.pdf>.
- Brasil. Ministério da Educação. Lei nº 10.793, de 1º de dezembro de 2003. Altera a redação do art. 26, § 3º, e do art. 92 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que “estabelece as diretrizes e bases da educação nacional”. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>.
- Brasil. Ministério da Educação. Lei nº 10.793, de 1º de dezembro de 2003. Altera a redação do art. 26, § 3º, e do art. 92 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que “estabelece as diretrizes e bases da educação nacional”. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>.
- Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: Educação física / Secretaria de Educação Fundamental. Brasília: MEC/SEF, 1997. 96p Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro07.pdf>>.
- Darido SC. A educação física na escola e o processo de formação dos não praticantes de atividade física. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 2004; 18(1): 61-80. doi: <https://doi.org/10.1590/S1807-55092004000100006>
- Farinatti PTV, Ferreira MS. Saúde, promoção da saúde e educação física. Rio de Janeiro. Editora da UERJ. 2006.
- Gil, AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância alimentar e nutricional - SISVAN: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. [Andressa Araújo Fagundes et al.]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 120p. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/orientacoes_basicas_sisvan.pdf>.
- Silva, SA. Obesidade em alunos da educação de jovens e adultos (EJA) da escola municipal de ensino fundamental João Vieira Maciel. 2013. 30 f. Monografia (Licenciatura em Educação Física). Universidade de Brasília, Universidade Aberta do Brasil, Santana do Ipanema-AL, 2013.
- Silva AF, Oliveira MV, Oliveira SHA, Santos DF, Souza FG, Matos JPR, Figueiredo SAD. Risco coronariano em escolares da educação de jovens e adultos. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*. 2017; 3A: 112-21. Disponível em: <<https://rpcd.fade.up.pt/entradaPT.html>>.
- Machado IE, Monteiro MG, Malta DC, Lana FCF. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: relação entre uso de álcool e características sociodemográficas segundo o sexo no Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2017;20(3):408-22. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700030005>
- Silva EF, Laste G, Torres RLT, Hidalgo MPL, Stroher R, Torres ILS. Consumo de álcool e tabaco: fator de risco para doença cardiovascular em população idosa do sul do Brasil. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano* 2017;5(1):23-33. doi: <http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v5i1.2339>
- Almeida ATC, Araújo Júnior IT. Efeitos da exposição aos fatores de risco comportamentais à saúde sobre o atraso escolar no Brasil. *Revista Brasileira de Economia* 2016;70(2):129–69. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7140.20160007>
- Olekszechen N, Battiston M, Kuhnen A. Uso da bicicleta

como meio de transporte nos estudos pessoa-ambiente. *Desenvolv. Meio Ambiente* 2016;36(1):355-69. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/dma.v36i0>

23. Pereira A. Educação física para jovens e adultos (EJA) em uma escola de Campina Grande- PB. Monografia (graduação em educação física). 2011. 99f.

Recebido em: 18/02/2019

Aceito em: 12/07/2019

Como citar: BARROS, Anna Paula Mendonça; CAMARGO, Juliana Cristina. Perfil dos alunos de Educação de Jovens e Adultos em relação à prática de atividade física. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 1, jan. 2019. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/13200>>. Acesso em: 02 jan. 2019. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v2i1.13200>



Cuidados paliativos prestados pela equipe de enfermagem a residentes de uma instituição de longa permanência para idosos: um estudo de caso

Palliative cares provided by the nursing team to residents of a long-stay institution for elderly: a case study

Jéssica Vasconcelos Wink¹, Arlete Eli Kunz Da Costa¹, Luís Felipe Pissaia¹

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

RESUMO

lpissaia@universo.univates.br

Palavras-chave:
*Assistência Paliativa;
Cuidado de Enfermagem;
Serviços de Saúde para
Idosos; Instituição de Longa
Permanência para Idosos.*

Objetivo: conhecer os cuidados paliativos prestados pelos profissionais da enfermagem aos pacientes idosos que residem em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) em um município do interior do Rio Grande do Sul. **Método:** trata-se de um estudo de caso, descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada realizada para cinco técnicos em enfermagem e dois enfermeiros atuantes na instituição estudada. Os dados coletados foram analisados em conformidade com a Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** com base nos achados, identificou-se o conhecimento conceitual e prático sobre cuidados paliativos dos profissionais de enfermagem, bem como os cuidados prestados aos pacientes dentro da ILPI. E por fim, buscou-se refletir sobre os cuidados considerados paliativos pelos profissionais, bem como a assistência prestada para pacientes terminais. **Conclusão:** concluiu-se que alguns profissionais sequer sabiam o que eram cuidados paliativos, porém, responderam quais cuidados paliativos eram prestados e quais suas respectivas funções como equipe de enfermagem.

ABSTRACT

Keywords:
*Palliative Care; Nursing
Care; Health Services for the
Elderly; Institution of Long
Stay for the Elderly.*

Objective: to learn about the palliative care provided by nursing professionals to elderly patients residing in a Long-Term Care Institution for the Elderly (ILPI) in a municipality in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. **Method:** this was a qualitative descriptive and exploratory case study. Data collection was performed using a semi-structured interview administered with five nursing technicians and two nurses working at the studied institution. The data collected were analyzed according to Bardin content analysis. **Results:** the findings show that the nurses had conceptual and practical knowledge about palliative care, in addition to the care provided to patients within the ILPI. Finally, the article presents a reflection about the palliative care provided by professionals, as well as the care provided to terminally ill patients. **Conclusion:** some professionals did not even familiar with the term palliative care, but they were able to list what types of palliative care were provided and their respective roles as part of the nursing team.



INTRODUÇÃO

O tema “cuidados paliativos” vêm figurando com frequência as práticas assistenciais da área da saúde, principalmente desde a última década. No entanto, poucas práticas são adotadas para que os cuidados paliativos ocorram e os profissionais da saúde ainda encontram-se despreparados para tal atividade.¹ Sendo assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) refere que:

Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.¹

Ao longo da trajetória do ser humano, a doença e o sofrimento são partes da vida de muitas pessoas. Há muitos séculos atrás já existiam tentativas para o alívio da dor elaboradas por hindus, chineses e egípcios. Os rituais eram feitos de bebidas com ervas, regimes dietéticos, etc. Porém, o conhecimento era bastante restrito, e a expectativa de vida era somente de duas décadas. Nesta época, os centros de cura eram normalmente em lugares religiosos, como templos. Atualmente, substituímos os templos, por hospitais, clínicas, Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e aos cuidados terminais que oferecemos aos pacientes, chamamos de cuidados paliativos.²

No Brasil, a área paliativa ainda é muito recente, e são poucos serviços que oferecem este cuidado, principalmente pela falta de profissionais especializados para atuarem. Em âmbito nacional possuímos a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), fundada em 1997, e, também, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), fundada em 2005. Contudo, sabemos que não há unidades suficientes para suprir as demandas do nosso país.³

Neste contexto, percebe-se que a população idosa está crescendo em todo território nacional, em consequência do aumento da expectativa de vida, cresce a demanda por ILPI de apoio à rede de cuidados à pessoa idosa. Com o envelhecimento populacional também ocorre uma maior prevalência de doenças terminais ou o próprio envelhecimento fisiológico que obriga as equipes atuantes nas ILPI à prestarem os cuidados paliativos.⁴

As ILPI são consideradas um espaço de

promoção à saúde, estimulando bons hábitos em saúde para a população residente no local, visto que necessitam de alguns cuidados, orientações e terapias diversas para a manutenção de seu estado vital. Neste contexto, as ILPI também figuram como um espaço de realização dos cuidados paliativos para o público residente. A realidade brasileira das ILPI é de cuidados terapêuticos direcionados para estabilizar e oferecer a manutenção da qualidade de vida deste grupo populacional que necessita de acompanhamento e a realização de práticas distintas para a finalização do ciclo vital do indivíduo.⁴

A partir dessas constatações percebe-se que os cuidados paliativos devem ser abordados e efetivados no nosso país. Recebendo os devidos destaques e atenção da população, que conseqüentemente virão a se tornar idosos no futuro, sendo essenciais os profissionais da área da saúde estudarem e se aperfeiçoarem mais nesta área paliativa.^{1,4}

Os cuidados paliativos devem atribuir um cuidado integral e ativo, abordando no paciente todas possíveis dimensões do ciclo vital, prevenindo o surgimento de sintomas que aparecerão ao longo do tempo e que poderão causar a diminuição da qualidade de vida do indivíduo. Os cuidados paliativos são abordados no paciente nas últimas semanas ou nos últimos seis meses de vida, onde se percebe um estado gradativo de decadência vital.¹

Este estudo parte do problema de pesquisa: Como são realizados os cuidados paliativos pela equipe de enfermagem em uma ILPI de um município do interior do Rio Grande do Sul? Justifica-se a busca das informações devido à ausência de estudos que demonstrem efetivamente a prática de cuidados paliativos realizados pela equipe de enfermagem dentro de espaços de ILPI especificamente no interior do estado do Rio Grande do Sul. Desta forma, este estudo de caso objetiva conhecer os cuidados paliativos prestados pelos profissionais da enfermagem aos pacientes idosos que residem em uma ILPI em um município do interior do Rio Grande do Sul.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso, descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. Os participantes da pesquisa foram um total de sete indivíduos, sendo cinco técnicos em enfermagem e dois enfermeiros atuantes na ILPI estudada. O critério de inclusão dos participantes foi todos os profissionais

da área de enfermagem atuantes na ILPI à no mínimo seis meses. E o critério de exclusão foi todos os profissionais que estivessem em período de férias, afastamentos ou tempo de atuação na ILPI menor que seis meses.

Em relação ao perfil dos participantes, todos eram do sexo feminino e encontravam-se na faixa etária dos 21 a 38 anos de idade e atuantes nos turnos da manhã, tarde e noite na ILPI estudada. Não houve exclusões de participantes, sendo que todos cumpriram com o critério de inclusão, totalizando o número final de sete profissionais entrevistados.

Para a realização da pesquisa, fez-se contato com a coordenação da ILPI, explicando os objetivos do projeto, bem como os critérios éticos que envolvem todo o processo. Após o aceite para a realização da pesquisa, realizou-se contato com os participantes, sendo que na ocasião explicaram-se os objetivos do projeto, os critérios éticos, bem como as dúvidas gerais. Com o aceite dos participantes, agendou-se a realização de entrevista na estrutura da ILPI em horário de trabalho de cada um.

A coleta de dados ocorreu por meio da realização de uma entrevista individual, norteada por questões abertas que incluíam a busca por compreender as práticas de enfermagem em uma ILPI, e em específico a realização de cuidados paliativos neste espaço. As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos e seus áudios foram gravados. Estando de posse dos áudios, os pesquisadores realizaram a sua transcrição e análise com aproximações da Análise de Conteúdo de Bardin.⁵ A aproximação da Análise de Conteúdo proposta consiste em compreender os resultados, realizar o agrupamento de assuntos por pontos focais, sendo que estes darão origem às categorias temáticas que constituem as unidades de análise e discussão dos achados.

Todos os participantes cumpriram com os critérios éticos previstos, assinando em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para manter o sigilo dos participantes, utilizaram-se codinomes, sendo a letra “M” em maiúsculo, seguida de números ordinais sorteados aleatoriamente. Para a realização da pesquisa observou-se os critérios éticos para pesquisas com seres humanos previstos pela Resolução 466/12. Também se obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade do Vale do Taquari, por meio da CAAE 97596118.5.0000.5310 e com o número de parecer

3.012.213.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão apresentados os resultados e discussão referentes à coleta de dados, os quais foram agrupados em três subseções. Sendo a primeira, “Conhecimento sobre cuidados paliativos dos profissionais de enfermagem”, onde se buscou conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem sobre o tema de cuidados paliativos. Seguido pela segunda, “Assistência prestada aos pacientes na ILPI”, sendo neste quesito, investigado a ocorrência de cuidados paliativos em espaços de ILPI por meio das percepções da equipe de enfermagem. E, por último, “Cuidados que os participantes consideram paliativos”, categoria esta que delimita as considerações próprias da equipe de enfermagem sobre o trabalho realizado nas ILPI, tendo como base os conceitos e práticas de cuidados paliativos.

Conhecimento sobre cuidados paliativos dos profissionais de enfermagem

Ainda é recente a história dos cuidados paliativos no Brasil.⁶ Com base nos achados em literatura científica disponível, na graduação e pós-graduação preconiza-se a presença de disciplinas referentes ao cuidado paliativo, contudo não é essa a realidade.⁴ Desta forma, as participantes M1 e M4 afirmaram não saber o que são cuidados paliativos, relatando ainda que nunca visualizaram esses conteúdos em seus cursos.

Os demais participantes argumentaram sobre cuidados paliativos. Sendo que a maioria respondeu que são aqueles que evitam a dor do paciente em fase terminal, reforçando o que diz a filosofia do cuidar, que é baseada em dois elementos: 1) controle da dor e 2) cuidado com a parte psicológica, social e espiritual.⁷ Assim sendo, o controle efetivo da dor e de outros sintomas é fundamental para o tratamento de um paciente em cuidados paliativos, consonante a isso, a participante M6 relata o seguinte trecho:

[...] Não tinha outra coisa pra se fazer, a gente dava medicação para controle de dor. [...] É uma área pouco estudada, mas que tem um benefício muito grande, tanto do controle da dor ali é muito importante. A pessoa sentindo dor, ela já não tá em si, sua pressão já tá alterada, tu já tá com

esforço respiratório, ainda mais o idoso que descompensa muito rápido [...].

Para tanto, deve-se ter “cuidados ativos e totais” com pacientes terminais, mesmo sabendo que ele não responde a tratamentos curativos, promovendo, com os cuidados paliativos (controle de dor, apoio psicológico, espiritual), o desenvolvimento da qualidade de vida para este paciente, para sua família e para seus entes.¹ Por este motivo que os cuidados paliativos utilizam uma abordagem multidisciplinar, visando o cuidado integral e total deste paciente, fazendo-o principalmente não sentir dor.⁷

Ainda sobre o questionamento das atividades relativas ao cuidado paliativo, M2 faz seu apontamento sobre o assunto no trecho: *São os cuidados pra ter o paciente estável. Pra não deixar sentir dor. A gente faz os cuidados, mantém ele pra não sentir dor até o final da vida.* Percebe-se que a dor aparece com frequência nas situações paliativas que os participantes relataram. Sob o mesmo limiar, M7 relata: [...] *Não deixar que eles tenham dor.* Sob esta situação pactua-se que o cuidado paliativo relaciona-se com o alívio do sinal doloroso, conforme lembra o participante M5, a seguir: [...] *É o mesmo tratamento só que não tem mais o que fazer. Fazem medicação que precisa, pra dor também.* Desta forma, os cuidados paliativos relacionam-se com a oferta de qualidade de vida a um paciente em estado terminal, o qual se encontra em sofrimento, e desta forma, a equipe oferece alento e qualidade de vida.¹

Assistência prestada aos pacientes na ILPI

Em relação às atividades de cuidados paliativos mais prevalentes dos profissionais em uma ILPI, elencou-se a observação e descrição de sinais e sintomas, promover cuidados de higiene e conforto, administrar medicações, ajudar na alimentação, dentre outras.⁸

Desta forma, os participantes citaram algumas das atividades assistenciais realizadas na ILPI. Com base nas atividades individuais, M1 relata: [...] *Auxilia os “vós”, na troca, no banho, na locomoção, na hora do almoço, na hora do café, a gente faz tudo.* [...] *Cada técnica fica uma semana na medicação.* Seguida por M2 que mantém o limiar de atividades realizadas, incluindo algumas atividades personalizadas aos pacientes, conforme o trecho, a seguir: *A gente tem os banhos, os momentos de lazer dos residentes, onde eles escutam música, por exemplo, agora tá tendo um*

culto, tem atividades que vem de fora fazer com eles, tem a alimentação, higiene. Cada um tem seu quarto. É bem completo, é onde eles moram. Cuidados técnicos também são lembrados, como os citados por M4: *Curativo, higiene, profilaxia, a gente faz barba, cabelo, unha. Cada semana fica uma técnica na medicação e se reveza.* Algumas atividades, como a aplicação de medicações e instalação de sonda foi relatada pelo participante M5, a seguir: [...] *Quando eu tô na medicação, eu fico só na medicação, daí eu separo medicação, abro as medicações instalo dieta sonda nasoentérica.* Destacando-se também a realização de primeiros socorros, conforme o trecho citado por M7: [...] *Se acontece alguma emergência, prestam-se os primeiros socorros.*

Percebe-se que os participantes realizaram relatos sobre sua rotina de trabalho, e cada profissional teve papel diferente no cuidado ao paciente, contudo todos trabalham com um objetivo em comum. A equipe de enfermagem direciona o cuidado direto e indireto de pessoas nos diferentes níveis de complexidade do cuidado, incluindo as ILPI. As ações realizadas pela enfermagem são voltadas para a avaliação do paciente, auxílio da equipe multiprofissional, interação com a família e coordenação do cuidado planejado.⁹

Mesmo havendo um objetivo em comum na realização dos cuidados paliativos, algumas ações profissionais acabam por diferenciar-se. Tem-se como exemplo os enfermeiros, que citaram algumas das suas atribuições, conforme o relato abaixo citado por M3:

O enfermeiro faz mais a gestão, parte da assistência também, mas mais a gestão. A gente que tem que coordenar tudo, a parte de medicação, dos residentes, dos familiares, medicamentos, médicos tem que solicitar quando é preciso. Tem que avaliar o residente para ver como ele tá dependendo da situação, um estado de saúde mais grave, a gente avalia sempre. Todo dia a gente tem que ficar em função, pois tem 45 residentes e mais 45 famílias, e mais a gestão.

Percebe-se que a gestão do paciente está presente nas atividades do enfermeiro. O mesmo pode ser observado no relato transcrito de M6, a seguir:

[...] Muitas vezes precisa pegar acesso venoso pra fazer medicação aqui. [...] Cada residente tem seu médico dentro

da casa responsável, a maioria é de dois que tem na cidade. Eles têm uma confiança bem grande em nós, às vezes eles preferem não levar para o hospital, pra não correr o risco de pegar bactéria ou outro quadro, e acabam prescrevendo e a gente acaba fazendo as medicações aqui também. [...] Se necessário a gente leva pro hospital, é a enfermagem que leva, faz todo o acompanhamento.

Desta forma, percebe-se a importância do trabalho em equipe. Todos os profissionais da equipe de enfermagem trabalham em conjunto para alcançar os resultados esperados com a aplicação dos cuidados paliativos ao paciente. Desta forma, mesmo havendo atribuições profissionais privativas, a assistência ocorre em equipe, com a união e trabalho em equipe.⁷

Cuidados que os participantes consideram paliativos

A prática de cuidados paliativos encara a morte como um processo natural, não adiando e nem prolongando o estado terminal do paciente. Neste contexto, a espiritualidade ganha força, sendo praticada por meio de crenças religiosas que apoiam e fortalecem as necessidades do paciente.⁷ Cabe a equipe de saúde, compreender e utilizar deste apoio para a realização dos cuidados paliativos. Intuindo que, a espiritualidade atinge não somente o paciente, mas seu meio social, sendo a família e a comunidade. Para tanto, os participantes da pesquisa relataram sobre a importância da espiritualidade no contexto de organização e realização dos cuidados paliativos, inferindo sobre a necessidade de aliar às próprias práticas. Tal fato pode ser verificado no relato de M2, a seguir: *Geralmente eles não sentem dor. [...] Toda sexta-feira tem o culto evangélico. Tem a missa católica também todo mês, que faz na capela ali atrás, reza com eles.* O participante M5 também realiza o relato, no seguinte trecho: [...] *Tem missa, a gente tem capela uma vez por mês, isso é importante, ajuda muito.*

Para tanto, percebe-se que os pacientes em fase terminal precisam de conforto, atenção, cuidados focados em sua totalidade, o que inclui a espiritualidade. Inverteu-se a lógica de cura sobre a realização de cuidados paliativos, passando a atentar-se para um objetivo de conforto ao paciente. Com isso, o conforto deve ser voltado ao paciente em sua totalidade,

pensando de forma estrutural, como a disponibilidade de quartos aconchegantes, ar condicionado, mural de fotos, bem como, organizacional, e também mediante a qualidade da assistência oferecida pela equipe.¹⁰ Refletindo ainda sobre a realização de cuidados paliativos, os participantes comentam sobre as diversas situações que remetem para a sua realização. No relato de M6 verifica-se uma dessas situações: *Bom, aqui na instituição a gente faz bastante os cuidados paliativos, a enfermagem muito mais porque a gente faz um conforto, um cuidado paliativo mediante ao conforto que a gente dá ao restante da vida do residente/paciente que reside conosco.* A realização de atividades de conforto permeiam os relatos e significam a realização dos cuidados paliativos, conforme o relato de M6, a seguir: *Tentava dar o maior conforto pra esse paciente, pra terminar o resto da vida deles com o maior conforto. [...] a gente fazia medidas de conforto diariamente, todos os turnos.*

A oferta de conforto ao paciente em estado paliativo torna-se evidente e assume uma fundamental importância em relação à temática, sendo relacionada à capacidade de organizar e direcionar as ações da equipe. Neste quesito, a autonomia é um dos principais conceitos tratados em cuidados paliativos, respeitando as vontades e pedidos que o paciente faz a equipe, devendo ser, sempre que possíveis, atendidos, visando a liberdade na tomada de decisões. Quando a equipe oferece a oportunidade do paciente demonstrar sua autonomia, a relação entre ambos é fortalecida, favorecendo a realização de um cuidado baseado na confiança e empatia profissional.¹⁰

Uma dessas situações foi relatada pelo participante M6 no trecho a seguir:

[...] Até 2 dias antes de falecer, ela solicitou que o filho dela fosse ver ela, a nossa parte a gente fez, ligou para o filho, dizendo o desejo dela, mas ele não conseguiu comparecer. A parte da enfermagem a gente fez, a gente deita no travesseiro com a consciência tranquila.

Percebe-se que a realização dos desejos do paciente é um fator indispensável na realização dos cuidados paliativos. O conforto inter-relaciona-se com disponibilidade da equipe em realizar ações paliativas que geram qualidade de vida ao paciente terminal. Desta forma, verifica-se a importância da equipe multiprofissional neste contexto.

A equipe multiprofissional atenta para a realização dos cuidados paliativos, visando abranger o paciente em todos os aspectos, sendo mentais, físicos, espirituais e sociais. Refletindo sobre ações baseadas nos aspectos multiprofissionais. Sendo assim, o paciente em fase terminal é visto em sua integralidade, exigindo a troca de informações e comunicação entre os profissionais, bem como a tomada de decisões em detrimento ao plano de cuidados. A forma de trabalho em equipe traz uma atuação mais ampla e diversificada, tornando seus membros mais familiarizados com os casos, e conseqüentemente trazendo benefícios para o paciente.⁶

Sobre o quesito de atuação da equipe na realização dos cuidados paliativos, verificou-se que os mesmos apresentam uma compreensão ampla sobre o tema, conforme cita o participante M3, no trecho abaixo:

[...] Porque aqui é uma equipe, cada um faz uma parte, tanto nós enfermeiros como as gurias, como a psicologia, a nutricionista, tem o médico, mas aí é particular, só o médico que é particular, mas o restante o fisioterapeuta, é uma equipe, que trabalha junto pra melhorar o cuidado desse residente.

No relato pode ser verificado que o participante destaca o trabalho individual de cada profissional da equipe, contudo ocorre a lembrança de sua totalidade, dos aspectos de trabalho em conjunto que visa o benefício ao paciente. O mesmo direcionamento das ações é citado pelo participante M6, a seguir: [...] *Então cada profissional tanto da fisioterapia, educadora física, nutrição, a gente anda, trabalha todo mundo bem unido pra gente conseguir fazer esse cuidado paliativo com esse residente.* Sob o mesmo limiar, o participante M7 cita a importância dos profissionais da equipe multiprofissional ao destacar que alguns pacientes remuneram outros profissionais para suprir a demanda que a equipe de cuidados paliativos não consegue cumprir. Tal fato pode ser verificado a seguir: [...] *Tem psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, preparadora física. Os pacientes "terminais" tem acompanhamento com todos esses profissionais, tem também até fisioterapeuta que eles pagam separado que vem de fora. Se o familiar quer, eles pagam.*

As atividades exercidas pelos profissionais se destacam pelo diferencial em oferecer as demandas

levantadas pelo paciente. O contato frente à pessoa que necessita de cuidados paliativos se baseia em empatia, apoiando em momentos difíceis, principalmente de dor e sofrimento. A atenção também deve se voltar à dimensão emocional, utilizando elementos importantes no cuidado, como a comunicação, o apoio, carinho, a compaixão, honestidade e principalmente realizando a escuta deste paciente, para que ele possa expressar seus sentimentos e desconfortos.¹¹ A necessidade de oferecer o apoio para esta situação pode ser verificada no relato de M6: [...] *Além deles ganharem o amor e o carinho que a gente dá diariamente pra eles.*

Contudo, ao refletir sobre a realização de um cuidado integral, espera-se que a formação desses profissionais atuantes nas equipes, seja humanizada, **ética** e respeitosa, pois o cuidado com este paciente paliativo necessita ser visto e tratado de maneira diferenciada. Na interdisciplinaridade deve haver interação entre os componentes da equipe, baseando os diálogos em linguagem adequada e objetivos comuns, havendo uma troca de saberes e encaminhamentos adequados.¹²

A comunicação entre os membros da equipe deve fluir de modo horizontal, que seja fortalecida pela necessidade em qualificar a assistência e oferecer o melhor do grupo para a realização do plano de cuidados. Neste sentido, pode ser verificado o mesmo limiar nos relatos de alguns participantes, sendo visto no de M7: [...] *Qualquer alteração a gente liga para a enfermeira, se precisa encaminha para o hospital [...].* Percebe-se que a comunicação entre a equipe é importante e merece destaque no contexto dos cuidados paliativos, o mesmo é referido pelo participante M6, a seguir: [...] *A gente tenta ter um contato bem direto com os médicos quanto a isso, porque todo residente que vem aqui pra casa, eles vêm com o intuito de terminar o resto da vida conosco [...].* Sendo perceptível nestes casos que a comunicação e interação entre os componentes da equipe tornam-se essencial para a realização de um plano de cuidado efetivo e integral, condizendo com as necessidades do paciente e nos modelos de atuação em cuidados paliativos.

O paciente terminal necessita de um cuidado digno, que ofereça amparo e preste uma assistência autônoma e condizente com as suas necessidades. Muitos pacientes que se encontram neste estágio do ciclo vital optam por passar seus últimos momentos em sua residência, ou em um local confortável.

Atualmente, muitas são as instituições que buscam inserir novos programas e leitos que abriguem pacientes em fase terminal, sendo considerado um grande desafio, contudo em países onde existem lugares específicos há pouca procura pela população.¹³ Os cuidados paliativos são cuidados diferenciados, pois toda a equipe é responsável, visando o suporte integral e permitindo que o paciente viva ativamente os momentos finais.¹⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se que a equipe atua de forma interdisciplinar. Sendo perceptível que cada um efetua seu papel de modo adequado, unindo todas as profissões, tendo um diálogo entre profissionais, havendo comunicação, troca de conhecimento, visando trazer um conforto qualificado ao paciente paliativo. Percebe-se, através das entrevistas, o amor e compaixão pelo qual os participantes tratam estes pacientes, e para eles é de grande importância a oferta do cuidado humanizado.

Verificou-se que a religião está presente no cotidiano, onde os pacientes se sentem bem diante da prática de suas crenças, mantendo a sua fé. Identificou-se que a instituição preza o contato com as entidades religiosas, bem como, a equipe compreende e estimula as práticas religiosas como parte do plano de cuidados realizados.

Observou-se que o tema cuidados paliativos ainda permanece ligado ao sentimento de dor e seu possível controle. Com este estudo foi possível verificar que o principal componente para o cuidado é fazer com que o paciente não sinta dor, oferecendo o apoio e o conforto necessário para o momento pelo qual está passando.

Sendo assim, a equipe de enfermagem detém o maior contato com o paciente paliativo, e ele necessita ser visto de forma diferente perante os demais, pois os cuidados não serão baseados na cura da doença, mas sim na busca por amenizar a dor, e trazer o maior conforto possível. Com este estudo pretende-se disseminar conhecimento sobre a realização de cuidados paliativos, seguindo suas premissas de humanização, baseada na autonomia do paciente e na

responsabilização da equipe multiprofissional.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2. ed. Geneve: WHO; 2012.
2. Santos FS. Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio dos sintomas. São Paulo: Atheneu; 2011.
3. Rodrigues AB, Oliveira PP. Oncologia para enfermagem. São Paulo: Manole; 2016.
4. Silva JV. Saúde do idoso e a enfermagem: Processo do envelhecimento sob múltiplos aspectos. 1. ed. São Paulo: Iatria; 2013.
5. Bardin L. Análise de Conteúdo. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.
6. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. Ciên Saúde Colet 2013;8(9):2577-88. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012>
7. Pimenta CAM, Mota DDCF, Cruz DALM. Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, medicina e psicologia. São Paulo: Manole; 2006.
8. Santos SSC, Silva BT, Barlem ELD, Lopes RS. The nurse role in the seniors' long permanence institution. Rev Enferm UFPE on line 2008;2(3):291-9. doi: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.351-11415-1-LE.0203200812>.
9. Carvalho RT, Parsons HÁ, organizadores. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. Ampl. e Atual. 2. ed. Porto Alegre: Solo; 2012.
10. Oliveira SG, Quintana AM, Budó MLD, Morais NA, Garcia RP, Sartor SF, et al. Internação domiciliar na terminalidade: escolhas terapêuticas e medidas de conforto no olhar do cuidador. J Nurs Health 2013;3(2):221-32. doi: <http://dx.doi.org/10.15210/JONAH.V3I2.3731>
11. Araújo, MMT, Silva MJP. O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos. Texto Contexto Enferm. 2012; 21(1): 121-9.
12. Benarroz MO, Faillace GBD, Barbosa LA. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. Cad. Saúde Pública 2009;25(9):1875-82. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900002>
13. Floriani CA, Schramm FR. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. Cad Saúde Pública 2007;23(9):2072-80. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000900015>
14. Monteiro FF, Oliveira M, Vall J. A importância dos cuidados paliativos na enfermagem. Rev Dor 2010;11(3):242-8.

Recebido em: 06/03/2019

Aceito em: 09/07/2019

Como citar: WINK, Jéssica Vasconcelos; COSTA, Arlete Eli Kunz da; PISSAIA, Luís Felipe. Cuidados paliativos prestados pela equipe de enfermagem a residentes de uma instituição de longa permanência para idosos: um estudo de caso. Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde, Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 1, jan. 2019. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/13279>>. Acesso em: 30 jul. 2019. doi: <https://doi.org/10.17058/rips.v2i1.13279>



Programa de promoção da saúde: uma proposta para o trabalhador portuário no sul do Brasil

Health promotion program: a proposal for dock workers in southern Brazil

Maitê Peres de Carvalho¹, Maria Cristina Flores Soares²

1 - Universidade Federal do Rio Grande (FURG) Rio Grande, RS, Brasil.

2 - Université Pierre et Marie Curie, LISE/CNRS, França.

RESUMO

Introdução: o ambiente laboral portuário é notoriamente conhecido como um local que oferece diversificados riscos à saúde dos trabalhadores. **Objetivo:** propor um programa de promoção da saúde direcionado aos trabalhadores portuários avulsos. **Método:** trata-se de um programa de promoção da saúde elaborado com base em achados de estudos transversais prévios e na observação da rotina laboral do porto além de conversas informais com os trabalhadores e colaboradores do Órgão de Gestão de Mão de Obra do Porto do Rio Grande/RS. O modelo a ser seguido foi adaptado de O'Donnell (2013) e abrangeu as seguintes etapas: pactuação com os gestores, sensibilização, proposição de mudança do estilo de vida, proposição de ambiente favorável e avaliação. **Resultados:** foram estabelecidos 3 gestores e uma equipe de promoção da saúde a fim de sensibilizar os trabalhadores portuários e propor mudanças benéficas no estilo de vida, estimulando o desenvolvimento de um ambiente laboral mais favorável e, ao final de 12 meses de implementação, avaliar o impacto desse programa. **Conclusão:** ressalta-se a relevância da implementação e manutenção deste programa a fim de propor uma nova concepção a respeito do autocuidado com a saúde dos trabalhadores propiciando maior qualidade de vida no trabalho.

maite_carvalho@yahoo.com.br

Palavras-chave:

*Saúde do trabalhador;
Fatores de risco; Doenças
ocupacionais; Qualidade de
vida.*

ABSTRACT

Introduction: it is well known that the port work environment offers various risks to workers' health. **Objective:** the aim of the present article was to propose a health promotion program directed at casual dock workers. **Method:** this is a health promotion program based on findings of previous cross-sectional studies and observation of the port work routine, as well as informal conversations with workers and collaborators of the Labor Management Department for Casual Port Work of the Port of Rio Grande (OGMO/Rio Grande). The adopted model was adapted from O'Donnell (2013) and included the following steps: management agreement, raising awareness, lifestyle change proposal, proposal of favorable environment, and evaluation. **Results:** three managers and a health promotion team were established to raise awareness among dock workers and propose beneficial lifestyle changes, incentivizing the development of a more favorable working environment. At the end of 12 months of implementation, the program's impact was evaluated. **Conclusion:** the results highlight the importance of implementing and maintaining this program to propose a new way of conceiving self-care relative to workers' health, providing higher quality of life at work.

Keywords:

*Occupational health; Risk
factors; Occupational
disease; Quality of life.*



INTRODUÇÃO

É crescente a prática de implantação de programas de promoção da saúde (PPSs) nos ambientes laborais em vista da sobrecarga multifatorial a que os trabalhadores são submetidos. Sob a visão do campo da saúde, os PPSs são extremamente úteis para o avanço do conhecimento, consciência do risco e melhoria no estado de saúde da população-alvo, reduzindo a incidência de agravos e os custos com a saúde. Gestores com visão empreendedora já perceberam há algum tempo que colaboradores saudáveis e com qualidade de vida no trabalho aumentam significativamente a produtividade da empresa e desenvolvem suas atividades com maior motivação.¹

É importante ter claro que a promoção da saúde é um processo que demanda capacitação da comunidade a fim de que esteja apta a atuar diretamente na melhoria da sua própria qualidade de vida e saúde. Trata-se de uma responsabilidade múltipla que deve envolver ações dos gestores, capacitação e desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas, além de parcerias intersetoriais na definição de prioridades, planejamento e implementação de estratégias que promovam a saúde.²

O ambiente laboral portuário é descrito pelos trabalhadores como um local perigoso devido à falta de organização do trabalho e às condições heterogêneas sob as quais é realizado cotidianamente. São reconhecidos diversos riscos como a queda de objetos suspensos, ruídos e intempéries, além do levantamento manual de cargas e dos ternos de trabalhadores com componentes em número abaixo do ideal.³ Ademais, características como o manejo de cargas pesadas, o constante ato de caminhar, subir e descer rampas independente das condições climáticas, além de amarrar mercadorias em espaços restritos e atracar navios, associada à ausência de vínculo empregatício em um regime de trabalho baseado em escalas por turnos, tornam *sui generis* o ambiente laboral portuário.

Embora a literatura seja escassa com relação à saúde do trabalhador portuário, observa-se alguns achados preocupantes. Aproximadamente 43% dos trabalhadores portuários avulsos (TPAs) relatam que seus colegas já trabalharam sob o efeito de drogas sendo o álcool (94,7%) e a maconha (77,3%) os mais utilizados.⁴ Já em 2008, outro estudo observou uma prevalência de atividade física de 80,5%, mas,

ainda assim, 68,9% dos trabalhadores apresentou sobrepeso/obesidade.⁵ Ainda em 2008, 93,5% dos TPAs reconheceram a existência de diversos riscos à sua saúde no trabalho, como levantamento manual de carga, escada de acesso às embarcações, ganho por produtividade e queda de objetos suspensos.³ As doenças relacionadas ao trabalho mais referidas pelos TPAs foram distúrbios osteomusculares (71,9%) e transtornos mentais (41,5%).⁶

Outro estudo ainda aponta que os TPAs identificaram influência negativa do trabalho para comprometimentos respiratórios, auditivos, regulação do sono e manutenção de hábitos alimentares saudáveis.⁷ Já em 2016, encontrou-se 70,4% dos TPAs com sobrepeso e/ou obesidade e 37,4% com distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho, sendo a região lombar a mais afetada.⁸

Tendo em vista os achados sobre a população-alvo deste estudo, a proposta do PPS direcionada aos TPAs pretende discutir e orientar a respeito de uma metodologia e logística factíveis para promover saúde diante dessa realidade laboral. Espera-se que a implementação desse PPS proporcione a médio prazo uma mudança na cultura do autocuidado, bem como no âmbito da educação em saúde entre essa classe de trabalhadores.

MÉTODO

Devido a uma privilegiada e estratégica localização geográfica, o município do Rio Grande (32° 2' 06" S 52° 5' 56" O) possui o único porto marítimo do Estado do Rio Grande do Sul, o qual também é considerado um dos mais importantes do país, tendo em vista o grande fluxo de navios oriundos das mais variadas partes do mundo e do próprio Brasil.

A população-alvo deste estudo é composta por TPAs, os quais são distribuídos em 6 categorias: estivadores, capatazia, conferentes de cargas, vigias, blocos e consertadores. No ambiente portuário, toda e qualquer movimentação de mercadorias é realizada por esses trabalhadores, os quais são intermediados pelo Órgão de Gestão de Mão de Obra (OGMO) para prestar serviços – de forma eventual e sem vínculo empregatício – às empresas que operam nos portos.

As atividades portuárias ocorrem ininterruptamente durante as 24 horas do dia, logo, existem 4 turnos de trabalho que oferecem ao longo do dia e da noite diferentes tipos de serviço de acordo com a demanda dos navios que atracam no porto. O

regime de trabalho portuário é baseado em um sistema de rodízio, o qual não permite ao TPA executar consecutivas vezes a mesma função, oportunizando a todos os trabalhadores capacitados para aquela função, realizarem-na periodicamente conforme a demanda de serviço. Existem também alguns tipos de trabalhos que são mais disputados que outros, pois são mais rentáveis financeiramente. Também há tarefas pouco frequentes, ou ainda, outras tarefas em que muitos TPAs possuem capacitação para executar, diminuindo a regularidade com que os trabalhadores são escalados para essa função nesse sistema de rodízio de trabalho. No entanto, é importante ressaltar que o TPA é livre para optar se realizará o tipo de trabalho para o qual foi escalado, podendo recusar o serviço e ficar à espera de ser chamado novamente. Essa logística peculiar de trabalho torna o ambiente laboral portuário atípico e complexo.

Estima-se que, aproximadamente, 970 TPAs poderão ser beneficiados com a proposta do PPS, de acordo com o número de trabalhadores registrados no OGMO no momento do estudo. O intuito é que este PPS seja dinâmico, podendo acolher novos integrantes a qualquer momento, pois o trabalhador será livre para optar por sua adesão ao programa. No entanto, para fins de avaliação ao final dos 12 meses, será calculada uma amostra aleatória de TPAs, a partir do número de interessados em compor o PPS e respeitando-se a proporcionalidade de acordo com cada categoria de trabalhador.

Os PPSs e melhoria da qualidade de vida costumam ser abrangentes, exigindo uma análise prévia da situação atual de determinada população a fim de identificar a problemática – e por isso são bem-vindos em conjunto a estudos transversais – para então, baseados nessa análise, identificar os pontos que necessitam de intervenção.⁹ Sendo assim, este PPS baseou-se em estudos transversais prévios realizados com TPAs,³⁻⁸ bem como na observação da rotina laboral no porto e em conversas informais com os TPAs e colaboradores do Órgão de Gestão de Mão de Obra do Porto do Rio Grande (OGMO/RG).

Ressalta-se que existem distintos modelos de PPSs com características e objetivos semelhantes, salvo certas particularidades do objeto de estudo.¹⁰⁻¹² Entretanto, como o ambiente portuário é singular, o PPS proposto necessita seguir uma metodologia flexível e específica para a viabilidade e o sucesso em sua implantação. Para tanto, o modelo a ser seguido

foi adaptado de O'Donnell,¹² visto que se mostrou mais complacente às condições de trabalho portuárias, e irá abranger as seguintes etapas: pactuação com os gestores, sensibilização, proposição de mudança do estilo de vida, proposição de ambiente favorável, avaliação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pactuação com os Gestores

Nesta fase faz-se necessária uma reunião a fim de estabelecer o primeiro contato com os gestores do OGMO a fim de conscientizá-los da situação atual de saúde dos TPAs a partir dos estudos prévios. Essa pactuação é de extrema importância, visto que os gestores representam o ponto de referência do programa para os trabalhadores;¹³ dessa forma, serão sugeridos três gestores principais: um membro do OGMO representado pela assistente social, um membro representante dos sindicatos dos TPAs e um membro externo ao porto, representado pela pesquisadora principal deste estudo. A partir de então, serão discutidos pontos importantes para a viabilização do programa visando identificar os atores que serão responsáveis por auxiliar ponto a ponto o PPS.

A assistente social, a assistente de treinamento e capacitação dos trabalhadores e, a equipe de segurança do trabalho são pontos-chave nesse processo. Contudo, também pretende-se solicitar apoio à médica do trabalho do OGMO a fim de que oriente e incentive os trabalhadores acerca dos benefícios da adesão ao programa e do autocuidado com a saúde.

De uma forma bem objetiva, é preciso ter a consciência de que, atualmente, o porto não oferece a estrutura física completa que será necessária para o programa proposto. Para tanto, é preciso a pactuação e a identificação de parcerias que viabilizem financeiramente essa proposta. Tal processo será realizado em conjunto pelos três gestores principais deste programa a fim de decidir as melhores opções estratégicas. Ressalta-se a importância de se ter um comportamento ético e transparente com os colaboradores assegurando a privacidade dos achados do estudo e oferecendo confiança e credibilidade. Dessa forma, é possível maior adesão de todos os envolvidos no processo, fato de extrema relevância para o sucesso do PPS.¹⁴

Sabe-se que o OGMO é responsável por gerir a mão de obra portuária, mas os TPAs são avulsos, não possuindo vínculo empregatício. Se estivessemos nos referindo a pessoas vinculadas à uma empresa, por exemplo, a partir do momento que houvesse uma política referente a um PPS na empresa, haveria maior probabilidade de participação dos sujeitos, pois os colaboradores se sentiriam no dever de aderir ao programa. Tendo em vista tais características, será necessário estabelecer um vínculo com os sindicatos dos TPAs para que seja possível sensibilizá-los sobre a importância desse programa para a saúde dos trabalhadores e consequente manutenção do quadro de TPAs ativos e saudáveis no trabalho.

Sensibilização

A falta de conhecimento sobre sua situação de saúde impede o indivíduo de mantê-la sob controle e obter um acompanhamento adequado.¹⁵ Dessa forma, é necessário que haja foco na educação em saúde abordando o que caracteriza os processos álgicos e quais suas consequências de maneira clara e de acordo com a realidade do trabalhador. O autoconhecimento sobre a doença é a base para se atingir a prática correta do autocuidado assim como a participação efetiva, o comprometimento com o tratamento e a mudança no comportamento.^{16,17}

Assim, nesta etapa é proposta uma roda de conversa com os TPAs para expor os agravos avaliados em estudos prévios e algumas formas de amenizá-los no cotidiano laboral, pois, na perspectiva de Paulo Freire,¹⁸ o ser humano não pode ser compreendido fora do seu contexto; ele é o sujeito da sua própria formação e se desenvolve por meio da contínua reflexão sobre o seu lugar no mundo, sobre a sua realidade.

Para o processo de sensibilização, diferentes metodologias são propostas, sendo realizada divulgação do PPS no site do OGMO e no Boca de Ferro, jornal com emissão bimestral e ampla circulação impressa pela área portuária do Rio Grande. Além disso, já foram realizadas diversas palestras em distintos anos na SIPATP (Semana Interna de Prevenção de Acidentes no Trabalho Portuário) evento este organizado pelo Serviço Especializado em Segurança e Saúde no Trabalho Portuário (SESSTP). Além disso, é proposta a exposição de pôsteres no mural do OGMO e dos galpões de chamada de cada categoria de trabalhadores, pois se tratam de locais

com frequente circulação dos TPAs. Os galpões de chamada são grandes salões onde ocorre a convocação dos trabalhadores a cada turno de serviço, sendo que cada categoria possui seu galpão separadamente e os TPAs tem por costume permanecer nesses locais quando não estão em período de trabalho, seja para conversar, jogar sinuca ou mesmo assistir televisão, logo, também se trata de um lugar estratégico para divulgação.

Ademais, os presidentes dos sindicatos de cada categoria serão contatados, informados a respeito do PPS e solicitado apoio para conscientização dos trabalhadores, visto que são realizadas reuniões periódicas das categorias e os sindicatos possuem grande poder de influência no meio laboral portuário. Os primeiros sindicatos portuários brasileiros eram conhecidos como Ligas Portuárias, e foram contemporâneos à Abertura dos Portos em 1808; desde então, os sindicatos das categorias de trabalhadores portuários foram crescendo e assumindo força nas decisões. No porto do Rio Grande, o sindicato da estiva foi o primeiro a ser formado, em 1931, e o quarto da categoria no Brasil. Foi fundado no intuito de representar, defender, unificar e reivindicar os direitos dos trabalhadores que labutavam no interior do Porto do Rio Grande, época em que eram escalados aleatoriamente por empresas que operacionalizavam os serviços de importação e exportação de diversos produtos, escalando essas a critério dos empregadores, sem compromissos com normas preestabelecidas entre capital e trabalho.^{19,20}

Após a etapa de sensibilização das partes envolvidas no PPS, será necessário explorar as formas de sugerir mudança no estilo de vida, bem como propor um ambiente favorável.

Proposição de Mudança do Estilo de Vida

Alterar o estilo de vida é uma tarefa árdua e que requer empenho do próprio indivíduo. Quase sempre acompanhada de muita resistência, a manutenção dos novos hábitos torna-se um processo bastante complexo. No entanto, a educação em saúde é uma alternativa fundamental para conduzir os sujeitos a essas mudanças seja com a finalidade de promoção da saúde e/ou prevenção de fatores de risco. A adoção de um estilo de vida saudável tem o potencial de melhorar a qualidade de vida das pessoas e não apenas amenizar agravos. Entretanto, o que se observa na maioria das vezes é um estilo de vida inadequado pautado em

maus hábitos nos diversos âmbitos do cotidiano do indivíduo. A modificação de hábitos já solidificados normalmente não costuma ser um processo simples; para tanto, é preciso comprometimento e disciplina para que possam ser percebidos resultados significativos a médio e longo prazos. Cada tipo de trabalho apresenta particularidades que, juntamente às características dos trabalhadores, serão fatores determinantes para a estimativa de tempo necessário à percepção de resultados.²¹

Empresas americanas revelam reduzir o absenteísmo e queixas por incapacidade, economizando em torno de 25 milhões de dólares com a implantação de PPS do trabalhador em um período de aproximadamente 4 anos.²² Algumas ainda apostam na recompensa para obter opções saudáveis que alteram o estilo de vida chegando a atingir taxa de adesão de 90% de seus colaboradores encorajados a manter bons hábitos devido à motivação e recompensa oferecidas.²³ A literatura ainda revela que a adesão à prática de atividade física, por exemplo, sofre influência de diversos fatores como experiências anteriores na prática esportiva, apoio do cônjuge e/ou familiares,²⁴ aconselhamento médico,²⁵ conveniência do local de exercitar-se²⁶ e disponibilidade de tempo.²⁷

Em vista dos diferentes agravos e dos principais fatores de risco à saúde identificados em estudos com TPAs, além de observações da pesquisadora e conversas informais com os trabalhadores, é possível nortear quais áreas de abordagem precisam de um enfoque especial no PPS. De forma que seja possível abranger alguns pontos, será necessário estabelecer parcerias, visto que a estrutura física básica requer meios que o porto não dispõe, além de eleger uma equipe de promoção da saúde que ofereça suporte ao programa. Para tanto, pretende-se propor aos sindicatos um convênio com duas academias em pontos distintos da cidade a fim de viabilizar o acesso dos indivíduos tanto em vista da localização quanto de questões financeiras.

Considerando a composição da equipe de promoção da saúde, serão necessários sete profissionais: um médico, um educador físico, um nutricionista, um fisioterapeuta, um psicólogo, um assistente social e um profissional da segurança do trabalho. Sob orientação e cuidado desses profissionais acompanhando o indivíduo e fornecendo suporte, acredita-se que será um estímulo maior à persistência no autocuidado com a saúde.

As atribuições do médico serão voltadas à avaliação das condições clínicas do TPA para a realização de atividades físicas específicas; já o educador físico deverá orientar a prática correta dos exercícios bem como a carga a ser utilizada e o programa mais adequado a cada um dos trabalhadores, uma vez que os TPAs realizam muitas atividades de forma inadequada durante a jornada de trabalho e, devido a isso desenvolvem inúmeros processos dolorosos. O nutricionista será incumbido de elaborar uma dieta saudável e fornecer recomendações de alimentos saudáveis e condizentes com a realidade de trabalho em turnos descompensados; já o fisioterapeuta precisará atuar mais efetivamente no dia a dia de trabalho no porto, orientando e supervisionando a forma de execução do serviço com relação às questões ergonômicas no trabalho, procurando indicar a maneira correta de se realizar determinadas tarefas sem prejudicar articulações, músculos e segmentos corporais como um todo. O psicólogo será responsável pelo constante suporte, aconselhamento e incentivo dos TPAs a manterem-se ativos no programa apesar dos contratemplos e dificuldades presentes na rotina desses trabalhadores, sendo, também, coadjuvante nas ações da assistente social em prol dos trabalhadores e suas particularidades cotidianas; enquanto o profissional da segurança do trabalho terá por função, juntamente à sua equipe, intensificar o controle dos cuidados laborais que os TPAs deveriam atentar com rigorosidade a fim de evitar os altos índices de lesões acidentais no trabalho.

Sob o enfoque do estresse, além da atividade física, sabe-se que a sociabilização apresenta bons resultados e mostra-se uma prática factível ao meio laboral em questão. Para tanto, além da assistência psicológica, serão propostas pela assistente social do OGMO atividades que visem aproximar o TPA e suas famílias do ambiente portuário fora dos horários de trabalho. A literatura apresenta distintos métodos para alívio e controle do estresse como musicoterapia, yoga, exercícios físicos, terapias alternativas, sociabilização e dinâmicas em grupo para reflexão acerca de mudanças no comportamento.^{28,29} Porém, acredita-se que nem todas teriam boa aceitação em vista do perfil do público-alvo e de experiências anteriores da assistente social do OGMO, portanto, optou-se pela prática de atividade física regular e a sociabilização com possibilidade de inserção das dinâmicas em grupos coordenadas pelo psicólogo,

membro da equipe do PPS.

Um estudo aponta que o ambiente portuário possui predileção à utilização de drogas lícitas e ilícitas revelando altos índices de consumo de maconha e bebida alcoólica.⁴ Em vista desses riscos à saúde do trabalhador, o Porto do Rio Grande já tem solidificado um projeto elaborado pela assistente social conhecido como “Atraque no verde, escale-se nessa ideia”, visando a prevenção ao uso de drogas no trabalho e na família. Contudo, percebe-se a importância de um psicólogo como coadjuvante, a fim de que os projetos já existentes se tornem mais efetivos e o PPS proposto alcance resultados satisfatórios.

Muitas propostas diferenciadas já são realizadas pelo OGMO como eventos de confraternização juntamente à SIPATP com sorteio de prêmios, projetos de prevenção ao uso de drogas, eventos para cortes de cabelo gratuito, palestras de diferentes profissionais com enfoque na saúde e na educação, aferição da pressão arterial e verificação da glicemia, bem como visita dos filhos dos TPAs às dependências do porto e, oficinas de trabalhos manuais para as esposas dos trabalhadores. Todas essas propostas de iniciativa da equipe do OGMO foram criadas com o objetivo de manter o trabalhador e sua família vinculados ao seu ambiente de trabalho de forma positiva buscando aliar esses momentos à sociabilização, conhecimento e cuidados com a saúde.

Porém, a ideia seria ampliar esses eventos com campeonatos de esportes entre os trabalhadores de forma que estimulasse a prática do exercício físico simultaneamente com a sociabilização, trazendo a família para interagir com seu ambiente de trabalho cada vez mais e realizando dinâmicas de grupo a fim de integrar as famílias, os TPAs e o ambiente laboral. Além disso, eventos com práticas de saúde, trazendo profissionais de diversas áreas para divulgar cuidados com a saúde bucal, com a postura e ergonomia nas tarefas do dia a dia, massagens e acupuntura, por exemplo, poderiam ser incorporados na proposta de um evento voltado à saúde que fosse organizado anualmente, da mesma forma que a SIPATP traz profissionais para orientar práticas no trabalho. Dessa forma seriam fixados dois eventos de grande proporção por ano com enfoques distintos, mas objetivos comuns.

Proposição de Ambiente Favorável

Um ambiente laboral favorável traduz-se

essencialmente em um meio saudável e adaptado às necessidades dos trabalhadores e às características específicas que determinado trabalho exige. Há evidências de que os locais de trabalho, na maioria das vezes, ainda tendem a constituir-se de ambientes sedentários, que não incentivam bons hábitos e possuem fácil acesso a alimentos de baixo valor nutritivo.³⁰ Vantagens atribuídas a um ambiente de trabalho favorável são a manutenção da boa saúde de seus colaboradores, satisfação e disposição do trabalhador, melhoria dos índices de produtividade da empresa e resultados mais sustentáveis.^{31,32} Programas com intervenção social e de saúde como promoção de atividades de lazer extensíveis a familiares ou mesmo acesso facilitado à educação e aos cuidados de saúde produzem ainda melhores frutos.^{32,33}

Para esta fase, pretende-se definir com a equipe de promoção da saúde meios que possibilitem um ambiente laboral mais saudável aos trabalhadores. Dadas às características do público-alvo, será necessário grande suporte da equipe de segurança no trabalho, ampliando a fiscalização, principalmente quanto ao uso de equipamentos de proteção individual (EPIs), visando a segurança do TPA na tentativa de reduzir o expressivo número de lesões acidentais no trabalho. De fato, sabe-se que o ambiente portuário agrega riscos heterogêneos e dinâmicos para acidentes de trabalho sobretudo relacionados à queda do TPA e de cargas suspensas e, ao atropelamento do trabalhador por empilhadeiras ou retroescavadeiras em sua maioria.³⁴

Também pontua-se a necessidade imediata de um ambulatório de urgência equipado e com profissionais capacitados para prestar um atendimento inicial aos trabalhadores, pois muitas vezes as ambulâncias do município encontram-se em outras ocorrências e demoram demasiadamente para prestar socorro. Sabe-se que no ambiente laboral os acidentes podem ser de natureza simples ou complexa ocorrendo pelas mais variadas causas e originando lesões de maior ou menor gravidade. Entretanto, a importância de uma primeira assistência se dá pelo fato de que ela pode ser decisiva para a evolução do caso. Conscientizar e implantar uma equipe de urgência em empresas é uma árdua tarefa. Há necessidade de pessoas devidamente treinadas e com perfil adequado além de uma estrutura física mínima necessária ao atendimento básico de urgência.³⁵

Outra questão observada e referida pelos

TPAs é a implementação de um setor de higienização nas dependências do porto. Com a ampla atracação de navios de outras nacionalidades é grande a chance de disseminação de doenças, visto que os TPAs que trabalham a bordo do navio ao encerrarem seu turno de serviço entram em contato com outros trabalhadores ou mesmo com suas famílias, amigos e pessoas da comunidade em geral, pois deixam o porto, na maioria das vezes, com a mesma vestimenta que utilizaram para trabalhar e sem realizar qualquer tipo de assepsia. Essa problemática deixa de ser uma questão interna do porto e passa a ser um problema de saúde pública importante. Para tanto, sugere-se a implementação de um protocolo que permita ao TPA identificar e saber quais atitudes tomar em caso de contato com agentes infecciosos, físicos ou químicos.

A Secretaria de Portos (SEP) da Presidência da República, desde novembro de 2014, mostra-se preocupada com esses riscos e, para tanto, está desenvolvendo nos portos brasileiros um trabalho sistemático na área da saúde com o objetivo de minimizar os riscos de entrada e a disseminação de doenças em território nacional, contudo pouca efetividade e abrangência tem observado-se ainda. A SEP indica estar realizando rigoroso controle sanitário quanto ao tratamento de resíduos sólidos, ao controle de vetores transmissores de doenças e à proteção da saúde do trabalhador portuário. As ações da SEP em conjunto com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) visam oferecer às autoridades portuárias os instrumentos necessários para uma prevenção eficaz e conjunta às demais autoridades portuárias.³⁶

O acesso universal aos serviços de saúde além de ser uma garantia constitucional é parte da luta incessante dos movimentos sociais, nos quais essa reivindicação passou a ser um dos elementos fundamentais dos direitos de cidadania. Conforme previsto na Lei Orgânica da Saúde (LEI 8.080/90),³⁷ que regulamenta os dispositivos constitucionais sobre Saúde do Trabalhador, está explícito que essa lei visa a promoção e proteção, assim como a recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. Para tanto, é fundamental uma pactuação com os gestores de saúde do município a fim de que seja viabilizado o atendimento dos TPAs na unidade de saúde mais próxima ao porto e que esta ofereça as condições de saúde necessárias de acordo com as

demandas que se apresentam.

Sob outro aspecto, será proposto e discutido com o OGMO a viabilidade de intervalos periódicos em um turno de 6 horas de serviço por meio de um sistema de rodízio entre os ternos (equipes) de trabalhadores, dessa forma o serviço teria continuidade, porém um terno descansaria enquanto o outro permaneceria atuante. Essa alternativa visa amenizar o desgaste físico e possíveis lesões musculoesqueléticas consequentes de um trabalho que se caracteriza por demasiada sobrecarga.

A partir da reestruturação produtiva imposta pela Lei 8.630/93, o caráter de uma organização de trabalho fortemente dependente da relação sindical foi profundamente abalado e algumas modificações importantes foram estabelecidas nesse meio. A publicação da Lei 12.815, de 2013, revogando a Lei 8.630/93 provocou algumas modificações que atingiram diretamente o TPA como a redução do número de pessoas por equipe de trabalho (terno), fato que provocou aumento na demanda individual de serviço e, conseqüentemente, sobrecarga ao trabalhador.^{38,39} Porém, há uma certa flexibilidade com relação à quantidade de TPAs por terno, sendo tal equipe definida em acordo ou convenção coletiva de trabalho e, portanto, variando de um porto para outro no país. Entretanto, um ponto relevante a destacar é que os próprios trabalhadores demonstram insatisfação com a lei no quesito relativo às 6 horas trabalhadas para 11 horas de descanso, visto que grande parte dos seus ganhos provém da quantidade e do tipo de carga que movimentam, ou seja, ganho por produtividade.

Avaliação

A avaliação é conceituada como:

*Processo de determinação, sistemática e objetiva, da relevância, efetividade, eficiência e impacto de atividades fundamentadas em seus objetivos. É um processo organizacional para implementação de atividades e para colaborar no planejamento, programação e tomada de decisão.*⁴⁰

O processo de avaliação dos programas e estratégias implementadas é essencial para se determinar a efetividade das intervenções sobre a saúde da população e sua adequação quanto ao acesso da população-alvo, qualidade das ações executadas,

entre outros. O indicador específico a ser utilizado na avaliação depende de inúmeras características do próprio programa e da população nele inserida.⁴⁰

Há três tipos básicos de avaliação: da estrutura, do processo e dos resultados. A finalidade da avaliação da estrutura, também conhecida por avaliação formativa, é determinar até que ponto um programa está bem estruturado para atingir os seus respectivos objetivos. Pode ser realizada por meio da intervenção para uma pequena amostra da população-alvo permitindo que sejam identificadas e corrigidas falhas de planejamento. Já a avaliação de processo visa determinar se o programa está sendo implantado conforme planejado, fornecendo informações importantes quanto aos fatores que levaram ao sucesso ou fracasso dessa intervenção. Enquanto a finalidade da avaliação de resultado é determinar o impacto de um programa, identificando os efeitos da intervenção sobre o comportamento ou estado de saúde. Estes efeitos (ou desfechos) podem ser intermediários (de curto e médio prazos) ou finais (de longo prazo), porém destaca-se que a mensuração de desfechos finais é menos comum em vista do período maior de seguimento e volume de recursos que requer.¹²

Da mesma forma que este programa foi elaborado com base em estudos prévios a fim de detectar as condições de saúde dos TPAs, é de extrema relevância reavaliar essa população ao longo do programa. Destaca-se que a avaliação de processo será realizada por meio de indicadores que permitirão dosar passo a passo as etapas do programa a fim de detectar possíveis lacunas e ajustá-las em tempo hábil visando o sucesso da manutenção do PPS. Acredita-se que alguns resultados já poderão ser percebidos a médio prazo, no entanto, outras questões necessitam de um tempo maior e, portanto, é importante que novas avaliações sejam realizadas após doze meses de implementação do programa proposto. No quadro I é possível visualizar uma sinopse do PPS completo a fim de que se tenha uma ideia global da proposta.

Os gestores deste programa, conjuntamente à equipe de promoção da saúde, traçarão uma logística para o controle do programa com o objetivo de verificar a sua efetividade e evolução, de forma a permitir o seu acompanhamento contínuo e estimular a adesão/manutenção dos trabalhadores portuários engajados, contribuindo para melhorar efetivamente as suas condições de saúde e qualidade de vida. Sugere-se, por fim, que seja proposta alguma forma viável de

recompensa àqueles TPAs que se mantiverem ativos permanentemente no programa, pois trata-se de um bom estímulo ao autocuidado com a saúde, bem como a influência positiva sobre seus colegas de trabalho.

CONCLUSÃO

Trata-se de um estudo baseado em avaliações prévias de trabalhadores portuários avulsos que embasaram a elaboração de um programa de promoção à saúde. Para tanto, foram estabelecidos 3 gestores e uma equipe de promoção da saúde a fim de sensibilizar os trabalhadores portuários e propor mudanças benéficas no estilo de vida, estimulando o desenvolvimento de um ambiente laboral mais favorável.

Ressalta-se a relevância da implementação e manutenção deste PPS a fim de modificar antigos estigmas arraigados à cultura do ambiente portuário. Uma nova concepção a respeito do autocuidado com a saúde, além da conscientização dos trabalhadores são imprescindíveis em um ambiente laboral com diversificados fatores de risco. Ainda que possam vir a ser percebidas mudanças singelas ao longo desse programa, podemos considerá-las como significativas tendo em vista que se trata do primeiro PPS neste meio.

Reconhece-se como limitação deste trabalho o fato de não apresentar os dados da avaliação posterior aos 12 meses de implementação do programa, mas apenas uma proposta de intervenção. Entretanto, destaca-se a importância desse projeto inicial pautado em estudos específicos sobre a população-alvo e bem fundamentado pela literatura. Apesar das peculiaridades dos TPAs, é possível verificar a aplicabilidade da essência deste programa em certas populações de trabalhadores com características semelhantes aos TPAs estudados.

Agradecimentos

A todos os trabalhadores portuários pela colaboração neste estudo, bem como ao Órgão de Gestão de Mão de Obra do Porto Organizado do Rio Grande e à Leonora Conceição pelo grandioso apoio. Aos professores Dr. Fernando Siqueira e Dr. Felipe Reichert por assumirem com seriedade o compromisso e a responsabilidade de parte deste trabalho e, à CAPES, pela concessão da bolsa de estudo.

| PROGRAMA DE PROMOÇÃO À SAÚDE DOS TRABALHADORES PORTUÁRIOS DO RIO GRANDE | | | | |
|---|---|---|--|--|
| ETAPAS | INDICADORES | RECURSOS | DURAÇÃO MÍNIMA | |
| Pactuação com os Gestores do OGMO | | | | 2 meses |
| Objetivo Estabelecer o primeiro contato com os gestores | Atores envolvidos Assistente Social do OGMO, Representante dos Sindicatos, Gestores do Programa | Atividades Reuniões de Pactuação | Pactuação com a totalidade dos gestores. | Físico: sala de reunião Humanos: Todos os atores envolvidos |
| Sensibilização | | | | |
| Objetivo Divulgar o programa e sensibilizar os TPAs sobre a importância de sua adesão | Atores envolvidos Gestores do Programa, Presidentes do Sindicatos, TPAs | Atividades Roda de conversa com TPAs, Divulgação no “Boca de Ferro”, Palestra SIPATP, Mural do OGMO e dos galpões, Reuniões | Frequência na roda de conversa e na palestra; Totalidade dos espaços utilizados para divulgação. | Físicos: sala, reportagem no jornal, pôsteres Humanos: Todos os atores envolvidos |
| Proposição de Mudança do Estilo de Vida | | | | 10 meses |
| Objetivo Propor mudanças para adoção de hábitos de vida mais saudáveis | Atores envolvidos Gestores dos Sindicatos, Médico, Educador Físico, Nutricionista, Fisioterapeuta, Psicólogo, Assistente Social, TPAs, Gestores do Programa | Atividades Prática de exercícios físicos, educação nutricional, orientações ergonômicas, suporte psicológico, dinâmicas de grupo, sociabilização. | Feedback dos profissionais envolvidos; Frequência dos TPAs às atividades. | Físicos: academia, salas, material para atividade física. Humanos: médico, educador físico, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social. Outros: Análises de saúde complementares |
| Proposição de Ambiente Favorável | | | | |
| Objetivo Estimular o desenvolvimento de um ambiente laboral mais saudável | Atores envolvidos Equipe de Segurança do Trabalho, OGMO, TPAs, Gestores do Programa | Atividades Fiscalização, instalação de ambulatório de urgência e setor de higienização | Feedback dos profissionais envolvidos; Setores de higienização e urgência instalados. | Físicos: espaço para ambulatório de urgência, setor de higienização Humanos: prof. segurança do trabalho, prof. da enfermagem. |
| Avaliação | | | | 12 meses |
| Objetivo Avaliar os resultados do programa | Atores envolvidos Gestores do Programa, Assistente Social do OGMO, Representante dos Sindicatos, TPAs | Atividades Avaliação de cada uma das etapas do programa e dos resultados finais | Melhora das condições de saúde física e mental dos TPAs; Melhora dos ambientes de trabalho | Físico: material para avaliação qualitativa Humanos: médico, educador físico, nutricionista, fisioterapeuta, Outros: análises de saúde |

Quadro 1 - Quadro Esquemático do Programa de Promoção à Saúde dos Trabalhadores Portuários do Rio Grande – Rio Grande/RS, 2018.

REFERÊNCIAS

1. Angeluci FL, Copacheski FM, Cieslack JL. A qualidade de vida no ambiente de trabalho e a aplicação dos princípios relativos ao programa de controle médico de saúde ocupacional. Monografia (Especialização em Engenharia de Segurança no Trabalho) Universidade Estadual de Ponta Grossa, Guarapuava, 2005.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde - Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. 2002. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf> Acesso em: 28 fev. 2019.
3. Soares JFS, Cezar-Vaz MR, Mendoza-Sassi RA, Almeida TL, Muccillo-Baisch AL, Soares MCF, Costa, V.Z. Percepção dos trabalhadores avulsos sobre os riscos ocupacionais no porto do Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Públ, Rio de Janeiro 2008; 24(6):1251-59. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600006>
4. Soares JFS, Cezar-Vaz MR, Cardoso LS, Soares MCF, Costa VZ, Almeida MCV. O risco do uso de drogas no trabalho portuário: estudo no extremo sul do Brasil. Esc Anna Nery Rev Enferm 2007;11(4):593-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452007000400006>
5. Blanco RA. Atividade física e promoção da saúde: um estudo com os trabalhadores portuários avulsos (TPAs) do porto do Rio grande/RS. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/RS, 2008.
6. Cezar-Vaz MR, Soares JFS, Almeida MCV, Cardoso LS, Bonow CA. Doenças relacionadas ao trabalho autorreferidas por trabalhadores portuários avulsos. Cienc Cuid Saúde 2010; 9(4):774-81. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v9i4.11928>
7. Cezar-Vaz MR, Almeida MCV, Bonow CA, Rocha LP, Borges AM, Piexak DR. Casual dock workers: profile of disease and injuries and perception of influence on health. Int J Environ Res Public Health 2014; 11:2077-91. doi: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph110202077>
8. Carvalho MP, Schmidt LG, Soares MCF. Musculoskeletal Disorders and their Influence on the Quality of Life of the Dockworker: a Cross-Sectional Study. Work 2016;53(4):805-12. doi: <http://dx.doi.org/10.3233/WOR-162249>
9. Ministério da Saúde. Cartilha para a modelagem de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil) – Rio de Janeiro: ANS, 80p., 2011.
10. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Cartilha para a modelagem de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. Rio de Janeiro: ANS, 80p., 2011.
11. Grupo de Trabalho SIASS – Ministério da Educação. Programa de promoção à saúde e qualidade de vida no trabalho do IFRN. 2014. Disponível em: <<http://portal.ifrn.edu.br/ifrn/servidores/saude-do-servidor/lateral/promocao-a-saude-e-qualidade-de-vida-no-trabalho/programa-de-promocao-a-saude-e-qualidade-de-vida-no-trabalho-do-ifrn>> Acesso em: 17 fev. 2019.
12. O'Donnell MP. How to design and finance workplace health promotion programs. Troy: American Journal of Health Promotion, 2013.
13. Massola RM. Exercícios físicos na melhoria da qualidade de vida e capacidade de trabalho e na prevenção da dor e fadiga, entre trabalhadores de fábrica. Dissertação (Mestrado em Educação Física), Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas/SP, 2007.
14. Ogata A, Simurro S. Guia prático de qualidade de vida: como planejar e gerenciar o melhor programa para a sua empresa. São Paulo-SP: Elsevier, 177p., 2009.
15. Peres EM, Dal Poz MR, Grande NR. Visita domiciliar: espaço privilegiado para diálogo e produção de saberes. Rev Enferm UERJ 2008; 14(2):208-13.
16. Oliveira NF, Souza MCBM, Zanetti ML, Santos MA. Diabetes mellitus: desafios relacionados ao autocuidado abordados em Grupo de Apoio Psicológico. Rev Bras Enferm 2011; 64(2):301-37. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000200013>
17. Gomes-Villas Boas LC, Foss MC, Foss-Freitas MC, Torres HC, Monteiro LZ, Pace AE. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. Texto & Contexto Enferm 2011; 20(2):272-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000200008>
18. Freire, P. Educação como prática da liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.
19. Manteli W. A nova abertura dos portos 1993: a luta pela modernização dos portos – Lei 8.630. Porto Alegre: Palomas, 208p., 2010.
20. Moraes C. História e conquistas da estiva. 2005. Disponível em: <<http://www.estivarg.com.br/php/historia.php>> Acesso em: 22 fev. 2019.
21. Von der Heyde R, Von der Heyde MED. Implementando modificações no estilo de vida. Rev Bras Hiperten 2004; 11(2):102-4.
22. Kuzins R. Firms feel just fine about fitness. The Business Journal Serving Greater Sacramento 1996; 13(39):17-8.
23. Wendel S. The healthy workplace: promoting wellness for a profitable company. Goldhirsh Group Inc 1996; 18(11):71-7.
24. King AC, Blair SN, Bild DE, Dishman RK, Dubbert PM, Marcus BH, Oldridge NB, Paffenbarger RS Jr, Powell KE, Yeager KK. Determinants of physical activity and interventions in adults. Med Sci Sports Exerc 1992; 24(6):S221-S36.
25. Bull F, Jamrozik K. Advice on exercise from a family physician can help sedentary patients to become active. Am J Prev Med 1998; 15(2):85-94.
26. Andrew GM, Oldridge NB, Parker JO, Cunningham DA, Rechnitzer PA, Jones NL, Buck C, Kavanagh T, Shephard RJ, Sutton JR. Reasons for dropout from exercise programs in post-coronary patients. Med Sci Sports Exerc 1981; 13(3):164-8.
27. Johnson CA, Corrigan SA, Dubbert PM, Gramling SE. Perceived barriers to exercise and weight control practices in community women. Women Health 1990; 16(3-4):177-91. doi: http://dx.doi.org/10.1300/J013v16n03_10
28. Alves EF. Programas e ações em qualidade de vida no trabalho. Rev. Interface 2011; 6(1):60-78.
29. Pimentel AF. Musicoterapia e promoção da saúde. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Musicoterapia), Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário, Rio de Janeiro/RJ, 2003.
30. Engbers LH, van Poppel MN, Chin A Paw MJ, van Mechelen W. Worksite health promotion programs with environmental changes: a systematic review. Am J Prev Med 2005; 29(1):61-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2005.03.001>
31. Noblet A, Lamontagne A. The role of workplace health

- promotion in addressing job stress. *Health Promot Int* 2006; 21(4):346-53. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/dal029>
32. Golaszewisk T, Allen J, Edington D. Working together to create supportive environments in worksite health promotion. *Am J Health Promot.* 2008; 22(4):1-10. doi: <http://dx.doi.org/10.4278/0890-1171-22.5.TAHP-1>
33. Goetzel R, Ozminowski R. The health and cost benefits of work site health-promotion program. *Annu Rev Public Health* 2008; 29:303-33. doi: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090930>
34. Almeida MCV, Cezar-Vaz MR, Soares JFS, Silva MRS. Prevalência de doenças musculoesqueléticas entre trabalhadores portuários avulsos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2012; 20(2):01-08. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000200005>
35. Rosa DO, Bérnago NM, Dorini SR. Organização de primeiros socorros na empresa. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Medicina do Trabalho), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, 2001.
36. Secretaria de Portos – Presidência da República. Saúde Pública. 2014. Disponível em: <http://www.portosdobrasil.gov.br/assuntos-1/trabalhador/saude-e-seguranca-1/saude-publica> Acesso em: 18 fev. 2019.
37. Brasil. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm Acesso em: 18 fev. 2019.
38. Brasil. Lei 8.630 de 25 de fevereiro de 1993. Dispõe sobre o regime jurídico da exploração dos portos organizados e das instalações portuárias e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 25 fev. 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18630.htm Acesso em: 18 fev. 2019.
39. Brasil. Lei 12.815 de 5 de junho de 2013. Dispõe sobre a exploração direta e indireta pela União de portos e instalações portuárias e sobre as atividades desempenhadas pelos operadores portuários. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 5 jun. 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12815.htm Acesso em: 18 fev. 2019.
40. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário temático: promoção da saúde. Brasília: MS; 2012.

Recebido em: 10/03/2019

Aceito em: 09/07/2019

Como citar: CARVALHO, Maitê Peres de; SOARES, Maria Cristina Flores. Programa de promoção da saúde: uma proposta para o trabalhador portuário no sul do Brasil. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 1, jan. 2019. ISSN 2595-3664. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/13292>. Acesso em: 02 jan. 2019. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v2i1.13292>



O efeito da frequência de feedback extrínseco do tipo conhecimento de resultado na aprendizagem do fundamento de finalização no futsal

The effect of the frequency of knowledge of results feedback on the acquisition of the "shot on goal" skill in futsal

Lucas Heinrichs Rubattino Malta¹, Andréa Teresinha Rodrigues Pagliarini¹, José Augusto Ayres Florentino¹, Adriana Marques Toigo¹

1 - Universidade La Salle - Unilasalle, Canoas, RS. Brasil.

adrytoigo@terra.com.br

Palavras-chave:

*Aprendizagem Motora;
Chute a Gol; Conhecimento
de Resultados; Habilidade
Motora.*

RESUMO

Objetivo: o propósito do presente estudo foi comparar os efeitos de duas frequências de conhecimento de resultados (CR) na aprendizagem do fundamento de finalização no futsal. **Método:** dezesseis crianças de ambos os sexos foram divididas em dois grupos: um que recebeu feedback em todas as tentativas (100% CR) e outro que recebeu feedback a cada três tentativas (33% CR). A tarefa consistiu em finalizar bola de futsal, com dois alvos nos cantos inferiores da goleira. A coleta de dados foi composta pela fase de aquisição (5 blocos de 10 finalizações por sujeito) e de retenção (1 bloco de 10 finalizações por sujeito). **Resultados:** o grupo 100% CR obteve média maior de pontuação em ambas as fases, contudo, na fase de retenção, o grupo 33% CR obteve um ganho relativo maior que o outro. **Considerações finais:** entre as duas fases, a menor frequência de feedback não parece interferir negativamente na aprendizagem desta habilidade.

ABSTRACT

Objective: the purpose of the present study was to compare the effects of two frequencies of knowledge of results (KR) on learning how to shoot on goal in futsal. **Method:** sixteen children of both genders were divided into two groups: the first received feedback on all trials (100% KR) and the other received feedback every three attempts (33% KR). The task consisted of shooting the futsal ball on goal, with two targets at the lower corners of the goalpost. Data were collected in the acquisition phase (5 blocks of 10 shots on goal per subject) and retention (1 block of 10 shots on goal per subject). **Results:** the 100% KR group obtained a higher mean score in both phases; however, in the retention phase, the 33% KR group obtained greater relative gain. **Final considerations:** comparison of the two phases shows that lower feedback frequency did not seem to negatively impact the learning of this ability.

Keywords:

*Motor Learning; Kick;
Knowledge of Results; Motor
Skills.*



INTRODUÇÃO

O aprendizado do futebol ou do futsal no Brasil sempre esteve atrelado ao significado cultural de sua prática. Paralelamente ao aprendizado da marcha, é comum que a criança também aprenda a jogar em qualquer lugar onde uma bola possa rolar, quicar e ser chutada.¹

Partindo de um contexto em que a escola deve proporcionar a todas as crianças um desenvolvimento integral e dinâmico, e que as brincadeiras e atividades corporais são fundamentais nesse período da infância, deve-se refletir sobre a qualidade e tipos de possibilidades de atividades físicas e brincadeiras corporais durante a fase da iniciação esportiva. Para isso, os professores assumem um papel fundamental no desenvolvimento infantil e na aprendizagem.² O futsal pode ajudar os alunos no aprimoramento de técnicas tanto físicas como mentais e o fator motivacional para sua prática pode ser fundamental para seu desenvolvimento. Quando se está motivado, qualquer tarefa é realizada com maior facilidade, pois aumenta a probabilidade de se obter um melhor rendimento. Porém quando esta motivação é insuficiente ou mesmo inexistente, a atividade a ser realizada torna-se uma obrigação e não um prazer. Por isso, o professor deve propor metas realistas aos alunos para que, ao alcançá-las, sigam evoluindo em seu desenvolvimento pessoal na busca de conquistas ainda maiores.³

Costa⁴ defende que o ensino e a prática do futsal são ferramentas que podem colaborar para que as crianças desenvolvam suas potencialidades esportivas, aliadas à aprendizagem de todos os componentes do referido jogo. Quanto a iniciação ao futsal, entende-se por um processo de ensino e aprendizagem mediante o qual o indivíduo adquire e desenvolve as técnicas básicas para a prática deste esporte.⁵ Para aplicar o desenvolvimento da técnica, deve-se conhecer bem a criança (necessidades físicas, psíquicas e sociais interesses e nível de capacidade motora).⁵ Além disso, deve ser levado em conta no ensino deste esporte que a técnica individual empregada durante a prática de jogo é fundamentalmente influenciada pelos componentes de equilíbrio, de ritmo, de coordenação geral e de organização no espaço e no tempo.⁶

No futsal existem nove fundamentos que são muito importantes para o trabalho técnico do esporte: a condução; o passe; o chute ou finalização; o domínio; o drible; a finta; os deslocamentos; a marcação e o

cabeceio. Especificamente, entende-se por finalização o impulso dado a bola com os pés, tendo como objetivo o gol do adversário.⁵ A finalização é um dos mais importantes fundamentos porque é a partir dela que se atinge o objetivo do jogo, que é o gol. Cabe ao professor, durante o ensino do futsal compartilhar com o aluno seus conhecimentos a fim de aprimorar a qualidade técnica desses fundamentos e uma das estratégias para isso é o fornecimento de feedback que, de acordo com Ugrinowitsh et al.⁷ constitui um dos principais aspectos no processo de aprendizagem por ser uma das variáveis a ser manipulada durante a prática.

Feedback é entendido como qualquer tipo de informação sensorial relacionada ao movimento.⁸ Professor e aluno devem ter um sincronismo para o andamento da aula em relação ao fornecimento dos diferentes tipos de feedback. Segundo Corrêa et al.⁹ o feedback intrínseco é a informação sensorial que surge como consequência natural da produção do movimento, podendo vir de fora (externo) ou de dentro (do corpo). Já o feedback extrínseco refere-se a uma informação sobre o movimento, a qual é fornecida como um complemento à informação intrínseca (como, por exemplo, a voz do professor, o visor de um cronômetro após uma corrida de 100 metros e uma nota de um juiz de saltos ornamentais).

Com relação ao feedback extrínseco, existem duas importantes categorias: o conhecimento de resultados (CR) e o conhecimento de performance (CP). O CR é essencialmente informação verbal (ou verbalizável), terminal (após a resposta) sobre o resultado da ação em termos do objetivo ambiental, que pode ter diferentes combinações das dimensões. O CP é informação externa sobre o padrão de execução que o aprendiz realizou, e diferente do CR, ele não necessariamente diz sobre o sucesso em termos de objetivo ambiental e, por essa razão, é comumente utilizado pelos professores e técnicos em situações reais do esporte.¹⁰

O CR é a informação extrínseca e verbal que informa ao aprendiz sobre seu sucesso ou a falha de suas ações podendo ser redundante com o feedback intrínseco, diferentemente do CP, que está relacionado com a qualidades do movimento que um executante produziu. Portanto o feedback extrínseco fornece de certa forma um incentivo aos aprendizes para que eles aumentem seus esforços para atingir uma determinada meta.⁸ Para Silvestri¹¹ e Lee e Carnahan¹², o feedback extrínseco do tipo CR é um meio eficiente de dar

retorno sobre a performance do aluno e, quando apresentado no momento, circunstância e quantidade corretos, minimiza erros na aprendizagem e melhora a performance.

A frequência do CR é uma das variáveis mais importantes, o que pode ser verificado pelo grande número de pesquisas já realizadas que a avaliaram.^{7,11-20} A frequência pode ser absoluta (total de vezes que o CR é fornecido em um número de tentativas, por exemplo, em uma sessão de prática), relativa (porcentagem de vezes que o CR é fornecido no mesmo número de tentativas)^{7,8} ou, ainda, autocontrolada (quando o próprio aprendiz decide se deseja ou não receber feedback após uma tentativa).^{16,20} Contudo, não há consenso na literatura sobre a frequência de feedback extrínseco do tipo conhecimento de resultado direcionado a habilidade de finalização no futsal em crianças em situação de iniciação esportiva.

Por esta razão, o presente estudo teve por objetivo analisar a influência da frequência de feedback extrínseco do tipo conhecimento de resultado, na aprendizagem da habilidade motora relativa ao fundamento de finalização no futsal em crianças do 4º ano do ensino fundamental.

MÉTODO

Esta investigação, cujo delineamento experimental consistiu de um estudo observacional dotipo transversal com abordagem quantitativa, na qual um grupo de crianças foi examinado uma vez observando a diferença entre as que receberam feedback do tipo conhecimento de resultado em todas as tentativas e as que receberam o mesmo tipo de feedback uma vez a cada três tentativas, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade La Salle, conforme parecer nº 2.626.793 de 11/04/2018 e atendeu todas as diretrizes brasileiras em conformidade com a resolução CNS 196/96. Todos os indivíduos foram voluntários e sua participação foi decidida após assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por parte dos pais ou responsáveis legais, e do Termo de Assentimento ao Menor (TAM) assinado pelos próprios participantes.

Os critérios de inclusão foram ser aluno regularmente matriculado em uma turma do 4º ano do ensino fundamental da escola pública selecionada no município de Canoas, RS, na qual não havia professor de Educação Física para esta turma, e

apresentar, antes da coleta de dados, os TCLE e TAM devidamente preenchidos e assinados. Os critérios de exclusão foram apresentar qualquer tipo de patologia que impedisse a realização da tarefa proposta, ter experiência prévia em iniciação esportiva ao futsal, ou não comparecer nos dias da coleta de dados.

A população de crianças matriculadas no 4º ano do ensino fundamental em 2018 na escola investigada era de 26 alunos. De acordo com o cálculo amostral proposto por Barbeta²¹, o tamanho mínimo da amostra deveria ser de 24 crianças. Para chegar neste número, primeiro se usa um erro máximo tolerável de 5% para obter o resultado da primeira aproximação do tamanho da amostra. Após encontrar o resultado da primeira aproximação da amostra e sabendo-se que o tamanho da população era 26 indivíduos, estimou-se o tamanho da amostra multiplicando o número da população pelo valor da primeira aproximação e, este valor foi dividido pela soma do número da população com o valor da primeira aproximação. Contudo, devido a falta de devolução dos TCLE assinados pelos responsáveis legais, o tamanho final da amostra foi de 16 crianças de ambos os sexos (8 meninos e 8 meninas), com médias de idade de $9,44 \pm 0,51$ anos, estatura $1,36 \pm 0,46$ m e massa corporal $32,32 \pm 7,64$ kg. Nesta amostra 11 crianças eram destros (68,8%) e 5 eram sinistras (31,3%).

Para a realização da tarefa, foram utilizados dois arcos medindo 45 cm de largura e sete cones medindo 20 cm de largura cada, sendo os arcos fixados nos dois cantos inferiores da goleira, e os cones colocados um ao lado do outro na linha de gol da goleira. A tarefa constituiu em finalizar um chute a gol com a parte interna do pé (chute de chapa), estando a bolaparada na marca do pênalti, sem auxílio da visão. Para vender as crianças, foi adaptado um óculos de natação, cujas lentes foram cobertas por fita isolante preta, a fim de impedir a visualização dos resultados durante as finalizações.

A pontuação principal foi determinada pelos dois arcos, valendo 5 pontos; as demais pontuações foram diminuindo sucessivamente através das marcações de cones, sendo elas, 4 pontos a 65 cm do alvo principal, 3 pontos a 85 cm do alvo principal, 2 pontos a 105 cm do alvo principal, 1 ponto a 125 cm do alvo principal e 0 ponto se o indivíduo não acertasse nenhum dos alvos, ou seja, se chutasse a bola para fora da goleira (Figura 1).

O procedimento de coleta de dados iniciou com a randomização dos grupos: o grupo que recebeu feedback do tipo conhecimento de resultado em todas as tentativas, denominado de 100% de CR ($n = 8$) e o grupo que recebeu feedback do tipo conhecimento de resultado uma vez a cada três tentativas, denominado de 33% de CR ($n = 8$). Foi dada uma instrução geral, antes do procedimento começar, sobre como a tarefa seria procedida. Os

Figura 1 - Organização da tarefa.

Fonte: Autoria própria, 2018.

alunos deveriam realizar uma finalização (chute a gol) buscando a maior pontuação possível de acordo com o posicionamento dos cones, sem o auxílio da visão (Figura 1). O CR era dado de forma verbal após a tentativa de acordo com a frequência estabelecida para cada grupo.

A seguir, os indivíduos foram posicionados e vendados, com bola à sua frente na marca de pênalti, para realizar uma finalização com a parte interna do pé usando seu pé dominante. O grupo de 100% CR recebeu informação verbal a cada tentativa, ou seja, a cada finalização os indivíduos receberam um feedback, fosse este positivo ou negativo (do tipo: acertou na goleira ou chutou para fora da goleira), enquanto o grupo de 33% CR recebeu, também de forma verbal, um terço da informação, ou seja, uma tentativa com feedback, duas sem e assim sucessivamente. A meta das crianças foi de acertar o alvo principal e os demais cones para acumular pontos com uma finalização rasteira de chapa. A organização da quantidade de blocos e número de tentativas se deu de acordo com o desenho metodológico proposto por Chiviawowsky¹³ e Chiviawowsky et al.¹⁸ A fase de aquisição constou de 5 blocos de dez tentativas para cada aluno de ambos os grupos, totalizando 50 finalizações para cada indivíduo. A fase de retenção contou com apenas 1 bloco de dez tentativas para cada aluno sem nenhum tipo de feedback e foi realizada após 48 horas da fase de aquisição, a fim de verificar o efeito da frequência do feedback extrínseco de conhecimento de resultado na aprendizagem da finalização no futsal. A razão para não realizar um pré-teste e registrar somente os

dados obtidos nos blocos baseou-se no pressuposto de que todas as crianças eram inexperientes na tarefa, uma vez que na escola onde os dados foram coletados não havia nem aulas, nem professor de Educação Física. Por se tratarem de crianças de baixa renda, nenhuma frequentava escolinha de futsal ou futebol e, portanto, não haviam sido iniciadas formalmente no esporte. Os dados das fases de aquisição e retenção foram analisados por meio da análise de variância (ANOVA) de duas vias para medidas repetidas: 2 (grupo: 100% CR versus 33% CR) x 6 (blocos de 10 tentativas), com medidas repetidas no último fator, após o resultado do teste de Kolmogorov-Smirnov atestar a normalidade dos dados. Foi aplicado o teste post-hoc de Sidak para mostrar onde estavam as diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,005$).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi verificar o efeito de duas frequências de CR, controladas pelo experimentador na aprendizagem da habilidade motora relativa ao fundamento de finalização do futsal em alunos do 4º ano de uma escola pública do município de Canoas, RS.

A variável dependente foi o acerto absoluto (em pontos). A ANOVA de duas vias com medidas repetidas mostrou que houve efeito dos blocos sobre os escores de acerto com diferenças estatisticamente

significativas [F (4; 366) = 16,524; $p < 0,001$]; houve efeito da frequência de feedback sobre os escores de acerto com diferenças estatisticamente significativas [F (1; 79) = 87,802; $p < 0,01$], mas não houve efeito da interação entre os blocos e a frequência de feedback sobre os escores de acerto [F (4; 340) = 2,260; $p = 0,057$]. O teste post-hoc de Sidak mostrou que houve diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre os blocos 1 e 3, 1 e 5, bem como no bloco 6 com todos os outros blocos. Com relação a frequência de feedback, o teste post-hoc de Sidak também mostrou diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre o grupo 100% CR e o grupo 33% CR, sendo que as médias de acerto foram maiores no grupo 100% CR (3,09), quando as comparamos com o grupo 33% CR (2,208).

Pode-se observar na Figura 2 que ambos os grupos melhoraram seu desempenho de forma consistente nos blocos 1 e 2. O grupo 100% CR seguiu melhorando sua pontuação até o bloco 4, enquanto o grupo 33% CR se manteve estável. No bloco 5 o grupo 100% CR piorou ligeiramente, enquanto que o grupo 33% CR apresentou uma melhora. Na fase de

retenção, observou-se melhora de acertos em ambos os grupos, contudo, destaca-se que o grupo 33% CR, que sempre apresentou média de acertos inferior ao grupo 100% CR, embora com escores ainda mais baixos, apresentou ganho maior nesta fase, como também se pode ser visto na Tabela 1.

No presente estudo, ambos os grupos obtiveram desempenhos estáveis e consistentes, com poucas variações nas pontuações, ou seja, o grupo 33% CR não foi significativamente inferior ao outro, como pode ser visto pela diferença entre as médias de acertos, uma vez que se tratava de uma análise geral de acertos por blocos e não por aluno.

Chiviakowsky¹³ verificou os efeitos da variação da frequência de feedback do tipo CR (100%; 66%; 50% e 33%) em 4 grupos de 20 crianças de ambos os sexos na faixa etária dos 10 anos de idade na habilidade motora fundamental de arremesso por cima do ombro em duas fases (aquisição e transferência). A tarefa consistia em arremessar, sem auxílio da visão, um saquinho de feijão de 100 g em um alvo circular de 2 m de diâmetro, dividido em 4 partes, com centro distante 2 m de uma parede. Quanto mais próximo do

Figura 2 - Gráfico das médias de pontuação por blocos, em acerto absoluto na fase de aquisição (blocos 1 a 5) e retenção (bloco 6).

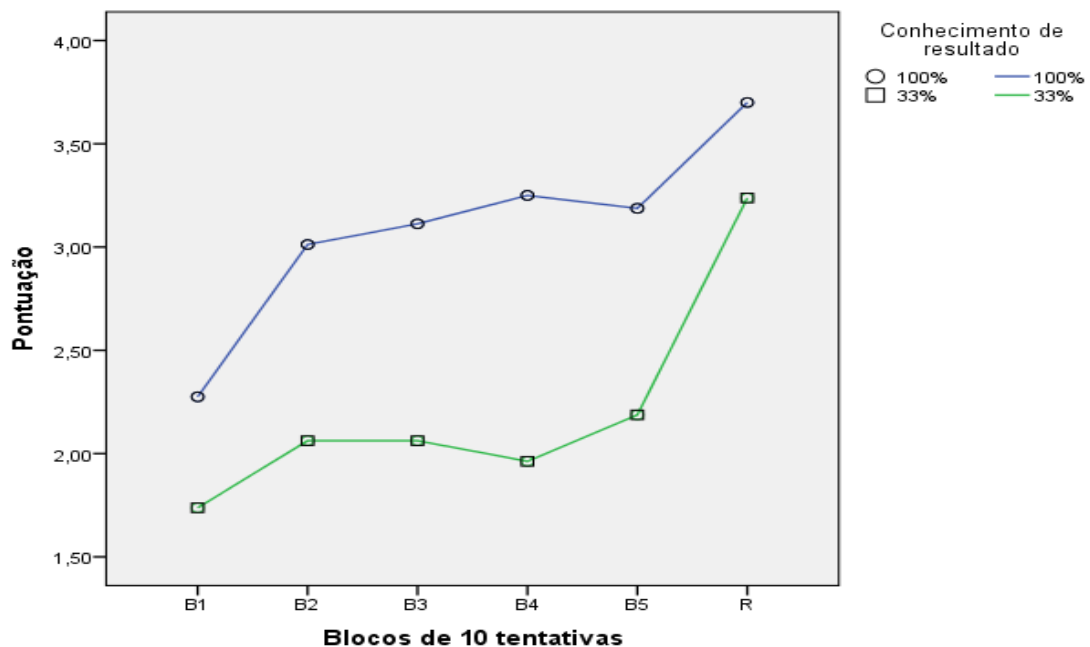


Tabela 1 - Média de pontuação por blocos, em acerto absoluto na fase de aquisição (blocos 1 a 5) e retenção (bloco 6).

| Blocos | Frequência_de_feedback | Média | Intervalo de Confiança 95% | |
|--------|------------------------|-------|----------------------------|-----------------|
| | | | Limite inferior | Limite superior |
| 1 | 100% de CR | 2,275 | 1,840 | 2,710 |
| | 33% de CR | 1,738 | 1,412 | 2,063 |
| 2 | 100% de CR | 3,013 | 2,600 | 3,425 |
| | 33% de CR | 2,063 | 1,785 | 2,340 |
| 3 | 100% de CR | 3,113 | 2,808 | 3,417 |
| | 33% de CR | 2,063 | 1,783 | 2,342 |
| 4 | 100% de CR | 3,250 | 2,989 | 3,511 |
| | 33% de CR | 1,963 | 1,647 | 2,278 |
| 5 | 100% de CR | 3,188 | 2,877 | 3,498 |
| | 33% de CR | 2,188 | 1,918 | 2,457 |
| 6 | 100% de CR 1 | 3,700 | 3,478 | 3,922 |
| | 33% de CR | 3,238 | 2,989 | 3,486 |

centro fosse o arremesso, maior a pontuação, a qual ia diminuindo conforme o saquinho fosse arremessado mais distante do alvo, mas ainda dentro do círculo. Os resultados da fase de transferência demonstraram diferenças estatisticamente significantes a favor do grupo que, na fase de aquisição, recebeu 33% de CR, o que levou a autora a concluir que frequências muito altas de CR podem não ser efetivas para a aprendizagem por não levarem a criança a desenvolver a capacidade de detecção e correção de erro de forma eficiente. No presente estudo, embora o grupo 100% CR tenha mostrado escores superiores em ambas as fases quando comparado ao grupo 33% CR, nota-se na Figura 2 que este último teve um ganho maior entre as duas fases. Contudo, há que se levar em consideração que embora os resultados das médias por si levem a essa interpretação, as análises de inferência estatística não dão suporte a essa evidência, uma vez que não houve efeito de interação entre bloco e grupo.

Sideway et al.,¹⁷ além de observarem o efeito da frequência de feedback do tipo CR, ainda avaliaram sua interação com a dificuldade da tarefa em 48 crianças de ambos os sexos com média de idade de 10,7 anos, cuja tarefa consistia em arremessar por cima do ombro um saquinho de feijão sem auxílio da visão em dois níveis de complexidade, os quais foram cruzados com as diferentes frequências de feedback do tipo CR (100% e 33%), em duas fases (aquisição e retenção). Os resultados revelaram que a aprendizagem melhorou em tarefas simples com a frequência de CR de 33%, ao passo que quando a tarefa era em um nível maior de dificuldade, a frequência de CR de 100%

foi mais efetiva. No presente estudo, ambos os grupos apresentaram ganhos, sendo que em ambas as fases, os resultados foram superiores no grupo 100% CR, muito embora se deva levar em consideração que na fase de retenção o ganho do grupo de 33% apresentou um ganho relativo maior quando comparado ao outro grupo. Por tratar-se de crianças sem experiência formal prévia no ensino do fundamento de finalização, talvez uma provável explicação para os resultados encontrados deve-se ao grau de dificuldade da tarefa, que pode ter sido complexo dada a inexperiência dos sujeitos investigados.

Posteriormente, Ugrinowitsch et al.⁷ também avaliaram a frequência de feedback do tipo CR (100%; 50% e 33%) em 45 estudantes universitários de ambos os sexos, distribuídos em três grupos em uma tarefa de controle de força de prensão manual por meio de um dinamômetro digital na qual os voluntários permaneciam com os olhos vendados. O experimento foi realizado nas fases de estabilização e adaptação em blocos de 5 execuções e, apesar da tarefa e faixa etária serem totalmente distinta sem relação ao estudo de Chiviacowsky,¹⁴ os resultados foram semelhantes, isto é, quanto maior a incerteza, melhor a aprendizagem. Ugrinowitsch et al.⁷ argumentam que os menores índices de erro apresentados pelo grupo 33% CR podem ter sido em virtude da maior possibilidade de combinar as informações sensoriais intrínsecas com as do feedback extrínseco, uma vez que esse grupo podia analisar melhor a informação intrínseca a cada execução e, quando recebia o feedback do tipo CR, podia compará-lo a sua análise prévia.

Rice e Hernandez¹⁵ e Chiviacowsky et al.¹⁸ investigaram o efeito da frequência de feedback do tipo CR em populações especiais adultas nas fases de aquisição e retenção. Do primeiro estudo, participaram 16 indivíduos com idades entre 16 e 65 anos com atraso desenvolvimental considerado de moderado a leve (mas sem comprometimento físico ou neurológico), divididos em dois grupos (100% CR e 50% CR). A tarefa consistiu em posicionar, por meio do teclado de um computador, uma barra amarela sobre uma barra azul e, quanto mais verde ficasse a barra final, maior a pontuação), realizada em uma fase de aquisição e outra de retenção em blocos de 10 tentativas. Do segundo estudo, participaram 20 indivíduos de ambos os sexos com idades entre 19 e 27 anos, diagnosticados com síndrome de Down e deficiência intelectual média (faixa de QI entre 50 e 70), divididos em dois grupos (100% CR e 33% CR). A tarefa consistiu em arremessar um implemento em um alvo, com a mão dominante, sem visualizar o alvo, realizada também em uma fase de aquisição e outra de retenção em blocos de 10 tentativas cada. Em ambos os estudos os resultados apontaram na direção de melhora da aprendizagem da tarefa para os grupos que receberam menores frequências de feedback, corroborando com os resultados dos estudos conduzidos anteriormente com pessoas de desenvolvimento motor típico.

O presente estudo demonstrou que o grupo 100% CR obteve média maior em termos de acertos em relação ao outro grupo 33% CR, porém observa-se que no teste de retenção, o grupo de 33% CR mostrou um ganho relativo maior do que o do outro grupo. Anderson et al.²² entendem que um importante papel do CR durante o aprendizado de uma habilidade motora é dirigir a atenção à relação entre o feedback intrínseco e o objetivo da tarefa de modo que esta performance possa ser mantida baseada no feedback intrínseco. Contudo, os autores alertam que este papel pode ser comprometido se o aluno substitui sua capacidade de análise do seu feedback intrínseco por uma dependência de CR para detectar seus erros. Uma vez que no presente estudo ambos os grupos apresentaram melhora na aprendizagem do fundamento de finalização, pode-se evitar essa tendência de dependência de feedback externo do tipo CR oferecendo-o com menor frequência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora ambos os grupos tenham apresentado melhora na aprendizagem da habilidade motora, tendo o grupo 100% CR apresentado resultados superiores tanto na fase de aquisição como na de retenção, o ganho de aprendizagem do grupo 33% CR foi, em termos relativos, superior entre ambas as fases, o que leva a acreditar que, além de não haver necessidade de oferta de feedback em todas as tentativas, uma frequência menor evita a situação de dependência do feedback extrínseco por parte do aluno, que, por sua vez, acaba sendo estimulado a utilizar o feedback intrínseco para analisar seus resultados motores, uma vez que nem sempre se pode contar com ajuda de outros meios (como, por exemplo, recursos de mídia, um professor ou outros colegas). Sugere-se que, em investigações futuras, também seja avaliado o efeito da frequência de feedback extrínseco, nesta e em outras habilidades, levando em consideração não somente o fornecimento de CR, como também de CP.

REFERÊNCIAS

1. Cavichioli FR, Cheluchinhak AB, Capraro AM, Marchi Junior W, Mezzadri FM. O processo de formação do atleta de futsal e futebol: análise etnográfica. *Rev Bras Educ Fis Esporte* 2011;25(4):631-47. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-55092011000400008>
2. Ramalho MHS, Cenci T, Machado Z, Santos JO, Nobre GC. Habilidades motoras e os conceitos de movimentação infantil. *Rev Acta Brasileira do Movimento Humano* 2011;1(1):23-32.
3. Valentini NC, Toigo AM. *Ensinando Educação Física nas séries iniciais: desafios e estratégias*. 2. ed. Canoas: Salles, 2006:152.
4. Costa CF. *Futsal: aprenda a ensinar*. 2 ed. Florianópolis: Visual Books, 2;2007:192.
5. Voser RC. *Iniciação ao futsal: abordagem recreativa*. 3 ed. Canoas: ULBRA, 3;2004:93
6. Ferreira L. *Futsal e a iniciação*. 7 ed. Rio de Janeiro: Sprint, 7;2008:103.
7. Ugrinowitsch H, Tertuliano IW, Coca AA, Pereira FAS, Gimenez R. Frequência de feedback como um fator de incerteza no processo adaptativo em aprendizagem motora. *Rev Bras Ci e Mov* 2003;11(2):41-7.
8. Schmidt RA, Wrisberg CA. *Aprendizagem e performance motora: uma abordagem da aprendizagem baseada na situação*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 4;2010:415
9. Corrêa UC, Martel VSA, Barros JAC, Walter C. Efeitos da frequência de conhecimento de performance na aprendizagem de habilidades motoras. *Rev Bras Educ Fis Esporte* 2005;19(2):127-41.
10. Magill RA. *Aprendizagem motora: conceitos e aplicações*. São Paulo, SP: Edgar Blücher, 2000:369.
11. Silvestri L. The use of knowledge of results in the acquisition and performance of motor skills. *Education* 1988;109(2):178-

82.

12. Lee TD, Carnahan H. When to provide knowledge of results during motor learning: scheduling effects. *Human Performance* 1990;2(2):87-105. doi: https://doi.org/10.1207/s15327043hup0302_2

13. Chiviawosky S. Frequência absoluta e relativa do conhecimento de resultados na aprendizagem de uma habilidade motora em crianças. *Kinesis* 1994;14:36-56. doi: <http://dx.doi.org/10.5902/231654648304>

14. Badets A, Blandin Y. The role of knowledge of results frequency in learning through observation. *Journal of Motor Behavior* 2004;36(1):62-70. doi: <https://doi.org/10.3200/JMBR.36.1.62-70>

15. Rice MS, Hernandez HG. Frequency of knowledge of results and motor learning in persons with developmental delay. *Occup. Ther. Int.* 2006;13(1):38-48. doi: <https://doi.org/10.1002/oti.206>

16. Alcântara LB, Alves MAF, Santos RCO, Medeiros LK, Gonçalves WR, Fialho JVAP, Ugrinowitsch H, Benda RN. Efeito do conhecimento de resultados autocontrolado na aprendizagem de habilidades motoras em idosos. *BJMB* 2007; 2(1):22-30.

17. Sideway B, Bates J, Occhiogrosso B, Schlagenhauer J, Wilkes D. Interaction of feedback frequency and task difficulty in children's motor skill learning. *Phys Ther.* 2012;92(7):948-57. doi: <https://doi.org/10.2522/ptj.20110378>

18. Chiviawosky S, Machado C, Marques AC, Schild JFG, Drews R. Aprendizagem motora e síndrome de Down: efeitos da frequência relativa reduzida de conhecimento de resultados. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2013;15(2). 225-32. doi: <http://dx.doi.org/10.5007/1980-0037.2013v15n2p225>

19. Albuquerque MR, Ugrinowitsch H, Lage GM, Corrêa UC, Benda RN. Effects of knowledge of results frequency on the learning of generalized motor programs and parameters under conditions of constant practice. *Perceptual and Motor Skills* 2014;119(1):61-89. doi: <https://doi.org/10.2466/23.22.PMS.119c15z0>

20. Figueiredo LS, Ugrinowitsch H, Freire AB, Shea JB, Benda RN. External control of knowledge of results: learner involvement enhances motor skill transfer. *Perceptual and Motor Skills* 2018;125(2):400-16 doi: <https://doi.org/10.1177/0031512517753503>

21. Barbetta PA. Estatística aplicada às ciências sociais. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2003. 340.

22. Anderson DI, Magill RA, Sekia H. Motor learning as a function of KR schedule and characteristics of task-intrinsic feedback. *Journal of Motor Behavior* 2001;33(1):59-66. doi: <https://doi.org/10.1080/00222890109601903>

Recebido em: 25/03/2019

Aceito em: 01/07/2019

Como citar: MALTA, Lucas Heinrichs Rubattino et al. O efeito da frequência de feedback extrínseco do tipo conhecimento de resultado na aprendizagem do fundamento de finalização no futsal. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 1, jan. 2019. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/13352>>. Acesso em: 02 jan. 2019. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v2i1.13352>



A saúde mental no distrito sanitário especial indígena Médio Rio Purus

Mental health care in the indigenous health district of Médio Rio Purus

Ivan Farias Barreto¹

1 - Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Natal, RN, Brasil.

ifbarreto@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: descrever a frequência dos atendimentos em saúde mental no serviço de atenção básica à saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena Médio Rio Purus (DSEI MRP), ocorridas em Amazonas, Brasil, em 2015. **Método:** estudo descritivo, com dados primários baseados nas fichas de registros e atendimentos realizados pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena. **Resultados:** O DSEI MRP apresentou cobertura deficiente em saúde mental. Nota-se claramente quantidade insuficiente de profissionais matriciadores e as equipes existentes não conseguiram prestar um atendimento adequado. Ações preventivas não foram realizadas em dezenas de aldeias. Os atendimentos aos usuários de psicotrópicos frequentemente se resumiram em dispensação de medicamentos, constatando-se ainda a baixa proporção de pessoas que tiveram consultas anuais com médicos especialistas na área. Para os casos envolvendo uso prejudicial de álcool, apenas ocorreram identificações das demandas sem, no entanto, seguir uma linha de cuidado para esses casos. Por fim, os dados que notificaram a ocorrência de violência, ideação ou tentativa de suicídio nas aldeias reforçam a necessidade de potencializar ações coletivas de prevenção e promoção da saúde. **Considerações finais:** é necessário aumento do número de profissionais de psicologia e/ou especializados em saúde mental, bem como garantir que as equipes estejam engajadas em cursos de qualificação na área a fim de ampliar a qualidade e o alcance do serviço.

Palavras-chave:

*Saúde Mental;
Epidemiologia; População
Indígena; Serviços de Saúde.*

ABSTRACT

Objective: the aim of the present study was to describe the frequency of mental healthcare services in the primary healthcare service of the Indigenous Special Sanitary District of Purus River (DSEI MRP), located in the state of Amazonas, Brazil, in 2015. **Method:** this was a descriptive study with primary data based on the health records and consultations carried out by Multidisciplinary Teams in Indigenous Health (EMSI). **Results:** the DSEI MRP did not present enough coverage relative to mental health care. There was an insufficient number of training providers and existing teams are unable to provide adequate mental health care. Preventive actions were not carried out in dozens of villages. Visits with psychotropic users were often limited to dispensing medications, and a low proportion of people had annual consultations with medical specialists. In cases involving the harmful use of alcohol, professionals merely identified the demand but did not provide adequate treatment. **Final considerations:** it is necessary to increase the number of psychologists and/or mental healthcare experts and ensure that the teams are engaged in mental health qualification courses, increasing the quality and scope of the service.

Keywords:

*Mental Health;
Epidemiology; Indigenous
Population; Health Services.*



INTRODUÇÃO

O Distrito Sanitário Especial Indígena Médio Rio Purus compreende os municípios de Lábrea, Canutama e Tapauá no estado do Amazonas. Esses municípios apresentam realidades de extrema pobreza, baixos índices de desenvolvimento humano¹ e abrangem cerca de 8.348 indígenas de 17 etnias em 12 Polos Base, segundo dados do Sistema de Informação de Atenção da Saúde Indígena (SIASI) em agosto de 2015.

Devido às condições geográficas e climáticas são utilizadas três modalidades de transportes para o funcionamento do serviço de atenção básica: fluvial, terrestre e aéreo, sendo mais comum o uso de embarcações. Grandes são as dificuldades de acesso em muitas aldeias exigindo das equipes esforço físico para caminhadas relativamente difíceis, adaptações às condições naturais e infraestruturas locais, muitas vezes deficientes, além de ambientação às especificidades socioculturais nas distintas comunidades.²

Os povos indígenas do DSEI MRP contam com fatores de proteção social como o reconhecimento da identidade étnica, a garantia de terra e certa regularidade na oferta de cuidados em atenção básica à saúde. Contudo, vivenciam fatores de riscos e barreiras de acesso a importantes políticas públicas como a deficiente cobertura dos dispositivos formais de educação e desenvolvimento de pessoas; a inacessibilidade a programas de geração de emprego e renda; e problemas envolvendo infraestrutura sanitária. Os indígenas frequentemente demandam por maior acesso a bens (barcos, motores, placas solares, baterias, equipamentos de radiofonia, telefones, internet, entre outros) e serviços de saúde, com maior número e diversidade de profissionais.

Essas questões de algum modo estão relacionadas com a qualidade de vida e podem ter reflexos na saúde mental dessas populações. Um importante passo para o desenvolvimento de compreensões sobre aspectos da atenção psicossocial no DSEI MRP sem dúvida é o levantamento das informações produzidas a partir dos atendimentos em saúde mental pelas equipes multidisciplinares. No campo da saúde indígena, de um modo geral, essas informações são relativamente escassas, precariamente sistematizadas e pouco divulgadas em veículos de comunicação científica. Essa constatação justifica, portanto, o desenvolvimento desse estudo, que irá permitir tanto a avaliação do alcance do serviço de

saúde mental quanto a análise primária de dados epidemiológicos a partir dos trabalhos realizados pelas equipes.

MÉTODO

Pesquisa documental, descritiva, transversal, conduzida com dados primários (consolidados de produção) em saúde mental no DSEI MRP em 2015. Os indicadores refletem tanto a respeito do adoecimento das populações indígenas quanto dos trabalhos desenvolvidos pelas equipes multidisciplinares em saúde indígena, sendo divididos em cinco eixos: ações coletivas em saúde mental, uso de medicamentos psicotrópicos, consumo prejudicial de álcool, situações de violência e situações envolvendo ideação ou tentativas de suicídio.

As ações coletivas se valem de ferramentas na promoção da saúde mental, prevenção de agravos e fortalecimento dos vínculos sociais. Criam condições para a oferta de espaços de escuta, construção de redes de apoio/cuidado e organização conjunta de soluções para os problemas e estratégias promotoras da coesão do tecido social³. O indicador aponta para número de ações coletivas em saúde mental, separados por Polo Base e os dados foram obtidos dos relatórios técnicos de entrada das equipes em cada Polo Base.

O monitoramento do uso de medicamentos psicotrópicos é realizado em casos de tratamento de agravos em saúde mental⁴. Para a coleta dos dados utilizou-se a Planilha de Vigilância de Uso de Medicamentos Psicotrópicos em Povos Indígenas – SESAI/MS e a Ficha de Monitoramento Individual – DSEI MRP/SESAI/MS. Os seguintes indicadores foram analisados: 1) número de pessoas que fazem uso de medicamentos psicotrópicos por Polo Base; 2) proporção de pessoas que fazem uso de medicamentos psicotrópicos no DSEI MRP; 3) proporção de pessoas que fazem uso de medicamentos psicotrópicos com consultas com psiquiatra ou neurologista no ano.

O consumo prejudicial de álcool é definido pelas consequências negativas não estando necessariamente vinculados à quantidade de bebida ingerida ou frequência do uso. Outrossim, a vigilância em saúde sobre o uso de álcool apoiou-se em paradigma não coercitivo que respeita a autodeterminação dos povos indígenas, como a estratégia de redução de danos, que compunha a política de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas.³ O indicador relacionado pretende evidenciar o quanto as equipes estiveram

sensíveis a essa matéria e seu monitoramento permite a avaliação das ações, bem como a ampliação de seu alcance aos usuários, famílias e comunidade.⁴ Para coleta dos dados utilizou-se a Ficha de Monitoramento do Uso Prejudicial de Álcool – SESAI/MS e a Ficha de Monitoramento Individual – DSEI MRP/SESAI/MS. O indicador aponta para o número de pessoas que demandaram cuidados relacionados ao uso de álcool por Polo Base.

Para as situações de violências não letais, os dados foram analisados de acordo com a identificação dos tipos mais frequentes e do reconhecimento das populações mais atingidas.⁵ Utilizou-se para coleta dos dados a Ficha de Notificação/Identificação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências -- Sistema de Informações de Agravos e Notificação/Secretaria de Vigilância à Saúde (SINAN/SVS) e a Ficha Complementar de

RESULTADOS

Tabela 1 – Quantitativo de ações coletivas de promoção e prevenção em saúde mental no DSEI MRP – 2015

| Polos Base | Número de aldeias | Número de ações coletivas por polo base | | |
|---------------|-------------------|---|-----------------------------|-------|
| | | EMSI | Profissionais Matriciadores | Total |
| Chico Camilo | 16 | 8 | 10 | 18 |
| Crispim | 10 | 24 | 4 | 28 |
| Marrecão | 7 | 1 | 9 | 10 |
| Abaquadi | 9 | 0 | 16 | 16 |
| Pajé Sawê | 6 | 3 | 1 | 4 |
| Japiim | 3 | 0 | 0 | 0 |
| Iminaã | 12 | 15 | 7 | 22 |
| Tumiã | 6 | 0 | 0 | 0 |
| São Pedro | 5 | 24 | 0 | 24 |
| Casa Nova | 5 | 0 | 0 | 0 |
| São Francisco | 5 | 0 | 0 | 0 |
| Tawamirin | 15 | * | 0 | * |

Fonte: Programa de Atenção à Saúde Mental do DSEI MRP, abril de 2016.

Nota: * dado indisponível.

Tabela 2 – Quantitativo de atendimentos a pessoas que fazem uso de psicotrópicos no DSEI MRP - 2015

| Polos Base | Número de usuários | Número de atendimentos | | | | TOTAL |
|---------------|--------------------|------------------------|--------------|----------|------------|-------|
| | | Enfermagem | Téc. Enferm. | Medicina | Psicologia | |
| Chico Camilo | 10 | 17 | 1 | 11 | 10 | 39 |
| Crispim | 9 | 44 | 13 | 3 | 20 | 80 |
| Marrecão | 6 | 23 | 7 | 9 | 5 | 44 |
| Abaquadi | 7 | 23 | 7 | 4 | 6 | 40 |
| Pajé Sawê | 2 | 9 | 0 | 0 | 0 | 9 |
| Suruwahá | 1 | 12 | 0 | 2 | 1 | 15 |
| Japiim | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 3 |
| Iminaã | 11 | 17 | 0 | 0 | 7 | 24 |
| Tumiã | 4 | 8 | 4 | 4 | 0 | 16 |
| São Pedro | 2 | 6 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| Casa Nova | 2 | 4 | 1 | 1 | 0 | 6 |
| São Francisco | 1 | 6 | 1 | 1 | 0 | 8 |
| Tawamirin | * | * | * | * | 0 | * |
| TOTAL | 56 | 171 | 34 | 36 | 48 | 290 |

Fonte: Programa de Atenção à Saúde Mental do DSEI MRP - abril de 2016.

Nota: * dado indisponível.

Investigação/Notificação de Violência em Povos Indígenas – SESAI/MS. Os indicadores analisados foram: 1) taxa de situações de violência no DSEI; 2) número de situações de violências por tipo, separadas por Polo Base; 3) número de situações de violências

nas quais há uso suspeito ou confirmado de álcool pelo agressor ou pela vítima, separadas por Polo Base.

Para as situações envolvendo ideações ou tentativas de suicídio, os dados foram coletados a partir da Ficha Complementar de Investigação/

Tabela 3 – Quantitativo de atendimentos a pessoas que demandaram atenção ao consumo prejudicial de álcool no DSEI MRP – 2015

| Polos Base | Nº de usuários | Número de atendimentos em 2015 | | | | |
|-------------|----------------|--------------------------------|--------------|----------|------------|-------|
| | | Enfermagem | Téc. Enferm. | Medicina | Psicologia | Total |
| C. Camilo | 7 | 2 | 2 | 0 | 5 | 9 |
| Crispim | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| Abaquadi | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Pajé Sawé | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Japiim | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Iminaã | 7 | 1 | 0 | 0 | 4 | 5 |
| S.Francisco | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Tawamirin | * | * | * | * | * | * |
| TOTAL | 22 | 9 | 2 | 0 | 9 | 22 |

Fonte: Programa de Atenção à Saúde Mental do DSEI MRP - abril de 2016.

Nota: * dado indisponível.

Observação: com relação ao Polo Base Crispim houve ausência de identificação profissional nas fichas e optou-se pela distribuição dos atendimentos entre profissionais de enfermagem e psicologia.

Quadro 1 - Situações de violências não letais no DSEI MRP – 2015

| Polos Base | Etnia | Idade | Gênero | Tipo | O usuário considera o episódio como situação de violência? | Houve uso de bebida alcoólica por parte do(a) acusado(a) durante o episódio? |
|------------|-------------|-------|--------|-------------|--|--|
| Abaquadi | Banawá | 20 | F | Física | Sim | Não |
| | Paumari | 24 | M | Física | Sim | Não |
| Marrecão | Madihá Deni | 34 | F | Física | * | Não |
| | | 31 | F | Física | Não | Sim |
| Crispim | Paumari | 11 | F | Sexual | Sim | Sim |
| | | 26 | M | Psicológica | Não | Sim |

Fonte: Programa de Atenção à Saúde Mental do DSEI MRP - abril de 2016.

Nota: * dado indisponível.

Quadro 2 - Situações de ideação ou tentativas de suicídio no DSEI MRP– 2015

| Polos Base | Etnia | Gênero | Idade | Estado civil | Uso frequente de bebidas alcoólicas? |
|--------------|-------|--------|-------|--------------|--------------------------------------|
| Chico Camilo | * | F | 23 | Casada | * |
| | * | F | 31 | Casada | * |
| | * | F | 25 | Solteira | * |
| | * | F | 34 | Casada | * |

Notificação de Tentativas e Óbitos por Suicídio em Povos Indígenas – SESAI/MS e da Ficha de Monitoramento Individual – DSEI MRP/SESAI/MS. O indicador analisado foi o número de ideações ou tentativas de suicídio ocorridas no ano, separados por Polo Base.

Dados adicionais: a proporção de pessoas que fizeram uso de medicamentos psicotrópicos no DSEI MRP foi de 0,67%. Considerando os indígenas que fizeram uso de medicamentos psicotrópicos, a proporção daqueles que passaram por consulta médica especializada (psiquiatra/neurologista) no ano de 2015 foi de apenas 12,5%. Importante lembrar que as malocas Suruwahá estão situadas no Polo Base Marrecão e por conta das especificidades culturais optou-se por analisar esses dados separadamente.

DISCUSSÃO

A cobertura de ações coletivas em temas ligados à saúde mental foi considerada deficiente em 2015. Esse panorama aponta para quantidade insuficiente de profissionais matriciadores no DSEI MRP que contava com apenas dois psicólogos em exercício no ano de 2015; também pode revelar que as EMSI não estavam sensíveis ou preparadas para abordarem temas ligados à saúde mental nas aldeias e/ou estavam priorizando a execução de outros programas em detrimento do Programa de Atenção à Saúde Mental.

Considerando as dificuldades logísticas de acesso às aldeias pelas EMSI, seria razoável estipular uma periodicidade mensal de ações coletivas em saúde mental nas comunidades. No entanto, a realidade encontrada foi muito aquém do esperado. O Polo Base São Pedro foi o mais assistido se comparado a todos os outros, com uma média de 4,8 ações coletivas de prevenção por ano em cada aldeia, seguido por Crispim (2,8 atendimentos anuais/aldeia), Iminaã (1,8), Abaquadi (1,7), Marrecão (1,4), Chico Camilo (1,1) e Pajé Sawê (0,6). Completamente desassistidos estiveram os Polos Base Japiim, Tumiã, Casa Nova,

São Francisco e, provavelmente, Tawamirin.

A cobertura no monitoramento mensal de pessoas que fizeram uso de medicamentos psicotrópicos foi insuficiente. Frequentemente os atendimentos da enfermagem (enfermeiros e técnicos) se resumiram na entrega dos medicamentos, indicando a necessidade de um maior envolvimento desses profissionais em questões ligadas à saúde mental a fim de conseguirem realizar avaliações e atendimentos mais adequados a cada caso. Os poucos atendimentos realizados por médicos e psicólogos indicam carência quantitativa desses profissionais, situação que se agrava diante das dificuldades no acesso e permanência nas aldeias.

A assistência ao uso de medicamentos psicotrópicos mais próxima do ideal ocorreu nas malocas Suruwahá, ficando evidente o esforço dos gestores e o cuidado das EMSI no acompanhamento mensal da demanda. Os atendimentos foram regulares no Polos Base Crispim, com média de 8,8 atendimentos anuais por pessoa, seguido de Marrecão (7,3) e Abaquadi (5,7). Os números foram muito baixos nos Polos Base Iminaã, com 2,1 atendimentos, bem como em Japiim (3), São Pedro (3), Casa Nova (3), Chico Camilo (3,9), Tumiã (4) e Pajé Sawê (4,5).

Contatou-se ainda a baixíssima proporção de pessoas que tiveram consultas anuais com médicos especialistas (neurologista, psiquiatra etc.) indicando que parte desses atendimentos estiveram ligados a situações emergenciais e não em ações preventivas. Ainda houve relatos sobre medicamentos psicotrópicos que chegaram ao DSEI MRP com atraso e/ou próximos à data de vencimento, aumentando os riscos e gerando desconfortos físicos ou psíquicos aos usuários, familiares e equipes de saúde. Outrossim, cópias de parte das receitas médicas sequer encontravam-se disponíveis na sede do DSEI MRP, requerendo a urgente reavaliação médica dos usuários do Programa de Atenção à Saúde Mental (SIC).

Em relação às demandas ligadas ao uso prejudicial de álcool nas aldeias, os dados apontaram para desassistência, sugerindo que os recursos humanos foram insuficientes e a qualificação profissional foi inadequada para prover o cuidado dessas questões. Salienta-se que os dados apresentados na Tabela 3 fazem referência aos indígenas que voluntariamente procuraram as EMSI e solicitaram ajuda. Os atendimentos anuais por pessoa realizados pelas EMSI somaram em ordem decrescente: Japiim (1,5), Chico Camilo (1,2), Crispim (1), Pajé Sawê (1), São Francisco (1), Iminaã (0,7), Abaquadi (0) e Tawamirin com 0, provavelmente.

Ademais, a partir de relatos de familiares, 14 indígenas faziam uso de álcool puro ou álcool extraído de gasolina e 6 consumiam perfumes. Também foi constatado uso de outros psicoativos (não necessariamente consumo prejudicial) como o rapé, maconha, papoula, substâncias voláteis e *crack* (SIC).

Pelo menos desde 2001 com a III Conferência Nacional de Saúde Indígena⁶ o uso prejudicial de álcool tem sido apontado como um problema de saúde que atinge muitas comunidades indígenas pelo país. No entanto, as informações apresentadas mostram que pouco tem sido feito no DSEI MRP para prestar um mínimo de assistência a essas pessoas.

No que diz respeito às situações de violência, não houve registros de óbitos decorrentes dessas situações para o ano de 2015. Os registros envolveram pessoas conhecidas, principalmente o cônjuge, sendo que em metade dos casos houve ingestão de bebidas alcoólicas por parte da pessoa agressora. Somente houve ação comunitária de punição, reparação ou restabelecimento da ordem entre os Banawá, pois surraram a agressora com cipó.

Com relação ao suicídio, a incidência entre povos indígenas tende a ser maior que na população em geral.⁷ Estima-se que 11 mil pessoas cometem suicídio

todos os anos no país e segundo dados registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) a taxa geral no período entre 2011-2015 foi registrada em 5,5 por 100 mil habitantes, sendo a maior taxa observada na população indígena, com 15,2/100 mil.⁸ Por outro lado, dados levantados pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) registrou em 2014 taxa de 21,8/100 mil entre povos indígenas.⁹

Essa questão tem se mostrado um agravo à saúde preocupante em determinadas populações indígenas, não sendo um fenômeno generalizado, mas localizado em comunidades e etnias específicas. Há evidências suficientes demonstrando que situações sociais precárias decorrentes do contato histórico com os não índios, têm relação com o aumento das taxas de suicídio nesses contextos.¹⁰

O suicídio, sua tentativa ou mesmo ideação demandam investigações sobre os determinantes sociais em saúde mental incluindo aí questões políticas, culturais, institucionais, habitacionais, de saneamento básico, empregabilidade e renda, escolaridade, acesso a bens e serviços etc. Podem revelar certa inadaptação às normas sociais formais ou informais compartilhadas e sempre comunicam elementos subjetivos importantes. Vale ainda considerar que são fatores de risco para o suicídio o uso prejudicial de álcool e outras drogas, a depressão, desemprego e outros agravos em saúde mental.

A maior prevalência desse sinal de sofrimento psíquico no DSEI MRP deu-se no Polo Base Chico Camilo, um dos territórios mais próximos da zona urbana ou da cidade de Lábrea/AM, sendo significativo que as situações tenham envolvido quatro mulheres de aproximadamente 23 a 34 anos. Também preocupa a notificação de um homem no Polo Base Abaquadi que faz uso frequente de bebidas alcoólicas, sendo esse um fator de risco importante a ser considerado. Evidencia-se que é preciso ampliar os esforços em prevenção e promoção de saúde mental mesmo em regiões mais distantes, exigindo atenção diferenciada e fundamentada na linha de cuidado integral em atenção psicossocial.

Sugere-se, portanto, realizar um plano de ação imediatamente após a identificação do fato ou relato, com investigações a partir de atendimentos individuais e/ou familiares, estabelecendo uma escuta qualificada para acolhimento dos envolvidos. Segue com o mapeamento da rede de relações interpessoais dos envolvidos, com a elaboração de um genograma,

ecomapa, projeto terapêutico singular, plano de vida e reforça-se os pontos de suporte identificados no conjunto de cuidados junto à pessoa/familiares. Ressalta-se ainda a importância dos projetos de educação continuada, da organização de espaços de trocas de saberes e suporte técnico-pedagógico.

A desassistência em saúde mental no DSEI MRP apresentada até aqui corrobora com a literatura da área que constata que as EMSI não se sentem preparadas para atenderem inclusive problemas simples e que os serviços de saúde indígena se centram basicamente em diagnósticos de saúde mental e administração de medicamentos psicotrópicos. Por fim, parte das crises em saúde mental se deve à perda de vínculos culturais, negação da identidade e pouca presença de políticas de Estado nas aldeias e arredores.¹¹

Sobre a morte ritual por autoenvenenamento entre os Suruwahá

Para evitar visões etnocêntricas ou inadequação na interpretação de fenômenos culturais entre os Suruwahá, optou-se pelo desenvolvimento dessa seção a fim de justificar a não classificação da morte ritual por ingestão de *kunahã* (uma espécie de veneno, também conhecido como timbó) nos dados epidemiológicos sobre suicídio. Essa categoria, do ponto de vista ocidentalizado, normalmente destaca a presença de sofrimento físico ou psíquico, mostrando-se equivocado para uma compreensão adequada.

Os índios Suruwahá são considerados povos isolados, sendo distintos em seus modos de vida, idioma, culinária etc. Sua população tem se mantido mais ou menos estável ao longo dos anos, contando em 2015 com cerca de 150 pessoas que viviam comunitariamente em algumas malocas próximo ao rio Riozinho em Tapauá/AM (Polo Base Marrecão) e produziam praticamente tudo que é necessário para a sobrevivência.

À parte disso, os Suruwahá concebem três caminhos distintos para o mundo espiritual: o *maaro agi* (caminho da morte), por onde seguem os que

morrem de velhice, acreditando ser um caminho penoso onde os corações vagueiam sem achar sossego e paz; o *koiri agiri* (caminho da cobra), por onde seguem os que morrem por picada de cobra; e o *konaha agi* (caminho do timbó), a trajetória da lua, por onde vão aqueles que morrem por ingestão de veneno, onde as almas reencontram seus parentes, as plantas agrícolas crescem sem esforço e a caça e pesca são abundantes.¹²

Os índios Suruwahá acreditam que a existência humana só tem sentido quando se visa a 'morte ritual', apontando essa prática como a máxima de todos os valores. Historicamente, as mortes por epidemias e armas de fogo, somados ao extermínio de todos os líderes espirituais, levaram os Zuruahá ao desespero. Dawari, um sobrevivente Adamidawa, recorreu à ingestão de *kunahã*, tendo sido o estopim para outras mortes do gênero, que logo se tornaram uma prática cultural.¹³

Acredita-se que ao morrerem por esse método o indígena mantém sua forma física por toda a eternidade, sendo compreensível que a maioria das mortes rituais ocorra justamente na juventude, quando estão em pleno vigor físico e mental. É comum que após um episódio de morte por autoenvenenamento sucedam alguns outros, geralmente por pessoas mais próximas àquela que primeiro faleceu, como em uma reação em cadeia.

Os motivos dessas mortes ou tentativas são informados basicamente por conflitos e crises que envolvem o zelo pela propriedade (ferramentas, roças), o controle da sexualidade feminina, a autoestima pessoal (ofensas, doenças, feiúra, insucessos), a aliança matrimonial (casamento e relacionamento conjugal) e, sobretudo, o sentimento profundo que une os vivos aos parentes falecidos.¹⁴ No ano de 2015 foram notificados seis casos de 'morte ritual' entre os Suruwahá:

- 1) 28.06.2015 – Homem, 11 anos.
- 2) 28.06.2015 – Mulher, 33 anos.
- 3) 17.05.2015 – Mulher, idade indisponível.
- 4) 17.05.2015 – Mulher, 14 anos.
- 5) 16.05.2015 – Homem, 41 anos.
- 6) 16.05.2015 – Mulher, 13 anos.

A prática da morte ritual é uma questão cultural complexa, que se relaciona com cosmologias que são constantemente elaboradas e ressignificadas por esse povo. Considera-se, portanto, que o ‘ritual de morte por autoenvenenamento’ entre os Suruwahá é parte integrante de sua cultura, identidade, história, cosmologias e certamente há um sentido ou vários sentidos nessa prática. Finalmente, vale indagar “o que os Suruwahá querem nos dizer através de sua morte ritual, senão que estão elaborando respostas próprias de resistência e afirmação cultural (por mais contraditório que isso possa parecer) frente ao seu violento processo histórico de contato?”¹³

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho contribui para análise dos atendimentos e dimensionamento dos agravos em saúde mental no Distrito Sanitário Especial Indígena Médio Rio Purus. Destaca-se por ser o primeiro estudo do gênero no âmbito da atenção básica em saúde mental considerando os povos indígenas dos municípios de Lábrea, Canutama e Tapauá, estado do Amazonas.

Observou-se que algumas fichas de

atendimentos não foram preenchidas corretamente, dificultando em alguns casos a sistematização dos dados, porém sem prejuízo para o dimensionamento do alcance do programa. Até abril de 2016 não havia disponibilidade de informações dos atendimentos no Polo Base Tawamirin, que na época deveriam ser informados pela CASAI de Tapauá.

Tendo em vista as características geoclimáticas e dificuldades de acesso às aldeias do DSEI MRP, constata-se que o número de profissionais de psicologia foi deficiente em 2015. Contando com apenas dois profissionais, os atendimentos em saúde mental foram prejudicados, sendo necessário um número bem maior para garantir ao menos um atendimento mensal nas aldeias e/ou acompanhamento intensivo em alguns casos.

De modo semelhante, grande parte das aldeias do DSEI MRP carecem de EMSI em quantidade e/ou qualidade. Nota-se a falta de profissionais de medicina para avaliação periódica daqueles que fazem uso de medicamentos psicotrópicos ou demandam atenção ao consumo prejudicial de álcool. Outrossim, é preciso ampliar a consulta anual dos usuários de psicotrópicos com especialistas (psiquiatras / neurologistas) a fim de prevenir a ocorrência de sérios agravos em saúde e reduzir o uso desnecessário desses medicamentos.

Constata-se também que apesar da maior presença de técnicos de enfermagem nas aldeias, os usuários do programa de saúde mental praticamente não têm sido atendidos por eles. No que diz respeito aos enfermeiros, estes ainda carecem em número e precisam de maior envolvimento/treinamento para execução do Programa de Atenção à Saúde Mental. Quanto aos agentes indígenas de saúde, não foi possível dimensionar quantitativamente seus atendimentos, pois parte desses profissionais sequer sabem ler ou escrever, dificultando a sistematização das produções em campo.

É imprescindível que todos os profissionais de saúde indígena estejam mobilizados em cursos de qualificação em saúde mental e que os gestores do DSEI MRP facilitem a organização desses eventos, ampliando assim a qualidade e o alcance do Programa.

Finalmente, são necessários mais estudos a fim de acompanhar a evolução do Programa de Atenção à Saúde Mental do DSEI MRP e o dimensionamento

Como citar: BARRETO, Ivan Farias. A saúde mental no Distrito Sanitário Especial Indígena Médio Rio Purus. Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde, Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 1, jan. 2019. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/13323>>. Acesso em: 23 ago. 2019. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v2i1.13323>



Eficácia da auriculoterapia na dor no ombro - uma revisão integrativa

Eficácia da auriculoterapia na dor no ombro - uma revisão integrativa

Renata Ulrich Finkler¹, Márcio San Martim²

1 - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA, Porto Alegre, RS, Brasil. Núcleo de Atenção à Saúde UNIMED, Jundiá, SP, Brasil.

2 - Academia Brasileira de Arte e Ciência Oriental – ABACO, Porto Alegre, RS, Brasil. Instituto de Cardiologia, Porto Alegre, RS, Brasil.

RESUMO

Objetivo: realizar uma revisão de estudos que mostrem os tratamentos de auriculoterapia para dor no ombro e protocolos relatados em livros. **Método:** foi utilizada a Biblioteca Virtual em Saúde acessando as bases de dados LILACS e SCIELO, com os descritores “auriculoterapia” e “ombro”, onde foram encontrados 5 estudos, publicados entre 2001 e 2015 e referências bibliográficas. Os critérios de inclusão foram estudos originais que abordassem sobre auriculoterapia e dor no ombro e livros que abordassem protocolos para dor no ombro. Os critérios de exclusão foram estudos de revisão de literatura. Após análise foi excluído 1 estudo, sendo utilizados 4 estudos, devido 1 estudo ser revisão de literatura. Também foram incluídos 5 livros, por apresentarem protocolos para dor no ombro. **Resultados:** na pesquisa realizada, os estudos demonstraram resultados positivos em relação à auriculoterapia para o ombro. Em um dos estudos verificou-se que a auriculoterapia utilizada juntamente com tuína tem melhor eficácia. em outro estudo, viu-se melhores resultados com acupuntura. nos outros 2 estudos, que foi com pacientes com síndrome do ombro doloroso e LER/DORT, foi utilizada apenas auriculoterapia, com bons resultados para dor. **Considerações finais:** essa revisão nos faz refletir sobre a importância de mais publicações para avaliar a eficácia da auriculoterapia para essa patologia. A eficácia da terapia poderia diminuir uso de medicamentos e efeitos colaterais provenientes dos mesmos e gastos para o governo, já que é uma terapia de baixo custo. Também foram apresentados livros com protocolos para tratamento de patologias do ombro, o que pode auxiliar os profissionais nos tratamentos dos pacientes. Verificado que há diversos protocolos disponíveis diferentes, tanto nos livros quanto nos estudos avaliados.

Palavras-chave:

Auriculoterapia; Dor;
Ombro.

ABSTRACT

Objective: to perform a literature review of studies about auriculotherapy treatments for shoulder pain and protocols reported in books. **Method:** the Virtual Health Library was used to access the LILACS and SCIELO databases, with the descriptors “auriculotherapy” and “shoulder”. Five studies were found between 2001 and 2015 including bibliographical references. Inclusion criteria were original studies about auriculotherapy and shoulder pain and books that include protocols for shoulder pain. Exclusion criteria were literature review studies. After analysis, one study was excluded, and four studies were used. Additionally, five books were included. **Results:** the studies demonstrated positive results in relation to shoulder auricular therapy. One study verified that auriculotherapy together with tuina massage was more effective. Another study found better results when auriculotherapy was associated with acupuncture. The other two studies, in which patients with shoulder impingement syndrome and LER/DORT were submitted only to auriculotherapy, presented good results for pain. **Final considerations:** the present review points to the importance of more publications to assess the effectiveness of auriculotherapy for this pathology. The effectiveness of this therapy can reduce the use of drugs and their side effects and government spending, since it is a low-cost therapy. The results also yielded books with protocols to treat shoulder disorders, which may help professionals in the treatment of patients. Furthermore, there are several different protocols available, both in the books and in the studies evaluated.

Keywords:

Auriculotherapy; Pain;
Shoulder.

renatafinkler@hotmail.com



INTRODUÇÃO

O ombro é a articulação com maior mobilidade do corpo humano, sendo bastante complexa e instável. É necessário que haja sincronização entre todas as estruturas do ombro para uma biomecânica normal. Quando há alteração na estrutura e nas funções ocorrem inúmeras afecções.¹

A dor é o principal motivo para procurar tratamento. Ter conhecimentos sobre a fisiopatologia da dor é dever de qualquer profissional de saúde. Muitos tratamentos mais complexos devem ser realizados por médico capacitado, mas a gestão geral da dor todos os profissionais de saúde devem estar aptos para tratar.²

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) foi aprovada no Brasil em 2006. É denominada pela Organização Mundial da Saúde como medicina tradicional e complementar/alternativa. As tecnologias que são utilizadas são eficazes e seguras, utilizando recursos terapêuticos e sistemas com complexidade. O cuidado, o autocuidado, a prevenção de doenças e a recuperação da saúde são estimulados com uma visão ampliada do processo saúde-doença.³

A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) é uma medicina oriental que utiliza diversas práticas há milhares de anos. Muitas universidades e hospitais foram criados na China para prática dessa medicina no século XX, sendo oficializada por Mao Tze Tung.⁴

A fundamentação da MTC tem base na filosofia, onde o funcionamento do organismo humano, o ambiente e os ciclos da natureza estão interligados. O ser humano é visto como um todo, tendo uma abordagem humanista. É realizada a prevenção das doenças e o tratamento destas.⁴

Nesse estudo falaremos da auriculoterapia, mas na MTC existem mais 7 métodos diferentes, sendo eles: fitoterapia chinesa, moxabustão, dietoterapia (terapia alimentar chinesa), acupuntura, tuiná (massagem e osteopatia chinesa), ventosaterapia, práticas físicas (como Chi Kung, Tai Chi Chuan e algumas artes marciais).⁴

A auriculoterapia é um tratamento eficaz, na medida que é rápido, simples, de fácil aprendizagem, é prático e econômico e não apresenta efeitos colaterais. É utilizada para diversas finalidades como analgésica, hipotensora, antiestresse, sedação, estimulante, antipruriginosa, antifebril, entre outros.^{5,6}

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a auriculoterapia como um método auxiliar

nos tratamentos terapêuticos e potencializadora de efeitos desejados. Os efeitos podem ser rápidos para diversos tratamentos e em outros podem precisar de mais sessões.⁷

Ao longo do tempo, documentos foram encontrados falando de tratamentos semelhantes ao de auriculoterapia. Hipócrates tratava impotência com sangrias nas orelhas. Os egípcios utilizavam pontos da orelha para acalmar diversas dores. Em 1637, o médico Zacutus Lusitanus escreveu sobre cauterização auricular para tratamento de ciático. O professor Ignaz Colla, em 1810, descreveu sobre cauterizações auriculares para dores no ciático. O médico Lucciani, em 1850, falou também da cauterização da hélice para dor no ciático. Houve outras publicações no século.⁸

O pavilhão auricular apresenta grande inervação, ligando-se ao Sistema Nervoso Central. A terapia consiste em estimular pontos específicos, impulsionando o cérebro e fazendo com que sejam desencadeadas reações químicas e físicas. Essas reações reequilibram áreas e funções do corpo. O pavilhão auricular é um microsistema onde todo o organismo está representado. Os pontos estimulados regulam o sistema psíquico e orgânico.^{7,9}

Todas alterações ou desequilíbrios do organismo são refletidos em regiões correspondentes no pavilhão auricular. É comumente visualizado na orelha manchas, dor e outros sintomas como consequência desses desequilíbrios, o que caracteriza o ponto. São utilizadas agulhas e sementes nos pontos até a cura completa ou até um alívio dos desequilíbrios.⁵

Cada ponto da orelha corresponde a uma parte do corpo, conforme um feto projetado no pavilhão auricular, em posição de nascimento, onde a cabeça ficaria no lóbulo da orelha e os pés na parte de cima. Fazendo essa analogia, os pontos estimulados correspondem aos órgãos do corpo.⁵

Por meio desta pesquisa foi identificada, nos trabalhos publicados, estudos que mostram a auriculoterapia como tratamento complementar à dor no ombro. Atualmente, está crescendo a utilização de práticas complementares no tratamento de diversas doenças. É importante saber como está sendo utilizada a auriculoterapia no tratamento da dor no ombro, visto que é um sintoma comum na população. Também estimulará os profissionais a procurarem a formação na terapia para que mais pacientes se beneficiem dessa prática.

A questão norteadora para esse estudo foi:

Qual a eficácia da auriculoterapia no tratamento para dor no ombro e quais os tratamentos com auriculoterapia são utilizados para tal patologia? A eficácia da terapia seria importante, na medida em que ela é relativamente de baixo custo, o que diminuiria gastos ao governo. Também diminuiria o consumo de medicamentos, auxiliando na saúde da população atendida. Esse estudo contribuirá para o conhecimento dos profissionais de saúde, pois mostrará alguns estudos realizados a respeito do tema em um único artigo.

MÉTODO

O estudo foi desenvolvido por meio da revisão integrativa da literatura através de artigos publicados entre 2001 e 2015, justifica-se por conter poucos estudos referentes ao tema na pesquisa realizada. Foram utilizados os descritores auriculoterapia e ombro no levantamento na Biblioteca Virtual em Saúde e foram encontrados estudos nas bases de dados SCIELO (Scientific Electronic Library Online) e LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde). Os critérios de inclusão foram estudos originais que abordassem sobre auriculoterapia e dor no ombro. Foram excluídos estudos de revisão de literatura. Foram encontrados 5 (seis) estudos. Após análise dos artigos na íntegra, foi retirado 1 (um), sendo utilizados 4 (cinco) estudos, devido 1 estudo ser revisão de literatura. Dentre os estudos pesquisados, 2 são estudos internacionais. Também foram pesquisados livros (virtuais e não virtuais) que mostrassem protocolos de tratamentos para problemas relacionados ao ombro. Foram incluídos 5 livros, por apresentarem protocolos para dor no ombro.

Os estudos foram avaliados conforme critérios de exclusão e inclusão por meio de Teste de Relevância. Foram avaliados os 5 artigos na íntegra. No critério de inclusão foi respondido à questão: o estudo aborda o tema sobre auriculoterapia e dor no ombro? Também foi verificado se era artigo original ou revisão de literatura.

O financiamento do estudo foi realizado pelos autores. Não há conflitos de interesses. Não houve necessidade de submeter ao Comitê de Ética, por ser uma revisão integrativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A revisão realizada mostrará estudos realizados sobre a auriculoterapia e a dor no ombro e mostrará alguns protocolos, registrados na literatura e utilizados para tratamento dessa patologia.

Foi realizado um estudo em Cuba, em Camagüey, onde os pacientes foram diagnosticados e diferenciados em 2 grupos de 30 pacientes cada. Um grupo utilizou somente a auriculoterapia e o outro grupo, auriculoterapia e tuiná. Os pontos auriculares utilizados foram shen men, rim, fígado e ombro.¹⁰

O estudo demonstrou que 65% dos pacientes evoluíram assintomáticos e 35% melhoraram, tendo 100% eficácia do tratamento. A faixa etária que predominou foi de 45 a 54 anos (70%). A intensidade da dor diminuiu em 98,3% e o ângulo de todos os movimentos do ombro aumentou em 100% dos pacientes. Os resultados indicam que os procedimentos são inócuos, úteis e eficazes, mas no tratamento combinado com auriculoterapia e tuiná o resultado foi alcançado após a quarta sessão, enquanto no tratamento apenas com auriculoterapia o sucesso foi alcançado na sétima sessão. Não houve reações adversas em ambos os esquemas utilizados.¹⁰

Já o estudo realizado em Umuarama/PR com pacientes com DORT e LER, com distúrbios tendinosos e musculares, principalmente em ombro, pescoço e membros superiores, foi realizado apenas com auriculoterapia. O objetivo do estudo era verificar a eficácia da mesma. Houve 12 participantes com sintomas dolorosos há mais de 6 meses, de ambos sexos, entre 30 e 50 anos.¹¹

O tratamento foi realizado com 10 sessões de auriculoterapia, sendo 2 vezes por semana. Era realizada sangria no ápice da orelha e os pontos utilizados foram shen men bilateral, rim bilateral, nervo simpático bilateral, fígado na orelha direita, baço-pâncreas na orelha direita e pontos correspondentes aos locais de dor, como ombro, articulação do ombro, cotovelo, punho, dedos e coluna cervical (unilateral ou bilateral). Os resultados obtidos concluíram que a auriculoterapia é eficaz no tratamento dessas doenças, pois diminui a dor e a conseqüente utilização de medicamentos e melhora da qualidade de vida das pessoas acometidas.¹¹

Igualmente o estudo realizado na Universidade Cruzeiro do Sul em São Paulo/SP foi somente com auriculoterapia. Teve por objetivo avaliar o tratamento com auriculoterapia para dor crônica, secundária à Síndrome do Ombro Doloroso, quanto ao efeito

analgésico e terapêutico satisfatório e o tempo estimado de tratamento. Realizado um estudo de caso com 1 participante que apresentava dor no ombro. A paciente tinha diagnóstico de artrose cervical com irradiação para o ombro, verificado através de tomografia computadorizada.¹²

Foram realizadas 12 sessões de auriculoterapia. Foram utilizados os pontos shen men, rim, simpático, ombro, articulação do ombro e clavícula. O pavilhão auricular era alternado entre o direito e o esquerdo semanalmente. Concluiu-se que a auriculoterapia é uma técnica satisfatória, pois houve melhora relacionada à dor e à insônia causada pela dor. Evidenciou-se uma melhora de 34,3% na Síndrome do Ombro Doloroso da paciente estudada.¹²

No estudo realizado em Cuba, na Clínica Tula Aguilera, foi realizado uma comparação entre a efetividade da acupuntura e auriculoterapia no tratamento da bursite no ombro. Os pacientes foram divididos em 2 grupos, um tratado com acupuntura e outro com auriculoterapia. Cada grupo teve 90 pacientes, com idades entre 40 e 49 anos.¹³

O grupo tratado com acupuntura realizaram 10 sessões, sendo 1 sessão diariamente, descansaram 10 dias e iniciaram mais 10 sessões. Os pontos utilizados foram IG15, IG16, ID 13, VB34. A sessão durava 20 minutos e a cada 10 minutos os pontos eram estimulados. O grupo tratado com auriculoterapia realizava sessão a cada 7 dias por 4 semanas. Foram utilizados os seguintes pontos: ombro, clavícula, partes moles do ombro, tripla função, subcórtex e rim.¹³

Concluiu-se melhores resultados com acupuntura, sendo que 77% dos pacientes tiveram boa evolução, enquanto que com auriculoterapia 60% tiveram bons resultados. Quanto a resultado ruim foram 6 pacientes tratados com acupuntura e 24 pacientes tratados com auriculoterapia. Também com acupuntura os resultados obtidos foram mais rápidos, onde em 15 dias tiveram resposta positiva e com a auriculoterapia foi em 30 dias.¹³

No livro Manual de Auriculoterapia foi apresentado um protocolo de pontos para problemas relacionados ao ombro. Os pontos mencionados foram: escápula, ombro, clavícula, pescoço, shen men, supra renal, occipital, córtex, rim, fígado, apêndice 2, hélice 3 e amígdalas.¹⁴

O protocolo de pontos para o ombro no livro Noções práticas de auriculoterapia foi o seguinte:

ombro como ponto principal, olho, trigêmeo, zero, membro superior, alergia, Darwin e occipital, como pontos complementares para perturbações de sensibilidade, e pontos pele e occipital para perturbações de motricidade.⁸

Já no livro Auriculoterapia - Auriculomedicina na Doutrina Brasileira, os pontos mencionados para o tratamento de enfermidades no ombro foram: shen men, ombro, projeção do ombro no hélix, cervical, arcada dentária superior e inferior. Orienta que o ponto ombro seja colocado no pavilhão auditivo correspondente à dor, anterior e posterior.¹⁵

No livro Aurículo acupuntura, os pontos orientados foram shen men, ombro, articulação do ombro, clavícula e adrenal.⁵

No livro Manual de auriculoterapia acupuntura auricular francesa e chinesa foram apresentados os pontos intestino delgado, intestino grosso e triplo aquecedor para alívio da dor, fígado e rim para lubrificar a articulação do ombro e nutrir os tendões e shen men, o principal ponto para alívio da dor.⁷

Nos 5 livros utilizados para esse estudo, 4 livros indicaram os pontos shen men e ombro. Outros pontos que foram citados em 2 livros diferentes foram: occipital, rim, clavícula, hélice e fígado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os 04 (quatro) estudos analisados descreveram sobre tratamentos realizados com auriculoterapia para problemas relacionados ao ombro, principalmente dor, mostrando os resultados e a eficácia encontrados com o uso da terapia. Na pesquisa realizada, os estudos demonstraram resultados positivos em relação à auriculoterapia para o ombro. Em um estudo foi mostrado que a acupuntura tem maior eficácia, mas mesmo assim, a auriculoterapia teve bons resultados.

Há uma grande deficiência de artigos publicados sobre o tema. Essa revisão mostra o quantitativo de estudos publicados, o que nos faz refletir sobre a importância de mais publicações para avaliar a eficácia da auriculoterapia para essa patologia. a eficácia dessa terapia poderia diminuir uso de medicamentos e efeitos colaterais provenientes dos mesmos e gastos para o governo, já que é uma terapia de baixo custo.

Também foram apresentados livros com protocolos para tratamento de patologias do ombro, o que pode auxiliar os profissionais nos tratamentos

dos pacientes. Verificado que há diversos protocolos disponíveis diferentes, tanto nos livros quanto nos estudos avaliados.

REFERÊNCIAS

1. Metzker CAB. Tratamento conservador na síndrome do impacto no ombro. *Fisioter mov* 2010;23(1):141-51.
2. Kopf A, Patel N. Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos. Seattle: IASP Press® International Association for the Study of Pain, 2010.
3. Brasil. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2006.
4. Blog Medicina Chinesa. Medicina Tradicional Chinesa. Disponível em: <<http://www.medicinachinesapt.com/>>. Acesso em: 01 de agosto de 2018.
5. Lee EW. Auriculo acupuntura. São Paulo: Editora Icone, 2010.
6. Haddad CRS. Terapia auricular. Rio de Janeiro: Editora IBTED, 2008.
7. Scavone AMP. Manual de auriculoterapia acupuntura auricular francesa e chinesa. Editora Kindle, 2016.
8. Nogier P. Noções práticas de auriculoterapia. São Paulo: Editora Andrei, 1998.
9. Brasil. Glossário temático: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva, Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2018.
10. Vargas TJB. Eficacia de la auriculoterapia y combinación de auriculoterapia y tuina en la bursitis de hombro. *Rev Cubana de Enfermer* 2001;17(1):14-19.
11. Araujo APS, Zampar R, Pinto SME. Auriculoterapia no tratamento de indivíduos acometidos por distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT)/ lesões por esforços repetitivos (LER). *Arq Ciênc Saúde Unipar* 2006;10(1):35-42. doi: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v10i1.2006.140>
12. Zanelatto AP. Avaliação da acupressão auricular na Síndrome do Ombro Doloroso: estudo de caso. *Rev Bras Enferm* 2013;66(5):695-701. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000500009>
13. Cifuentes AD, Tejeda JMC, Iraola SV, Morales MDCC, Marrero DE. Efectividad de la acupuntura y la auriculoterapia en la bursitis de hombro de pacientes atendidos en el policlínico Tula Aguilera. *Revista Electrónica Dr Zoilo E. Marinello Vidaurreta* 2015;40(3):1-10.
14. Lipszyk M. Manual de Auriculoterapia. Buenos Aires: Editora Kier, 1989.
15. Mas WDD. Auriculoterapia - Auriculomedicina na Doutrina Brasileira. São Paulo: Editora Roca, 2005.

Recebido em: 31/01/2019

Aceito em: 12/07/2019

Como citar: FINKLER, Renata Ulrich; MARTIM, Márcio San. Eficácia da auriculoterapia na dor no ombro - uma revisão integrativa. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 1, jan. 2019. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/13132>>. Acesso em: 02 jan. 2019. doi: <https://doi.org/10.17058/rips.v2i1.13132>



A importância da espiritualidade no tratamento de pacientes oncológicos: uma revisão de literatura

The importance of spirituality in the treatment of oncology patients: a literature review

Paulo de Tarso Xavier Sousa Junior¹, Selena Mesquita de Oliveira Teixeira²

1 - Faculdade Integral Diferencial - Facid |Wyden, Teresina, PI, Brasil.

2 - Universidade de Fortaleza - UNIFOR, Fortaleza, CE, Brasil.

RESUMO

Introdução: diante da descoberta de um câncer, comumente, as pessoas tendem a fazer novas representações a respeito de vários temas que envolvem a sua existência, considerando, sobretudo, a possibilidade de estarem mais próximo a morte. Um dos meios que o ser humano encontra para iniciar e prosseguir o tratamento contra o câncer é através da força que encontra em sua espiritualidade. **Objetivo:** analisar as discussões científicas existentes sobre como a espiritualidade auxilia na adesão das pessoas com câncer ao tratamento proposto e sobre o fortalecimento emocional diante do quadro de adoecimento. **Método:** a seleção dos artigos foi realizada nas seguintes bases de dados: Google Scholar/Acadêmico, SciELO, PePsic, BVS Brasil. Foram usados os seguintes descritores: câncer; religião e espiritualidade; espiritualidade e câncer. A bibliográfica utilizada compreende os anos de 2001 a 2017, perfazendo um total de vinte e cinco publicações dentre artigos, dissertações e teses. **Resultados:** como resultados as referências trazem a espiritualidade um fator que proporciona uma ressignificação dessa experiência para o sujeito, fazendo-o encarar a doença com mais tranquilidade e esperança por meio da força que este fator propicia diante do quadro de um adoecimento repleto de tabus. Além disso, a compreensão do fator espiritualidade permite um melhor acolhimento por parte do profissional para com o paciente, já que esse passa a ter uma postura mais empática, compreendendo os suas questões. **Considerações finais:** a espiritualidade se torna um ponto de suma importância dentro do cenário oncológico uma vez que a mesma favorece para o desenvolvimento da resiliência em cada sujeito, promovendo qualidade de vida dentro do tratamento.

Palavras-chave:

*Câncer; Espiritualidade;
Religião; Fatores de
proteção.*

ABSTRACT

Introduction: when cancer is discovered, people tend to create new representations about various topics that involve their existence, considering, above all, the possibility of being closer to death. One of the ways through which human beings initiate and continue treatment against cancer is to find strength in spirituality. **Objective:** the aim of the present study was to analyze existing scientific discussions about how spirituality helps treatment adherence of people with cancer and emotional strengthening in the context of illness. **Method:** articles were selected from the following databases: Google Scholar/scholar, SciELO, PePsic, and BVS. The following descriptors were used: Cancer; Religion and spirituality; Spirituality and cancer. The selected literature was published between 2001 and 2017, totaling twenty-five publications among articles, dissertations and theses. **Results:** the literature presents spirituality as a factor that helps subjects resignify this experience and cope with the disease with more tranquility and hope based on the strength that it provides them when faced with the condition of an illness filled with taboos. Moreover, understanding the spirituality factor allows for better acceptance by professionals to the patient, since this becomes a more empathetic posture, understanding their fears. **Final considerations:** spirituality becomes a point of utmost importance within the oncology scenario, because it favors the development of resilience in each subject, promoting quality of life within the treatment.

Keywords:

*Aging; Body Practices;
Health Promotion.*



INTRODUÇÃO

O câncer se caracteriza como uma doença onde células se multiplicam de forma desordenada e podem chegar a atingir órgãos do corpo humano.¹ Os pesquisadores não apresentam um consenso acerca das causas exatas do câncer, porém muitos estudos apontam que causas genéticas e fatores externos como o uso do cigarro e hábitos de vida não saudáveis são apontadas como fatores que contribuem para o seu surgimento.²

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS),³ em 2015, 8,8 milhões de mortes foram ocasionadas do câncer, sendo o mesmo considerado como a segunda principal causa de morte no mundo. A cada seis mortes, uma tem como causa o câncer. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima entre 2016 e 2017 a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer no Brasil, destacando-se o câncer de pele não melanoma (aproximadamente 180 mil casos novos). Também se estima a ocorrência em cerca de 420 mil casos novos de câncer.⁴

O câncer, seu prognóstico e tratamento podem representar para alguns indivíduos uma ameaça à sua saúde e a integridade do corpo, oferecendo uma possibilidade de morte, deste modo, impõe tanto ao paciente, quanto a família um grande desafio para o seu enfrentamento. O câncer atualmente é uma das doenças que causa uma grande taxa de mortalidade gerando sofrimento de diversas ordens entre os pacientes e seus familiares.^{5,6}

Diante da diversidade da subjetividade humana o câncer sofre modificações nas crenças e nas compreensões dos sujeitos uma vez que o entendimento sobre o mesmo é influenciado de acordo com a realidade de cada ser. Além disso, ele pode chegar a causar influências diretas e indiretas não só no paciente mas como também em amigos e familiares próximos a pessoa diagnosticada. Dessa forma o câncer traduz uma série de significações nas pessoas causando reações adversas como o receio e até mesmo em outros casos força e superação.⁷

O diagnóstico de câncer acaba gerando nas pessoas um sentimento de estar mais próximo da morte, uma vez que os tratamentos utilizados são vistos como dolorosos e que causam grande fragilidade ao corpo, a medida que se apropriam de crenças como de ser uma doença incurável.⁸ Desse modo, se faz necessário um olhar atento para a subjetividade e a particularidade de cada sujeito para a construção de um tratamento

seguro e eficaz, mas acima de tudo compreendendo os fatores que contribuem para a sua aceitação.

Atualmente existem muitas discussões a respeito de fatores que auxiliam a adesão de pacientes no tratamento do câncer, sendo um deles a religião e a espiritualidade. No Brasil, aproximadamente 86,6% da população se declara como cristã, sendo 64,6% católicos e 22,2% evangélicos e apenas 8% expressam não ter alguma religião. Portanto a fé e a crença em um Deus se torna um ponto em comum entre os diversos brasileiros, porém não se deve confundir os termos religião e espiritualidade.⁹

Inicialmente se faz necessário a distinção do termo espiritualidade e religião, visto que muitas vezes essas terminologias são consideradas iguais, entretanto possuem significados diferentes. Alguns autores descrevem o termo religião, do latim religião, como a conexão que une um Deus ao homem¹⁰, pois afirmam que a religião é considerada como algo mais específico ligado a uma série de crenças¹¹; já a espiritualidade se refere a algo em que o indivíduo se apropria para dar sentido a sua existência, atribuindo essa tarefa a alguma divindade ou poder supremo.¹²

É possível compreender que as religiões trazem determinados ritos e preceitos a serem seguidos. As pessoas acreditam em um Deus, que produz a força necessária para que cada um consiga superar suas adversidades. A religião fornece subsídios que fortalece a fé, seja por meio de imagens, orações e afins, as quais deixam evidentes a sua devoção.¹³

A espiritualidade trás uma grande importância dentro do conceito de saúde, já que ela é uma dimensão da expressividade humana que possibilita uma melhora em seu modo de vida. Ela objetiva o sujeito a procurar formas e hábitos de vida que sejam saudáveis, sendo um argumento já comprovado cientificamente.¹⁴ Diante das experiências vividas a espiritualidade entra como um fator que fortalece a pessoa em situações difíceis.¹⁵ Podemos associar a espiritualidade, portanto a diversas perspectivas, como por exemplo, a formas de enfrentamento a doenças.¹⁶

Durante o tratamento oncológico a espiritualidade auxilia no desenvolvimento da resiliência, uma vez que os pacientes enfrentam algumas barreiras, como por exemplo situações estressoras.^{17,18} Além disso, pessoas próximas e familiares dos sujeitos que estão em intervenção terapêutica recorrem a este fator para auxiliar na busca de reflexões e sentidos por conta do impacto do diagnóstico.¹⁹

Com base nas considerações acima este estudo apresenta como relevância científica a compreensão dos conhecimentos produzidos pela academia, fornecendo novas possibilidades de estudos e pesquisas. Já como relevância social produz para a formação de práticas mais acolhedoras e humanistas que permitem a compreensão de todos os aspectos da subjetividade do indivíduo, trazendo sua religiosidade e/ou espiritualidade como um fator de grande importância dentro do processo saúde-doença. Dessa forma, este trabalho tem por objetivo analisar como a espiritualidade tem contribuído positivamente no tratamento de pacientes oncológicos a partir de uma revisão de literatura.

MÉTODO

O trabalho em questão apresenta uma revisão de literatura, que busca reunir publicações produzidas de acordo com uma determinada temática, adotando o caráter narrativo e compreensivo, ou seja, aquele que busca desenvolver e relatar as ideias conforme luz de aportes teóricos de um assunto específico.²⁰ A pesquisa foi realizada através dos bancos de dados como Google Scholar/Acadêmico, SciELO, PePsic, BVS Brasil identificando estudos que relatassem como a espiritualidade contribui para o tratamento oncológico. Os descritores que nortearam essa pesquisa foram: câncer; religião e espiritualidade; espiritualidade e câncer.

Realizou-se também a consulta de dados eletrônicos a respeito do câncer e a taxa de pessoas que são atingidas por ele mundialmente, através da Organização Mundial de Saúde (OMS), e no Brasil, pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA). A pesquisa também inseriu dados do Instituto de Geografia e Estatística (IBGE) a respeito do número de brasileiros que possuem ou não alguma religião, achando, portanto, esses dados relevantes para a compreensão do objetivo proposto.

Como critérios de inclusão foram adotadas os seguintes aspectos: abranger apenas estudos em língua portuguesa, publicados em diversos periódicos eletrônicos. Além disso, as referências utilizadas datam do período que compreende os anos de 2001 a 2017. Já como critérios de exclusão ficaram de fora estudos que se tratavam de anais de eventos as quais possuíam apenas resumo, seja na modalidade simples ou expandido. Após uma busca nas bases de dados

apoiada nesses critérios houve a seleção de trinta referências, sendo selecionadas posteriormente vinte e cinco para a construção deste estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após as buscas realizadas, conforme os aspectos metodológicos descritos acima, o estudo apresenta o quadro 1 com informações das referências, que após análise dos critérios definidos se encaixaram para a produção deste trabalho. Para isso se apresentam informações como o título, os autores, ano e o objetivo da publicação, sendo todos encontrados em revistas científicas de formato eletrônico.

Diante dos dados do quadro 1 é possível inferir que as mais diversas modalidades de estudos são compostas por autores de variadas especialidades como Medicina, Enfermagem, Psicologia, Direito, Educação Física, Nutrição e afins. Também se torna notório um aumento gradativo em escritos da temática ao longo dos cinco últimos anos. As referências que constam nos resultados e discussões foram utilizadas apenas nesta seção, deixando de fora de outros tópicos deste artigo, como a introdução.

Os dados obtidos nos textos foram divididos em duas categorias: 1) fatores protetores no tratamento do câncer e 2) os aspectos da espiritualidade como enfrentamento no tratamento, sendo descritas a seguir.

Fatores protetores no tratamento do câncer

Apesar de o câncer ser uma enfermidade que conduz a sentimentos de angústia, tristeza e medo, trata-se de um processo que, por ser muito doloroso deve ser enfrentado pelo paciente juntamente a família. No entanto, esse enfrentamento ocasiona uma fragilidade em ambos, tornando-os mais suscetíveis ao medo das repercussões que podem resultar da doença.²¹ O enfrentamento de alguma patologia está ligado ao sentido de extinguir ou alterar as condições de risco, buscando, dessa forma, adaptação social, melhora na qualidade de vida e um funcionamento psicológico equilibrado.²²

É neste momento que os indivíduos passam a vivenciarem questões bastante delicadas. O câncer assim como outras doenças que podem trazer poucas possibilidades terapêuticas ofertam uma série de medos e angustias. A possibilidade de perder a vida, bem como o dia-a-dia e a chance de construir

Quadro 1 – Relação dos materiais encontrados para a produção deste estudo.

| Título e Ano | Autor (es) | Objetivo |
|--|--|---|
| Estratégias de Enfrentamento do Câncer Adotadas por Familiares de Indivíduos em Tratamento Oncológico (2016) ²¹ | Mattos, K., Blomer, T. H., Campos, A. C. B. F., & Silvério, M. R. | O estudo busca analisar as estratégias usadas pelos familiares diante o enfrentamento do câncer. |
| O Conceito de Enfrentamento e Sua Relevância na Prática de Psicologia (2010) ²² | Nunes, C. M. N. S. | Um estudo de revisão sobre o coping dentro dos aspectos psicológicos da oncologia. |
| Enfrentamento e Resiliência de Pacientes em Tratamento Quimioterápico e seus Familiares (2012) ²³ | Rodrigues, F. S. S.; Polidori, M. M | Analisar acerca do enfrentamento do câncer de pacientes e familiares. |
| Meios de comunicação utilizados pelos pacientes: informações sobre o câncer após o diagnóstico e durante o tratamento (2016) ²⁴ | Hey, A. P.; Caveião, C.; Motezeli, J. H.; Visentin, A.; Takano, T. M., & Buratti, F. M. S. | Investigar e descrever quais meios de comunicação são usados por pacientes oncológicos. |
| Estratégias de Enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras (2009) ²⁵ | Costa P.; Leite, R. C. B. O. | Relata sobre as estratégias usadas diante de cirurgias mutiladoras devido ao tratamento oncológico. |
| Significado e práticas da espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos em pacientes oncológicos adultos (2011) ²⁶ | Silva, D. I. S. | Revisão que busca compreender sobre a espiritualidade no contexto oncológico. |
| Resiliência em famílias de pessoas portadoras de colostomia por câncer: um olhar a partir do sistema de crenças (2016) ²⁷ | Rosa, B. V. C.; Girardon-Perlini N. M. O.; Rosa, D. B. N.; Stamm, B.; Coppetti, L. C. | Identificação das crenças diante da resiliência em casos de colostomia. |
| Espiritualidade e Resiliência em Pacientes Oncológicos (2016) ²⁸ | Soratto M. T.; Silva, D. M.; Zugno, P. I.; Daniel, R. | Estudo que retrata da importância da espiritualidade como um fator de resiliência. |
| A importância da Integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos (2007) ²⁹ | Peres, M. F. P.; Arantes, A. C. L. Q.; Lessa, P. S.; Caous, C. A. | Revisão que descreve as estratégias diante de dores crônicas com relação a espiritualidade e a religião. |
| Espiritualidade e câncer em pacientes submetidos a tratamento quimioterápico (2014) ³⁰ | Cardoso, A. H. A. | Compreender a influência da espiritualidade dentro do tratamento quimioterápico. |
| O significado da religiosidade para pacientes com câncer e para profissionais de saúde (2009) ¹⁵ | Espíndula, J. A. | Identificar com pacientes e profissionais entendem a religiosidade dentro do tratamento oncológico. |
| Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? (2010) ³¹ | Lucchetti, G.; Granero, A. L.; Bassi, R. M.; Latorraca, R.; Nacif, S. A. P. | Descrição sobre o que os profissionais de saúde devem compreender sobre a espiritualidade no contexto clínico. |
| A importância da espiritualidade em pacientes com câncer (2015) ³² | Pinto, A. C.; Marchesini, S.; Zugno, P. I.; Zimmermann, K. G.; Dagostin, V. S.; Soratto, M. T. | Estudo que busca compreender a espiritualidade como aspecto relevante no tratamento do câncer. |
| A fé como fator de resiliência no tratamento do câncer: uma análise do que pensam os profissionais da saúde sobre o papel da espiritualidade na recuperação dos pacientes (2008) ³³ | Bartolomei, M. | Trabalho que investiga a resiliência dentro do processo de doenças terminais sobre o olhar dos profissionais. |
| A mulher com câncer de mama: apoio social e espiritualidade (2006) ³⁴ | Hoffmann, F. S.; Müller, M. C.; Rubin, R. | Compreender a importância do apoio espiritual e social a mulheres com câncer de mama. |
| Espiritualidade, Depressão e Qualidade de Vida no Enfrentamento do Câncer: Estudo Exploratório (2015) ³⁵ | Miranda, S. L.; Lara e Lanna, M. A.; Felipe, W. C. | Pesquisa com o objetivo de entender as relações existentes entre as dimensões espirituais, depressão e qualidade de vida. |
| Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática (2011) ³⁶ | Inumaru, L. E.; Silveira, E. A.; Naves, M. M. V. | Identificar os fatores de risco e de proteção ao câncer de mama. |
| Relação entre vivência de fatores estressantes e surgimento de câncer de mama (2014) ³⁷ | Amorim, M. A. P.; Siqueira, K. Z. | Busca compreender as influências do estresse diante da incidência do câncer. |
| Enfrentamento religioso/espiritual em pessoas com câncer em quimioterapia: revisão integrativa da literatura (2017) ³⁸ | Sousa, F. F. D. P. R., Melo S. M. F. F., Farias, A. G. S., Oliveira, M. D. C. S., Araújo, M. F. M., & Veras, V. S. | Revisão sobre os estudos que trazem os enfrentamentos do câncer por meio da espiritualidade. |
| Espiritualidade e o processo de morrer: reflexões de uma equipe interdisciplinar de cuidados paliativos (2016) ³⁹ | Arriera, I. C. O.; Thofern, M. B.; Porto, A. R.; Amestoy, S. C.; Cardoso, D. H. | Identificar como a espiritualidade se faz presente em uma equipe interdisciplinar. |
| Significados da espiritualidade para pacientes com câncer em cuidados paliativos (2017) ⁴⁰ | Benites, A. C.; Neme, C. M. B.; Santos, M. A. S. | Compreender a espiritualidade diante dos cuidados paliativos ofertados no tratamento do câncer. |

| | | |
|---|--|---|
| Espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais de adolescentes com câncer (2015) ⁴¹ | Souza, V. M.; Frizzo, H. C. F.; Paiva, M. H. P.; Bousso, R. S.; Santos, A. S. | Como adolescentes em tratamento de câncer compreendem a espiritualidade. |
| Relação entre a esperança e a espiritualidade de idosos cuidadores (2017) ⁴² | Souza, É. N.; Oliveira, N. A.; Luchesi, B. M.; Gratão, A. C. M.; Orlandi, F. S.; Pavarini, S. C. I. | Entender a relação entre a esperança e a espiritualidade de idosos que são cuidadores. |
| O impacto da espiritualidade frente às adversidades do câncer: revisão integrativa (2016) ⁴³ | Rocha, R. C. N. P.; Pereira, E. R.; Sora, A. B. A.; Andrade Silva, R. M. C. A. | Entender a espiritualidade dentro das dificuldades apresentadas no tratamento oncológico. |
| Câncer de mama: o apoio recebido no enfrentamento da doença (2017) ⁴⁴ | Santos, I. D. L.; Alvares, R. B.; Lima, N. M.; Mattias, S. R.; Cestari, M. E. W.; Pinto, K. R. T. F. | Compreender sobre o suporte recebido por mulheres com câncer de mama. |

Fonte: Pesquisa Direta (2019)

mais projetos de vida geram sentimentos adversos, influenciando na saúde física e mental. As perdas são apresentadas como irreparáveis e a aflição diante das consequências delas assustam milhares de pessoas que se percebem dentro de um tratamento de uma doença maligna.³³

O processo de enfrentamento ao câncer, visto que se trata de uma doença ameaçadora a vida, busca produzir atividades que favoreçam o bem estar dos sujeitos. Procurando reduzir o desequilíbrio causado pela doença, para que o indivíduo possa suportá-la e possa lidar positivamente consigo mesmo.⁶ Nessa perspectiva os sujeitos passam por uma nova fase de adaptação, visto que dependendo do tipo de câncer, o estágio e o tempo que transcorreu desde este período até o início do tratamento trás mudanças físicas que alteram a auto percepção. Desse modo, os sujeitos passam por uma perda da identidade que proporciona, inclusive, mudanças sociais. Esses indivíduos passam a enxergar como se não houvesse mais seu lugar na sociedade, já que o tratamento e a doença passa a ofertar restrições que antes não existiam.³⁴

Devido a essa problemática, surgem questionamentos acerca do diagnóstico, tratamento e, principalmente, a busca por um meio de enfrentar e obter informações sobre o câncer. É essencial estudos frente a resiliência com finalidade de compreender a doença melhor e, deste modo, poder auxiliar os pacientes oncológicos destacando questões emocionais, já que estas são extremamente afetadas pelo diagnóstico de câncer.²³

Além disso, outro fator de grande importância é o apoio socio-emocional que os sujeitos possuem. Conforme estudos, a força gerada por meio dos familiares, amigos e demais pessoas que fazem parte da rede social dos pacientes possibilitam a retomada de sentido da vida. Esse suporte auxilia no tratamento a ser enfrentado, possibilitando

ocasiões onde os profissionais de saúde encontram uma oportunidade para dialogar sobre os próximos passos do tratamento a serem realizados. Este apoio produz também novas formas de compreensão já que muitas vezes o tratamento apresenta muitas dúvidas e angustias, fortalecendo não somente a livre expressão como também a tomada de consciência dos fatos apresentados.³⁴

O uso da internet vem permeando como mecanismo de obtenção de informações sobre a doença e o tratamento, auxílio e apoio de familiares e amigos nas buscas na internet. É por meio dessa nova ferramenta tecnológica que os pacientes buscam novas formas de mudanças de pensamentos e ideias provocadas pelo diagnóstico. A rede oferta milhares de conhecimentos a respeito e podem conectar pessoas com as mesmas condições, compartilhando assim dicas, segredos, aflições e afins. É por meio dessas histórias de vida que é possível construir fontes de apoio para encarar as dificuldades não somente que o tratamento oferece, mas da vida de modo geral, como e por onde começar a reconstruir suas histórias assim como a construção e realização de novos sonhos e projetos de vida.²⁴

Estudos também apresentam que apesar da especificidade de cada caso, um dos fatores que previnem o aparecimento de qualquer tipo de câncer seria buscar um estilo de vida saudável, com prática de esportes, alimentação rica e balanceada. Outro ponto seria excluir alguns aspectos do cotidiano que agravam a saúde e contribuem para o surgimento do câncer, como a ingestão de bebidas alcoólicas e comidas não saudáveis, que facilita o aumento da massa corporal.³⁶

Por meio das vivências de cada um é possível lidar com estímulos adversos que muitas provocam o adoecimento psíquico dos indivíduos. É nesse contexto que regiões físicas, como das partes cerebrais,

também são afetadas provocando um declínio no quadro de saúde, favorecendo o surgimento de patologias como o câncer. Desse modo é importante estar atento a todas as condições psicossociais a qual cada um encontra-se inserido, já que cada uma delas também é capaz de proporcionar não só um sofrimento psíquico como também corporal.³⁷

Na perspectiva de adoecimento o sujeito passa a enfrentar uma série de desafios vindos do diagnóstico de câncer. Em muitos casos a hospitalização, de tempo variado, é necessária. Para isso as equipes de saúde nessas unidades se preparam para realizar ações que tenham cunho de cuidados paliativos, ou seja, promover atitudes que minimizem as adversidades vindas do processo de tratamento. Durante essas práticas, os profissionais precisam estar atentos a todas as dimensões as quais fazem parte da constituição dos pacientes. Esses dados se tornam importantes para um melhor entendimento das atitudes dos pacientes diante das situações de intervenções clínicas.³⁹

Os cuidados paliativos não possuem como objetivo a curar do paciente, sua finalidade é proporcionar conforto ao paciente oncológico e amenizar seu sofrimento. Em alguns casos esse tratamento consegue dar ao doente uma aparente impressão de cura, com o aumento do alívio e a diminuição dos sintomas, que pode estar causando sofrimento físico, familiar, psicológico e espiritual para o paciente acometido pelo câncer. No contexto do tratamento paliativo em pacientes com câncer, pode-se perceber que a espiritualidade adquire diversos significados tanto para o paciente quanto para a equipe de saúde e os familiares do doente. O contexto espiritual também pode trazer mais tranquilidade para a equipe de enfermagem e a família do paciente oncológico.²⁶

Para o paciente oncológico é importante que ele desenvolva resiliência, que se trata da capacidade de se recuperar de obstáculos que podem aparecer durante a vida, utilizando-se de força e resistência para superar as etapas do tratamento contra o câncer. A resiliência é uma maneira que a pessoa encontra para lidar com alguma situação problema, como um ponto favorável no tratamento do câncer.²⁷ Os pacientes tendem a ter dificuldades de encarar os processos ligados ao adoecimento, esses processos podem influenciar na rotina da família do paciente e em suas próprias atividades diárias. A espiritualidade pode influenciar na recuperação do paciente ajudando, assim, o doente a encarar de forma melhor o processo

do adoecimento e do tratamento.²⁸

A espiritualidade no enfrentamento do câncer

Há várias questões ligadas ao uso da espiritualidade e da religiosidade no âmbito da medicina que devem ser levados em consideração durante o estudo do tema. Ao estudar a dor crônica e o uso de técnicas paliativas no tratamento da dor é muito importante levar em consideração aspectos da espiritualidade, religiosidade e fé. É necessário produzir mais pesquisas para definir com maior clareza o papel da espiritualidade/religiosidade no aspecto relacionado a dor sentida por eles durante o período de enfrentamento da doença. Desse modo é possível entender melhor o impacto da religiosidade na vida do paciente que utilizam essa alternativa junto ao tratamento clínico-hospitalar.²⁹

A espiritualidade acaba por auxiliar no processo de ressignificação do câncer, causando uma motivação e aliviando possíveis medos ou crenças errôneas que possam surgir, já que o auxílio de uma força sobrenatural ou não se torna um importante aliado no combate ao sofrimento. Mas é importante ressaltar que a espiritualidade possa surgir após o impacto da doença, uma vez que estar mais próximo da presença da fé ameniza a sensação de estar mais próximo da morte.³⁰ É pela via da espiritualidade que muitas vezes é possível encontrar possibilidades de intervenção que auxiliem no cuidado do paciente dentro do tratamento. A fé é capaz de reacender nas pessoas sentimentos como a esperança, algo fundamental dentro do quadro de hospitalização, uma vez que existem uma série de medos sobre o câncer construídos e reforçados socialmente.³⁸

Por meio da fé na espiritualidade adotada por cada um que advém forças que proporcionam o desejo de melhora através de pedidos nas orações. Os profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros e psicólogos, compreendem esse aspecto como algo comum dentro do tratamento oncológico. É por meio dessas preces que se estabelecem um acalento para a alma diante de dias de insegurança e incerteza, trazendo dessa forma a fé como o único ponto seguro e “palpável” no imprevisível campo do adoecimento do por conta do câncer.³³

Os pacientes entendem a religião/espiritualidade como um suporte em momentos de dor, angústia e sofrimento, que se torna fundamental no doloroso processo de tratamento contra o câncer.

Os pacientes oncológicos que utilizam dos benefícios da espiritualidade em seu tratamento costumam ver a comunidade religiosa como uma fonte de apoio, com a qual eles podem compartilhar suas aflições, seus sentimentos e até mesmo suas dores, assim eles se sentem confortados. Alguns doentes passam por uma transformação em seus valores, eles passam a ter valores que não tinha antes da doença e passam a agir e a viver de acordo com esses novos valores adquiridos.¹⁵

A espiritualidade oferta um cuidado não só espiritual como físico, uma vez que a fé possibilita a mudanças de pensamentos e crenças que trazem sofrimento ao sujeito, fornecendo subsídios para o cuidado da saúde física, proporcionando mais bem estar aos pacientes. Outro benefício que a espiritualidade trás as pessoas é a redução de um adoecimento psíquico, diminuindo e em alguns casos até extinguindo as possibilidades de doenças psicológicas que podem influenciar no tratamento oncológico, como por exemplo, a depressão, ansiedade e afins.³⁵

Por meio das práticas que refletem a espiritualidade observam-se aspectos importantes da vida dos sujeitos, já que elas em sua grande parte são compartilhadas por indivíduos de locais distintos a qual o paciente faz isso, refletindo em uma prática comum cultural, reforçada por meio de usos e costumes. É nesse apoio que se constrói as bases importantes para o enfrentamento do câncer vindo do apoio espiritual como força, fé, esperança e afins. Portanto, é notório o aumento na frequência de estudos e pesquisas que reiteram esses dados, refletindo e contribuindo para a assimilação do fator espiritual dentro do processo saúde-doença, principalmente em patologias consideradas terminais.⁴¹

As práticas espirituais compartilhadas possibilitam a construção de uma rede de fé que se move em prol do paciente que se encontra em tratamento. Por meio dela é possível a construção de grupos que geram correntes de orações, que pedem não só o fortalecimento do sujeito, mas que possibilite a cura e o restabelecimento da saúde. E permita que a pessoa consiga a proteção necessária para lidar com os malefícios que ocorrem diante da luta contra o câncer.⁴⁴

Outro aspecto importante é a compreensão que a espiritualidade oferta sobre a morte e o morrer. Em muitos casos os pacientes se encontram fora de possibilidades terapêuticas, então esse fator produz

a construção de novas representações sobre a morte, confortando muitas vezes e trazendo um alívio diante dos mistérios estabelecidos no pós morte. Busca-se por meio dela também novas compreensões sobre a vida, uma vez que se permite outros olhares sobre suas vivências e das relações que foram estabelecidas com outras pessoas. Há também um novo sentido dentro do morrer, propiciando um final de vida digno com menos procedimentos e situações que causam dor, desconforto e sofrimento.⁴⁰

Como já destacado a espiritualidade fornece um apoio imensurável aos pacientes oncológicos, assim como para seus familiares e amigos queridos que muitas vezes participam de momentos do tratamento como cuidadores. Essa força ocasiona em momentos de reflexão onde as pessoas passam a questionar sobre qual o atual entendimento sobre sua vida, passando assim a sofrer modificações. Diante das atuações profissionais necessita-se de constantes estratégias de atualizações, para que esses trabalhadores ofereçam melhores práticas diante do tratamento.⁴³

Os profissionais da área da saúde devem estar preparados para abordar o paciente quanto a sua espiritualidade, sem ofensas e julgamentos, respeitando as preferências religiosas de cada doente, exercendo os cuidados em saúde de forma total e humanizada. Não existe apenas uma forma de abordar o paciente quanto a sua espiritualidade, muitas vezes essa abordagem é feita da forma mais natural possível. Quando a equipe de saúde tem bastante dificuldade de lidar com as convicções religiosas de seus pacientes, ela pode ter o auxílio de um líder religioso. Caso a equipe não consiga estabelecer um convívio harmonioso com o líder religioso, ela pode também recorrer a assistência psicológica ao disponível no hospital.³¹

Um dos significados do cuidado espiritual é humanizar, ouvir de forma atenciosa, acalmar e está presente nos momentos de dor e sofrimento, mas para alguns pacientes a espiritualidade não interfere no processo de adoecimento e tratamento do câncer. As diferentes reações dos pacientes em relação ao enfrentamento do câncer estão ligadas as suas experiências íntimas, religiosas, culturais e de acordo com os valores do próprio paciente.³² A clareza da importância desse ponto ao paciente oncológico permite que a equipe multidisciplinar, assim como a família, propicie uma melhor qualidade de vida, minimizando os impactos causados pelo câncer e estabelecendo práticas humanitárias que são

embasadas por meio do respeito e a autonomia.⁴⁰

Por meio da adoção dessas práticas que os profissionais conseguem estabelecer vínculo com os pacientes colaborando para a construção das etapas a serem seguidas no tratamento. É deste modo que se observa de fato o respeito ao sujeito por meio da livre demonstração da sua individualidade, considerando todas as crenças e visões pertinentes a cada um dentro do tratamento.⁴²

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico de câncer oferece um grande número de significados aos sujeitos. Essa notícia impacta não só o indivíduo assim como em todas as pessoas que possuem algum tipo de afetividade ligada a ela. O câncer na maioria das vezes causa um impacto grande ao sujeito de tal forma que comumente este procura ressignificar toda sua maneira de vida, precisando se fortalecer usando como uma forma de enfrentamento. Uma das estratégias mais utilizadas que se observou nessa pesquisa foi a maneira como eles buscam conhecer a doença. É neste momento de crise desencadeada pelo diagnóstico que a doença produz uma ressignificação por meio da busca da espiritualidade como fator protetor.

A religião e a religiosidade são dois fatores diferentes, mas estão intimamente ligados e muitas vezes os significados dessas palavras se confundem. O indivíduo vai viver a sua religiosidade de acordo com o modo como encara a vida, pois cada pessoa possui uma experiência de vida diferente e isso influencia diretamente no modo como o se vive a religiosidade.

O tratamento contra o câncer costuma ser bastante agressivo e não só abala o paciente fisicamente como também o abala psicologicamente. A espiritualidade vem como uma alternativa paliativa na ajunta da dura batalha conta o câncer. A equipe de assistência em saúde que geralmente é formada por enfermeiros, médicos e psicólogos devem ter o conhecimento dessa alternativa de cuidado ao paciente. Nas últimas décadas a própria ciência vem conseguindo provar os efeitos benéficos do uso da religiosidade, muitos pacientes vêm comprovando melhoras em seu quadro clínico ao aderir a religiosidade junto ao tratamento convencional. Apesar das já comprovadas vantagens do uso da religiosidade, a ciência deve aprofundar mais ainda os seus estudos a respeito do tema.

A partir dessa discussão, podem-se compreender os significados e a importância das várias formas de enfrentamento ao tratamento do câncer, em especial a espiritualidade. Várias pesquisas apontam a espiritualidade como a forma de enfrentamento mais utilizada pelos pacientes oncológico. Em geral, é através da fé no divino, no sobrenatural, que os pacientes e, também seus cuidadores, se apoiam para todo o processo de dúvida, dor, medo, aceitação e encorajamento em todo o processo do tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. ABC do câncer: Abordagens básicas para o controle do câncer. – Rio de Janeiro: Inca, 2011.
2. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. O que é câncer. Rio de Janeiro. 2009. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acesso em: 21 dez. 2018.
3. Organização Mundial de Saúde. Câncer – Nota descritiva. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>>. Acesso em: 21 dez. 2018.
4. Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016. – Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/campanhas/dia-nacional-de-combate-ao-cancer/2015/estimativa-2016-incidencia-de-cancer-no-brasil>>. Acesso em: 21 dez. 2018.
5. Geronasso MCH, Coelho D. A influência da religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida das pessoas com câncer. Saúde Meio Ambient 2012; 1(1):173-87. doi: <https://doi.org/10.24302/sma.v1i1.227>
6. Costa P, Leite RCBO. Estratégias de Enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. Revista Brasileira de Cancerologia 2009; 55(4): 355-64.
7. Bergamasco RB, Angelo M. Câncer de mama: Como o diagnóstico é experienciado pela mulher. Revista brasileira de cancerologia 2001;47(3):277-82.
8. Sampaio AD, Siqueira HCH. Influência da Espiritualidade no Tratamento do Usuário Oncológico: Olhar da Enfermagem. Ensaios Cienc Cienc Biol Agrar Saúde 2016;20(3):153-60. doi: <http://dx.doi.org/10.17921/1415-6938.2016v20n3p153-160>
9. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios, junho 2010. Rio de Janeiro.
10. Silva RR, Siqueira D. Espiritualidade, Religião e Trabalho no Contexto Organizacional. Psicologia em Estudo 2009;14(3):557-64.
11. Machado FR, Zangari W, Maraldi EO, Martins LB, Shimabucuro AH. Contribuições da psicologia para a compreensão das relações entre a espiritualidade, a religiosidade e as experiências anômalas. Clareira-Revista de Filosofia da Região Amazônica 2016;3(2):2-21.
12. Kovács MJ. Espiritualidade e psicologia – cuidados compartilhados. Mundo da Saúde 2007;31(2):246-55.
13. Borges MDS, Santos MBC, Pinheiro TG. Representações sociais sobre religião e espiritualidade. Revista Brasileira de Enfermagem 2015;68(4):609-16.
14. Panzini RG, Rocha NSD, Bandeira DR, Fleck MPDA. Qualidade de vida e espiritualidade. Revista de psiquiatria clínica 2007;34(1):105-15.
15. Espíndola JA. O significado da religiosidade para pacientes com câncer e para profissionais de saúde. 2009. 234 p. Tese (Doutorado

- em Ciências) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.
16. Espindola JA, Valle ERM, Bello AA. Religião e espiritualidade: um olhar de profissionais de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2010;18(6):1229-36. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000600025>
17. Elmescany ENM, Barros MLP. Espiritualidade e Terapia Ocupacional: Reflexões em cuidados paliativos. *Rev NUFEN* 2015;7(2):1-24.
18. Schleder LP, Parejo LS, Puggina AC, Silva MJP. Espiritualidade dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem* 2013; 26(1):71-8.
19. Angelo M. Ouvindo a voz da família: narrativas sobre sofrimento e espiritualidade. *Mundo Saúde* 2010;34(4):437-43.
20. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paul Enferm* 2007; 20(2). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>
21. Mattos K, Blomer TH, Campos ACBF, Silvério MR. Estratégias de enfrentamento do câncer adotadas por familiares de indivíduos em tratamento oncológico. *Rev Psicol Saúde*, 2016; 8(1):1-6. doi: <http://dx.doi.org/10.20435/2177093X2016101>
22. Nunes, CAC. O Conceito de Enfrentamento e Sua Relevância na Prática de Psicologia. *Encontro: Revista Psicologia* 2010;13(19):91-102.
23. Rodrigues FSS, Polidori MM. Enfrentamento e Resiliência de Pacientes em Tratamento Quimioterápico e seus Familiares. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2012;58(4):619-27.
24. Hey AP, Caveião C, Motezeli JH, Visentin A, Takano TM, Buratti, FMS. Meios de comunicação utilizados pelos pacientes: informações sobre o câncer após o diagnóstico e durante o tratamento Media used by patients: information about cancer after diagnosis and during treatment. *Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental* 2016;8(3):4697-703. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4697-4703>
25. Costa P, Leite RCBO. Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2009;55(4):355-64.
26. Silva DIS. Significado e práticas da espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos em pacientes oncológicos adultos. *Revista HCPA* 2011;31(3):353-8.
27. Rosa BVC, Girardon-Perlini NO, Begnin D, Rosa N, Stamm B, Coppetti LC. Resiliência em famílias de pessoas portadoras de colostomia por câncer: um olhar a partir do Sistema de crenças. *Cienc Cuid Saude* 2016;15(4):723-30. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v15i4.34739>
28. Soratto MT, Silva DM, Zugno PI, Daniel R. Espiritualidade e resiliência em pacientes oncológicos. *Saúde e Pesquisa* 2016;9(1):53-63. doi: <http://dx.doi.org/10.177651/1983-1870.2016v9n1p53-63>
29. Peres MFP, Arantes ACDLQ, Lessa PS, Caous CA. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Rev Psiq Clín* 2007;34(1):82-7.
30. Cardoso AHA. Espiritualidade e câncer em pacientes submetidos a tratamento quimioterápico. 2014. 35 p. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande. 2014.
31. Lucchetti G, Granero AL, Bassi RM, Latorraca R, Nacif SAP. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? *Rev Bras Clin Med* 2010; 8(2):154-8.
32. Pinto AC, Marchesini SM, Zugno PI, Zimmermann KG, Dagostin VS, Soratto MT. A importância da espiritualidade em pacientes com câncer. *Rev Saúde Com* 2015;11(2):114-22.
33. Bartolomei M. A fé como fator de resiliência no tratamento do câncer: uma análise do que pensam os profissionais da saúde sobre o papel da espiritualidade na recuperação dos pacientes. 2008. 137 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP, São Paulo, 2008.
34. Hoffmann FS, Müller MC, Rubin R. A mulher com câncer de mama: apoio social e espiritualidade. *Mudanças-Psicologia da Saúde* 2006;14(2):143-50.
35. Miranda SL, Lara, MA, Felipe, WC. Espiritualidade, depressão e qualidade de vida no enfrentamento do câncer: Estudo exploratório. *Psicologia: Ciência e profissão* 2015;35(3): 870-85.
36. Inumar LE, Silveira ÉAD, Naves MMV. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública* 2011;27(7):1259-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000700002>
37. Amorim MAP, Siqueira KZ. Relação entre vivência de fatores estressantes e surgimento de câncer de mama. *Psicologia Argumento* 2014;32(79):143-53. doi: <http://dx.doi.org/10.7213/psicol.argum.32.079.AO09>
38. Sousa FFDPR, Freitas SMFM, Farias, AGS, Oliveira, MDSC, Araújo MFM, Veras VS. Enfrentamento religioso/espiritual em pessoas com câncer em quimioterapia: revisão integrativa da literatura. *SMAD-Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas* 2017; 13(1):45-51.
39. Arriera, ICO, Thofern MB, Porto AR, Amestoy SC, Cardoso DH. Espiritualidade e o processo de morrer: reflexões de uma equipe interdisciplinar de cuidados paliativos. *Avances en Enfermería* 2016;34(2):137-47.
40. Benites AC, Neme CMB, Santos MA. Significados da espiritualidade para pacientes com câncer em cuidados paliativos. *Estudos de Psicologia* 2017;34(2):269-79. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02752017000200008>
41. Souza VM, Frizzo HCF, Paiva MHP, Bousso RS, Santos AS. Spirituality, religion and personal beliefs of adolescents with cancer. *Rev Bras Enferm* 2015;68(5):509-14. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680504i>
42. Souza ÉN, Oliveira NAD, Luchesi BM, Gratão ACM, Orlandi FDS, Pavarini SCI. Relação entre a esperança e a espiritualidade de idosos cuidadores. *Texto & Contexto-Enfermagem* 2017;26(3):e6780015. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017006780015>
43. Rocha RCNP, Pereira ER, Sora ABDA, Silva RMCRA. O impacto da espiritualidade frente às adversidades do câncer: revisão integrativa. *Nursing* 2016;19(218):1346-50.
44. Santos, IDL, Alvares RB, Lima NDM, Mattias SR, Cestari MEW, Pinto KRTDF. Câncer de mama: o apoio recebido no enfrentamento da doença. *Rev Enferm UFPE* 2017; 11(supl. 8), 3222-7.

Recebido em: 17/02/2019

Aceito em: 10/06/2019

Como citar: SOUSA JUNIOR, Paulo de Tarso Xavier; TEIXEIRA, Selena Mesquita de Oliveira. A importância da espiritualidade no tratamento de pacientes oncológicos: uma revisão de literatura. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 1, jan. 2019. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/13195>>. Acesso em: 02 jan. 2019. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v2i1.13195>



A prática de atividade física como fator de promoção da saúde de idosos

Physical activity as a factor that promotes the health of older adults

Daniel Vicentini de Oliveira¹, Maura Fernandes Franco², Mateus Dias Antunes³

1 - Centro Universitário Metropolitano de Maringá – UNIFAMMA, Maringá, PR, Brasil.

2 - Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas, SP, Brasil.

3 - Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

Objetivo: apresentar os benefícios da atividade física como fator de promoção de saúde de idosos. **Método:** revisão narrativa de literatura nas bases de dados Scielo, Lilacs e Pubmed e documentos oficiais do Ministério da Saúde. Os descritores utilizados foram: idoso, envelhecimento, atividade física, promoção da saúde. **Resultados:** ficou evidenciado que o envelhecimento é um processo crescente e dinâmico e que promove alterações que aumentam a vulnerabilidade do indivíduo. No entanto, surgem as atividades físicas que auxiliam a reduzir o declínio da senescência, e que contribui para a melhoria dos aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais. Fundamentado a isto, surge a Política Nacional de Promoção da Saúde que estimula a criação de ações com práticas corporais para promover a qualidade de vida na longevidade. **Conclusão:** esta temática sofreu um avanço no sistema de saúde e continua com uma tendência crescente de criação de espaços e práticas que promovem a saúde dos idosos como fator de promoção da saúde.

licafisiot@hotmail.com

Palavras-chave:
Envelhecimento; Práticas Corporais; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Objective: to present the benefits of physical activity as a factor that promotes the health of older adults. **Method:** a narrative literature review was carried out in the Scielo, Lilacs and Pubmed databases and official documents published by the Brazilian Ministry of Health. The descriptors used were: elderly, aging, physical activity, health promotion. **Results:** aging is a growing and dynamic process that promotes changes that increase the vulnerability of individuals. However, physical activities can help reduce the decline of senescence, contributing to the improvement of physiological, psychological and social aspects. Based on the above, the National Health Promotion Policy, which incentivizes the creation of actions that include corporal practices to promote quality of life in longevity. **Conclusion:** this topic has advanced in the health system and continues with an increasing tendency to create spaces and practices that promote older adult health as a factor of health promotion.

Keywords:
Aging; Body Practices; Health Promotion.



INTRODUÇÃO

A atividade física está cada vez mais sendo relacionada à saúde do ser humano, pois a mesma atinge diretamente pontos primordiais para um bom funcionamento corporal e social. Os profissionais da saúde devem estar atentos a esta questão, estimulando e orientando a população a mudar pequenos hábitos do dia a dia; sendo de suma importância para descarregar os órgãos voltados para atendimento a enfermos.¹

A prática regular de atividades físicas proporciona benefícios físicos e também psicossociais, podendo ser citado o ganho da força muscular, a redução de taxas lipídicas, melhoramento da parte cardiorrespiratória, o aumento da densidade óssea, a autoconfiança, a autoestima, o humor, a diminuição da ansiedade e principalmente contribui para melhorar fatores que podem levar a depressão.²

No lado inverso da prática de atividades físicas está a inatividade física, sendo a mesma um fator contribuinte para o desenvolvimento de doenças não transmissíveis. Pode-se citar a aterosclerose coronariana, hipertensão arterial sistêmica (HAS), acidente vascular encefálico (AVE), doenças vasculares periféricas, obesidade, diabetes melito tipo II, osteoporose e osteoartrite, câncer de colón, de mama, de próstata e de pulmão, além de ansiedade e depressão.³

Segundo Binotto e Tassa³, com o crescimento da população idosa, muitas mudanças serão necessárias para que ocorra um convívio harmonioso entre todas as faixas etárias. Sabendo disso, organização mundial da saúde (OMS) começou a usar o termo “envelhecimento ativo” com o objetivo de estimular uma melhoria na qualidade de vida de indivíduos que compõem esse grupo.

Vários programas estão sendo disponibilizados à população brasileira no intuito de incentivar a prática da atividade física, como, por exemplo, em Curitiba/PR⁴, onde desenvolveram o programa “Curitiba ativa” e em São Paulo, onde foi criado o “Agita São Paulo”. Mas, em contrapartida, ainda existem diversas falhas na execução desses programas. Estudos alegam que a metodologia é muito superficial e incoerente com o objetivo proposto e, assim, os resultados são pouco expressivos em relação ao tamanho real do problema.⁴⁻⁶ Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo apresentar à atividade física como fator de promoção de saúde de idosos.

MATERIAIS E MÉTODO

Para o desenvolvimento do presente estudo foi realizada uma revisão narrativa de literatura por meio de buscas em periódicos nacionais e internacionais indexados nas bases de dados Scielo, Lilacs e Pubmed, bem como, foi utilizado livros e documentos oficiais do Ministério da Saúde, sem limitação de ano para a busca.

Os descritores utilizados foram: idoso, envelhecimento, atividade física, promoção da saúde no idioma português, espanhol e inglês. Buscou-se artigos que estavam disponíveis em sua totalidade, tinham como assunto principal a “atividade física” e “promoção da saúde”. O período de busca foi entre os meses de junho a julho de 2017 e após selecionar os artigos para extrair as definições sobre o tema os autores procederam à leitura dos mesmos.

Foram incluídos artigos de qualquer ano de publicação. Trabalhos de conclusão de curso, como monografias, dissertações e teses, foram excluídos.

Os resultados estão apresentados e discutidos na revisão de literatura a seguir, divididos nos seguintes tópicos: O processo de envelhecimento; A atividade física; Promoção da saúde.

REVISÃO DE LITERATURA

O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é desenvolvido por um processo crescente e dinâmico caracterizado por alterações físicas, morfológicas, psicológicas e bioquímicas as quais aumentam a vulnerabilidade do indivíduo e proporcionam uma maior disposição a doenças e ao óbito.^{6,7}

Para Ferreira⁶, o envelhecimento decorre de mudanças na parte física, tais como a diminuição de energia e elasticidade do corpo, ganho de gorduras, deficiência nos sistemas de visão e audição e acentuação de perda muscular. Em contrapartida, de acordo com Barros e colaboradores⁸, o envelhecimento ocorre quando fatores fisiológicos degenerativos superam os regenerativos, colocados como senescência.

Com o passar dos anos tem se intensificado os estudos em torno do envelhecer e, dentre as várias situações colocadas em pauta, destaca-se a criação de políticas sociais voltadas ao envelhecimento. Tais políticas são atualmente tidas como essenciais para esta população, inclusive pelo aumento da demanda nas áreas da assistência social e da saúde.

Outro problema enfrentado é o custo desses sujeitos aos cofres públicos, e este também pode ser um dos principais motivos pelo aumento dos estudos científicos na área.⁷

Considerando o fato de o processo de envelhecer ser multifatorial e, dentre os vários fatores que o compõem, é preciso atentar às questões do envelhecimento biológico e psicossocial.⁷ O indivíduo começa a sofrer perdas nas suas capacidades físicas as quais afetam diretamente no seu dia a dia e, na maioria das vezes, de forma negativa. Esses sujeitos passam a apresentar dificuldades em realizar atividades diárias tais como tomar banho, preparar seu alimento e fazer uma simples caminhada. Esses déficits podem consequentemente afetar a parte emocional e, deste modo, necessitar de acompanhamento médico a fim de intervir nos quadros depressivos instalados na velhice.⁸

Em paralelo existe a diminuição da capacidade memória e de aprendizagem normal durante envelhecimento. Elas são motivadas tanto pela falta de estímulos (uso) quanto pelo isolamento social. Para que esse estímulo ocorra de forma eficaz é de suma importância que o idoso mantenha o equilíbrio social, exercendo seus papéis sociais - é neste contexto que os sentimentos de felicidade são estimulados e fatores psicológicos negativos são inibidos.⁹

ATIVIDADE FÍSICA

A procura por atividades físicas ocorre desde a fase da adolescência e se prolonga até a fase idosa da vida, por motivos diversos como o combate aos fatores de risco, manutenção da saúde, ganho e definição de massa muscular, estética, fins de treinamento para competições esportivas ou simplesmente como auxílio para realização de atividades cotidianas.⁹ Em um estudo realizado por Silva e colaboradores¹⁰ identificou-se que os homens procuram realizar atividades físicas por motivos de preparação física e por prazer pela prática e, já para as mulheres, as motivações são pelo prazer, por motivos estéticos e para o emagrecimento.

Vale lembrar que o termo atividade física é definido como sendo uma forma básica de se movimentar.¹¹ Já Caspersen¹² define a mesma sendo qualquer movimento corporal realizado pela musculatura na qual se utiliza um gasto energético maior que em condições de repouso. A atividade física é simplesmente o movimento do corpo, ou seja,

a utilização do sistema musculoesquelético, na qual se realiza contrações voluntárias, sempre de forma coordenada entre tecidos, tendões e ossos, utilizando energia para realização de contrações e relaxamento.¹³ Podemos colocar que qualquer movimento corporal pode ser considerado como atividade física, na qual pequenos hábitos podem fazer toda diferença, como Madeira e colaboradores¹⁴, que destacam que ao se deslocar, devemos fazer o mesmo de forma ativa, no qual nos proporcionará benefícios voltados a saúde.

Segundo Farinatti¹⁵ muitos são os benefícios da prática da atividade física, sendo citadas três partes fragmentadas, mas que se interligam. A parte fisiológica estimula a regulamentação dos níveis de glicose nas correntes sanguíneas, estímulos tanto de adrenalina quanto de noradrenalina, melhoramento da qualidade do sono, aumento partes cardiovasculares, fortalecimento muscular, flexibilidade, equilíbrio, coordenação, velocidades nos movimentos. Já na parte psicológica ocorre redução de estresse, ansiedade, proporciona um relaxamento, melhora o humor, melhora da saúde mental geral. E, dentre os benefícios sociais destaca-se a valorização pessoal na qual o indivíduo se motiva e se envolve em grupos sociais, desenvolvendo uma interação pessoal e intelectual.

As principais contribuições da atividade física ao organismo são nas partes antropométricas, neuromusculares, psicológicos e metabólicos. Ela é então indicada para melhorias nos fatores psicológicos, fisiológicos e até mesmo sociais, sendo também muito utilizada em momentos de lazer.¹⁵ É sempre bom lembrar que atividade física pode ser desenvolvida de diversas formas que vão desde momentos de deslocamento até realização de tarefas domésticas, execução de trabalho (profissões) e lazer.¹⁶

A escolha e determinação da atividade física mais indicada devem levar em consideração os gostos particulares e, acima de tudo, que seja algo que proporcione prazer e que contribua com a qualidade de vida de seu praticante.¹⁴

Segundo alguns estudos epidemiológicos indivíduos que não praticam atividades físicas regularmente podem desenvolver alguma doença crônica, dentre as quais as mais frequentes são a doença arterial coronariana (45%), infarto agudo do miocárdio (60%), hipertensão arterial (30%), câncer de cólon (41%), câncer de mama (31%), diabetes do tipo II (50%) e osteoporose (59%).³

A atividade física é indicada para todos os sujeitos principalmente para a classe de idosos, mas cada qual com suas peculiaridades, ou seja, deve ser sempre realizada de forma individual, objetiva e com acompanhamento de um profissional de educação física competente. Segundo Gomes e Zazá¹⁷, os idosos procuram aprática de atividade física por motivos parecidos entre si, como o objetivo de aumentar o contato social, prevenir doenças e melhorar o estado de saúde. Ferreira e Najar¹⁸, indentificaram que para os idosos iniciarem um programa de atividades físicas ou até mesmo apenas praticarem de forma básica alguém teve que dar apoio (principalmente o cônjuge) ou já ter praticado anteriormente alguma atividade.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio destaca que a metade da população idosa brasileira costuma realizar caminhadas; deste público 57% sendo masculino, contra 46% do sexo oposto.¹⁸ Pode-se perceber que os idosos estão cada vez mais se preocupando com sua saúde e realizando atividades físicas mesmo que de forma empírica.^{19,20} Para as pessoas classificadas como idosas, deve ser feita atividades físicas como qualquer outro grupo, mas com alguns cuidados específicos. Os limites de cada um é um ponto muito importante a ser considerado e as atividades devem ser elaboradas no intuito de colaborar com as atividades básicas da vida diária (AVD) e com as atividades instrumentais da vida diária (AIVD).²¹

O processo do envelhecimento trás com si as limitações prejudicando a eficiência na realização de atividades do dia a dia. Em pesquisas realizadas com indivíduos com 65 anos constatou que eles sofrem por alguma limitação causada pelo envelhecimento. Destes, 37% com limitações graves e, assim, suas AVD e as AIVD não são realizadas de forma eficientes.²²

Em idosos a atividade física tem maior objetivo de retardar ao máximo as perdas que ocorrem no processo natural do envelhecimento e pode contribuir para melhorias em váriasascepestos, como fisiológico, psicológice social. O momento da prática pode ser oportuno para o desenvolvimento de suas forças intrínsecas, podendo ser destacado sua confiança e suas competências.¹⁵

Ao iniciar um programa de atividade física sempre se deve partir de informações pré-coletadas, sendo que a forma mais indicada para tais é com a aplicação de uma anamnese, juntamente com exames clínicos e de desempenho físico. O diagnóstico é o

ponto de partida inicial para conseguir atingir um objetivo final, pois, através deste, o profissional de educação física identifica localidades, qualidades, capacidades e habilidades que deverm ser trabalhadas ao longo do processo e também observar pontos negativos que poderão contribuir ao fracasso do mesmo.^{5,6}

Os autores Rebelatto e Morelli⁵ colocam cinco elementos fundamentais ao desenvolver um programa de treinamento, no qual deve se atingir a melhor forma a ser trabalhado com indivíduos idosos. São eles: identificar possíveis problemas que poderão interferir no sucesso do procedimento, conhecer soluções para lidar com os problemas, realizar um diagnóstico preciso, uma intervenção coerente e por fim sempre reavaliar para saber como anda o procedimento escolhido. Os autores ressaltam que a mesma pode ser realizada de forma continua para vida toda.

Para se desenvolver um trabalho interventivo competente, Rebelatto e Morelli⁵ destacam que coletar algumas informações é de suma importância, como por exemplo, a qualidade do sono que, sabendo desta, pode-se ter uma base de como anda a saúde física e mental. É muito importante saber da vida cotidiana do idoso que sofrerá a ação do treinamento, pois detalhes como se o mesmo realiza as ABVD e as AIVD e de que modo são realizadas. Os meios de adquirir informações dos idosos são vastos, e cabe ao profissional conhecer e saber qual o melhor a ser utilizado. Outras informações básicas também devem ser do conhecimento do profissional como o histórico nutricional, de doenças e lesões, uso de medicamentos, entre outras.^{5,6}

Recomendações sobre a quantidade mínima de atividade física para idosos são as seguintes: realizar atividades físicas moderadas por 30 minutos diários em 5 dias semanais ou atividade intensa 20 minutos por dias durante 3 dias e a cada 3 dias realizar atividades de força muscular.²⁰

Com a passar dos anos as indicações sobre quais tipos de atividades físicas deveriam ser realizadas foi mudando. No passado o trabalho aeróbio era o indicado, pois ocorriam benefícios psicológicos e no sistema cardiovascular. Mas hoje em dia estudos mostram que é muito importante realizar atividades que estimulem a flexibilidade e a força muscular, que proporcionam melhora na capacidade de autonomia e funcionalidade do corpo.²²

Segundo Carvalho e Soares²³ nos trabalhos

de atividade e exercícios físicos devem conter uma variação de estímulos para capacidade física, como a força, flexibilidade, equilíbrio, resistência cardiorrespiratória. Os autores apontam que a força muscular atinge seu pico máximo aos 30 anos e, a partir de então, inicia-se um processo de perda gradual e de forma leve até por volta dos 50 anos. Após esse período ocorre uma perda de aproximadamente 15% a cada 10 anos até chegar aos 70 anos e, em seguida, ela chega a 30% por década.²³

Um músculo fraco contribui de forma negativa para uma mobilidade eficiente e para ter uma vida autônoma, na qual níveis moderados de força são essenciais para a realização de atividades diárias básicas para sobrevivência principalmente de idosos.²⁴

Exercícios de força muscular devem escolher no mínimo um exercício para cada grupo muscular e que, de preferência, os mesmos consigam trabalhar vários músculos em um único exercício. Para a fase inicial de treinamento de força a intensidade deve ser de 30 a 40 % de 1 RM, com duração de três meses, com cerca de 25 a 30 repetições, com o objetivo de desenvolver resistência muscular, depois desse período o idoso estará apto a realizar um trabalho com uma intensidade maior, pode ser de 60 até 85% de 1 RM. Sendo reduzidos os números de repetições e a elevação da carga.^{6,23}

Outro ponto ressaltado por Leite²⁴ é que no treinamento de força o peso não se deve passar de 20% do peso corporal do indivíduo, e que deve sempre realizar os movimentos com maior amplitude possível. A flexibilidade é uma capacidade física muito utilizada para se ter uma autonomia para vida diária, a mesma se perde rapidamente com o passar do tempo, mas em contrapartida quando treinada pode ser otimizada em alta intensidade por esse mesmo período.¹¹

Já para o equilíbrio segundo Rebelatto e Morelli⁵, os exercícios devem ser de forma a representar possíveis situações que ocorrem principalmente dentro de casa. Nestas seções de treinamento deve se estimular o desequilíbrio do exercício para motivar o equilíbrio, e estímulos audiovisuais, realizando no mínimo 3 vezes semanais.²⁵ Em estudo realizado por Carvalho, Pinto e Mota²⁶ constatou que idosos que realizavam atividades físicas regularmente e de forma supervisionada tem melhor equilíbrio e o medo de cair é menor em relação aos sedentários.

O objetivo de uma intervenção neste

público deve sempre ser manter ou aumentar sua funcionalidade, devendo sempre ter cuidados no momento de sua realização. O desempenho competitivo não é indicado por causa da elevada tensão exercida para este objetivo. O cuidado com lesões e fraturas deve ser elevado visto que a recuperação seria muito complicada e demorada e também não se deve levar o idoso a frustrações e sensações de vergonha; a atenção e cuidados com dores e a existência de alguma doença devem ser consideradas.¹³

O autor Ferreira⁶ destaca que atividades físicas combinadas a outros fatores como alimentação e qualidade de sono podem reduzir questões como a idade biológica e acarreta ganhos em vários quesitos os quais contribuem com o aumento da expectativa de vida do praticante.

Em um trabalho realizado por Sawchuke colaboradores²⁷ foi identificado que umas das questões que mais interferiam na prática de atividades físicas pelos idosos era a falta de infraestrutura adequada aos mesmos. Já estudos desenvolvidos por Li e colaboradores²⁸ demonstraram que os idosos preferem locais destinados ao lazer para realizarem suas atividades físicas, e outro fator que poderia favorecer tal prática seria a distância em que se encontram os locais apropriados para a mesma.

ATIVIDADE FÍSICA E PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS IDOSOS

Considerando que as principais causas e fatores de risco para os problemas de saúde atuais estão relacionados ao estilo de vida evidencia-se a necessidade de ações que busquem a promoção da saúde e, nesse sentido, uma destas ações é a prática regular de atividade física.²⁹

No Brasil, a lei orgânica da saúde coloca a prática de atividade física como uma das determinantes do processo saúde-doença, sendo que, a promoção da saúde tem como objetivo atuar diretamente na melhora destas determinantes. Esse processo de atuação se dá por meio de uma combinação de apoios educacionais, comportamentais, sociais e ambientais, com participação popular e controle social.^{30,31} O Ministério da Saúde assumiu como prioridade a estruturação de ações de promoção da saúde, prevenção e vigilância de doenças-crônicas não transmissíveis em detrimento das possibilidades existentes para prevenção e controle dessas doenças.³²

Para iniciar esta proposta, em 2006 foi aprovada pela Comissão Intergestora Tripartite a

Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) com intuito de fortalecer e implementar uma política transversal, integrada e intersetorial. Esta política forneceu diretrizes e apontou estratégias de organização das ações em promoção da saúde em três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e define entre suas prioridades para 2006 a 2008 temas como a atividade física e práticas corporais.³³

Após isto, houve um marco muito importante na institucionalização do tema da promoção de atividade física foi a inclusão no Plano Plurianual de 2008/2011, além disso, a monitorização destas ações também foi incluído para que possa ser um indicador que mensura o incremento dos níveis de atividade física populacionais nas capitais. Além disso, houve a elaboração de um plano de ação para a atividade física pela Secretaria de Vigilância em Saúde, o qual inclui o planejamento urbano, o plano diretor das cidades e a proposição de um Comitê Intersetorial para a Estratégia Global, prevendo a participação de diversas áreas do governo, e também a sociedade civil, indução de ações em municípios, e nos vários espaços e contextos como trabalho, unidades de saúde, escola. Esta estratégia também propõe ações de comunicação social e educação em saúde.³⁴

Após larchas estes planos e estratégia, teve-se que se pensar em induzir as ações nos municípios do Brasil, para isso, esta iniciativa consiste no destino de recursos para entes federados visando apoio e fomento aos projetos de atividade física no SUS, que foi através de repasses de recursos fundo a fundo, que no ano de 2005 foi para 27 capitais, já 2006 financiando 132 municípios contemplados por meio de edital e 2007, mais um edital com outros 209 municípios.^{34,35}

Algumas atividades marcaram uma nova concepção, pois em 2005 foi realizado em Brasília e outras capitais o evento “Brasil Saudável” com objetivo de divulgar para a população os benefícios da estratégia global de atividade física e alimentação saudável.³⁶ Já em 2006 foi realizado o projeto de comunicação social “Pratique Saúde” veiculando o estímulo à atividade física, alimentação saudável, prevenção do tabagismo. Ainda em 2006, foi realizada outra campanha de mobilização em prol da atividade física, convidando a população a se engajar no Time Mais Saúde, que buscou trabalhar com atividade física e meio ambiente.³⁷

Para a manutenção destas ações é importante que haja formação e capacitação dos profissionais

que trabalham no SUS. Dentre as diversas ações, o Ministério da Saúde em 2006 realizou o “I Seminário Nacional sobre Atividade Física”, reunindo representantes dos municípios, logo em 2007, foi realizado um curso de atualização em avaliação em atividade física, destinado aos gestores e coordenadores de 132 projetos financiados e 2008 para mais 132 projetos. Nota-se que estas oportunidades são de suma importância para a fundamentação e continuidade dos projetos.³³

A avaliação destas ações se justifica pela necessidade de se construir uma base de evidências que contribua para o avanço das práticas de Promoção da Saúde na atividade física, visando aprimorá-las. Com isso, o primeiro passo foi o projeto GUIA – *Applying Evidence-Based Physical Activity Recommendations in Brazil* que foi fruto de diversas parcerias de universidades e centros especializados nacionais e internacionais junto com o ministério da saúde.³⁴

Um dos principais e mais atuais programas do Ministério da Saúde foi lançado em 2011, o Programa Academia da Saúde, baseado nas iniciativas surgidas em Toronto, Canadá para incluir a atividade física na agenda e tornar as Cidades Saudáveis. Estas academias têm como intuito contribuir para a promoção da saúde, com a produção de cuidado e com modos de vida saudáveis na população a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados. Este programa de expandiu e está na maioria dos municípios brasileiros, bem como, empresas privadas, universidades entre outros.^{37,38}

Assim, podemos observar que foi um avanço a inserção da promoção à saúde na agenda do SUS, institucionalizando a práticas de promoção da atividade física. Esta apresenta um novo formato, uma tendência crescente nos diversos níveis de gestão. Nesse sentido, o campo da promoção está em processo de construção e ainda temos um grande caminho a percorrer, mas estão dados os passos para a sua institucionalização.⁷

Nesse contexto, programas de promoção da saúde relacionados à atividade física se apresentam como uma estratégia na busca de um envelhecimento saudável e devem ser priorizados nas intervenções realizadas nas unidades de saúde, uma vez que, além dos benefícios físicos, psicológicos e sociais podem gerar economia no setor de saúde.³⁹ Apesar da importância do assunto, ainda são escassos os estudos sobre avaliação da prática de atividade física para idosos como ação de promoção da saúde. Nota-se um

grande número de estudos com adultos, entretanto o conhecimento dessa temática com essa população específica poderá subsidiar a implementação de políticas públicas e atividades de ensino direcionadas aos profissionais visando criar ambientes favoráveis, valorizar e fortificar a promoção da atividade física para os idosos.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a prática de atividade física é um fator que promove a saúde no envelhecimento. A atividade física é um componente essencial de uma comunidade saudável, e promover um modo de vida ativo é uma estratégia fundamental para ajudar a manter a saúde e a qualidade de vida à medida que envelhecemos. Embora os benefícios do aumento da atividade física e do exercício sejam universalmente reconhecidos, muitos idosos permanecem sedentários e relativamente poucos atingem os níveis recomendados de atividade. Intervenções eficazes para reverter a falta de atividade física em idosos são claramente necessárias, nesse sentido, é necessária a criação de ambientes favoráveis à saúde para realização de práticas corporais e diversos espaços e contextos.

REFERÊNCIAS

- Sousa AFM, Nogueira JAD. Intervenções em Atividade Física e seus impactos nos fatores de risco e nas doenças crônicas não transmissíveis em adultos no Brasil. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 2011;16(3):255-60. doi: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.16n3p255-260>
- Zaitune MPDA, Barros MBDA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2007; 23(4):1329-38. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-55092011000500005>
- Binotto MA, El Tassa KOM. Atividade física em idosos: uma revisão sistemática baseada no internationalphysicalactivityquestionnaire (IPAQ). *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento* 2014; 19(1).
- de Almeida Gomes M, da Silva Duarte MDF. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela estratégia saúde da família: Programa Ação e Saúde Floripa-BRASIL. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 2012;13(1):44-56. doi: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.13n1p44-56>
- Rebellato JR, Morelli JGDS. Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência ao idoso. Manole 2004.
- Ferreira V. Atividade física na terceira idade: o segredo da longevidade. Rio de Janeiro: Sprint 2003.
- Barros M, Guarda F, Feitosa W, Lemos E, Silva C. Programs and interventions for physical activity promotion in the Brazilian Unified Health System: a research object that starts to be unveiled. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 2016;21(5):385-7. doi: <http://doi.org/10.12820/rbafs.v.21n5p385-387>
- David G, Ozmun JC. Compreendendo o Desenvolvimento Motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos. Porto Alegre 2003; 7.
- Zamai CA, Filocomo M, Rodrigues AA. Qualidade de vida, diversidade sustentabilidade. Paco Editorial 2015.
- Silva MC, Rombaldi AJ, Azevedo MR, Hallal PC. (2012). Participação atual e passada em academias de ginástica entre adultos: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 2012;13(1):28-36. doi: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.13n1p28-36>
- Weineck J. Atividade física e esporte: para quê?. Manole 2003.
- Caspersen, CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep* 1985; 100(2): 126-35.
- Saba F. Mexa-se: atividade física, saúde e bem-estar. 3.ed, revisada. São Paulo: Phorte, 2011.
- Madeira MC, Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DSD, Tomasi E, Thumé E, Piccini RX. Atividade física no deslocamento em adultos e idosos do Brasil: prevalências e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 2013; 29(1):165-74.
- Farinatti PDTV. Envelhecimento: promoção da saúde e exercício. Bases teóricas e metodológicas. Manole 2008.
- Pitanga FJG. Epidemiologia da atividade física, do exercício e da saúde. 3ª edição. São Paulo: Phorte 2010.
- Gomes KV, Zazá DC. Motivos de adesão a prática de atividade física em idosos. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 2012;14(2):132-8. doi: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.14n2p132-138>
- Santos Ferreira M, Lopes Najara A. Programas e campanhas de promoção da atividade física. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(10): 207-19.
- Vaisberg M, Mello MTD. Exercícios na saúde e na doença. Luna Júnior LA. Barueri: Manole, 2010.
- Howley ET, Franks BD. Manual de condicionamento físico. Artmed, 2008.
- Kaufman FG. Novo velho: envelhecimento, olhares e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.
- Coelho FDM, Gobbi S, Costa JLR, Gobbi LTB. Exercício físico no envelhecimento saudável e patológico: da teoria a prática. Curitiba: CRV, 2013.
- Carvalho J, Soares JM. Envelhecimento e força muscular-breve revisão. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 2004;4(3):79-93.
- Leite PF. Aptidão física: esporte e saúde. Robe, 1990.
- Marega M, Carvalho J. Manual de atividades físicas para prevenção de doenças 2012.
- Carvalho J, Pinto J, Mota J. Atividade física, equilíbrio e medo de cair. Um estudo em idosos institucionalizados. *RPCD* 2007;7(2):225-31.
- Sawchuk CN, Russo JE, Bogart A, Charles S, Goldberg J, Roy-Byrne P, Forquera R. Peer Reviewed: Barriers and Facilitators to Walking and Physical Activity Among American Indian Elders. *Preventing Chronic Disease* 2011;8(3):63-76.
- Li F, Fisher KJ, Brownson RC, Bosworth M. Multilevel

modelling of built environment characteristics related to neighbourhood walking activity in older adults. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2005;59(7):558-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2004.028399>

29. Florindo AA, Nakamura PM, De Farias Júnior JC, Siqueira FV, Reis RS, Cruz DKA, Hallal PC. Promoção da atividade física e da alimentação saudável e a saúde da família em municípios com academia da saúde. *Rev Bras Edu Fis Esp* 2016;30(4): 913-24. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-55092016000400913>

30. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília* (20 set. 1990);Sec.1:18055.

31. Brasil. Lei n. 12.864 de 24 de setembro de 2013. Altera o caput do art. 3º da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília* (25 set. 2013);Sec.1:5.

32. Malta DC, de Castro AM, Cruz DKA, Gosh CS. (2012). A promoção da saúde e da atividade física no Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 2012;13(1):24-7. doi: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.13n1p24-27>

33. Malta DC, Cezário AC, Moura LD, Moraes Neto OLD, Silva Junior JBD. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde* 2006;15(3): 47-65. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742006000300006>

34. Brasil. Edital de financiamento de projetos de atividade física. Edital nº. 2 de 11 de setembro de 2006. *Diário Oficial da União. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde, 2006.*

35. Brasil. Edital de financiamento de projetos de atividade física. Edital nº. 1 de 16 de setembro de 2007. *Diário Oficial da União. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde, 2007.*

36. Becker L, Gonçalves P, Reis R. Programas de promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde brasileiro: revisão sistemática. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*, 2016; 21(2): 110-22. doi: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.21n2p110-122>

37. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 719 de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União, Brasília* (8 abr. 2011); Sec.1:52.

38. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Brasília* (8 nov. 2013); Sec.1:37-8.

39. Sá PHVOD, Cury GC, Ribeiro LDCC. Atividade física de idosos e a promoção da saúde nas unidades básicas. *Trabalho, Educação e Saúde* 2016;14(2):545-58. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00117>

Recebido em: 20/03/2019

Aceito em: 10/06/2019

Como citar: OLIVEIRA, Daniel Vicentini de; FRANCO, Maura Fernandes; ANTUNES, Mateus Dias. A prática de atividade física como fator de promoção da saúde de idosos. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde, Santa Cruz do Sul*, v. 2, n. 1, jan. 2019. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/13334>>. Acesso em: 02 jan. 2019. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v2i1.13334>