

# SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Políticas Públicas e Educação em Saúde

Denise Jovê Cesar  
Fernanda Andrade Martins  
Rafaela Ester Galisteu da Silva

**stricto  
ensu**  
Editora

2019

ISBN: 978-65-80261-11-6

**Denise Jovê Cesar**  
**Fernanda Andrade Martins**  
**Rafaela Ester Galisteu da Silva**  
(Organizadores)

# **SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE: Políticas Públicas e Educação em Saúde**

Rio Branco, Acre

## **Stricto Sensu Editora**

**CNPJ:** 32.249.055/001-26

**Prefixo Editorial:** 80261

**Editora Geral:** Profa. Msc. Naila Fernanda Sbsczk Pereira Meneguetti

**Editor Científico:** Prof. Dr. Dionatas Ulises de Oliveira Meneguetti

**Bibliotecária:** Tábata Nunes Tavares Bonin – CRB 11/935

**Revisão:** Os autores

## **Conselho Editorial**

Prof.<sup>a</sup> Msc. Ageane Mota da Silva (Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Acre)

Prof. Dr. Amilton José Freire de Queiroz (Universidade Federal do Acre)

Prof. Dr. Francisco Carlos da Silva (Centro Universitário São Lucas)

Prof. Dr. Humberto Hissashi Takeda (Universidade Federal de Rondônia)

Prof. Msc. Jader de Oliveira (Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho)

Prof. Dr. Leandro José Ramos (Universidade Federal do Acre)

Prof. Dr. Luís Eduardo Maggi (Universidade Federal do Acre)

Prof. Msc. Marco Aurélio de Jesus (Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Rondônia)

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mariluce Paes de Souza (Universidade Federal de Rondônia)

Prof. Dr. Paulo Sérgio Bernarde (Universidade Federal do Acre)

Prof. Dr. Romeu Paulo Martins Silva (Universidade Federal do Acre)

Prof. Dr. Renato Abreu Lima (Universidade Federal do Amazonas)

Prof. Msc. Renato André Zan (Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Rondônia)

Prof. Dr. Rodrigo de Jesus Silva (Universidade Federal Rural da Amazônia)

## Ficha Catalográfica

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C421s

Cesar, Denise Jovê.

Saúde da criança e do adolescente : políticas públicas e educação em saúde. / Denise Jovê Cesar, Fernanda Andrade Martins, Rafaela Ester Galisteu da Silva. – Rio Branco : Stricto Sensu, 2019.

313 p.: il.

ISBN: 978-65-80261-11-6

DOI: 10.35170/ss.ed.9786580261116

1. Saúde. 2. Criança. 3. Adolescente. I. Martins, Fernanda Andrade. II. Silva, Rafaela Ester Galisteu da. III. Título.

CDD 22. ed: 618.92

**Bibliotecária Responsável:** Tábata Nunes Tavares Bonin / CRB 11-935

O conteúdo dos capítulos do presente livro, correções e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

É permitido o download deste livro e o compartilhamento do mesmo, desde que sejam atribuídos créditos aos autores e a editora, não sendo permitido a alteração em nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

[www.sseditora.com.br](http://www.sseditora.com.br)

## APRESENTAÇÃO

O livro “Saúde da Criança e do Adolescente: Políticas Públicas e Educação em Saúde” é composto por um compilado de artigos científicos, reunindo temas atuais nas diversas áreas da saúde, sendo composto por 23 capítulos que abordam temas como, saúde bucal, vacinação, consumo de álcool, qualidade de vida nas doenças crônicas, uso de tecnologia, atividade física no ambiente hospitalar e escolar, saúde do escolar, instrumento educativo, ética, humanização, racismo e violência.

O livro reúne duas temáticas que impactam na qualidade de vida da sociedade, através do direito de políticas públicas necessárias para um desenvolvimento saudável das crianças e adolescentes, e na aquisição de conhecimento, mudanças de hábitos e comportamentos através da educação em saúde.

As políticas públicas surgem como uma necessidade de organização frente as demandas necessárias para o bem estar da população, neste contexto na área científica aborda-se a avaliação de novas políticas ou a efetividade de políticas já existentes e seus impactos na melhoria de vida da população. Já a Educação em saúde é uma temática atual, que vem sendo reestruturada e amplamente trabalhada, que impacta diretamente no sistema de saúde e nas condições de vida da sociedade, uma vez que dá ao indivíduo a capacidade de ser atuante na análise e na tomada de decisões sobre suas condições de saúde, através de mudanças de hábitos e comportamentos, além da possibilidade de aquisição de novas informações que podem gerar mudanças coletivas.

Assim políticas públicas efetivas e o processo de empoderamento através da educação em saúde, dentro do universo multiprofissional da saúde reunidas, apontam para melhoria na qualidade de vida. As temáticas dentro do universo da criança e do adolescente nos direciona para um futuro melhor, tanto através de políticas públicas que garantam seu pleno desenvolvimento, garantindo suas condições de saúde, educação, moradia, segurança, dentre outros, como a oportunidade de obter e disseminar conhecimento nas condições de saúde, gerando uma melhor qualidade de vida.

Este volume tem como objetivo fomentar pesquisas nas diversas áreas da saúde frente as políticas públicas e educação em saúde de forma multidisciplinar, e que as diversidades gerem troca de experiências e diálogo entre as mais diversas áreas.

Desejo a todos uma ótima leitura.

Rafaela Ester Galisteu da Silva

## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO. 1..... 11**

#### **A INFLUÊNCIA DOS FATORES SOCIOECONÔMICOS E COMPORTAMENTAIS NA PREVALÊNCIA DA CÁRIE DENTÁRIA EM CRIANÇAS DA PRIMEIRA INFÂNCIA**

Joseana Cerqueira de Carvalho Temer (Esc. Sup. de Ciên.da Sant. Cas. de Miser. de Vitória)  
Patrícia Sueli Lisboa Portilho Fernandes (Esc. Sup. de Ciên.da Sant. Cas. de Miser. de Vitória)  
Perla Paloma Pires Pimentel do Carmo (Esc. Sup. de Ciên.da Sant. Cas. de Miser. de Vitória)  
Lillian Silva Gomes (Esc. Sup. de Ciên.da Sant. Cas. de Miser. de Vitória)  
Jadilson Wagner Silva do Carmo (Universidade Federal de Juiz de Fora)  
DOI: 10.35170/ss.ed.9786580261116.01

### **CAPÍTULO. 2..... 22**

#### **ANÁLISE DA ADESÃO DA VACINAÇÃO NO MUNICÍPIO DE COLATINA-ES E OS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS ENVOLVIDOS**

Nilra Beatriz Pereira Dias Ribeiro (Centro Universitário do Espírito Santo)  
Pedro Henrique Equer Picoli (Centro Universitário do Espírito Santo)  
Sofia Rodrigues Colombo (Centro Universitário do Espírito Santo)  
Angela Regina Binda da Silva de Jesus (Centro Universitário do Espírito Santo)  
Fernanda Cristina de Abreu Quintela Castro (Centro Universitário do Espírito Santo)  
Kelly Cristina Mota Braga Chiepe (Centro Universitário do Espírito Santo)  
DOI: 10.35170/ss.ed.9786580261116.02

### **CAPÍTULO. 3..... 35**

#### **ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE-PE**

Aline Gouveia de Oliveira (Fundação Oswaldo Cruz)  
Maria Luiza Carvalho de Lima (Fundação Oswaldo Cruz)  
Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima (Universidade Federal de Pernambuco)  
Alice Kelly Barreira (Universidade Federal de Pernambuco)  
Raquel Moura Lins Acioli (Fundação Oswaldo Cruz)  
DOI: 10.35170/ss.ed.9786580261116.03

### **CAPÍTULO. 4..... 52**

#### **AVANÇOS E DESAFIOS NO CUIDADO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM OBESIDADE EM SERVIÇO AMBULATORIAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA – RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Ana Aparecida de Souza Santana Gonzalez (Hospital Sírio-Libanês)

Martha Maria Ferraz de Mattos (Hospital Sírio-Libanês)  
Harumi Nemoto Kaihami (Hospital Sírio-Libanês)  
Monica Venturini Ferreira (Hospital Sírio-Libanês)  
Carolina Luísa Alves Barbieri (Universidade Católica de Santos)  
DOI: 10.35170/ss.ed.9786580261116.04

**CAPÍTULO. 5..... 70**

**DIFICULDADES ENFRENTADAS POR FAMILIARES NO CUIDADO DE CRIANÇAS  
DEPENDENTES DE TECNOLOGIA NO DOMICÍLIO - UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Janailma Barbosa de Lima (Universidade Padre Anchieta)  
Carolina Rosa Boaroli Rios (Universidade Padre Anchieta)  
Lidiane Cristina da Silva (Universidade Padre Anchieta)  
Thiciane de Souza Ferreira Silva (Universidade Padre Anchieta)  
Anita Franco de Godoy (Universidade Padre Anchieta)  
Thais Mendes Maso (Universidade Padre Anchieta)  
Sara Maria Parisi (Universidade Padre Anchieta)  
Leonardo Neves de Moraes (Universidade Padre Anchieta)  
Laura Cristina Pereira (Universidade Municipal de São Caetano do Sul)  
DOI: 10.35170/ss.ed.9786580261116.05

**CAPÍTULO. 6..... 79**

**EFEITOS DA TECNOLOGIA NA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

Paula Galvão Duarte (Universidade Federal de Alagoas)  
Bruno Charliton Gallina Brito (Universidade Federal de Rondônia)  
Gabriel Belarmino Domingues (Universidade Federal de Rondônia)  
Gustavo Vieira Lima dos Santos (Universidade Federal de Rondônia)  
Graciela Fátima Lourenço Joca (Universidade Federal de Alagoas)  
DOI: 10.35170/ss.ed.9786580261116.06

**CAPÍTULO. 7..... 92**

**HUMANIZAÇÃO DA FISIOTERAPIA: ATENDIMENTO PEDIÁTRICO HOSPITALAR**

Mireilly Marques Resende (Centro Universitário Meta)  
Géssica Priscilla da Silva Santos (Centro Universitário Meta)  
Quiria Ribeiro da Silva Monteiro (Centro Universitário Meta)  
DOI: 10.35170/ss.ed.9786580261116.07

**CAPÍTULO. 8..... 101**

**ENVELHECIMENTO E ALTERAÇÕES COGNITIVAS: O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA DETECÇÃO PRECOCE**

Valgerlângela Maria Sousa da Silva (Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco)

Valéria Teixeira da Costa Matos (Universidade Federal do Acre)

Genilda de Andrade Barbosa (Universidade Federal do Acre)

Ellen Caroline Nobre Santos (Universidade Federal do Acre)

Marcos Antonio de Oliveira Souza (Universidade Federal do Acre)

Carlos Filgueiras de Assis Junior (Universidade Federal do Acre)

Emmerson Corrêa Brasil da Costa (Universidade Federal do Acre)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786580261116.08

**CAPÍTULO. 9..... 119**

**IMPORTÂNCIA DA PALHAÇARIA NO ÂMBITO HOSPITALAR PEDIÁTRICO**

Carlos Antônio de Arroxelas Silva (Universidade Federal do Acre)

Luis Henrique Barros Colleto (Universidade Federal do Acre)

Paulo Artur da Silva Rodrigues (Centro Universitário UNINORTE)

Carmem Lúcia de Arroxelas Silva (Universidade Federal de Alagoas)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786580261116.09

**CAPÍTULO. 10..... 125**

**O INÍCIO DO CONSUMO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA POR UNIVERSITÁRIAS DE UMA CAPITAL NA AMAZÔNIA OCIDENTAL**

Rosely Valéria Rodrigues (Universidade Federal de Rondônia)

Graziele Silva de Melo (Universidade Federal de Rondônia)

Marcelo Regis Lima Corrêa (Universidade Federal de Rondônia)

Lorena de Melo Caetano (Universidade Federal de Rondônia)

Stella Rodrigues de Azevedo (Universidade Federal de Rondônia)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786580261116.10

**CAPÍTULO. 11..... 134**

**O PAPEL DO PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO ENSINO MÉDIO: REFLEXÕES E AÇÕES ASSOCIADOS NA FALTA DA ATIVIDADE FÍSICA**

Gerson Falcão Acosta (Faculdade Mato Grosso do Sul)

Higor Alexandre Alves De Oliveira (Faculdade Mato Grosso do Sul)

Viviane Micaeli Galhardi De Freitas (Faculdade Mato Grosso do Sul)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786580261116.11



**CAPÍTULO. 12..... 146**

PANORAMA DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM SAÚDE DA CRIANÇA E/OU DO ADOLESCENTE NO BRASIL: ONDE ESTAMOS E ONDE QUEREMOS CHEGAR

Jakelline Cipriano dos Santos Raposo (Instituto Federal de Alagoas)

Karolyny Alves Claudino (Hospital Alcides Carneiro – HUAC/ Hospital Regional do Agreste - HRA)

Lenizane Vanderlei Cavalcante (Centro Universitário Estácio do Recife)

Taciana Mirella Batista dos Santos (Universidade Federal de Minas Gerais)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786580261116.12

**CAPÍTULO. 13..... 164**

PRESSÃO ARTERIAL E SONO EM ADOLESCENTES

Emanuela de Souza Gomes dos Santos (Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Acre)

Orivaldo Florencio de Souza (Universidade Federal do Acre)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786580261116.13

**CAPÍTULO. 14..... 178**

PROJETO DE EXTENSÃO SAMUZINHO: INSTRUMENTO EDUCATIVO SOBRE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA ESTUDANTES DE ESCOLAS MUNICIPAIS DE TEIXEIRA DE FREITAS - BAHIA, RELATO DE EXPERIÊNCIAS

Calila Oliveira Alves (Universidade Federal do Sul da Bahia)

Lorena Cristina Ramos Oliveira (Universidade Federal do Sul da Bahia)

Mallu Esteves Duarte (Universidade Federal do Sul da Bahia)

Natanael Rodrigues de Souza (Universidade Federal do Sul da Bahia)

Tamy Alves Matos (Universidade Federal do Sul da Bahia)

Grasiely Faccin Borges (Universidade Federal do Sul da Bahia)

Jackeline Pires de Souza (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/ Núcleo de Educação Permanente)

Igor Santos da Vitória (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/ Núcleo de Educação Permanente)

Maximiliano Terra Costa (Universidade Federal do Sul da Bahia)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786580261116.14

**CAPÍTULO. 15..... 195**

QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE RENAL CRÔNICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Jussara Dias Queiroz Brito (Centro Universitário Luterano de Palma)

Nádia Borges de Oliveira (Centro Universitário Luterano de Palma)

Mirian Dias Moreira e Silva (Centro Universitário Adventista de São Paulo)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786580261116.15

**CAPÍTULO. 16..... 214**

**RACISMO NA INFÂNCIA E POLÍTICAS PÚBLICAS: REFLEXÕES SOBRE A SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Cláudia Marques de Oliveira (Universidade Federal do Acre)

Flávia Rodrigues Lima da Rocha (Universidade Federal do Acre)

Débora Matos Ferreira de Souza (Primeiro Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente)

Andrisson Ferreira da Silva (Universidade Federal do Acre)

Andressa Queiroz da Silva (Universidade Federal do Acre)

Maurício dos Santos Lopes Júnior (Universidade Federal do Acre)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786580261116.16

**CAPÍTULO. 17..... 234**

**SIGILO MÉDICO NO ATENDIMENTO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE**

Daniel Carlos Neto (Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786580261116.17

**CAPÍTULO. 18..... 241**

**TRADUÇÃO DO CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY II**

Marcelo Xavier de Oliveira (Universidade Federal do Acre)

Renata da Silva Araújo (Universidade Federal do Acre)

Adyson da Silva Diógenes (Universidade Federal do Acre)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786580261116.18

**CAPÍTULO. 19..... 255**

**VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE NO ACRE: O PERFIL DO AGRESSOR NO PERÍODO DE 2011 A 2018**

Ester Irlém Nascimento dos Santos (Centro Universitário Uninorte)

Thais Blaya Leite Gregolis (Centro Universitário Uninorte)

Bianca de Almeida Souza (Centro Universitário Uninorte)

Talita Mortari Montysuma Leite (Secretaria de Estado de Saúde do Acre)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786580261116.19

**CAPÍTULO. 20..... 266**

**VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTO-JUVENIL NO ACRE NO PERÍODO DE 2015 A 2018**

Ruth Silva Lima da Costa (Secretaria Estadual de Saúde do Acre/ Centro Universitário Uninorte)

Luciano Laurentino de Araújo (Secretaria Estadual de Saúde do Acre/ Centro Universitário Uninorte)

Jair Alves Maia (Centro Universitário Uninorte)

Elisabeth Matos de Oliveira (Centro Universitário Uninorte)

Larissa Iasmin Rocha Amasifuen (Centro Universitário Uninorte)

Rodrigo Batista de Oliveira (Centro Universitário Uninorte)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786580261116.20

**CAPÍTULO. 21..... 279**

**PROSPECÇÃO DO INTERESSE PROFISSIONAL DE ALUNOS SURDOS NO ENSINO MÉDIO:  
O DIREITO DE SONHAR E REALIZAR**

Maria Midori Miura Piragibe (Instituto Nacional do Câncer)

Licínio Esmeraldo da Silva (Universidade Federal Fluminense)

Flávio Eduardo Pinto da Silva (Instituto Nacional de Educação de Surdos)

Thiago de Souza Cruz (Instituto Nacional do Câncer)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786580261116.21

**CAPÍTULO. 22..... 292**

**RECREAÇÃO TERAPÊUTICA: A PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE ACERCA DA  
IMPORTÂNCIA DESTA ATIVIDADE NO AMBIENTE HOSPITALAR**

Laurita da Silva Cartaxo (Universidade Federal de Campina Grande)

Marilena Maria de Souza (Universidade Federal de Campina Grande)

Rogéria Mônica Seixas Xavier (Universidade Regional do Cariri)

Joseph Gabriel Cardoso do Nascimento (Grupo de Pesquisa Violência e Saúde)

Romércia Batista dos Santos (Universidade Federal de Campina Grande)

Raimundo Narcélio da Costa (Posto de Assistência Primária a Saúde-PAPS-ETSC-UFCG)

Olga Feitosa Braga Teixeira (Universidade Federal de Campina Grande)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786580261116.22

**CAPÍTULO. 23..... 302**

**VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA E OU ADOLESCÊNCIA – IMPACTOS NA SAÚDE DA MULHER  
ADULTA E CLIMATÉRICA**

Sandra Dircinha Teixeira Araújo Moraes (FSP/USP - Hospital e Maternidade Amador Aguiar - NEVHAS)

Eli Mendes Moraes (NEVHAS)

Angela Maggio Fonseca (Casa do Adolescente de Heliópolis - NEVHAS)

Vicente Bagnoli (Casa do Adolescente de Heliópolis)

Jose Maria Soares Jr (Faculdade de Medicina da USP)

Alzira Ciampolini Leal (Faculdade de Medicina da USP - NEVHAS)

Thalita Sabbadini Caponi (Hospital e Maternidade Amador Aguiar - NEVHAS)

Edmund C Baracat (Faculdade de Medicina da USP)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786580261116.23

**ORGANIZADORES..... 312**

# CAPÍTULO 1



## A INFLUÊNCIA DOS FATORES SOCIOECONÔMICOS E COMPORTAMENTAIS NA PREVALÊNCIA DA CÁRIE DENTÁRIA EM CRIANÇAS DA PRIMEIRA INFÂNCIA

**Joseana Cerqueira de Carvalho Temer<sup>1</sup>, Patrícia Sueli Lisboa Portilho Fernandes<sup>1</sup>, Perla Paloma Pires Pimentel do Carmo<sup>1</sup>, Lillian Silva Gomes<sup>1</sup>, Jadilson Wagner Silva do Carmo<sup>2</sup>**

1. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, Vitória, Espírito Santo, Brasil;

2. Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

### RESUMO

A cárie dentária afeta grande parte da população infantil, é uma doença comum em crianças e, devido à sua elevada prevalência e aos impactos na qualidade de vida e desenvolvimento é considerada um problema de saúde pública. A dor causada pela cárie interfere no ato de comer e faz com que as crianças apresentem crescimento mais lento, baixo peso, distúrbios no sono e diminuição do rendimento escolar. Sua ocorrência relaciona-se com condições biológicas, comportamentais, socioeconômicas e ambientais. Quando acomete crianças da primeira infância, a cárie é denominada cárie precoce da infância, sendo um potencial fator de risco para a dentição permanente. Estudos mostram maiores níveis de cárie em grupos de baixa renda, pois fatores como renda familiar, escolaridade dos pais e saneamento básico interferem na saúde bucal. Tem sido relacionada a vários aspectos comportamentais, associados a hábitos inadequados de higiene oral e alimentação, não só da criança como de toda a família. Por ser uma patologia com várias causas, é importante que profissionais de saúde e a população tenham conhecimento sobre os fatores de risco associados à ocorrência da cárie precoce em bebês e em crianças pré-escolares, fortalecendo as ações de prevenção e de diagnóstico, com o intuito de melhorar a qualidade de vida dessas crianças.

**Palavras-chave:** Cárie Dentária, Pré-escolares e Saúde Bucal.

### ABSTRACT

Dental caries affects a large part of the child population. It is a common disease in children and, because of its high prevalence and impacts on quality of life and development, it is considered a public health problem. The pain caused by caries interferes with the act of eating and causes children to present slower growth, low weight, disturbances in sleep and decrease in school performance. Its occurrence is related to biological, behavioral, socioeconomic and environmental conditions. When caring for infants, caries is called early childhood caries and is a potential risk factor for permanent dentition. Studies show higher levels of caries in low income groups, since factors such as family income, parents'

education and basic sanitation interfere with oral health. It has been related to several behavioral aspects, associated with inappropriate habits of oral hygiene and feeding, not only of the child but also of the whole family. Because it is a pathology with several causes, it is important that health professionals and the population are aware of the risk factors associated with the occurrence of early caries in infants and preschool children, strengthening prevention and diagnosis actions, with the to improve the quality of life of these children

**Keywords:** Dental Caries, Child Preschool and Oral Health.

## 1. INTRODUÇÃO

A cárie dentária é caracterizada como uma doença multifatorial, de destruição progressiva dos tecidos mineralizados dos dentes. Relaciona-se a um desequilíbrio entre o dente e o meio bucal, influenciada pela dieta alimentar, hábitos de higiene, condições socioeconômicas e aspectos referentes ao hospedeiro (FEJERSKOV, 2004).

É uma doença que há muitos anos vem apresentando altas taxas de prevalência em todo mundo, comprometendo a saúde bucal da população, provocando dor, desconforto, alterações estéticas e psicológicas. Por suas consequências, a doença foi considerada como um problema de saúde pública e muitos esforços foram gerados no sentido de controlá-la, como por exemplo, a fluoretação das águas de abastecimento público e a adição de compostos fluoretados aos dentifrícios. Depois dessas medidas, a redução da cárie começou a ser registrada na população mundial (PETERSEN, 2008).

Estudos epidemiológicos de abrangência nacional realizados pelo Ministério da Saúde, chamados de SB BRASIL, nos anos de 1986, 1996, 2003 e 2010, mostraram um declínio na prevalência da cárie dentária na população brasileira. Porém as condições de saúde bucal em alguns grupos populacionais ainda não são satisfatórias, pois a doença cárie não depende somente de fatores biológicos tradicionais, mas também está associada às condições socioeconômicas e comportamentais (FREIRE et al., 2013).

Diversos estudos têm demonstrado que a redução dos índices da cárie no Brasil foi simultânea a uma crescente desigualdade na distribuição da doença. Observam-se níveis mais elevados desta patologia acometendo grupos sociais menos favorecidos socioeconomicamente, fenômeno denominado de polarização (FEITOSA; COLARES, 2004). Desta forma, a condição social promove intercorrências no bem estar geral que interferem na saúde bucal, pois o acometimento das estruturas bucais pode ser reflexo da renda familiar, escolaridade dos pais e saneamento básico. Esses fatores estão associados

à falta de acesso à água tratada e aos serviços de saúde bucal, bem como ao aumento do consumo do açúcar, uma sacarose de baixo custo (PERES et al., 2000).

Além dos determinantes sociais, os fatores de risco comportamentais também influenciam na progressão da doença. É importante que a primeira visita ao dentista não ocorra de forma tardia e que o atendimento por esse profissional seja feito de forma regular. Além disso, a ingestão de líquidos fermentáveis (dieta cariogênica) várias vezes ao dia e a ausência de hábitos de higiene bucal adequados devem ser evitados (OLMEZ; UZAMIS; ERDEM, 2003).

A doença cárie, quando acomete crianças da primeira infância é denominada “*earlychildhood caries*”, traduzida como cárie precoce da infância (CPI). Foi definida por Tonial (2015, p. 51) como “a ocorrência de lesões de cárie em crianças menores de seis anos de idade”. Esse tipo de cárie caracteriza-se pelo rápido surgimento e evolução das lesões cariosas e suas consequências podem comprometer o processo de crescimento e desenvolvimento da criança, pois provocam um aumento significativo da dor e do desconforto, que interferem nas atividades cotidianas da criança, como comer, dormir, estudar e brincar. Além do impacto na qualidade de vida, Mello, Antunes e Waldman (2008), associam a cárie precoce como potencial fator de risco para a dentição permanente, evidenciando que a saúde dos dentes permanentes é uma consequência direta da saúde dos dentes temporários.

Stelter (2002) relata a importância que os dentes temporários (decíduos) tem para o desenvolvimento harmônico e completo da oclusão, auxiliando no crescimento adequado dos ossos e músculos da face, exercendo a função de mastigação e contribuindo na deglutição e fala. Além disso, o autor enfatiza sua função primordial na guarda do espaço para os dentes permanentes, pois servem de guia para que eles nasçam em posição adequada e assim realizem suas funções e colaborem para o desenvolvimento físico e psicossocial da criança.

Levando em consideração a etiologia multifatorial da doença, faz-se necessário que os profissionais e a população conheçam os reais fatores de risco associados à cárie em bebês e em crianças pré-escolares. A prevenção e o diagnóstico à exposição precoce a fatores de risco são de grande importância, de forma a minimizar o impacto negativo dos efeitos das cáries da infância com o intuito de melhorar a qualidade de vida das crianças. Além disso, a prevenção em saúde bucal também deve ser desenvolvida nos serviços de

atenção primária, como resultado de um adequado conhecimento da realidade de saúde local para, a partir disso, construir uma prática efetivamente resolutiva.

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 CÁRIE DENTÁRIA

A cárie dentária afeta a humanidade desde tempos antiquíssimos. Estudos arqueológicos indicam a presença de lesões cariosas em crânios datados há vários anos. E ainda nos dias de hoje, devido suas consequências e prevalência, é considerada como um problema de saúde pública (NARVAI, 2000).

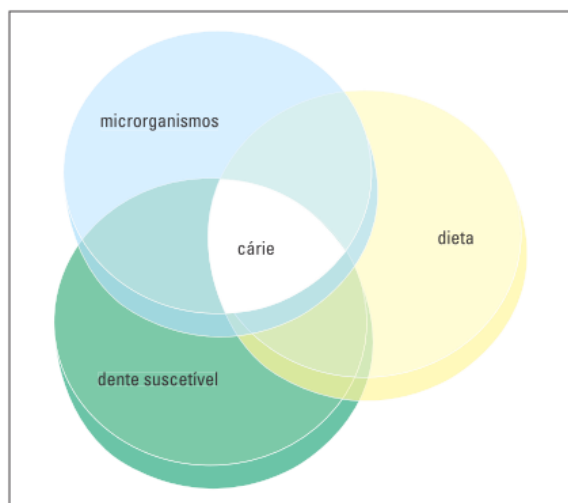
A associação entre cárie e bactéria é discutida há muito tempo. Em 1683, Antony Van Leeuwenhoek descreveu, usando uma lente de aumento, a presença de “animálculos” em um material de cor branca, encontrado sobre os seus dentes quando estes não eram limpos (Leeuwenhoek, 1683 *apud* LINDHE, 1992).

O período científico do estudo da doença cárie teve início em 1890, com os estudos de Miller isolando e identificando bactérias. Evidenciou-se a participação microbiana não só na doença cárie, mas também em outras enfermidades bucais como na doença periodontal e na infecção pulpar, promovendo à publicação do livro “Microorganisms of the Human Mouth”. Neste, foi descrito que a cárie dentária ocorre da dissolução mineral dos dentes, provenientes de ácidos produzidos por microorganismos quando estes metabolizam carboidratos da dieta (UZEDA, 2002).

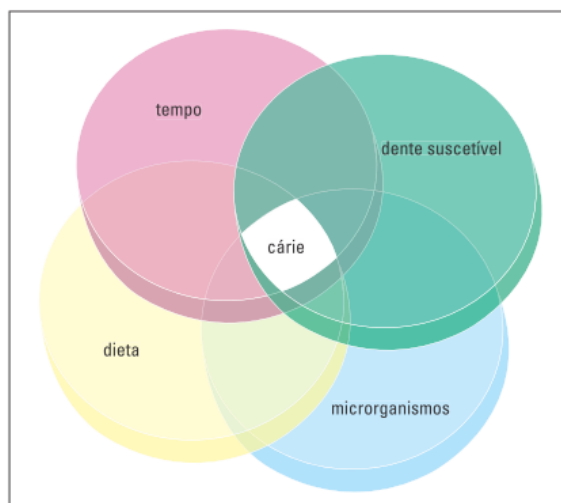
O papel dos microorganismos no processo da cárie também foi demonstrado por Orland e colaboradores em 1954. Estes autores desenvolveram uma pesquisa com ratos “livres de germe” e ratos convencionais (grupo controle), sob uma dieta cariogênica por determinado tempo, e verificaram que os ratos livres de germe não manifestaram a doença, enquanto o grupo controle apresentou uma grande atividade de cárie (MALTZ, 1996).

A partir da teoria microbiana, surge em 1960, a proposta de Keyes, denominada de Tríade de Keyes. Esse modelo explica a etiologia da cárie pela intersecção de três fatores primários: hospedeiro susceptível, microbiota e substratos cariogênicos. O modelo tinha como fundamento a inexistência de produção de cárie, caso fosse removido um destes fatores primários (Keyes, 1960 *apud* BRAGA et al., 2008).

Posteriormente, Newbrum (1978) incluiu o fator tempo aos três elementos principais, dando uma visão mais ampla da doença, mas ainda, muito condicionada aos fatores biológicos. O autor afirma que para o desenvolvimento da lesão de cárie deve haver o desequilíbrio destes, por certo período de tempo e agindo simultaneamente (Newbrum, 1978 *apud* BRAGA et al., 2008).



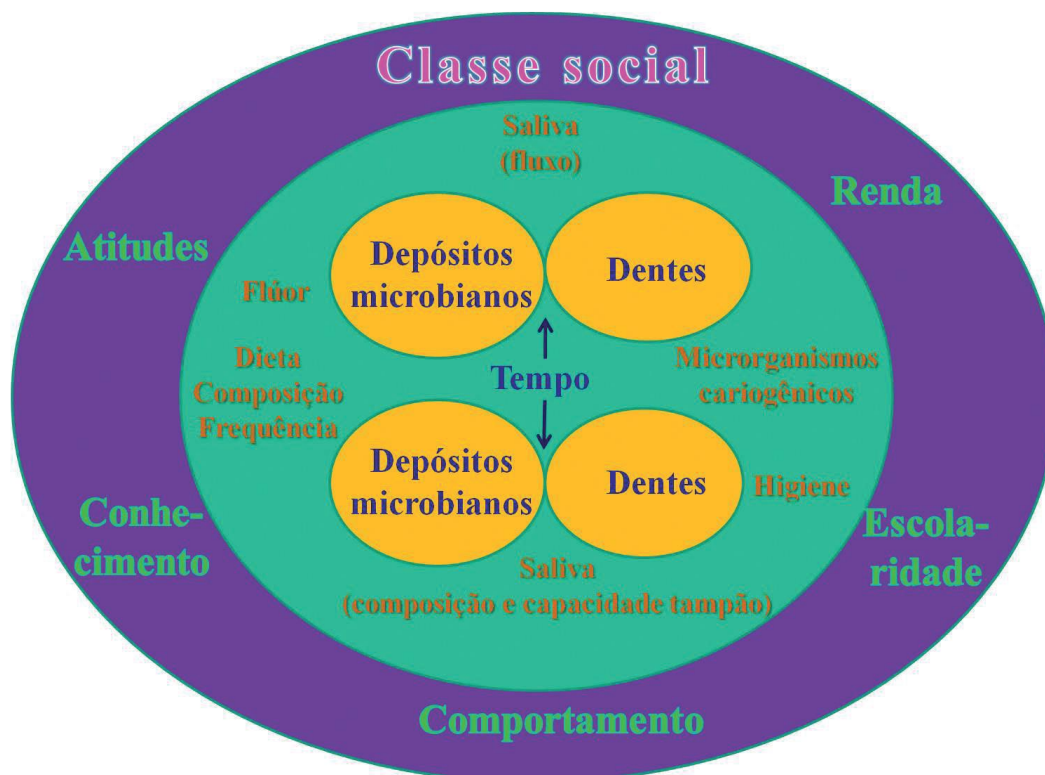
**Figura 1.** Diagrama de Keyes.



**Figura 2.** Diagrama proposto por Newbrum (1978) para explicar os fatores etiológicos determinantes da doença cárie.

Porém, estes modelos no qual a dieta, a microbiota e o dente desempenham papel exclusivo no desfecho da doença, não foram capazes de explicar sua ocorrência na população humana, pois a doença cárie se mostrou muito mais complexa, sendo influenciada por fatores referentes à contextualização na qual o indivíduo se encontra. Dessa forma, Bjertness e Eriksen (1991) tentaram dimensionar a influência dos fatores externos ao inserir em seu modelo multicausal determinantes como a organização dos serviços e fatores comportamentais. Posteriormente, Thylstrup e Fejerskov (1995) desenvolveram um modelo no qual um processo dinâmico interage com fatores biológicos e externos, denominados de modificadores (figura 3).





**Figura 3.** Diagrama adaptado de Thylstrup e Fejerskov (1995) para explicar os fatores etiológicos determinantes e modificadores (círculo externo) da doença cárie.

A ideia de que os indivíduos possam ser influenciados por seu contexto social e comportamental tem sido amplamente discutida, resultando em pesquisas sobre as interações entre as características dos indivíduos. Assim, muitos estudos relacionados à cárie dentária, na sua maioria, têm focado na influência das condições socioeconômicas, onde indivíduos em situações de exclusão social têm o risco aumentado de desenvolver a doença (ANTUNES; NARVAI, 2010).

Por outro lado, fatores como a saliva e os fluoretos foram pesquisados como importantes elementos à reposição do equilíbrio na cavidade oral, de modo a controlar a doença cárie. A saliva é fundamental para a manutenção da saúde oral, pois devido ao seu efeito tampão, ajuda a proteger o esmalte da ação dos ácidos provenientes da placa bacteriana e funcionar como um reservatório de minerais no processo de remineralização do esmalte dentário. Sobre os fluoretos, sua presença em uma concentração baixa e constante ao nível da cavidade oral é importante, pois quando incorporados aos íons do dente, formam cristais semelhantes aos da fluorapatita, menos solúvel aos ataques ácidos das bactérias (TEN et al., 2008).

## 2.2 FATORES RELACIONADOS À CÁRIE DENTÁRIA NA PRIMEIRA INFÂNCIA

O controle dos fatores envolvidos na etiologia da cárie é fundamental para evitar a presença da doença. Sabe-se que a cárie não ocorre sem a presença de microorganismos. Vários estudos foram realizados, sendo possível observar claras associações entre altas concentrações de *Streptococcus mutans* e a presença de cárie. Esse microorganismo é considerado o principal agente associado com o início e o desenvolvimento da lesão cariada, embora não seja o único envolvido no processo (THYLSTRUP; FEJERSKOV, 1995).

A infecção pelo *S. mutans* tem um papel importante na instalação e evolução da cárie precoce da infância. A transmissibilidade vertical de microorganismos em bebês é feita através do contato da saliva das mães ou de cuidadores com altos níveis de *S. mutans* (CAUFIELD; CUTTER; DASANAIKE, 1993). Hábitos como beijar na boca da criança, soprar alimentos quentes, compartilhar a mesma colher, representam importantes vias de transmissão que devem ser evitadas (AALTONEN; TENOVUO, 1994). Estudos realizados por Köhler e Andréen (1994) concluíram que mães que apresentam alta concentração de *S. mutans* na saliva possuem filhos infectados precocemente com maior prevalência de cárie.

A cárie também está associada à introdução dos carboidratos na dieta da criança. O processo cariogênico começa com a produção de ácidos gerados pelas bactérias através do metabolismo da película formada por restos alimentares. A descalcificação do esmalte se dá até a ação de tamponamento salivar ser capaz de elevar o pH acima do nível crítico e paralisar o processo cariado. É indiscutível a ligação entre frequência de ingestão de carboidratos, principalmente a sacarose, e o desenvolvimento da doença cárie, sobretudo se essa relação ocorrer entre as refeições e no período de sono, quando o efeito protetor da saliva está ausente, pois o fluxo salivar é reduzido (THYLSTRUP; FEJERSKOV, 1995).

O uso irrestrito de mamadeira com alimentos açucarados, higiene oral inadequada da criança, alta frequência de consumo de lanches ou bebidas adoçadas, ingestão de leite principalmente durante o sono são os hábitos que mais contribuem para o desenvolvimento da cárie precoce na primeira infância (TIBERIA et al., 2007). Peres, Bastos e Latorre (2000) evidenciaram que os comportamentos que limitam o consumo de açúcar, reduzem o uso de mamadeira e fixam os horários das refeições e lanches, têm implicações positivas nos agravos dentários. Estes autores também observaram menores índice e severidade de

cárie nas crianças cujas mães as levavam com mais regularidade para consultas odontológicas periódicas de controle.

Levando em consideração que a escovação e o uso do fio dental reduzem as bactérias cariogênicas e alimentos fermentáveis da superfície dos dentes, os bons hábitos de higiene bucal ajudam a evitar as principais patologias bucais, como doenças periodontais e cáries dentárias. Na infância, os hábitos de escovação devem ser apresentados às crianças por seus pais ou cuidadores e praticados diariamente. Portanto, uma atenção especial deve ocorrer na família toda, pois hábitos e conhecimentos de saúde dental dos pais irão influenciá-la na saúde bucal de seus filhos (EFE; SARVAN; KUKULU, 2007).

Lemos et al. (2014) encontraram associação entre a idade do ingresso em programas públicos de odontologia e cárie dentária, sendo menor a prevalência em crianças cujas mães ingressaram no programa durante a gestação do que aquelas que ingressaram no primeiro ano de vida, enfatizando a importância dos responsáveis na participação da saúde bucal de seus filhos.

Muitas pesquisas que estabelecem uma forte ligação entre experiência de cárie em crianças da primeira infância e indicadores socioeconômicos têm sido desenvolvidas, confirmando que há uma maior prevalência de cárie em grupos de baixa renda (CANGUSSU et al., 2016; PERES; BASTOS; LATORRE, 2000; PRAKASH et al., 2012). Isso ocorre possivelmente pela influência de tipos de dieta alimentar (TOMITA et al., 1999), pior nível de autocuidado e baixa procura de atendimento preventivo (LENCOVÁ et al., 2008). Além disso, piores condições de higiene bucal (LE MOS et al., 2014) e dificuldade de acesso a serviços odontológicos para a população mais pobre (BARROS; BERTOLDI, 2002) também favorecem a ocorrência da cárie.

Variáveis como o nível de escolaridade dos pais e a educação materna são considerados importantes indicadores socioeconômicos relacionados à prevalência de cárie dental (SAITO; DECCICO; SANTOS, 1999). Mattila et al. (2000) encontraram maior possibilidade de filhos sem cárie quando as mães eram mais velhas, tinham maior escolaridade e ocupação profissional mais elevada.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A teoria da cárie dentária foi se transformando ao longo dos anos. A partir dos microorganismos, a cárie passou a ser compreendida, também, pelas interações entre as condições sociais e as variações biológicas individuais. Assim, a doença cárie se tornou um problema complexo e multifatorial, onde somente a eliminação do microorganismo não é o suficiente para sua prevenção, já que os aspectos ambientais e comportamentais também são importantes fatores de risco na evolução da doença.

Em crianças da primeira infância, torna-se relevante a instituição de medidas preventivas precoces, capazes de impedir ou controlar o desenvolvimento da doença cárie. Ações de promoção em saúde oral devem envolver principalmente os pais e cuidadores, pois eles precisam saber sobre a higiene dos dentes, bem como sobre o potencial cariogênico do leite e alimentos adocicados em horários frequentes que proporcionam um meio de cultura ideal aos microorganismos presentes na cavidade bucal.

Além disso, é fundamental que pais e responsáveis tenham conhecimento da relevância dos dentes decíduos no desenvolvimento da criança. Por serem temporários, esta importância pode ser negligenciada, o que pode causar grandes prejuízos à saúde e ao convívio social da criança.

### 4. REFERÊNCIAS

AALTONEN, A.S.; TENOVUO, J. Association between mother infant salivary contact and caries resistance in children: a cohort study. **Ped Dent.**, v.16, n.2, p.110-115, 1994.

ANTUNES, J.L.F.; NARVAI, P.C. Políticas de saúde bucal no brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.44, n.2, 2010.

BARROS, A.J.; BERTOLDI, A.D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência Saúde Colet.**, v.7, p.709-717, 2002.

BJERTNESS, E.; ERIKSEN, H.T. Concepts of health and disease and prediction: A literautre review. **Scand J Dent.**, p. 476-83, 1991.

BRAGA, M.M.; MENDES, F.M.; IMPARATO, J.C.P. **A doença Cárie Dentária**. In: IMPARATO, J. C. P.; RAGGIO, D. P.; MENDES, F. M. Selantes de fossas e fissuras: quando como e por quê? 1ª ed, São Paulo: Livraria Santos Editora, 2008.

CANGUSSU, M.C.; CABRAL, M.B.B.S.; MOTA, E.L.A.; VIANNA, M.I.P. Fatores de risco para a cárie dental em crianças na primeira infância, Salvador - BA. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v.16, n.1, p.57-65, 2016.

CAUFIELD, P.W.; CUTTER, G.R.; DASANAIAKE, A.P. Initial acquisition of *Mutans Streptococci* by infants: evidence of a discrete window of infectivity. **J Dent Res.**, v.72, n.1, p.37-45, 1993.

EFE, E.; SARVAN, S.; KUKULU, K. Self-reported knowledge and behaviors related to oral and dental health in Turkish children. **Issues Compr Pediatr Nurs.**,v.30, p.133-46, 2007.

FEITOSA, S.; COLARES, V. Prevalência de cárie dentária em pré-escolares da rede pública de Recife, Pernambuco, Brasil, aos quatro anos de idade. **Cad. de Saúde Pública**, v.20, p.604-609, 2004.

FEJERSKOV, O. Changing paradigms in concepts on dental caries: consequences for oral health care. **Caries Res.**, v.8, n.3, p.182-91, 2004.

FREIRE, M.C.M. et al. Determinantes individuais e contextuais da cárie em crianças brasileiras de 12 anos em 2010. **Rev Saúde Pública**, v.47, n.3, p.40-49, 2013.

KÖHLER, B.; ANDRÉEN, I. Influence of caries-preventive measures in mothers on cariogenic bacteria and caries experience in their children. **Arch Oral Biol.**, v.39, p.907-911, 1994.

LEMOS, L.V.; MYAKI, S.I.; WALTER, L.R.; ZUANON, A.C. Promoção da saúde oral na primeira infância: idade de ingresso em programas preventivos e aspectos comportamentais. **Einstein.**, v.12, n.1, p.6-10, 2014.

LENCOVÁ, E.; PIKHART, H.; BROUKAL, Z.; TSAKOS, G. Relationship between parental locus of control and caries experience in preschool children – cross-sectional survey. **BMC Public Health**, v.8, p.208, 2008.

LINDHE, J. **Tratado de Periodontologia Clínica**, 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992.

MALTZ, M. T. Cariologia. In: Toledo, O. A. **Odontopediatria: Fundamentos para a prática clínica**, 2 ed, São Paulo: Premier, p.105-133, 1996.

MATTILA, M.L.; RAUTAVA, P.; SILLANPAA, M.; PAUNIO, P. Caries in five-year-old children and associations with family-related factors. **J Dent Res.**, v.79, p.875-81, 2000.

MELLO, T.R.C.; ANTUNES, J.L.F.; WALDMAN, E.A.prevalência de cárie não tratada na dentição decídua em áreas urbanas e rurais do estado de São Paulo. **Rev Panam Salud Pública**, v.23, n.2, p.78–84, 2008.

NARVAI, P.C. Cárie Dentária e flúor: uma relação do século XX. **Ciência e Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.381-392, 2000.

OLMEZ, S.; UZAMIS, M.; ERDEM, G. Association between early childhood caries and clinical, microbiological, oral hygiene and dietary variables in rural Turkish children. **Turk J Pediatr.**, v.45, n.3, p.231-6, 2003.

PERES, K.G.; BASTOS, J.R.; LATORRE, M.R. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. **Rev Saúde Pública.**, v.34, p.402-408, 2000.

PETERSEN, P.E. World Health Organization global policy for improvement of oral health – World Health Assembly 2007. **Int Dent J.**, v.58, n.3, p.115-21, 2008.

PRAKASH, P.; SUBRAMANIAM, P.; DURGESH, B.H.; KONDE, S. Prevalence of early childhood caries and associated risk factors in preschool children of urban Bangalore, India: A cross-sectional study. **Eur J Dent.**, v.6, n.2, p.141-52, 2012.

SAITO, S.; DECCICO, H.; SANTOS, M. Efeito da prática de alimentação infantil e de fatores associados sobre a ocorrência de cárie dental em pré-escolares de 18 a 48 meses. **Rev Odontol Univ São Paulo.**, v.13, p.5-11, 1999.

STELTER, C.M. **Prevalência de cárie dentária em crianças de creches públicas de Joinville-SC e sua relação com a concentração de flúor na água de abastecimento.** (Dissertação) Mestrado em Saúde Pública - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2002.

TEN CATE, J.M.; LARSEN, M.J.; PEARCE, E.; FEJERSKOV O. Chemical interactions between the tooth and oral fluids. **Dental caries The disease and its clinical management**, Blackwell Publishing, v.2, p.209-231, 2008.

THYLSTRUP, A.; FEJERSKOV, O. **Cariologia Clínica.** 2 ed. São Paulo, SP: Santos.1995.

TIBERIA, M.J.; MILNES, A.R.; FEIGAL, R.J.; MORLEY, K.R.; RICHARDSON, D.S.; CROFT, W.G.I. Risk factors for early childhood caries in Canadian preschool seeking care. **Pediatr Dent.**, n.29, p.201-208, 2007.

TOMITA, N.E.; NADANOVSKY, P.; VIEIRA, A.L.F.; LOPES, E.S. Preferências por alimentos doces e cárie dentária em pré-escolares. **Rev Saúde Pública**, v.33, n.6, p.542-546, 1999.

TONIAL, F.G.; et al. Impacto da doença cárie na qualidade de vida de pré-escolares atendidos na clínica da Universidade de Passo Fundo (UPF/RS). **Arq. Odontol.**, Belo Horizonte, v.51, n.1, p.47-53, 2015.

UZEDA, M. **Microbiologia Oral: etiologia da cárie, doença periodontal e infecções endodônticas.** Rio de Janeiro: Medsi,. 104p, 2002.

# CAPÍTULO 2



## ANÁLISE DA ADESÃO DA VACINAÇÃO NO MUNICÍPIO DE COLATINA-ES E OS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS ENVOLVIDOS

**Nilra Beatriz Pereira Dias Ribeiro<sup>1</sup>, Pedro Henrique Equer Picoli<sup>1</sup>, Sofia Rodrigues Colombo<sup>1</sup>, Angela Regina Binda da Silva de Jesus<sup>1</sup>, Fernanda Cristina de Abreu Quintela Castro<sup>1</sup>, Kelly Cristina Mota Braga Chiepe<sup>1</sup>**

1. Centro Universitário do Espírito Santo (UNESC), Colatina, Espírito Santo, Brasil.

### RESUMO

O presente artigo buscou entender a redução da Cobertura Vacinal (CV) no Brasil, bem como o perfil vacinal do estado do Espírito Santo e do município de Colatina. Realizou-se uma pesquisa bibliográfica de artigos que foram publicados entre 2007 e 2019, bem como uma pesquisa documental de dados disponibilizados no DATASUS e SI-PNI. Foram identificados motivos diversos para a baixa CV: razões logísticas, desconhecimento, negligência e razões psicológicas. Já em Colatina e no Espírito Santo, percebeu-se uma concordância com a tendência nacional, de queda da CV para a maioria das vacinas, exceto contra a poliomielite, que manteve bons índices. Destaca-se que a nível municipal, conseguiu-se um êxito maior na vacinação do que quando se analisa a esfera estadual.

**Palavras-Chave:** Redução da Cobertura Vacinal, Doenças Imunopreveníveis, Vacinação, Espírito Santo, Colatina.

### ABSTRACT

This article aimed to understand the reduction of Vaccine Coverage (CV) in Brazil, as well as the vaccination profile of the state of Espírito Santo and the municipality of Colatina. A bibliographic search of articles that were published between 2007 and 2019, as well as a documentary research of data available in DATASUS and SI-PNI was performed. Several reasons for low CV were identified: logistical reasons, ignorance, neglect and psychological reasons. In Colatina and Espírito Santo, there was agreement with the national trend of a drop in VC for most vaccines, except against polio, which maintained good rates. It is noteworthy that at municipal level, a greater success in vaccination was achieved than when analyzing the state level.

**Key words:** Reduction of Vaccine Coverage, Immunopreventable Diseases, Vaccination, Espírito Santo, Cholatin.

## 1. INTRODUÇÃO

A vacinação estimula o corpo a reagir contra vírus e bactérias infecciosas (STEVANIM, 2019). Quando abordada no Brasil, os dois principais marcos históricos da temática ocorreram em dois períodos distintos: o primeiro em 1904, com a Revolta da Vacina, e o segundo em 1973, quando foi criado o Programa Nacional de Imunizações (PNI), marcando uma nova etapa da saúde pública brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Sobre essa questão, Stevanim (2019) aponta que, apesar do reconhecimento internacional da campanha, há uma queda nos índices de cobertura vacinal no território nacional.

Nesse sentido, este trabalho visa entender a queda na adesão à vacinação, além de conhecer o perfil vacinal no Espírito Santo e no município de Colatina, por meio do levantamento bibliográfico de artigos e periódicos acessados online, nas plataformas disponibilizadas pela Biblioteca Ruy Loras, do Centro Universitário do Espírito Santo (Unesc), e em plataformas de acesso livre. Também foi feita uma análise documental de dados acessados no DATASUS e SI-PNI.

Portanto, este trabalho tem o intento de disponibilizar dados relevantes da literatura já produzida e ainda reúne informações que exemplificam a situação vacinal nas regiões citadas, podendo servir como base para pesquisas posteriores e auxiliar na tomada de decisão de gestores. Assim, o resultado final esperado é impactar positivamente na sociedade por meio do conhecimento coletado, de forma que se possa superar tal dificuldade imposta.

### 1.1 DEFINIÇÃO E UTILIDADE DA VACINAÇÃO

Para Barbieri, Couto e Aith (2017), vacina é considerada uma medida preventiva, sendo reconhecida pela redução da morbimortalidade de doenças imunopreveníveis.

De acordo com esses mesmos autores, os benefícios desse meio preventivo são individuais e coletivos, visto que, com as práticas de vacinação, provoca-se a redução da circulação do agente infeccioso no ambiente, o que protege além dos indivíduos imunes vacinados, mas também os não vacinados. Nesse sentido, Maia, em entrevista a Stevanim (2019) caracteriza esse método como uma “proteção de rebanho”, representada por um grande número de pessoas vacinadas, em torno de 95%, que protegem as não vacinadas.



A referida também afirma que, com a queda da cobertura vacinal, abrem-se brechas para o retorno de doenças.

Após a segunda metade do século XX, a legitimação científico-tecnológica da vacinação contribuiu para a normatização em diversos países do mundo, favorecendo a diminuição da mortalidade infantil e dos custos de internação, bem como aumentando a qualidade de vida (BARBIERI; COUTO; AITH, 2017).

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 HISTÓRICOS DA VACINAÇÃO NO BRASIL

Segundo Scliar (2003), há um século o Estado brasileiro iniciou as vacinações com Oswald Cruz, seguindo um modelo sanitarista. O autor complementa que, apesar de Cruz ter sido o fundador da saúde pública no Brasil, a instituição da vacinação obrigatória contra a varíola no Rio de Janeiro gerou uma profunda insatisfação na população, o que culminou com a Revolta da Vacina.

Neste contexto histórico, é perceptível que as políticas públicas do Estado brasileiro nasceram antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), porém, o principal marco foi a institucionalização do Programa Nacional de Imunização (PNI) em 1973 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003; STEVANIM, 2019). Assim, tornou-se possível coordenar e desenvolver atividades nacionais com padronização e aperfeiçoamento (STEVANIM, 2019).

Apesar disso, a eficácia desse programa deu-se de fato com a institucionalização do SUS, pois com ele ampliou-se o número de vacinas e a cobertura vacinal, respeitando as peculiaridades de cada território brasileiro, uma vez que o país possui dimensões continentais (STEVANIM, 2019).

Deve-se destacar, portanto, que os processos logísticos exigem um transporte cuidadoso, pois as vacinas são produtos termolábeis, ou seja, sofrem alterações químicas ao estarem expostas a temperaturas inadequadas, o que se contorna através da Rede Frio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Além disso, nas regiões de difícil acesso no norte brasileiro o transporte é limitado ao uso de barcos; para essas operações fazem-se necessárias parcerias com a Marinha, o Exército e a Aeronáutica, conhecida como Operação Gota (MAIA, 2019 *apud*. STEVANIM, 2019).

Ao longo do tempo, a atuação do PNI alcançou consideráveis avanços ao consolidar a estratégia de vacinação nacional gratuita sendo “45 tipos de imunobiológicos para prevenir e tratar doenças, dentre eles 28 vacinas, 13 soros animais (como o soro contra picadas de cobras) e quatro imunoglobulinas humanas” (STEVANIM, 2019, p.18). De acordo com Scliar (2003) as ações do PNI alcançaram reconhecimento internacional no que diz respeito à imunização, com os resultados dos diversos mecanismos de ação aplicados ao longo dos anos, como campanhas e varreduras que erradicaram a varíola em 1973 e a poliomielite em 1989, além de controlarem o sarampo, o tétano neonatal, as formas graves da tuberculose, a difteria, o tétano acidental, a coqueluche.

O desafio atual, para Maia (2019 *apud*. STEVANIM, 2019), é que a permanente eficácia do programa envolva a adesão popular e, tendo em vista que ao erradicar uma doença provoca-se o esquecimento da sua existência, há um desestímulo ao uso das vacinas contra essa entidade, gerando a perda do controle da erradicação.

De acordo com Scliar (2013), o programa desde o início enfrentou desafios para a adesão; para o público infantil criou sorridente e cativante personagem Zé Gotinha. O autor ainda apresenta que a primeira colaboração dele foi em 1992 na Primeira Campanha Nacional de Vacinação Contra o Sarampo em que se finalizou com uma cobertura de 96%. Mas, nas últimas campanhas publicitárias do Ministério da Saúde em 2018, ele aparece com a expressão triste e preocupada devido às baixas coberturas alcançadas com o sarampo e a poliomielite, o que expõe o risco do retorno de doenças já erradicadas (STEVANIM, 2019).

## 2.2 RESISTÊNCIA À VACINAÇÃO

Como se constata por meio da análise de dados disponibilizados pelo Sistema de Informações do PNI (SI-PNI, 2019), em 2015 o percentual de crianças imunizadas na Campanha Nacional de Multivacinação foi de apenas 49,24%. Ao se analisar o ano de 2016, percebe-se um aumento, seguido de uma queda no ano de 2017, com uma proporção de 39,02%. Confirmando essa tendência, Stevanim (2019) aponta a queda da cobertura vacinal contra a poliomielite, ficando com um percentual de cobertura vacinal abaixo dos 95% considerados ideais pela OMS.

Braz et al. (2016) acrescentam que a maioria dos municípios brasileiros possuíam um risco alto de disseminação de doenças imunopreveníveis em 2016, devido aos baixos

índices de cobertura vacinal. Fernandes et al. (2015) também chamam a atenção para a grande incidência de atrasos na vacinação em quatro centros de educação infantil da rede pública, no município de Teresina (PI).

Os motivos dessa situação são diversos. Carla Domingues, em entrevista a Stevanim (2019), destaca a falsa sensação de segurança por conta da diminuição da incidência de doenças imunopreveníveis, a complexidade do cartão de vacinação, a queda nos recursos e cobertura do SUS, bem como a própria decisão dos pais de não vacinar os filhos. A entrevistada também aponta que essa decisão não põe em risco apenas o indivíduo, mas toda a comunidade onde ele vive.

Quanto a isso, Logullo et al. (2008) demonstram que, apesar da facilidade de acesso à vacinação por diferentes regiões do município de São Paulo, muitos responsáveis por crianças em idade vacinal atrasaram a inoculação contra sarampo devido a fatores psicológicos, ligados ao sentimento de pena em relação à criança no momento da aplicação. Já Fernandes et al. (2015), apontaram a negligência dos pais como um fator de atraso, acrescentando ainda a importância da Equipe de Saúde da Família para o acompanhamento do calendário vacinal.

Pode-se destacar também a questão do horário de atendimento das Unidades Básicas de Saúde, o que se dá em horário comercial, configurando em mais uma dificuldade, uma vez que grande parte dos pais trabalha fora e não consegue levar seus filhos (DOMINGUES, 2019 *apud*. STEVANIM, 2019).

Domingues (2019), *apud* Stevanim (2019), demonstra a influência de notícias falsas, que inclusive disseminam artigos já refutados que falam da possível relação de alguns tipos de vacinas com a ocorrência de enfermidades. A citada também relata a ocorrência de um movimento antivacinas influente em países ao redor do globo que, apesar de não ser muito expressiva, merece atenção das autoridades.

Vale destacar ainda que, de acordo com Hochman (2011), *apud* Barbieri, Couto e Aith (2017), a vacinação em países com políticas vacinais públicas tem um aspecto cultural. Concomitantemente, há de se notar também o seu aspecto legal no Brasil, como apontado por Barbieri, Couto e Aith (2017), uma vez que a legislação impõe uma série de restrições para pessoas que não aderem ao método. Quanto a isso, os mesmos autores evidenciam que casais das classes médias de São Paulo que adotaram total ou parcialmente a vacinação dos filhos consideram isso um dever moral, ao passo que aqueles que se

negaram relatam o sentimento de medo de perder o controle sobre os filhos e a percepção de que a imunização é maléfica à saúde.

### 2.3 CONSEQUÊNCIAS DA NÃO-VACINAÇÃO

De acordo com Toscano e Kozim (2003), após receberem as vacinas, as pessoas podem sentir algumas reações que já são esperadas, mas transitórias, como febre, cansaço, dor e vermelhidão local, o que ocorre porque a vacina está estimulando a produção dos anticorpos e a defesa do organismo.

Aps et al. (2018) colocam que, apesar do papel da vacinação na prevenção de doenças imunopreveníveis, os movimentos antivacinas estão tornando-se frequentes e persuasivos. Os autores explicam que esses movimentos divulgam informações falsas de forma a questionar a eficácia e segurança das vacinas. Domingues (2019) *apud*. Stevanim (2019) relata que essas informações tentam associar a inoculação a casos de autismo, o que não tem relação comprovada.

Ainda que existam riscos associados à vacina, a não-vacinação é considerada como o mais importante na visão de Aps et al. (2018), que ainda acrescentam que os efeitos maléficos do uso de vacinas são inexpressivos se comparados com aos da não-vacinação. Os autores apontam que, na saúde pública, são adotadas estratégias para estimular a adesão às vacinas, as quais podem ser insuficientes na garantia do aumento na cobertura vacinal. Isso corrobora com pensamento de Braz et al. (2016), em sua afirmativa de que mais da metade dos municípios brasileiros estão sob alto risco de transmissão de infecções imunopreveníveis.

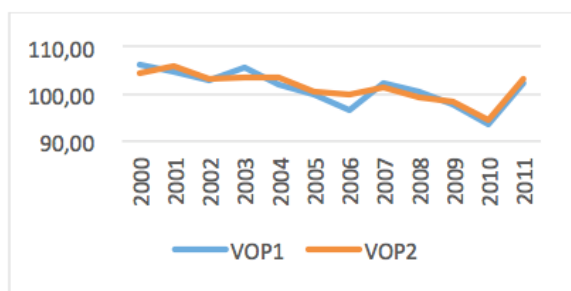
Dessa forma, Aps et al. (2018) ainda percebem a necessidade de esclarecer à população e aos profissionais da saúde sobre o valor das vacinas, obrigatórias por lei, mas que a adesão parte de uma escolha individual, sendo influenciada pelo contexto histórico, político e social. Entretanto, realçam que a decisão do indivíduo de não se vacinar ou ainda persuadir outras pessoas ao mesmo posicionamento acarreta na redução da imunidade populacional, podendo resultar em surtos localizados ou bolsões de infecção em grupos ou populações específicas. Eles concluem que, por consequência desse fenômeno, algumas doenças que estão sob controle por ação de programas eficazes de vacinação tendem a ressurgir. Quanto a essa possibilidade, Zorzetto (2018) aponta como uma realidade, ao citar o surto da doença que ocorreu em Roraima e no Amazonas.

## 2.4 VACINAÇÃO NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

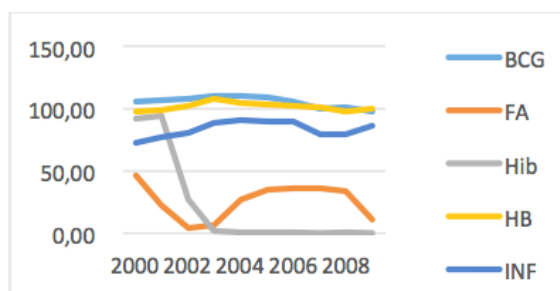
O Espírito Santo tem população estimada em 3.972.388 pessoas (IBGE, 2018), com densidade demográfica de 76,25 hab/km<sup>2</sup> e IDH de 0,740 (IBGE, 2010).

Quanto aos indicadores de vacinação, a figura 1 apresenta a Cobertura Vacinal (CV) da primeira e segunda etapas da campanha de aplicação da Vacina Oral Poliomielite (VOP) entre os anos 2000 e 2011 no estado do Espírito Santo, elaborado com dados do DATASUS (2010) e SI-PNI (2019). Considerando-se como ideal uma CV de 95% para essa doença (STEVANIM, 2019), pode-se afirmar que o estado atingiu a meta esperada em todos os anos estudados, exceto em 2010, quando atingiu as marcas de 93,47% e 94,49% na primeira e segunda etapas, respectivamente. Também é perceptível a tendência de queda, que culmina nos baixos índices relatados, seguida de um súbito aumento no ano de 2011.

Já a figura 2, apresenta a CV para cinco vacinas: BCG, Contra Febre Amarela, Contra Haemophilus influenzae tipo b (Hib), Contra Hepatite B (HB) e Contra Influenza. Quase todos os percentuais mostram tendência de redução, principalmente após o ano de 2004, chegando aos valores mais baixos em 2009. As únicas vacinas que não seguiram essa tendência foram Contra a Febre Amarela e Contra Influenza. A primeira atingiu seu ponto mínimo em 2002, elevou-se até 2006, quando começou a se reduzir. Já a segunda, reduziu-se após 2004 até o ano de 2008, terminando 2009 com uma acentuação relevante.



**Figura 1.** 1<sup>o</sup> e 2<sup>o</sup> etapa da VOP no Espírito Santo.  
**Fonte:** DATASUS (2010) e SI-PNI (2019).



**Figura 2.** Vacinação no Espírito Santo.  
**Fonte:** DATASUS (2010).

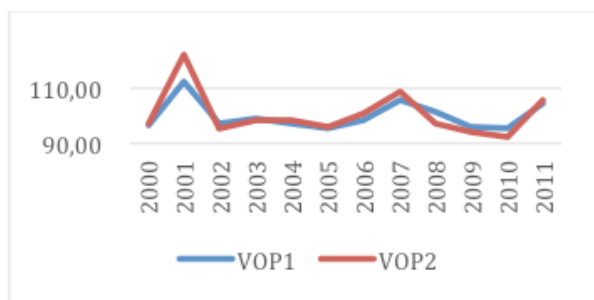
## 2.5 VACINAÇÃO EM COLATINA-ES

Colatina é um município capixaba com população de 121.580 pessoas (IBGE, 2018). Sua densidade demográfica de 78,90 hab/km<sup>2</sup> e o Índice de Desenvolvimento Humano

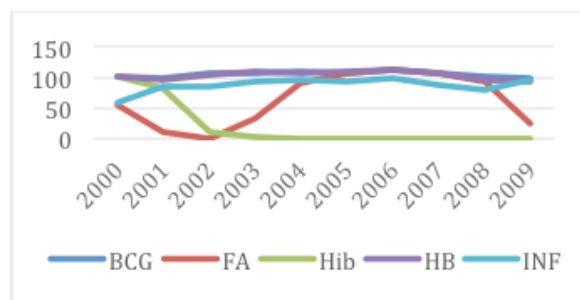
Municipal (IDHM) é de 0,746 (IBGE, 2010). Localiza-se no centro do estado e é um polo regional em saúde, contando com uma ampla rede de atendimento em saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA, 2018).

No âmbito da vacinação, a figura 3 traz uma abordagem semelhante ao gráfico 1, mas com informações da primeira e segunda etapa da VOP no município, com dados do DATASUS (2010) e SI-PNI (2011). Ao contrário do estado como um todo, não ficou evidente nenhuma data entre 2000 e 2011 em que a CV ficou abaixo dos 95%, com valores elevando-se e reduzindo-se. Além disso, é perceptível observar anos com súbitas elevações das taxas, como ocorre em 2001, 2007 e 2011.

Quando se fala de vacinação em geral, a situação se modifica. A figura 4 foi construído semelhantemente a figura 2, com dados municipais que foram retirados do DATASUS (2010). Representa a CV para as mesmas cinco vacinas do outro gráfico. Percebe-se, para a maioria das vacinas, uma tendência de elevação da CV até o ano de 2006 e uma queda que atinge seu menor valor em 2009. Para a vacina contra Haemophilus influenzae tipo b (Hib), os valores seguem uma linha decrescente até o ano 2004, quando são zeradas, apresentando ligeiras manifestações no ano de 2006 e 2007. Já a vacina contra Febre Amarela demonstrou queda até o ano de 2002, quando atingiu o mínimo de 0%, um aumento até atingir o seu ápice em 2006 (112,4%) e uma nova redução até 2009.



**Figura 3.** 1º e 2º etapa da VOP em Colatina.  
Fonte: DATASUS (2010) e SI-PNI (2019).



**Figura 4.** Vacinação em Colatina.  
Fonte: DATASUS (2010).

### 3. MATERIAIS E MÉTODOS

O levantamento bibliográfico ocorreu por pesquisa e leitura de artigos disponíveis em bases de dados de acesso restrito (EBSCO Host e Springerlink) ou de conteúdo livre (como

Google Acadêmico, PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde e Scielo), publicados entre os anos de 2007 e 2019. Também foram utilizados materiais, periódicos e cartilhas de acesso aberto, disponibilizados pela Universidade de São Paulo (USP), pelo Ministério da Saúde (MS), pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), pela Organização Mundial da Saúde e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), publicadas entre os anos de 2003 e 2019.

A análise documental se deu através do levantamento de dados relacionados à vacinação e à cobertura vacinal no estado do Espírito Santo e em Colatina. Foram disponibilizados pelo MS através dos sites DATASUS e SI-PNI (Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações), com conteúdos relativos aos anos que compreendem de 2009 até 2011. Foram elaborados 4 gráficos e 1 quadro. Dois dos gráficos basearam-se materiais em conjunto do DATASUS e SI-PNI sobre a cobertura vacinal no estado do Espírito Santo e de Colatina. Os outros foram construídos com base no DATASUS. O quadro é um compilado com os principais artigos lidos e suas informações principais.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um total de nove artigos, com data de publicação entre 2007 e 2019, foram selecionados e estudados. Destes, cinco artigos foram escolhidos de acordo com sua relevância e metodologia para a elaboração do trabalho e estão apresentados em ordem alfabética dos títulos no quadro 1:

**Quadro 1.** Revisão integrativa dos artigos lidos.

| AUTOR   | TÍTULO   | ANO  | METODOLOGIA   | RESULTADOS  |
|---|--|------|---|---|
| BARBIERI, C. L. A.; COUTO, M. T. e AITH, F. M. A. | A (não) vacinação infantil entre a cultura e a lei: os significados atribuídos por casais de camadas médias de São Paulo, Brasil | 2017 | Abordagem qualitativa por meio de entrevista. Os 15 casais participantes atendiam as seguintes características: homens e mulheres casados, com no mínimo um filho de até 5 anos, com ensino superior completo, dos extratos sociais mais altos e residentes em São Paulo. | Casais que vacinam seus filhos integralmente ou parcialmente, entendem esse ato como um dever moral. Já os casais que não o fizeram, alegam medo de perder o controle sobre a saúde e os cuidados da criança ou ainda desconfiança quanto a necessidade da vacinação. |
| FERNANDES, A. C. N.; et al.                       | Análise da situação vacinal de crianças pré-escolares em Teresina (PI)   | 2015 | Estudo seccional feito com uma amostra de 542 crianças de 2 a 6 anos, matriculados nos Centros Municipais de Educação Infantil no município de Teresina (PI), sorteados previamente, em proporção.  | Identificou que 24,9% estavam em situação de atraso vacinal/não vacinação, por motivos que incluem desde falta de tempo dos cuidadores à distância até o local de vacinação.  |

|                          |   |      |  |  |
|--------------------------|---|------|--|--|
| BRAZ, R. M.; et al.      | Classificação de risco de transmissão de doenças imunopreveníveis a partir de indicadores de coberturas vacinais nos municípios brasileiros | 2016 | Trabalhou com dados relativos a Cobertura Vacinal, homogeneidade e risco de transmissão de doenças imunopreveníveis de 5.570 municípios brasileiros.                             | Identificou cobertura vacinal abaixo do esperado e alto risco de transmissão de doenças imunopreveníveis em mais da metade dos municípios.   |
| APS, L. R. M. M.; et al. | Eventos adversos de vacinas e as consequências da não vacinação: uma análise crítica  | 2018 | Revisão narrativa de artigos publicados em algumas bases de dados no período entre novembro de 2015 a novembro de 2016. Os surtos foram analisados por artigos de 2010 até 2016. | Relação de componentes e efeitos adversos da vacinação. Não foram identificados efeitos adversos significativos. Identificou a falta de informação da população e divulgação de informações não científicas. |
| LOGULLO, P.; et al.      | Factors affecting compliance with the measles vaccination schedule in a Brazilian city  | 2008 | Foram entrevistados os cuidadores de 122 crianças, sobre a percepção sobre a vacinação contra sarampo e sobre a doença   | Os cuidadores que sentiam pena da criança atrasaram a vacinação. A maioria tomou a vacina contra sarampo na data incorreta.  |

Quanto às causas para a queda da CV, Barbieri, Couto e Aith (2017) buscam os motivos da não-vacinação entre famílias das camadas médias de São Paulo. Foi escolhido por utilizar como método, uma entrevista qualitativa capaz de identificar os fatores psicológicos por trás da não-adesão à vacinação, evidenciando fatores que vão desde a desconfiança quanto à medida, até o medo de perder o controle sobre os filhos.

Acrescentando a essa ideia, Logullo et al. (2008) estudaram os motivos que levaram ao atraso vacinal contra sarampo. Por meio de uma entrevista com 122 casais com filhos, acrescentaram o sentimento de pena em relação à criança como uma variável influente nesse quesito.

Já Fernandes et al. (2015) estudaram a situação vacinal de alunos em idade pré-escolar em Teresina (PI) e, através de uma amostra de 542 de Centros Municipais de Educação Infantil previamente sorteados, identificaram uma alta taxa de atraso na inoculação. Apontam ainda como causa, questões logísticas e negligência. Aps et al. (2018) ainda afirmam que a vacinação não traz nenhum efeito adverso considerável. Identificaram ainda o efeito da divulgação de informações não científicas na queda da CV.

Por fim, Braz et al. apresentam um estudo estatístico com 5.570 municípios brasileiros que, além de constatar a queda da CV, destaca que mais da metade destes apresenta alto risco de transmissão de doenças imunopreveníveis.



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo destacou uma variedade de motivos para a queda da Cobertura Vacinal, como questões logísticas, negligência, desconhecimento, falta de contato com as doenças do passado, falta de confiança na vacinação e inclusive motivos psicológicos dos responsáveis por crianças que deveriam ser vacinadas. No que diz respeito à vacinação no estado e no município apresentados, o que se encontrou foi uma redução considerável da CV em ambas as esferas regionais, demonstrando uma concordância com a tendência nacional. No entanto, a vacinação contra poliomielite apresentou um comportamento diferenciado, situando-se quase sempre em um nível ideal. Vale destacar que Colatina obteve maior êxito na vacinação do que o estado como um todo.

Portanto, é possível perceber por meio dos dados apresentados, que há certa dificuldade do Ministério da Saúde em se comunicar com o grande público quando o assunto é vacinação. Assim, urge que sejam planejadas ações de educação em saúde que trabalhem com a importância desse ato, bem como seus benefícios individuais e sociais.

Ainda é cabível destacar que não foram abordadas as variáveis que influenciam os níveis de vacinação do estado e do município de forma individual, o que pode ser tratado em outra pesquisa.

## 6. REFERÊNCIAS

APS, L.R.M.; et al. Eventos adversos de vacinas e as consequências da não vacinação: uma análise crítica. **Revista de Saúde Pública**, v.52, n.40, p.1-13, 2018.

BARBIERI, C.L.A.; COUTO, M.T.; AITH, F.M.A. A (não) vacinação infantil entre a cultura e a lei: os significados atribuídos por casais de camadas médias de São Paulo, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, v.33, n.2, p.1-11, 2017.

BRAZ, R.M.; et al. Classificação de risco de transmissão de doenças imunopreveníveis a partir de indicadores de coberturas vacinais nos municípios brasileiros. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, v.25, n.4, p.745-754, 2016.

DOMINGUES, C. Quem tem medo das vacinas?: Quais as causas da queda na cobertura do programa de imunizações, que abre espaço para o retorno de doenças. **RADIS**, n.196, p.25-35, 2019.

FERNANDES, A.C.N.; et al. Análise da situação vacinal de crianças pré-escolares em Teresina (PI). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.18, n.4, p.870-882, 2015.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados: Colatina**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/es/colatina.html?>>. Acesso em: 23 Mai, 2019.

\_\_\_\_\_, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados: Espírito Santo**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/es.html>>. Acesso em: 23 Mai, 2019.

LOGULLO, P.; et al. Factors affecting compliance with the measles vaccination schedule in a Brazilian city. **São Paulo Medical Journal**, v.126, n.3, p.166-171, 2008.

MAIA, M.L.S. Hora de renovar estratégias. **RADIS**, n.196, p.25-35, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Campanha Nacional de Vacinação Contra a Pólio**, 1º etapa: 12/06/2010. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. Disponível em: <[http://pni.datasus.gov.br/consulta\\_polio1\\_10.asp](http://pni.datasus.gov.br/consulta_polio1_10.asp)>;. Acesso em: 20 Mai, 2019.

\_\_\_\_\_. **Campanha Nacional de Vacinação Contra a Pólio**, 1º etapa: Iniciada em 18/06/2011. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. Disponível em: <[http://pni.datasus.gov.br/consulta\\_polio1\\_11\\_selecao.asp?naofechar=n&enviar=ok&grupo=todos&faixa=todos&sel=cob\\_polio#](http://pni.datasus.gov.br/consulta_polio1_11_selecao.asp?naofechar=n&enviar=ok&grupo=todos&faixa=todos&sel=cob_polio#)>. Acesso em: 21 Mai, 2019.

\_\_\_\_\_. **Campanha Nacional de Vacinação Contra a Pólio**, 2º etapa: 14/08/2010. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. Disponível em: <[http://pni.datasus.gov.br/consulta\\_polio2\\_10.asp](http://pni.datasus.gov.br/consulta_polio2_10.asp)>;. Acesso em: 20 Mai, 2019.

\_\_\_\_\_. **Campanha Nacional de Vacinação Contra a Pólio**, 2º etapa: Iniciada em 13/08/2011. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações 2010. Disponível em: <[http://pni.datasus.gov.br/consulta\\_polio2\\_11\\_selecao.asp?naofechar=N&enviar=ok&grupo=todos&faixa=todos&sel=cob\\_polio#](http://pni.datasus.gov.br/consulta_polio2_11_selecao.asp?naofechar=N&enviar=ok&grupo=todos&faixa=todos&sel=cob_polio#)>;. Acesso em: 21 Mai, 2019.

\_\_\_\_\_. **Programa Nacional de Imunizações 30 anos: A rede de frios no Brasil**. Brasília-DF, 2003. p.209.

\_\_\_\_\_. **Programa Nacional de Imunizações: 40 anos**. Brasília-DF, 2013. p.234.

PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA. **A cidade: Nossa cidade**. Colatina Online, Data: 2018. Disponível em: <<http://www.colatina.es.gov.br/acidade/>>. Acesso em: 23 Mai, 2019.

SCLIAR, M. **Programa Nacional de Imunizações 30 anos: PNI: Uma vitória do Brasil**. Brasília-DF, 2003. p.209.

SECRETARIA EXECUTIVA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de informações de saúde: informações gerais, Colatina, Espírito Santo**. DATASUS, 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.h>>

tm>;. Acesso em: 20 Mai, 2019.

\_\_\_\_\_. **Caderno de informações de saúde: informações gerais, Espírito Santo.** DATASUS, 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>>;. Acesso em: 20 Mai, 2019.

STEVANIM, L.F. Quem tem medo das vacinas?: Quais as causas da queda na cobertura do programa de imunizações, que abre espaço para o retorno de doenças. **RADIS**, n.196, p. 25-35, 2019.

TOSCANO, C. (Coord.); KOSIM, L. (Coord.). **Cartilha de vacinas:** para quem quer mesmo saber das coisas. Organização Pan-Americana de Saúde, Brasília, p.40, 2003.

ZORZETTO, R. Queda na vacinação: ao menos nove fatores contribuem para a redução na imunização infantil e aumentam o risco de doenças graves ressurgirem. **Pesquisa Fapesp**, v.270, n.19, p.19-24, 2018.

# CAPÍTULO 3



## ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE-PE

**Aline Gouveia de Oliveira<sup>1</sup>, Maria Luiza Carvalho de Lima<sup>1</sup>, Maria Luiza Lopes  
Timóteo de Lima<sup>2</sup>, Alice Kelly Barreira<sup>2</sup> e Raquel Moura Lins Acioli<sup>1</sup>**

1. FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Aggeu Magalhães, Laboratório de Estudos de Violência em Saúde, Recife, Pernambuco, Brasil;

2. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

### RESUMO

O objetivo desse estudo foi avaliar a implantação dos serviços de acolhimento para crianças e adolescentes, na Região Metropolitana do Recife (RMR)-PE, no período 2016 a 2018. Realizou-se uma análise de implantação com casos múltiplos, tendo como unidade de análise os municípios da RMR. Foram consideradas variáveis relacionadas à estrutura e ao processo dos serviços de acolhimento para a avaliação do Grau de Implantação (GI), e relacionadas ao contexto político e contingente para a análise da influência do contexto sobre o GI. A coleta dos dados foi realizada no período de 2016 a 2018, através de entrevistas com informantes-chave (coordenadores/gerentes). Para análise dos dados foram empregadas estatística descritiva e a análise de conteúdo de Bardin. O GI dos serviços foi considerado implantado em 6 municípios e parcialmente implantado em 4 municípios. Apenas um município foi considerado com um contexto não favorável. O fator contextual que influenciou a implantação dos serviços de acolhimento de forma negativa foi o baixo suporte dado à intervenção. Os serviços de acolhimento estão implantados, apesar da necessidade de ajustes nos aspectos relacionados aos recursos humanos referentes a seleção, tipo de vínculo e permanência no cargo.

**Palavras-chave:** Criança Acolhida, Adolescente e Estudos de Avaliação como Assunto.

### ABSTRACT

The objective was to evaluate the implantation of child care services for children and adolescents, in the Metropolitan Region of Recife (MRR) - PE, from 2016 to 2018. An analysis of multiple-case implantation was carried out, having as unit of analysis the municipalities of MRR. Variables related to the structure and process of the host services for the evaluation of the Degree of Implantation (DI) were considered, and related to the political and contingent context for the analysis of the influence of the context on the DI. Data collection was carried out between 2016 and 2018, through interviews with key informants (coordinators / managers). Descriptive statistics and Bardin content analysis were used to analyze the data. The DI of the services was considered implanted in 6 municipalities and partially implanted in 4 municipalities. Only one municipality was

considered in an unfavorable context. The contextual factor that influenced the implantation of the host services in a negative way was the low support given to the intervention. The foster care services are implanted, despite the need for adjustments in the aspects related to the human resources referring to the selection, type of employment relationship and permanence in the position.

**Keywords:** Child, Foster; Adolescent and Evaluation Studies as Topic.

## 1. INTRODUÇÃO

Os serviços de acolhimento oferecem acolhida, cuidado e espaço para o desenvolvimento de crianças e adolescentes de 0 a 18 anos, em situação de abandono ou quando as famílias ou responsáveis não estão em condições de realizar seu papel de cuidado e proteção. Essas instituições devem funcionar como uma moradia provisória, até o retorno à família de origem ou identificação de uma família substituta (CONSELHO NACIONAL DE DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 2009).

O acolhimento é a última medida a ser tomada em situação de vulnerabilidade social e quebra de vínculo com a família, se tornando necessária a reconstrução desse vínculo e retorno o mais rápido possível para suas famílias (IANNELLI; ASSIS; PINTO, 2013). No entanto, o levantamento nacional do perfil das instituições de acolhimento, realizado em 2003, mostrou que 52,6% das crianças e adolescentes no Brasil permaneciam mais de 2 anos nas instituições, dificultando a reinserção familiar (IPEA, 2003).

Estudos mais recentes mostram que as instituições de acolhimento enfrentam dificuldades de reinserção das crianças e adolescentes institucionalizadas em suas famílias, bem como para cumprir as demais medidas protetivas previstas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990). Alguns entraves decorrem do uso de drogas pelos adolescentes e familiares, distanciamento geográfico da família de origem, integração com outras instituições e comunidade e, principalmente, grande rotatividade dos profissionais, fato este que prejudica a formação de vínculos com as crianças e adolescentes (ACIOLI et al., 2018). Os dados também apontam o funcionamento das instituições com uma capacidade instalada acima do que é preconizado pelas normas (DIAS; SILVA; LEITE, 2014; ACIOLI et al., 2018).

As dificuldades são evidenciadas também quanto à estrutura das instituições, no que se refere à organização da rede, na incompreensão de alguns componentes da rede sobre a família extensa; relacionada também aos recursos humanos, quando não existe uma

adequada abordagem à família dificultando a efetivação do direito à convivência familiar e comunitária. Também são destacados vínculos trabalhistas frágeis dos profissionais do Sistema Único de Assistência Social (Suas), baixos salários e jornadas de trabalho exaustivas, o que acaba comprometendo as atividades desenvolvidas e a saúde desses trabalhadores (BRITO; ROSA; TRINDADE, 2014; IANNELLI; ASSIS; PINTO, 2013; SIQUEIRA; MASSIGNAN; DELL'AGLIO, 2013; SOUZA; BRITO, 2015).

Estudos de avaliação dos serviços como metodologia são pouco difundidos na área de Assistência Social. A avaliação deve ser vista como uma ferramenta habitual indispensável à formulação da implementação e melhoria dos serviços (BROUSSELLE et al., 2011). O estudo de Acioli et al. (2018) avalia as instituições de acolhimento com importantes resultados quanto a processo e estrutura, mas não identifica o contexto no qual as instituições estão inseridas.

Para que os serviços sejam implantados de forma satisfatória é necessário que eles estejam inseridos em um contexto favorável. Dennis e Champagne (1997) desenvolveram um modelo de avaliação político e contingente, capaz de orientar a verificação do processo de implantação de uma intervenção, analisando a partir de uma perceptiva política e estrutural.

É nesse sentido que o presente trabalho avança: a partir da avaliação dos serviços de acolhimento, analisando sua implantação e identificando a influência que o contexto exerce sobre esta implantação. Ademais, a pesquisa poderá contribuir para ajustes necessários para a efetiva implantação dos serviços de acolhimento. Assim, o objetivo do estudo foi avaliar a implantação dos serviços de acolhimento para crianças e adolescentes, na Região Metropolitana do Recife, PE, no período 2016 a 2018.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa avaliativa, do tipo análise de implantação tipo 1 b, com a análise de casos múltiplos, tendo como unidade de análise os municípios da RMR que possuem instituições de acolhimentos para crianças e adolescentes. O estudo foi realizado nas 37 instituições de acolhimento localizadas na Região Metropolitana do Recife (RMR), composta por 13 municípios: Abreu e Lima, Camaragibe, Cabo de Santo Agostinho, Igarassu, Ilha de Itamaracá, Ipojuca, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno,

Olinda, Paulista, Recife, São Lourenço da Mata. Foram excluídos do estudo os serviços de acolhimento que não estavam em funcionamento ou sem acolhidos no momento da coleta de dados.

Dentre as 37 instituições, foram incluídas no estudo 35, que estão distribuídas em 11 municípios da RMR. Dois municípios da RMR não participaram, Itapissuma não possuía criança e adolescente abrigados e Camaragibe negou-se a participar. O município de São Lourenço da Mata participou apenas da primeira etapa, pois no momento da coleta de dados para a segunda etapa enfrentava mudanças na gestão que impossibilitaram a participação. O estudo foi desenvolvido com dados referentes ao período compreendido entre 2016 e 2018.

Os informantes-chave foram os coordenadores responsáveis pelas instituições, na coleta do grau de implantação, com aplicação de um questionário estruturado fechado, totalizando 35 entrevistas. O instrumento inclui três componentes, dois referentes à estrutura (recursos humanos e infraestrutura) e um referente ao processo (atividades desenvolvidas).

Os gerentes de alta complexidade dos municípios, participaram da pesquisa na coleta para apreensão do contexto, através de entrevista semiestruturada, totalizando 10 entrevistas que foram gravadas e realizadas em um local reservado.

O grau de implantação (GI) referente à estrutura e ao processo foi obtido pelo cálculo do escore do GI dos serviços de acolhimento, através da soma dos valores de cada variável, dividida pelo número total de variáveis e multiplicada por 100. Após o cálculo dos percentuais, foi adotada a seguinte classificação: <59 % não implantado, 60-89% parcialmente implantado, 90-100% implantado (QUININO; BARBOSA; SAMICO, 2010).

O GI foi analisado quanto à estrutura (recursos humanos e infraestrutura) e ao processo (atividades desenvolvidas), de forma separada, uma vez que as fragilidades são evidenciadas a partir de cada categoria temática. Para análise do GI Foi utilizada a matriz de indicadores proposta por Acioli (2015; ACIOLI et al., 2018).

A análise do contexto foi realizada através da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011). As entrevistas foram analisadas através da leitura dos textos, simultaneamente à escuta dos áudios, para eliminar as possíveis falhas de transcrição. O modelo adotado para o estabelecimento das categorias temáticas e julgamento de contexto organizacional de implantação foi o de Denis e Champagne (1997), com a utilização das variáveis do modelo político e contingente de análise da implantação das intervenções.

O contexto político e organizacional foi classificado em favorável (+, positivo) ou desfavorável (-, negativo), a partir da análise individual de cada categoria temática. O resultado da classificação foi considerado favorável quando o número de positivos foi maior do que o de negativos e assim sucessivamente, além de considerar a importância de cada categoria. No caso de empate, foi julgado de acordo com a importância para a implementação das normas.

Após a obtenção da classificação final, foi analisada a influência do contexto sobre o GI, através da comparação entre a classificação do GI e das evidências favoráveis ou não ao contexto político e estrutural. Dessa forma, Foi analisada a relação do GI das instituições de um município com o contexto político e estrutural do mesmo, para posterior análise de sua influência sobre o GI. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães, sob o protocolo nº 1.734.253.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

#### **3.1 RESULTADOS**

Os resultados serão apresentados em duas partes, de acordo com a metodologia do estudo. A primeira parte está relacionada ao grau de implantação dos serviços de acolhimento; a segunda à análise do contexto e à avaliação da influência que o contexto exerce sobre o grau de implantação dos serviços de acolhimento. Foram encontradas apenas as modalidades de acolhimento abrigo e casa-lar.

##### **3.1.1 Grau de Implantação dos Serviços de Acolhimento na RMR-PE**

Os resultados relacionados ao município do Recife-PE foram descritos, em alguns momentos, de forma separada dos outros municípios que compõem a RMR, uma vez que o Recife possui quase a metade das instituições da RMR (16).

Em relação à capacidade instalada, 90,0% das instituições cumpriam a legislação em relação ao número máximo de crianças e adolescentes acolhidos. Uma instituição do tipo abrigo possuía uma capacidade instalada para receber até 30 crianças, quando a norma orienta o número máximo de 20 crianças e adolescentes. Outra instituição do tipo abrigo



funcionava acima da sua capacidade instalada, com 39 crianças e adolescentes no momento da coleta, quando sua capacidade é de até 20 crianças e adolescentes.

O GI dos serviços de acolhimento institucional para crianças e adolescentes foi considerado implantado em 6 municípios (Jaboatão, Cabo, Itamaracá, Ipojuca, Abreu e Lima e Recife) e parcialmente implantado em 4 municípios (Olinda, Igarassu, Paulista e Moreno). O GI foi analisado a partir da estrutura, que está dividida em recursos humanos e infraestrutura e o processo que abrange as atividades desenvolvidas.

Em relação aos recursos humanos, foi considerado implantado em 63,0% (12 instituições) da RMR e 88,0% (14 instituições) de Recife. Quanto à infraestrutura, a maioria das instituições da RMR foi considerada parcialmente implantada, com 79,0% (15 instituições) e Recife com apenas 44,0% (7 instituições). Quanto às atividades, 74,0% (14 instituições) da RMR estavam implantadas e no Recife 63,0% (10 instituições).

Algumas fragilidades foram encontradas em relação aos recursos humanos: uma instituição com ausência de coordenador com ensino superior ou com amplo conhecimento na rede de proteção à criança e adolescente, duas instituições na RMR e uma no Recife que não possuíam um número adequado de profissionais de nível superior, nem de educador/cuidador para o atendimento às crianças e adolescentes. Ainda em relação aos recursos humanos, chama a atenção o fato de que 6 instituições na RMR e 3 no Recife não possuíam um número adequado de auxiliar de educador/cuidador para a quantidade de crianças e adolescentes.

Quanto à infraestrutura, foram observadas fragilidades em 37% (7) instituições da RMR e 31% (5) em Recife, com um excesso de crianças ou adolescentes por quarto e uma insuficiência na dimensão dos quartos em metros quadrados por crianças. Em relação à sala destinada à equipe técnica, que deve atuar em área específica, 47% (9) das instituições da RMR e 19% (3) no Recife não possuíam essa sala. A fragilidade apresentou-se maior em relação à ausência de sala ou espaço para reuniões que ofereça acessibilidade para atendimento de pessoas com deficiência em 58% (11) das instituições da RMR e 56% (9) no Recife. A estrutura dos banheiros e a distribuição das crianças também se encontra fragilizada em 26% (5) instituições da RMR. A ausência de banheiro adaptado para pessoas com deficiência foi encontrada em 84% (16) das instituições da RMR e em 50% (8) das instituições do Recife. Ainda em relação à infraestrutura, 21% (4) instituições da RMR e 38% (6) do Recife não possuíam um veículo para cada 20 crianças, o que acaba dificultando a rotina das instituições e a locomoção das crianças e adolescentes.

Em relação às atividades desenvolvidas nas instituições de acolhimento da RMR: em 74,0% (14 instituições), as atividades foram consideradas implantadas; em 26,0% (5 instituições), parcialmente implantadas. No Recife, 63,0% (10 instituições) foram consideradas implantadas e 37,0% (6 instituições), parcialmente implantadas. Apesar do resultado positivo, existem fragilidades importantes em relação à seleção para contratação dos profissionais. Na RMR, 47,0% (9 instituições), o coordenador não participa da seleção e contratação dos profissionais para trabalhar nessas instituições; no Recife, 25,0% (4 instituições). Na RMR, em 58,0% (11 instituições) as equipes técnicas não participam como apoio na seleção dos cuidadores/educadores e demais funcionários; no Recife, 44,0% (7 instituições).

### **3.1.2 Contexto de Implantação dos Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes**

O contexto político e estrutural da implantação dos serviços de acolhimento institucional para crianças e adolescentes constitui o objeto de estudo deste item, sendo os resultados apresentados por categoria temática, com apresentação de alguns recortes de falas das entrevistas, para melhor compreensão da questão analisada.

A categoria investimento para a implantação dos serviços de acolhimento de crianças e adolescentes foi considerada desfavorável nos 10 municípios. Apesar de alguns referirem investimentos nas instituições, como reformas das casas de acolhimento, ajuda para as passagens de alguns funcionários para capacitações, e aquisições de materiais pedagógicos; esses eram realizados de forma incipiente, ficando abaixo do que é esperado para investimentos nas políticas sociais.

Em relação ao aumento e tipo de vínculo empregatício dos profissionais, a maioria dos municípios investiu no aumento dos funcionários das instituições de acolhimento, mas todos mantêm vínculos frágeis, através de contratos, cargos comissionados e até terceirizados. Quanto aos critérios de seleção, em sua maioria são por seleção simplificada e os gestores das unidades não participam da seleção; outro setor é responsável pela contratação dos profissionais das instituições de acolhimento.

A seleção é realizada através da secretaria municipal de assistência...Sim nós nos mudamos para uma casa melhor, mais ampla (Ipojuca).

As categorias a seguir foram consideradas favoráveis na maioria dos municípios: conhecimento e acompanhamento do recurso financeiro disponível para as ações das instituições de acolhimento; priorização da violência enquanto problema de saúde pública; conhecimento sobre as orientações técnicas para o serviço de acolhimento; envolvimento dos coordenadores nas ações das instituições de acolhimento.

O município de Itamaracá possui uma instituição de acolhimento para crianças e adolescentes sob gestão de uma ONG. Dessa forma, o município não tem acolhimento próprio sob gestão do município e assim não acompanha as ações que a ONG realiza. Itamaracá encaminha as crianças e adolescentes do seu município para outro município e relata que acompanha os Planos Individuais de Atendimento - PIAs.

As categorias descritas abaixo foram analisadas a partir das variáveis dos atributos organizacionais e atributos dos coordenadores no contexto estrutural. Dentre essas, foram consideradas favoráveis na maioria dos municípios: coerência dos planos com as ações das instituições; formalização do setor responsável pelas instituições; perfil dos coordenadores das instituições; localização do setor responsável pelas instituições.

A categoria permanência dos coordenadores e outros profissionais das instituições foi desfavorável. Existe uma baixa permanência dos profissionais, devido ao vínculo empregatícios dos profissionais das instituições de acolhimento e dos gestores. A seleção se dá de forma simplificada, em sua maioria, e os cargos comissionados permanecem o tempo previsto em contrato ou enquanto a gestão política estiver no município. Na maioria dos municípios os gestores não participam da seleção dos profissionais das instituições.

O processo se dá através de seleção simplificada e o tempo é de dois anos, renovável por mais dois (Cabo).

Para a influência do contexto no GI foram comparados 10 municípios que participaram das duas etapas. Nestes municípios, o GI dos serviços de acolhimento atingiu 88,0%, sendo considerado parcialmente implantado.

Nos municípios de Olinda, Igarassu, Paulista e Moreno os serviços foram considerados parcialmente implantados e todos apresentaram um contexto favorável à implantação. Apesar desses municípios possuírem o mesmo GI, apresentaram contextos diferentes quanto às categorias temáticas. Olinda e Igarassu possuem mais categorias temáticas favoráveis à implantação do que os municípios de Moreno e Paulista, se igualando com os municípios considerados implantados. Apenas Itamaracá não apresentou um contexto favorável à implantação.

Os municípios de Paulista e Moreno tiveram o menor GI e também o menor número de categorias de contexto favoráveis à sua implantação. Existe uma incoerência entre o GI no município de Itamaracá, que se apresenta implantado com 100,0% e possui um contexto desfavorável à sua implantação. Isso pode ser explicado pelo fato de o município possuir uma instituição de acolhimento sob gestão de uma ONG; o gestor municipal relata não ter responsabilidade com a instituição por não ser de gestão do município, por isso o contexto do município foi desfavorável à implantação.

Uma categoria temática do contexto que chama a atenção por ser desfavorável em todos os municípios é investimento dado para a implantação dos serviços segundo as orientações técnicas. Apesar dos gestores citarem que existe investimento em relação à estrutura física das casas, algumas dificuldades foram encontradas em 7 instituições da RMR e 5 instituições do Recife: insuficiência na dimensão dos quartos e excesso de crianças e adolescentes por quarto; ausência de sala ou espaço para reuniões. Quanto à estrutura física, a acessibilidade aos banheiros e a adaptação das instituições não são adequadas para receber pessoas com deficiência. Quanto ao deslocamento, 4 instituições da RMR e 6 do Recife não possuíam veículo próprio para o deslocamento da equipe técnica e das crianças e adolescentes.

Outra categoria temática desfavorável em todos os municípios, com exceção de Olinda, foi a relacionada à “permanência dos coordenadores e outros profissionais das instituições”. Essa categoria está diretamente relacionada com a citada anteriormente, por se tratar do tipo de vínculo empregatício dos profissionais, com uma baixa permanência dos gestores, uma vez que estes vínculos correspondem a cargos temporários (contratos, seleção simplificada, cargos comissionados e terceirizados). Consequentemente, há uma alta rotatividade desses profissionais. As duas categorias citadas como desfavoráveis influenciaram diretamente a avaliação do contexto, de forma negativa.

Vale ressaltar que, na avaliação do GI os recursos humanos foram considerados adequados no Recife, em 88,0% dos serviços de acolhimento, e na RMR, em 63,0% dos serviços. Apesar do contexto ser considerado favorável, foi encontrada também a mesma dificuldade relatada pelos gestores quanto à fragilidade dos vínculos empregatícios e a alta rotatividade dos profissionais.

Apesar dos serviços de Ipojuca, Abreu e Lima, e Itamaracá serem considerados implantados, e Olinda parcialmente implantado, estes municípios apresentaram condições desfavoráveis na categoria envolvimento dos coordenadores nas ações das instituições.

Os gestores mostraram conhecimento sobre as políticas de assistência social e de acolhimento, bem como da importância do Plano Municipal de Assistência Social e do Plano Municipal de Acolhimento. Não obstante, foi observada uma falta de vontade política na organização dos Planos.

O quadro 1 compara o grau de implantação dos serviços de acolhimento e o contexto identificado, além das categorias favoráveis à implantação.

**Quadro 1.** Análise da influência do contexto no GI dos serviços de acolhimento da Região Metropolitana do Recife.

| Unidade de Análise | Grau de implantação |                         | Análise de Contexto   |               |
|--------------------|---------------------|-------------------------|---|---------------|
|                    | %                   | Classificação           | Categorias temáticas favoráveis à implantação   | Classificação |
| Olinda             | 87,6                | Parcialmente Implantado | Conhecimento sobre as orientações técnicas, conhecimento e acompanhamento do recurso financeiro, priorização da violência, coerência do plano com as ações, formalização do setor responsável, perfil dos coordenadores, localização do setor responsável.  | Favorável     |
| Jaboatão           | 91,6                | Implantado              | Conhecimento sobre as orientações técnicas, conhecimento e acompanhamento do recurso financeiro, priorização da violência, envolvimento dos coordenadores nas ações, coerência do plano com as ações, perfil dos coordenadores, permanência dos coordenadores e outros profissionais, localização do setor responsável. | Favorável     |
| Cabo               | 90,0                | Implantado              | Conhecimento sobre as orientações técnicas, conhecimento e acompanhamento do recurso financeiro, priorização da violência, envolvimento dos coordenadores nas ações, coerência do plano com as ações, formalização do setor responsável, perfil dos coordenadores, localização do setor responsável.                    | Favorável     |
| Igarassu           | 89,0                | Parcialmente Implantado | Conhecimento e acompanhamento do recurso financeiro, priorização da violência, envolvimento dos coordenadores nas ações, coerência do plano com as ações, formalização do setor responsável, perfil dos coordenadores, localização do setor responsável.  | Favorável     |
| Itamaracá          | 100,0               | Implantado              | Conhecimento sobre as orientações técnicas, perfil dos coordenadores.   | Desfavorável  |
| Ipojuca            | 92,0                | Implantado              | Conhecimento sobre as orientações técnicas, conhecimento e acompanhamento do recurso financeiro, priorização da violência, coerência do plano com as ações, formalização do setor responsável, perfil dos coordenadores, localização do setor responsável.  | Favorável     |
| Abreu e Lima       | 91,0                | Implantado              | Conhecimento sobre as orientações técnicas, conhecimento e acompanhamento do recurso financeiro, priorização da violência, coerência do plano com as ações, formalização do setor responsável, perfil dos coordenadores, localização do setor responsável.  | Favorável     |
| Paulista           | 77,0                | Parcialmente Implantado | Priorização da violência, envolvimento dos coordenadores nas ações, coerência do plano com as ações, formalização do setor responsável, perfil dos coordenadores, localização do setor responsável.   | Favorável     |

|        |      |                         |   |           |
|--------|------|-------------------------|---|-----------|
| Moreno | 79,0 | Parcialmente Implantado | Conhecimento e acompanhamento do recurso financeiro, priorização da violência, envolvimento dos coordenadores nas ações, coerência do plano com as ações, perfil dos coordenadores, localização do setor responsável.                           | Favorável |
| Recife | 90,8 | Implantado              | Conhecimento sobre as orientações técnicas, priorização da violência, envolvimento dos coordenadores nas ações, coerência do plano com as ações, formalização do setor responsável, perfil dos coordenadores, localização do setor responsável. | Favorável |
| Total  | 88,8 | Parcialmente Implantado | _____   | Favorável |

### 3.2 DISCUSSÃO

Na análise da implantação dos serviços de acolhimento foi verificada pouca diversidade nas modalidades de serviços nos municípios, sendo a maioria do tipo abrigo institucional. As diferentes modalidades sugeridas nas Orientações Técnicas (BRASIL, 2009) têm a finalidade de adequar as necessidades de cada criança e adolescente à situação em que se encontram. Por isso, a importância de serem implantados serviços como família acolhedora, república e casa-lar (Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente, 2009).

A ausência de condições de adaptação para pessoas com deficiência foi um aspecto observado, não obstante ser obrigação de todas as instituições de acolhimento receber crianças e adolescentes com deficiência. Silva (2017), ao orientar a construção de projetos arquitetônicos para instituições de acolhimento para crianças e adolescentes, evidenciou que a maioria está instalada em edificações adaptadas ao uso, o que acaba prejudicando a eficiência dos ambientes, que não são projetados para esse fim, não possuem adaptações planejadas para receber pessoas com deficiência.

Quanto aos recursos humanos, apesar de serem considerados implantados na RMR e no Recife foram encontradas fragilidades, tais como: deficiência do número adequado de profissionais e profissionais sem qualificação para o cargo. Questões também observadas por Acioli et al. (2018) e Moreira e Paiva (2015).

Na apreensão do contexto político foi percebido, na categoria investimento dado para a implantação dos serviços de acolhimento, que nenhum município segue as orientações das normas vigentes quanto à seleção dos profissionais. Foram verificados vínculos frágeis, através de contratos temporários, cargos comissionados e terceirização. Os gestores relataram também que, após a crise política e econômica que o Brasil vem enfrentando, o

Governo Federal tem investido menos nas políticas sociais, havendo cortes em diversas áreas. Além disso, foi observado baixo ou nenhum investimento na educação permanente dos profissionais. Essas fragilidades acabam acarretando dificuldades no funcionamento dos serviços, diminuindo a qualidade dos serviços prestados, uma vez que os profissionais não possuem estabilidade no seu emprego ou na sua função, sendo substituídos a cada gestão política.

O processo seletivo dos profissionais, segundo as orientações técnicas, deve ocorrer de forma criteriosa, com a contratação de pessoal com perfil adequado. Foi observado, neste estudo, que o investimento em recursos humanos ocorre de forma contrária ao que é preconizado pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS), que descreve que a gestão do Suas deve garantir a “desprecarização” dos vínculos dos trabalhadores e o fim da terceirização (BRASIL, 2004; CONSELHO NACIONAL DE DIREITOS DA CRIANÇAS E DO ADOLESCENTE, 2011).

A precarização dos vínculos trabalhistas através de contratos temporários, terceirizações, baixos salários e baixas condições de trabalho, ausência de autonomia, ausência de reconhecimento profissional e falta de condições para execução do trabalho no setor público, acarretam sofrimento e adoecimento aos profissionais (FAERMANN; MELLO, 2016; SANTOS; MANFROI, 2015).

Também foram verificadas fragilidades relacionadas ao funcionamento das instituições acima de sua capacidade instalada e com superlotação. Essa situação acaba dificultando o estabelecimento de uma rotina e diminuem o vínculo afetivo com os profissionais, além de fragilizar o abrigo como uma instituição total, se distanciando de uma rotina familiar (BENELLI, 2014).

Essa realidade acaba dificultando o desenvolvimento das crianças e adolescentes e o retorno a suas famílias, visto que, para o seu desenvolvimento, são necessárias as atividades e interações do cotidiano e essa participação é diretamente influenciada pelos indivíduos e pelo contexto. É fundamental que a instituição disponha de profissionais presentes diariamente, e por um longo período de tempo, formando um vínculo com essa população, cumprindo seu papel de referências mais próximas das crianças e adolescentes (ASSIS; FARIAS, 2013; ACIOLI, 2015; BRONFENBRENNER, 2001).

Para que o vínculo com esta população não seja quebrado, os gestores devem garantir a estabilidade dos trabalhadores, ou seja: que o trabalho tenha continuidade e com um vínculo de confiança duradouro. Os serviços públicos devem também contratar e manter

um quadro de pessoal qualificado academicamente, de profissões regulamentadas por Lei (BRASIL, 2011).

A partir do reordenamento e organização da rede de acolhimento institucional os gestores são responsáveis por todos os serviços, em seus respectivos municípios e devem atuar em parceria com os demais atores da rede local (CONSELHO NACIONAL DE DIREITOS DA CRIANÇAS E DO ADOLESCENTE, 2017), o que vai de encontro à situação do município de Itamaracá, que possuía apenas uma instituição de acolhimento para crianças e adolescentes sob gestão de uma ONG, não acompanha as ações que esta realiza e encaminha as crianças e adolescentes do seu município para outro município e acompanha os PIAs.

Os gestores devem acompanhar a rede de serviços, de preferência com uma equipe técnica de Proteção Social Especial de Alta Complexidade. A supervisão dos serviços de acolhimento precisa ser realizada de forma sistemática, e incorporada pelo órgão gestor. O documento citado delega aos gestores a responsabilidade de supervisão e acompanhamento, tanto dos serviços de execução direta pelo município quanto dos serviços sob gestão de rede não governamental conveniada ou não. Ainda, devem ser feitos acertos para viabilizar, pelo órgão gestor da PNAS, a coordenação, o apoio, o financiamento e o monitoramento do processo de reordenamento dos serviços de acolhimento da rede não governamental (CONSELHO NACIONAL DE DIREITOS DA CRIANÇAS E DO ADOLESCENTE, 2017).

Quanto à categoria *formalização do setor responsável pelas instituições*, foi verificado que a maioria dos gestores tem conhecimento dos atributos organizacionais. É importante que os gestores e a equipe técnica conheçam como se organiza todo o fluxo de atendimento e encaminhamento das crianças e adolescentes, além do correto direcionamento de cada situação/problemática existente através da rede de serviços.

Esse fluxo de atendimento deve ser organizado pela rede de atenção socioassistencial e interligado com as demais políticas públicas e com os órgãos de defesa de direitos. Spink e Ramos (2016) afirmam que ainda existem desafios a ser enfrentados na construção de uma rede socioassistencial integrada, pois boa parte dos serviços são ofertados por instituições sem fins lucrativos, as quais devem seguir todas as normas e legislação vigente no Suas; porém ainda existe uma certa resistência de ambas as partes (gestores municipais e ONGs) em se integrar em uma rede de serviços.



Quanto ao perfil dos coordenadores das instituições, foi considerado favorável e observado que todos os gestores possuem nível superior e a maioria tem experiência na área de assistência social e acolhimento estando de acordo com as normas vigentes. É importante avaliar essa categoria, uma vez que os coordenadores/gestores são os responsáveis pelas tomadas de decisões e por toda a organização das instituições.

Foram avaliados também, no contexto estrutural, as categorias permanência dos coordenadores e outros profissionais das instituições e localização dos setores responsáveis pelas instituições. A primeira categoria foi considerada desfavorável, uma vez que os vínculos dos profissionais das instituições de acolhimento não são por concursos públicos, sendo assim substituídos a cada gestão política.

De acordo com as normas vigentes no país, os profissionais do Suas e principalmente dos serviços de acolhimento deveriam ser concursados, para que se evite vínculos frágeis e precários, além da troca constante dos profissionais (BRASIL, 2004). Para Silva et al. (2008), a realização de concursos públicos por si só não resolveria os problemas enfrentados com os recursos humanos no Suas, uma vez que esse tipo de seleção não garante a aprovação de candidatos aptos à função. Os autores defendem que o terceiro setor se apresenta mais eficaz enquanto forma de recrutamento, mas que necessitaria de maior apoio do Estado quanto aos recursos financeiros e valorização do trabalho.

Dessa maneira, os gestores municipais devem analisar qual a melhor forma de seleção profissional de modo que seja respeitada a legislação vigente e, ao mesmo tempo, consiga captar profissionais qualificados e com um perfil voltado para o cargo pretendido, fortalecendo o vínculo empregatício e melhorando a qualidade dos serviços prestados.

Para Dennis e Champagne (1997), o GI sofre influência direta do contexto no qual está inserido. Dessa forma, o contexto pode influenciar de forma favorável ou não a implantação dos serviços. A implantação de uma intervenção pode se revelar difícil, principalmente se ela exigir modificações importantes nas práticas habituais dos agentes de implantação.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo evidenciou que, apesar da maioria dos serviços de acolhimento serem considerados implantados, ainda existem muitas dificuldades que precisam ser enfrentadas para a sua efetiva implantação, tanto em Recife quanto nos outros municípios da RMR.

Verificou-se que o GI se distribuiu de forma homogênea em todos os municípios, ficando os municípios de Olinda, Igarassu, Paulista e Moreno com o GI parcialmente implantado e Jaboatão, Cabo, Itamaracá, Ipojuca, Abreu e Lima e Recife implantados. Nenhum município teve o GI não implantado. Em relação ao contexto organizacional político e contingente, apenas um município foi considerado desfavorável. Os outros municípios foram considerados favoráveis à implantação, mas com variações. Os menos favoráveis foram Paulista e Moreno, e os mais favoráveis Jaboatão e Cabo.

O estudo evidenciou a situação dos serviços de acolhimento, identificando os elementos que contribuem para a sua adequada implantação e os que necessitam ser desenvolvidos para concluir e potencializar a implantação desses serviços. Dentre as variáveis mais frágeis, por exemplo, o contexto político ficou evidente, com sua influência no processo e manutenção dos serviços.

## 5. REFERÊNCIAS

ACIOLI, R.M.L. **Adolescentes em situação de acolhimento: avaliação institucional, característica sociodemográfica na cidade do Recife, 2009-2013.** 2015. Tese (Doutorado) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

ACIOLI, R.M.L.; BARREIRA, A.K.; LIMA, M.L.C.D.; LIMA, M.L.L.T.D.; ASSIS, S.G.D. Avaliação dos serviços de acolhimento institucional de crianças e adolescentes no Recife. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.2, p.529-542, 2018.

ALVES, C.K.A.; et al. Análise da implantação de um programa com vistas à institucionalização da avaliação em uma Secretaria Estadual de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.10, supl.1, p.145-156, 2010.

ASSIS, S.G.; FARIAS, L.O.P. **Levantamento Nacional das Crianças e Adolescentes em Serviço de Acolhimento.** São Paulo: Hucitec, 2013.

BARDIN, L. **Análise do conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011.

BENELLI, S.J. Goffman e as instituições totais em análise. In: \_\_\_\_\_. **A lógica da internação: instituições totais e disciplinares (des)educativas.** São Paulo: UNESP, 2014. p.23-62.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CNDCA). Conselho Nacional de Assistência Social. **Orientações Técnicas: serviços de acolhimento para criança e adolescentes.** Brasília: CNDCA; 2009.

BRASIL. **Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, jul., 1990.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações para a elaboração do Plano Acolhimento da rede de serviços de acolhimento para crianças, adolescentes e jovens**. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério de desenvolvimento social e combate à fome. **Política Nacional de Assistência Social (PNAS)** - Brasília, secretaria Nacional de Assistência Social., 2004.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **NOB-RH/SUAS: Anotada e Comentada**. Brasília, dez. 2011.

BRITO, C.; ROSA, E.M.; TRINDADE, Z.A. O processo de reinserção familiar sob a ótica das equipes técnicas das instituições de acolhimento. **Temas em Psicologia**, v.22, n.2, p.401-413, 2014.

BRONFENBRENNER, U. The bioecological theory of human development. **International encyclopedia of the social and behavioral sciences**, v.10, p.6963-6970, 2001.

BROUSSELLE, A.; et al. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res046612122012.html>>. Acesso em: 20 jan, 2018.

DENIS, J.L.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 49-88.

DIAS, E.M.; SILVA, E.M.; LEITE, T.M.C. O trabalho da enfermeira em um serviço de acolhimento institucional. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, v.14, n.2, p.138-147, 2014.

FAERMANN, L.A.; MELLO, C.C.V. As condições de trabalho dos assistentes sociais e suas implicações no processo de adoecimento dos profissionais. **Texto e Contexto**, v.15, n.1, p.96-113, 2016.

FERREIRA, V.S.C.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. **Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FREESE, E.; CESSÉ, E.A.; MACHADO, H.O.P. **O desenho da pesquisa os contextos municipais**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004.

IANNELLI, A.M.; ASSIS, S.G.; PINTO, L.W. Reintegração familiar de crianças e adolescentes em acolhimento institucional em municípios brasileiros de diferentes portes populacionais. **Ciência e saúde coletiva**, v.20, n.1, p.39-48, 2015.

IPEA. **Levantamento nacional de abrigos para crianças e adolescentes da rede SAC**. Brasília, 2003.

MOREIRA, T.A.S.; PAIVA, I.L. Atuação Do Psicólogo Nos Serviços De Acolhimento Institucional De Crianças E Adolescentes. **Psicologia em Estudo**, v.20, n.3, p.507-517, 2015.

QUININO, L.R.M.; BARBOSA, C.S.; SAMICO, I. O programa de controle da esquistossomose em dois municípios da zona da mata de Pernambuco: uma análise de implantação. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.10, supl.1, p.119-129, 2010.

SANTOS, M.T.; MANFROI, V.M. Condições de trabalho das/os assistentes sociais: precarização ética e técnica do exercício profissional. **Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, v.13, n.36, p.178-196, 2015.

SILVA, V.R.; et.al. Controle social no Sistema Único de Assistência Social: propostas, concepções e desafios. **Revista Texto e Contexto**, v.7, n 2, p.250-265, 2008.

SILVA, I.F. **Instituições de acolhimento para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social**: abrigo institucional para crianças e adolescentes de 0 a 6 anos de idade. Juiz de Fora, 2017.

SIQUEIRA, A.C; DELL'AGLIO, D.D. Crianças e adolescentes institucionalizados: desempenho escolar, satisfação de vida e rede de apoio social. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, v.26, n.3, p.407-415, 2010.

SOUZA, F.H.O.; BRITO, L.M.T. Acolhimento institucional de crianças e adolescentes em Aracaju. **Psicologia Clínica**., v.27, n.1, p.41-57, 2015.

SPINK, P.K; RAMOS, A.M.F. Rede Socioassistencial do SUAS: configurações e desafios. **O Sociedade em Questão**, n.36, p.285-310, 2016.

# CAPÍTULO 4



## AVANÇOS E DESAFIOS NO CUIDADO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM OBESIDADE EM SERVIÇO AMBULATORIAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA – RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Ana Aparecida de Souza Santana Gonzalez<sup>1</sup>, Martha Maria Ferraz de Mattos<sup>1</sup>, Harumi Nemoto Kaihami<sup>1</sup>, Monica Venturinel Ferreira<sup>1</sup> e Carolina Luísa Alves Barbieri<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, São Paulo, Brasil;

<sup>2</sup> Universidade Católica de Santos (UNISANTOS), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Santos, São Paulo, Brasil.

### RESUMO

A obesidade infanto-juvenil é reconhecida como uma doença crônica, epidêmica, de alta prevalência, multicausal e de complexa abordagem, caracterizada também pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um dos mais graves problemas de Saúde Pública no mundo. O cuidado envolve participação ativa de uma equipe de saúde multidisciplinar. No entanto, muitas são as dificuldades no enfrentamento da doença, apontadas em diversos estudos. Assim, este capítulo propõe fazer uma reflexão crítica acerca da obesidade infanto-juvenil por meio de relato de experiência de profissionais de saúde que atuam em um Programa de obesidade no Ambulatório de Especialidades Pediátricas do Hospital Sírio-Libanês, unidade de Responsabilidade Social, no período de 2014 a 2017, com destaque para os principais desafios e avanços no cuidado de crianças e adolescentes obesos. Os relatos apontam na direção das diversas dificuldades no processo do cuidar, dentre eles, pode-se destacar a não adesão dos usuários e/ou das famílias ao programa, expressas por meio de desistências por possível falha no processo de encaminhamento da rede pública ou abandonos por diversas razões ou ainda as causadas pelas inerentes vulnerabilidades sociais e psicológicas assim como as de âmbito cultural enfrentadas por esta população. Porém, a complexidade no cuidado em saúde da obesidade infanto-juvenil vai além da adesão. Outros desafios estão presentes. Mas, avanços e conquistas também foram obtidos, dentre eles ressaltam-se as atividades em grupos e envolvimento da família diretamente no processo. De um modo geral, concluiu-se que os enfrentamentos descritos neste relato vão de encontro aos apresentados nas literaturas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Manejo da Obesidade, Obesidade Infantil e Adolescente.

### ABSTRACT

Child and teenage obesity is recognized as a chronic, epidemic, high prevalent, multicausal and hard to approach disease, also characterized by the World Health Organization as one of the most serious public health problems in the world. The care involves active participation of a multidisciplinary health team. But many are the difficulties in facing the disease, as

pointed by different studies. Hence, this chapter proposes a critic reflection about child and teenage obesity through the experience report of health professionals that work in a obesity program of the Pediatric Specialties Ambulatory in the Sírio-Libanês Hospital, Social Responsibility Unity, from 2014 to 2017, highlighting the main challenges and advances in the care of obese children and teenagers. The reports point on the direction of the various challenges of caring, and among these, the non accession of the users and/or their families to the program, expressed through the quitting because of possible flaws of routing in the public network or abandonments due to various reasons, or even the challenges caused by the inherent social, psychological and cultural vulnerabilities faced by this population can be highlighted. But the complexity in the health care of child and teenage obesity goes beyond accession as other challenges are present. Nevertheless, advances were conquered and among them, the group activities and involvement of the families directly in the process are highlighted. In general, it was concluded that the coping described in this report meets what was previously reported in the literature

**KEYWORDS:** Obesity Management, Pediatric Obesity and Adolescent.

## 1. INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica não transmissível caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo corporal e desbalanço entre o consumo de alimentos ingeridos (caloria consumida) e a demanda metabólica (caloria gasta). Inicialmente típica de países desenvolvidos e de alta renda, hoje é uma epidemia mundial e afeta também países de média e baixa renda e regiões de alta vulnerabilidade social. Além de ser considerada uma doença, ela é fator de risco para diversas doenças crônicas (OMS, 2019).

A prevalência da obesidade triplicou desde 1975. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou em 2016 que 650 milhões de adultos eram obesos, correspondendo ao redor de 13% da população acima de 18 anos, e 2,8 milhões de mortes por ano eram derivadas de complicações da obesidade (OMS, 2019).

A etiologia da obesidade é multifatorial, envolvendo aspectos biológicos (como o genético e metabólico), ambientais e comportamentais. A epidemia mundial da obesidade revela o peso do papel da mudança no estilo de vida e hábitos alimentares contemporâneos na gênese da doença e na transição nutricional nas últimas décadas. A influencia do ambiente e estilo de vida moderno culminou no aumento da ingestão de alimentos obesogênicos (sobretudo os ultraprocessados, ricos em açúcares simples e gordura e com alta densidade energética) e da inatividade física, potencializados pelo efeito do estress no apetite, tempo e forma de realizar as refeições, alterações no sono entre outros fatores (ABESO, 2016).

Essa realidade também atingiu a população infantil, sendo destacado como uns dos maiores desafios de saúde pública do século XXI. A OMS estimou em 2016 que 41 milhões de crianças menores de 5 anos e 340 milhões de crianças e adolescentes de 5 a 19 anos estavam acima do peso ou obesas (OMS, 2019).

A etiologia da obesidade infanto-juvenil inclui além do aumento de alimentos obesogênicos e a diminuição da atividade física, fatores como o baixo consumo de frutas e verduras, a influencia das refeições escolares, o tempo de uso de TV, videogames, celulares e computadores e a forma de fazer as refeições. A obesidade familiar é outro ponto importante, uma vez que quando o pai ou a mãe são obesos, a criança tem 40% de chance de desenvolver a obesidade; e quando ambos são obesos, esse risco passa para 80% (OLIVEIRA; FISBERG, 2003; UNICEF, 2018).

A obesidade infanto-juvenil aumenta a probabilidade do indivíduo ser obeso na vida adulta, as chances de desenvolver comorbidades como diabetes mellitus tipo 2, hipertensão, dislipidemia ainda na infância e o maior tempo de obesidade está diretamente relacionada a maior morbimortalidade por doenças cardiovasculares (OLIVEIRA; FISBERG, 2003; OMS, 2019). Além disso, e de forma mais severa em pré-adolescentes e adolescentes, já estão bem estabelecidos o aumento de problemas no crescimento, puberdade precoce, distúrbios respiratórios, ortopédicos, dermatológicos, pseudo tumor cerebral, esteatose hepática entre outros. Destaca-se o prejuízo psicossocial, de questões relacionadas à saúde psicológica e vida social como a discriminação, baixa autoestima, reclusão social, bullying, o aumento de ansiedade, depressão, e transtornos alimentares (DIETZ, 1998; UNICEF, 2018).

O enfrentamento da obesidade na criança e adolescente é complexo e requer uma abordagem intersetorial, envolvendo além da saúde, o setor da educação, dos esportes, de políticas públicas regulando alimentos e propagandas por exemplo. No âmbito da saúde, a obesidade infanto-juvenil tradicionalmente era encaminhada para o especialista, o endocrinologista pediátrico, devido os aspectos envolvendo alterações metabólicas e hormonais. Porém, com o avanço da transição nutricional e o aumento da obesidade diante da desnutrição, esforços são feitos para que a abordagem da obesidade seja multiprofissional, com atividades individuais, em grupo e envolvendo a família. Além disso, que o médico da equipe multiprofissional tenha uma formação generalista que permita enxergar a criança e o adolescente de forma integral, holística e no seu contexto familiar e social, ou seja, pelo médico de família ou pelo pediatra geral, encaminhando para o

endocrinologista nos casos com distúrbios endocrinológicos associados (LOBSTEIN; BAUR; UAUY, 2004; SBP, 2012).

O objetivo desse capítulo de livro é fazer uma reflexão crítica acerca de um relato de experiência de profissionais de saúde de um programa de obesidade infanto-juvenil num serviço de atenção especializada ambulatorial de nível secundário em São Paulo-SP, com destaque para os principais desafios e avanços no cuidado de crianças e adolescentes obesos. O relato de experiência permite compartilhar os conhecimentos e práticas com profissionais de saúde, acadêmicos e pessoas interessadas no tema, buscando agregar subsídios e aprimorar o debate para o enfrentamento da obesidade infanto-juvenil no país.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

O Ambulatório de Pediatria Social foi inaugurado em outubro de 1998 com o objetivo de realizar atendimento multiprofissional gratuito para crianças de 0 a 12 anos, residentes no distrito administrativo da Bela Vista, região central do município de São Paulo ou, cujas mães trabalhassem e seus filhos frequentassem creche nessa região. Atendia conforme critério de maior vulnerabilidade social. O referido ambulatório surgiu de um projeto idealizado pelas Senhoras mantenedoras da Sociedade Beneficente de Senhoras do Hospital Sírio-Libanês pertencente a uma unidade denominada Ambulatório de Responsabilidade Social, antes chamada de Ambulatório de Filantropia, localizado externamente ao prédio principal. Desde seu início, atuava na lógica da atenção primária, desenvolvendo atividades como puericultura, vacinas, distribuição de medicamentos, etc; realizando ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e recuperação da saúde, objetivando a melhoria da qualidade de vida das crianças e famílias da região citada.

Em 2009, o Hospital ingressou no Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) do Ministério da Saúde. O PROADI-SUS foi introduzido oficialmente pelo Ministério da Saúde (MS) em 2009 por meio da Lei nº 12.101/2009 e regulamentado pelo Decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014, visando promover a melhoria das condições de saúde da população, colaborando com o fortalecimento do SUS (BRASIL, 2009; BRASIL, 2014). O programa é uma ferramenta de política pública de saúde financiada com recursos de isenção fiscal (COFINS e cota



patronal do INSS), concedida para hospitais filantrópicos com excelência reconhecida pelo Ministério da Saúde, cumprindo uma periodicidade trienal de gestão.

Em 2013, o Ambulatório de Pediatria Social se transformou em Ambulatório de Especialidades Pediátricas (AEP), mudando seu perfil de atendimento de atenção primária para atendimento de especialidades em pediatria.

Um dos programas inseridos foi o atendimento às crianças e adolescentes obesas, chamado “programa de obesidade”, que iniciou suas atividades em 2014, recebendo crianças e adolescentes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) sejam equipamentos de saúde de UBS tradicional ou da Estratégia de Saúde da Família (ESF) das regionais centro e oeste de São Paulo, por meio do Sistema de Gestão de Atendimentos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SIGA).

O programa de atendimento à crianças e adolescentes obesas com assistência aos usuários elegíveis contemplava diagnóstico, tratamento, ações de promoção à saúde e prevenção de doenças.

Oferecia estratégias inovadoras e diferenciadas para o enfrentamento à obesidade ao público infanto-juvenil, envolvendo a família diretamente no processo de reeducação alimentar, orientação de alimentação saudável e da prática de atividades físicas regulares, melhorando a qualidade de vida dos envolvidos. Outra estratégia era o potencial motivacional, oferecendo espaços de escuta, troca e vínculo com as crianças/adolescentes e sua família.

O critério de inclusão estabelecido foi atender crianças e adolescentes com idade de 03 à 18 anos (17 anos, 11 meses e 29 dias), morador da região centro-oeste de São Paulo, classificado como obeso IMC/ Idade > 97 (WHO 2006 e 2007); com exames laboratoriais e/ou de imagem alterados ou não; e que necessitassem de atendimento multidisciplinar e a UBS não tivesse como realizar.

Caso o usuário não contemplasse os critérios de inclusão, o mesmo era contra referenciado pela pediatra, com justificativas da não inclusão no programa e em alguns casos, levando algumas orientações específicas.

Para atender a demanda, o ambulatório contava com equipe multiprofissional composta por: 2 pediatras, 1 nutricionista, 1 psicóloga, 2 fisioterapeutas que dividiam as agendas da semana, equipe de enfermagem (2 técnicas de enfermagem e 1 enfermeira) e 1 arte educador.

A primeira consulta era realizada pela pediatra, durante uma hora, que constava de uma anamnese extensa, incluindo as dimensões do contexto familiar, psicológico e social, exame físico completo e a apresentação de uma exposição motivacional por PowerPoint sobre o que é a obesidade, o porque ela ocorre, as possíveis complicações, e as medidas para seu enfrentamento, numa linguagem acessível e com muitas figuras, para a criança/adolescente e o responsável. Após a avaliação, o usuário e família poderiam ser encaminhados para o especialista (nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, outros) para consulta individual se houvesse necessidade e todos eram encaminhados para atividades de grupo. O retorno com a pediatria ocorria a cada dois meses. Também era feito o acompanhamento por meio de protocolo de exames: laboratoriais (hemograma, dosagem de colesterol total e frações, triglicérides, glicemia, insulinemia, hemoglobina glicada, TSH, T4 Livre, Urina I e, se necessário, TGO, TGP, uréia, creatinina, hormônios sexuais entre outros) e imagem (USG de abdome para todos com circunferência abdominal maior que p90 pelo risco cardiovascular, e, se necessário, Ecocardiograma).

Todos os usuários após a consulta com a pediatra, eram encaminhados para atendimentos com nutricionista, fisioterapeuta e psicóloga, as quais atendiam em grupo. Cada grupo continha no máximo 10 participantes e seus cuidadores por profissional, e a duração total era de 1 hora com cada uma delas. Os grupos da nutricionista e psicólogas eram agendados no mesmo dia e horário, revezando o atendimento entre elas. Os retornos aconteciam a cada 4 semanas, respeitando as respectivas faixas etárias distribuídas da seguinte forma:  $\leq 7$  anos, 8-10 anos, 11-13 anos e  $\geq 14$  anos. Como estratégia nas atividades em grupo, utilizava-se jogos, figuras impressas e outros materiais de apoio. Os casos que necessitavam aprofundamento diagnóstico eram atendidos individualmente.

Os atendimentos com a nutricionista aconteciam por meio de consultas individuais e formação de grupos para atividades específicas. Durante os grupos, a nutricionista abordava diversos assuntos relacionados à alimentação saudável como: rotulagem nutricional, pirâmide alimentar, fracionamento de alimentos, importância dos vegetais na alimentação, receitas saudáveis, fáceis e acessíveis à população, equilíbrio alimentar, exemplo e colaboração familiar, malefícios do excesso de guloseimas ao organismo, incentivo à preparação conjunta de alimentos, aproveitamento integral dos alimentos, preparações e alimentos regionais, receitas de família, brincadeiras e jogos sensoriais (uso dos 5 sentidos). Todos esses assuntos eram abordados por meio do uso de jogos, figuras impressas, material de apoio, multimídia, filmes, documentários, pinturas, e rodas de

conversa. O atendimento nutricional individual era utilizado como complemento desta abordagem em grupo aos pacientes que apresentavam dificuldades na adesão ao tratamento dietoterápico, piora do estado nutricional (obesidade grave) ou doenças de base associadas à obesidade, que necessitassem de um acompanhamento mais frequente e individualizado. Estas necessidades eram identificadas tanto pela própria nutricionista quanto pela pediatra, que encaminhava estes pacientes para acompanhamento individual com o nutricionista. Durante as consultas, a nutricionista realizava dados de peso, estatura, pregas cutâneas, circunferências, classificação do estado nutricional, orientações individualizadas, recordatório alimentar e acompanhamento de exames laboratoriais para embasamento de suas condutas. O retorno com o nutricionista variava conforme a gravidade de cada caso, contudo, a média de retorno era mensal.

Quanto as fisioterapeutas, estas atuavam fazendo diagnóstico e avaliações posturais identificando dores e alterações anatômicas e musculoesqueléticas resultantes da sobrecarga assimétrica que a obesidade possa gerar sobre a coluna ou outras partes do corpo. Também realizavam orientações e prescrição de atividade físicas, exercícios respiratórios, reeducação postural etc. As consultas tinham duração de 30 min e utilizavam instrumentos de anamneses cujas questões eram direcionadas as alterações ortopédicas e queixas algicas. Além disso, também continham perguntas relacionadas as práticas de atividades físicas e com que frequência praticavam. Semelhante ao atendimento da nutricionista, as fisioterapeutas realizavam atendimentos em grupos divididos por faixas etárias similares as da nutricionista/psicóloga. Os individuais aconteciam conforme demanda proveniente das pediatras ou as percebidas durante as atividades no grupo. Para as atividades em grupo, as fisioterapeutas contavam com a participação do arte-educador.

O atendimento da psicóloga acontecia de forma similar aos anteriormente descritos. Denominado “Histórias e Brincadeiras” na obesidade, efetuávamos atendimento em grupo com crianças e adolescentes e suas famílias, com a participação de um arte-educador. Cada encontro iniciava-se com uma dinâmica, bem como o fechamento, aplicada pelo arte-educador, replicável na casa referente a temas a serem discutidos no grupo e que propiciava e o relacionamento pais- filhos, com temas como limites e regras de convivência, independência, expectativa e outros.

O arte-educador presente no escopo, desenvolvia, além das atividades com a psicóloga descritas acima, atuava junto com as fisioterapeutas e com a nutricionista nos grupos valorizando a importância da contação de histórias e o processo do brincar.

Também desenvolvia diversas atividades na sala de espera. Enquanto usuários e seus cuidadores aguardavam as consultas, o arte educador contava histórias com temas pertinentes a alimentação saudável ou práticas de atividades que envolvesse gasto de energia. Além disso, desenvolvia junto com as crianças e adolescentes e seus pais ou cuidadores, atividades envolvendo confecção de brinquedos utilizando e valorizando o uso de materiais recicláveis.

A equipe de enfermagem tinha um papel importante no matriciamento do cuidado, apoiando toda equipe no que fosse necessário.

Por fim, o programa permaneceu até final de 2017, momento em que o convênio com o MS via PROADI-SUS foi encerrado e outro modelo similar foi proposto para a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. O relato a seguir contará a experiência deste ambulatório de 2014 a 2017.

Não houve necessidade da análise do Comitê de Ética em Pesquisa por não se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos e sim um relato de experiência onde a conduta do assistencial foi o alvo do estudo.

### 3. RELATO DE EXPERIÊNCIA

O Programa de Obesidade do Ambulatório de Especialidades Pediátricas do Hospital Sírio-Libanês atendeu 773 crianças e adolescentes nos quatro anos, entre 2014 e 2017. O quadro abaixo representa o desfecho desses atendimentos.

**Quadro 1.** Distribuição dos usuários quanto ao desfecho do seguimento no Programa de obesidade do Ambulatório de Responsabilidade Social, do Hospital Sírio-Libanês de 2014 até 2017.

| Status      | Total |      |
|-------------|-------|------|
|             | Nº    | %    |
| Usuários    | 773   | 100  |
| Abandono    | 223   | 28.8 |
| Desistência | 169   | 21,9 |
| Alta        | 291   | 38   |
| Alta ADM    | 90    | 11   |

**Fonte:** Prontuários do Serviço de Arquivo Médico-SAME do Ambulatório de Especialidades Pediátricas do Hospital Sírio-Libanês.

No que diz respeito àqueles que abandonaram (28,8%), entende-se por usuários que não completaram o tempo mínimo de um ano de acompanhamento, conforme regia o programa. Percebeu-se que, havia dois grupos: um que não conseguia perder peso ou diminuir centímetros da circunferência abdominal e, acabavam desistindo por desistirem deles mesmo. Muitos, demonstrando quadro de depressão com baixa autoestima. Também foi notado que, neste grupo, o abandono era por parte dos responsáveis, que desistiam da continuidade do cuidado. Isto explicado pelo fato notável de também apresentarem quadros de ansiedades acompanhados de expectativa de respostas rápidas às intervenções. (mágicas). O outro grupo, era representado pelo que foi chamado na equipe de “especialistas”. Começavam a perder peso, mudavam de faixa do z-IMC e eles ou seus respectivos responsáveis, achavam que não precisavam mais vir porque já sabiam tudo o que precisavam. Resultado: Muitos voltavam após meses ou anos extremamente obesos.

Em relação aos desistentes (21,9%), estes foram representados por aqueles que vinham a apenas uma consulta e, não mais compareceram. A impressão, em nossa experiência, é que havia erro no encaminhamento. Notava-se que na maioria dos casos, os responsáveis pareciam não estarem cientes sobre o programa, duração do mesmo e as frequências dos atendimentos. Também não tinham conhecimento de que o programa contemplava atendimento com equipe multidisciplinar, portanto, iriam precisar dispor de tempo para que acontecessem os atendimentos. Passariam por um longo período em um mesmo dia no ambulatório ou teriam que comparecer em vários encontros. Chegamos a presenciar mães chorando pois, queriam que seus filhos permanecessem no programa, no entanto, por motivos diversos, principalmente por questões sociais, não tinham como permanecer. Muitos eram chefes de famílias e única provedora, não podiam faltar em seus trabalhos.

Mas, por outro lado, existiam aqueles que não queriam ir: ou porque não estavam nem um pouco preocupados com seu peso (principalmente meninos entre 9 a 12 anos), ou porque estavam deprimidos a tal ponto que achavam que não conseguiriam perder peso, geralmente, nessa categoria, representados por adolescentes de ambos os sexos.

Também notamos que havia um outro grupo, aqueles que chegavam na consulta dizendo que tinham sido encaminhados para o ambulatório pois foi o médico da UBS que encaminhou. Traziam em suas falas que não sabiam o motivo do encaminhamento. Geralmente não traziam quaisquer exames, nem laboratorial e nem de imagem, nem mesmo curva de peso.

Dos que receberam alta, (38%) foram alta clínica, por aquisição de hábitos saudáveis, redução da circunferência abdominal e/ou do z-IMC.

Os que tiveram alta administrativa (11%) representaram, principalmente, os que foram desligados do programa por encerramento do mesmo em 2017.

Podemos destacar ainda que do total dos usuários, em torno de 5% voltaram ao serviço durante este período de vigência do programa, representados por aqueles que tinham abandonado, desistido ou tido alta clínica, e retornaram para novo acompanhamento pois, apresentavam aumento da obesidade.

Durante o período de 2014 a 2017, 105 usuários com sobrepeso foram acompanhados por apresentar exames laboratoriais muito alterados ou outra necessidade que chamasse muita atenção pelo risco oferecido.

Mas, é fato que, o maior desafio desde o início foi conseguir a adesão das famílias ao programa. Para isso era preciso a criança ou o adolescente e seus responsáveis poderem frequentar os encontros da equipe multidisciplinar, serem tocados ao serem expostos que a obesidade é uma doença e fator de risco para outras doenças e estarem dispostos a mudarem os hábitos de vida (em que terão perdas porém terão mais ganhos) com alimentação saudável e atividade física.

A complexidade no manejo clínico da obesidade infanto-juvenil vai além da adesão. Os desafios no atendimento às crianças e adolescentes obesas e suas famílias durante estes anos também eram de ordem psicossocial e estavam ligadas à vulnerabilidade: configurações familiares diversas, em que percebíamos a existência de dificuldades nas habilidades parentais, abuso de álcool e drogas, depressão parental, baixo nível educacional, condições inadequadas de habitação, alimentação etc. Morar em bairros considerados perigosos pelos pais, com presença de drogas e crimes, dificultava a possibilidade da criança ou adolescente sentir-se competente, havendo ainda restrição ao espaço da casa, face aos perigos existentes ao redor.

Há muitas variáveis a serem consideradas de risco na infância e na adolescência de cada sujeito como ansiedade, depressão, alterações comportamentais, problemas de aprendizagem, violência familiar (que podem ser físicas, psicológicas ou negligência), entre outras. Em geral verificamos que os riscos apareciam inter-relacionados, em que ressaltamos a pobreza dos pais (ocasionando dificuldades financeiras, cuidados inadequados e desemprego).

As questões acima mencionadas revelaram, na experiência vivida, terem influenciado no desenvolvimento de problemas de comportamento em crianças e adolescentes. Desta forma, atendíamos individualmente as crianças e adolescentes e suas famílias quando necessário, sendo que no decorrer verificamos que os adolescentes tinham dificuldade em se colocar no grupo, sendo mais efetivo o atendimento individual.

Atendíamos as crianças e suas famílias prioritariamente em grupo. Isto propiciou um espaço de troca de experiências e reflexões, em que se falava das dificuldades e estratégias do dia a dia relacionadas à obesidade. Em grupo os participantes sentiam-se acolhidos e podiam perceber que compartilhavam das mesmas limitações e capacidades nos seus cotidianos.

Observamos que existiam fatores de risco com os quais não podíamos trabalhar ou alterar. Dessa forma, a equipe de saúde também necessitava calibrar sempre as expectativas, em consonância com as expectativas da família e da criança e do adolescente.

Assim, buscamos por meio dos atendimentos focar nos fatores de proteção, quer sejam as características das crianças no enfrentamento das vulnerabilidades familiares, ou das chacotas presentes na escola.

Dentre os fatores de proteção destacávamos a habilidade para solucionar problemas, o relacionamento social com pares e adultos adequados, identificação com modelos qualificados, possibilidade de suporte social e autoconceito positivo.

A resiliência, ou capacidade de superar situações adversas, pareceu encontrar-se no indivíduo desde a infância, possibilitando que estes pudessem desenvolver competências nos diferentes âmbitos (educacional, social, profissional). Trabalhamos para que outros pudessem desenvolver estas competências, quer sejam as crianças, os adolescentes e seus familiares. Assim, podíamos empoderar estas pessoas no sentido da independência e autonomia. As mudanças percebidas a partir dos atendimentos indicavam que estávamos no caminho.

Outro desafio encontrado envolve a complexidade da obesidade infanto-juvenil, o cenário familiar. Muitas crianças e adolescentes obesos encaminhados vinham de famílias também obesas, com erros alimentares e sedentarismo. Mesmo quando os pais não eram obesos, uma grande dificuldade é que a mudança de hábitos alimentares saudáveis tinha que envolver toda a família e que os pais eram os exemplos (e espelho) para os filhos. Isso era mais crítico nos casos de crianças cuidadas por avós (pela dificuldade de impor limites)

ou de pais que tinham uma longa jornada de trabalho, em que o filho ou fazia as refeições sozinho ou comia alimentos não saudáveis por praticidade e cansaço parental (como lanches e alimentos ultra processados), sem contar o fator potencializador de ordem emocional e afetiva em que a ausência dos pais no cotidiano dessas crianças acarretava, culminando numa maior ansiedade e ingestão alimentar dos filhos.

Também houve desafios de âmbito sociocultural. Destacava-se a não percepção do corpo obeso pelos pais/responsáveis e pela própria criança/adolescente, em que muitos familiares, sobretudo os avós, paradoxalmente atribuíam que suas crianças estavam bem nutrida e as concebiam como saudáveis. Nestes casos, a conscientização dos malefícios decorrentes do excesso de peso na infância e juventude eram muito importantes. Além disso, tinham os hábitos regionais, em que muitas famílias de origem de estados do norte e nordeste do país não tinham culturalmente o hábito de consumir frutas, verduras e legumes.

Desafios também foram percebidos no que diz respeito a adesão relativas as atividades físicas. Mesmo entregando aos usuários e/ou aos pais/cuidadores orientações simples de atividades que poderiam ser praticadas até mesmo no lar, considerando as singularidades e suas condições de moradias, ainda assim, no retorno às consultas com as fisioterapeutas, percebia-se que a maioria ou nenhuma atividade havia sido realizada. Nota-se a grande dificuldade de mudanças de hábitos de vida como incluir atividade física no cotidiano dessas famílias. Importante mencionar que estas orientações, antes de serem entregues, eram executadas no consultório junto com o profissional e questionadas com eles sobre dúvidas em como fazer cada exercício. Além da pouca adesão das atividades propostas para serem realizadas em casa, outro nó crítico estava na falta ou pouca opção de equipamentos que pudessem proporcionar atividades físicas próximos das residências. É fato que a rede pública não dispõe suficientemente de espaços públicos que possam proporcionar algum tipo de atividade gratuita e que ofereça impacto sobre a população infantil-juvenil de forma a obter resultados satisfatórios na prevenção e controle da obesidade.

Propostas de caminhadas e outros exercícios, tais como andar de bicicleta, jogar bola, ir para praças, dançar em casa, dentre outros, a ser realizadas com as crianças/adolescentes junto com família também eram propostas e incentivadas pela equipe multidisciplinar. O discurso trazido nas falas dos usuários ou de seus familiares



diziam respeito ao não encorajamento sobretudo, pelas dificuldades geográficas da região onde moravam ou pelo fato do local não oferecer segurança.

Apesar de tantos desafios, muitos foram os avanços e conquistas e o compartilhamento também dos êxitos permite a possibilidade de replicação das boas experiências em outros serviços. Um passo certo importante foi a passagem de uma equipe multiprofissional para uma multidisciplinar. Isso tornou os profissionais muito mais engajados, com visão globalizada, integrada e efetiva no processo do cuidar. A atenção dada às crianças e suas famílias por meio da equipe multidisciplinar com reuniões sistemáticas para podermos entender os casos mais complexos foi o que possibilitou uma direção de tratamento mais efetiva, compreendendo todos os aspectos: físicos, cognitivos, sociais e educacionais.

O trabalho em grupo também foi outra potência a se destacar. A formação de grupo com crianças e adolescentes, de semelhantes faixas etárias, permitiu uma maior troca de experiências e dificuldades, otimizando o tratamento contra obesidade infantil.

A família, se por um lado ela é um desafio, ela é ao mesmo tempo o meio para o enfrentamento da obesidade infanto-juvenil. A família é importante se considerarmos que é onde ocorre a socialização, influenciando a aquisição de comportamentos e valores dentro de uma determinada cultura. Esta possibilita a saúde emocional de seus membros, visto que favorecem a proteção e bem-estar destes. Além disso, os casos de melhores desfechos, com redução do IMC e normalização ou redução de comorbidades, eram onde ocorria a melhora de hábitos alimentares, bem-estar e autoestima de pais e responsáveis, ou seja, quando estes estavam envolvidos no processo do cuidar e na reeducação alimentar familiar e/ou engajamento de alguma forma de prática de atividade física.

O envolvimento da criança ou do adolescente também era outro ponto fundamental. Empoderar os usuários na apropriação de sua saúde, estimulando-os a envolverem-se no processo de seleção e preparo dos alimentos, levando-os à uma maior ingestão de alimentos recusados anteriormente como legumes e verduras; a redução de ingestão de guloseimas no ambiente escolar, ainda que amigos o façam regularmente; e de embutidos, doces, frituras, refrigerantes e preparações densamente calóricas em geral dos hábitos alimentares.

O uso de ferramentas visuais também foi uma estratégia que agregou positivamente. Percebeu-se melhor adesão ao tratamento nutricional por meio de material educativo visual elaborado pela nutricionista (dieta para hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia,

hiperglicemia e hipertensão arterial) e maior motivação para mudanças de hábitos alimentares e atividade física após a exposição da aula com muitas imagens pela pediatra, ainda que a motivação não fosse por muitos mas, para aqueles que aceitavam modificar e obtinham resultados positivos, era fator estimulador para a equipe multidisciplinar.

A atenção dada extrapolou o tratamento da obesidade infanto-juvenil, pois as mudanças buscavam melhorar a qualidade de vida de toda a família. Um exemplo disso foi o relato de um pai que escreveu uma carta, na ocasião da alta, dizendo que agradecia por tudo, mas em especial por termos feito a família dele feliz... Essa família, como a maioria, não tinha lazer, nem diálogo, eles não conviviam. Fazer os responsáveis, cansados do trabalho e da condução, sair de frente da TV ou celular e ir até uma praça ou parque, jogar bola, pular corda, empinar pipa é uma tarefa árdua, pois tem muita coisa envolvida além do cansaço. Não há dinheiro e a criança quer comer, comprar balões, pipas, brinquedos, tudo o que vê vendendo. Caso sua vontade não seja feita vem a birra e a raiva dos responsáveis pela impotência e vergonha da situação, que chama a atenção de todos que passam.

Sendo assim é preciso também se discutir limites, birra, empoderando os responsáveis para lidar com tudo isso. Mostrar a necessidade do limite, da conversa franca e clara, sem nada esconder. É indispensável falar das perdas (separações, morte, abandono, mudanças), dos abusos e violências, das dificuldades financeiras e limites de cada família. As coisas “escondidas”, “o não dito”, os assuntos proibidos, levam a ansiedade e tristeza. O diálogo, ao contrário, onde todos opinam, leva a propostas de enfrentamento conjunto das situações adversas e propostas de melhora.

Por fim, como grande lição nesses quatro anos de existência, foi “ganhar” a confiança do grupo familiar, com muito respeito às dificuldades de cada um. Cada usuário tem o seu tempo, para entender e colaborar com a equipe. O importante é eles não desistirem, e nem nós, deles.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O cuidado da obesidade em crianças e adolescentes é um grande desafio para os profissionais de saúde. As singularidades da criança e do adolescente devem ser consideradas. Pais e pessoas que pertençam a rede de proteção da criança são um dos principais protagonistas pelo ganho de peso dela, e dessa forma, são também pelo cuidado

e enfrentamento da obesidade. A criança e muitos familiares têm dificuldades em perceber que o excesso de peso é uma doença e que dela poderão surgir outras. Essa percepção está relacionada às questões culturais em que as pessoas entendem que “quanto mais gordinho, mais saudável é a criança” e a falta de compreensão de que obesidade traz riscos à saúde, inclusive para pais que também estão obesos, negligenciando o estado ponderal das crianças, torna assim difícil o cumprimento de programas específicos para combate e controle da doença. Com isso, o cuidado da obesidade se torna, portanto, mais complexo e desafiador, quando comparada com o adulto, já que a criança não é completamente detentora de suas próprias atitudes. Então, para que os resultados ao tratamento possam atingir os objetivos propostos, é importante envolver pais e responsáveis nas práticas dos profissionais de saúde que atuam no cuidado à criança obesa, cabendo à equipe multidisciplinar o papel de incluir os responsáveis pela criança no seu enfrentamento (ABREU, 2010).

Quanto as singularidades dos adolescentes, estes são caracterizados pela autonomia adquirida paulatinamente ao longo do tempo e pelas tomadas de decisões agora pouco influenciadas pelo contexto familiar. Nesta fase, já não são tão influenciados pela sua rede de proteção. Os influenciadores das informações recebidas agora não são mais dos pais, mas são amigos, professores, redes sociais e mídias de forma que passam a acreditar que esse ou aquele alimento não deve ser consumido (BRASIL, 2012; SILVA et al., 2004).

O presente relato de experiência aponta os enfrentamentos vividos pelos profissionais de saúde que atuaram no cuidado em saúde da obesidade infanto-juvenil. Corrobora com a literatura a medida em que os profissionais participantes deste relato expressaram suas dificuldades identificando fatores desafiadores vividos quanto as dificuldades de adesão dos usuários e familiares e entre outros, influenciados pelas questões culturais, sociais e psicológicas.

Um dos motivos da desistência do programa mencionado aqui diz respeito a dificuldade de a mãe não poder levar a criança/adolescente às consultas, visto que muitos referiam ser provedoras do lar. A importância do papel da mulher na sociedade e no mundo do trabalho, mudanças nas estruturas familiares dentre outros fatores na contemporaneidade, leva a criança a circular por diversos ambientes e podem ser considerados fatores importantes a respeito do sobrepeso e da obesidade infantil interferindo no cuidado. (DORNELLES, ANTON; PIZZINATO, 2014).

Vulnerabilidades sociais a qual essa população está exposta também são fatores determinantes que contribuem no ganho ponderal e podem influenciar os programas propostos nos diversos serviços que atendem crianças e adolescentes obesos, contribuindo ao não alcance dos objetivos. As crianças brincam menos na rua, brincadeiras do passado que influenciavam no controle do peso direta e indiretamente, já não são tão presentes nos dias atuais. E de modo geral, as crianças, por medidas protetivas, permanecem mais dentro de casa apresentando prejuízos na criatividade do processo do brincar (MISHIMA; BARBIERI, 2009).

Os profissionais, objetos deste relato descrevem os benefícios das intervenções em grupo e usaram como estratégia, formar grupos por semelhança de faixa etária. Estudos mostram que atividades em grupo são uma forma de trabalho que permite a interação e troca entre os participantes, caracterizando-se como espaço de acolhimento às angústias frente a um quadro clínico. A criação de grupos de semelhantes em um ambiente de apoio está descrita na literatura e esta estratégia de intervenção parece proporcionar melhores resultados quando comparados com atendimentos exclusivamente individuais. A utilização de dinâmicas em grupo possibilita também otimização de tempo para os serviços, além de poder contar com um número maior de pessoas. No entanto, tem como desafio conseguir reunir todos em um mesmo dia e horário de modo que satisfaça a todos os participantes (REIS, 2010; PORTA, 2006; MELLO, 2004).

Silva, Martins e Ferriani (2004) sugerem que, para ajudar no enfrentamento da obesidade no que concerne aos aspectos da autoestima, psicossociais e adesão, os adolescentes sejam agrupados por semelhanças e com os mesmos objetivos. Isto pode facilitar também a percepção dos membros quanto as dificuldades que encontram e que não estão sozinhos no enfrentamento do problema.

Outro ponto importante é que, embora o papel da equipe multidisciplinar, nas diversas modalidades do processo do cuidar, seja fundamental no enfrentamento da obesidade infanto-juvenil, e ações em grupos trazem benefícios, notamos que as práticas em grupo ainda são exercidas quase que exclusivamente por equipes não médicas. Os profissionais médicos ainda realizam suas atividades no formato tradicional, ou seja, por meio de consultas individuais, raramente em grupos.

Finalmente, podemos dizer que as diversas dificuldades relatadas pela equipe multidisciplinar neste capítulo não são isoladas, nos parece correto afirmar que todos os

profissionais de saúde envolvidos no cuidado da obesidade infanto-juvenil enfrentam desafios semelhantes, talvez, mais desafios do que avanços.

## 5. AGRADECIMENTOS

Aos profissionais de enfermagem e equipe administrativa do Ambulatório de Especialidades Pediátricas do Hospital Sírio-Libanês, unidade de Responsabilidade Social, importantes no atendimento dessas crianças e adolescentes. À Dra Marina Emiko Ivamoto Petlik, “*in memoriam*” pelo encorajamento a toda equipe multidisciplinar no enfrentamento dos desafios aqui expostos. À diretoria de Senhoras do Hospital Sírio Libanês, em especial dona Edith Jafet Cestari, pelo carinho e apoio para que essa equipe encarasse o desafio. À coordenadora atual do ambulatório, Elizabete Martini Akamine, pela contribuição com olhar de gestão, no desenvolvimento deste capítulo. Ao Hospital Sírio Libanês por sediar o ambulatório. Ao Carlos Augusto Ribeiro Michelin (panda), arte educador que muito contribuiu nos avanços e desafios do cuidado em saúde dessas crianças. Ao Prof. Dr. Oziris Simões, pela expertise em Políticas Públicas.

## 6. REFERÊNCIAS

ABREU, J.C. **Obesidade Infantil: abordagem em contexto familiar**. 2010. 44f. Monografia (Ciências da Nutrição e Alimentação). Funchal: Universidade do Porto, 2010.

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). **Diretrizes brasileiras de obesidade**. 4.ed. - São Paulo, SP, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília, DF, 2012. 272 p. (Cadernos de Atenção Básica, 33).

BRASIL. Presidência da República. **Lei 12.101, de 27 de novembro de 2009**. Diário Oficial da União, 30 nov de 2009. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2009/Lei/L12101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12101.htm)>. Acesso em: 23 jun, 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto Lei 8.242, de 23 de maio de 2014**. Diário Oficial da União, 26 maio de 2014. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8242.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8242.htm)>. Acesso em: 23 jun, 2019.

DIETZ, W.H. Health Consequences of Obesity in Youth: Childhood Predictors of Adult Disease. **Pediatrics.**, v.101, n.3, p.518-25, 1998.

DORNELLES, A.D.; ANTON, M.C.; PIZZINATO, A. O papel da sociedade e da família na assistência ao sobrepeso e à obesidade infantil: percepção de trabalhadores da saúde em diferentes níveis de atenção. **Saúde Soc.**, v.23, n.4, p.1275-1287, 2014.

Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). **Comer bem e melhor - Dicas para promover alimentação saudável entre crianças e adolescentes.** Brasil, 2018.

LOBSTEIN, T.; BAUR, L.; UAUY, R. Obesity in children and young people: a crisis in public health. **Obesity reviews**, v.5, suppl.1, p.4–85, 2004.

MISHIMA, F.K.T.; BARBIERI, V. O brincar criativo e a obesidade infantil. **Estudos de Psicologia**, v.14, n.3, p.249-255, 2009.

MELLO, E.D.; et al. Atendimento ambulatorial individualizado versus programa de educação em grupo: qual oferece mais mudança de hábitos alimentares e de atividade física em crianças obesas? **Jornal de Pediatria**, v.80, n.6, p.468-467, 2004.

OLIVEIRA, C.L.; FISBERG, M. **Obesidade na Infância e Adolescência – Uma Verdadeira Epidemia.** **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v.47, n.2, 2003.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Obesity and overweight.** Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>>.

PORTA, L.K. **Experiências de um grupo de adolescentes com sobrepeso e obesidade: um estudo psicanalítico.** 2006. 130f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica, Campinas, SP, 2006.

REIS, P.M.C. **Educação terapêutica no tratamento da obesidade dinâmicas de grupo.** 2010. 44f. Monografia (Ciências da Nutrição e Alimentação). Funchal: Universidade do Porto, 2010. SILVA, K.Z. et al. O adolescente obeso e seu corpo antes e depois de participar de um programa de assistência. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v.14, n.3, p.68-75, 2004.

Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). **Obesidade na infância e adolescência – Manual de Orientação.** Departamento Científico de Nutrologia. 2ª. Ed. – São Paulo: SBP. 2012.

# CAPÍTULO 5



## DIFICULDADES ENFRENTADAS POR FAMILIARES NO CUIDADO DE CRIANÇAS DEPENDENTES DE TECNOLOGIA NO DOMICÍLIO - UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Janailma Barbosa de Lima<sup>1</sup>, Carolina Rosa Boaroli Rios<sup>1</sup>, Lidiane Cristina da Silva<sup>1</sup>, Thiciane de Souza Ferreira Silva<sup>1</sup>, Anita Franco de Godoy<sup>1</sup>, Thais Mendes Maso<sup>1</sup>, Sara Maria Parisi<sup>1</sup>, Leonardo Neves de Moraes<sup>1</sup> e Laura Cristina Pereira<sup>2</sup>

1. Universidade Padre Anchieta (UniAnchieta), Jundiá, São Paulo, Brasil.

2. Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS), São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil.

### RESUMO

Os avanços tecnológicos na área da saúde têm permitido um aumento na sobrevivência de crianças com complexidades médicas. As Crianças Dependentes de Tecnologia (CDT) integram um grupo de crianças com necessidades especiais em saúde (CRIANES) e necessitam de suporte tecnológico para manutenção da vida. Esses dispositivos tecnológicos podem ser utilizados fora do ambiente hospitalar e são representados por equipamentos e/ou medicamentos necessários para o funcionamento de algum sistema orgânico. O cuidador responsável (CR), normalmente um familiar próximo, é membro fundamental da equipe que presta cuidados à criança. Entretanto, a rotina extenuante, a complexidade dos procedimentos e cuidados, bem como a mudança na logística da residência, torna a vida do CR caracterizada por sobrecarga física e emocional. Diante das transformações causadas no ambiente domiciliar de uma CDT, é importante elucidar as principais dificuldades enfrentadas pelos familiares e cuidadores para compreender a vivência e a realidade dessas famílias.

**Palavras-chaves:** Criança, Cuidadores e Assistência Domiciliar.

### ABSTRACT

Technological advances in the health area have allowed an increase in the survival of children with medical complexities. Technology Dependent Children (CDT) are part of a group of children with special health needs (CRIANES) and need technological support for life support. These video technological may be used for hospital environment and they representated for input and / or body needed for the operation of an virtual system. The responsible caregiver (RC), usually a close relative, is fundamental member of the team that provides care to the child. However, the strenuous routine, the complexity of procedures and care as well as chances in the logistics of the residence make the life of the ass of the responsible characterized by emotional physical overload. In View of the transformations caudated in the home environment of a CTD, it is important to elucidated the main difficulties faced by relatives and caregivers to understand the experience and reality of these families.

**Keywords:** Child, Coregivers and Home Care.

## 1. INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos na área da saúde têm permitido um aumento na sobrevivência de crianças com complexidades médicas, que necessitam de suporte de saúde personalizado e de cuidados contínuos para manutenção da vida. As crianças dependentes de tecnologia (CDT) são classificadas como aquelas que requerem de assistência especializada, por meios de diferentes tecnologias para manutenção de um ou mais sistemas orgânicos e integram um grupo de crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES) (MCPHERSON et al., 1998; MESMAN et al., 2012; WANG; BARNARD, 2004). Essas crianças geralmente têm múltiplas deficiências associadas à sua condição clínica, o que requer, em alguns casos, mais de uma demanda de cuidado ou dispositivo tecnológico (HEATON et al., 2005).

Os dispositivos utilizados por essas crianças são diversificados e sua indicação está intimamente relacionada à complexidade do quadro clínico do paciente (KIRK, 1998; GAVAZZA et al., 2008; OKIDO et al., 2012; ELIAS; MURPHY 2012; HEATON et al., 2005). Dentre as tecnologias utilizadas pela população pediátrica está o uso de oxigênio, uso de dispositivo de traqueostomia, com ou sem ventilação mecânica, alimentação enteral, diálise e regime medicamentoso contínuo (KIRK, 1998; HEATON et al., 2005; FEUDTNER et al., 2005; OKIDO et al., 2012). Okido, Hayashida e Lima (2012), em um estudo com 102 CDT, constataram que 69,6% utilizavam dispositivos para alimentação, 30,4% para respiração e 28,4% para eliminação urinária fisiológica. Dentre as 102 crianças, 90,2% apresentaram demanda de cuidado medicamentoso (OKIDO et al., 2012).

As crianças que antes eram assistidas e mantidas no ambiente hospitalar, agora permanecem em suas casas sob os cuidados de seus familiares, nas quais realizam procedimentos técnicos complexos (KIRK; GLENDINNING; CALLERY, 2005; OKIDO et al., 2012). A participação da família no cuidado do paciente assistido em domicílio é fundamental, já que na maioria dos casos o principal cuidador é o familiar mais próximo da criança (KIRK; GLENDINNING; CALLERY, 2005; KIRK, 1998; NEVES; CABRAL, 2008; FERNANDES; ANGELO, 2016).

Apesar de proporcionar ao paciente maior qualidade de vida, bem como aproximação familiar, a assistência domiciliar exige dedicação e comprometimento de todos os envolvidos, principalmente do cuidador. Conseqüentemente, a carga de responsabilidade e trabalho do familiar responsável aumenta, podendo levar a problemas físicos e



emocionais, tais como: incapacidade, por não possuir experiência prévia para realizar alguns procedimentos técnicos; ansiedade, medo e estresse de ter o domicílio modificado para comportar os aparelhos que a criança necessita. Algumas famílias não aceitam um cuidador que não seja um familiar, devido a insegurança de ter um estranho dentro do domicílio (KIRK; GLENDINNING; CALLERY, 2005; KIK, 1998; FERNANDES; ANGELO, 2016; FRACOLLI; ANGELO, 2006).

Diante das transformações causadas no ambiente domiciliar de uma CDT, é importante elucidar as principais dificuldades enfrentadas pelos familiares e cuidadores para compreender as suas vivências e realidade, bem como a importância do apoio social, do suporte de políticas públicas e do sistema de saúde.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades da população. As políticas públicas de saúde no Brasil têm passado por diversas transformações para garantia de melhor qualidade de vida da população (MENDES, 2012; LEITE et al., 2016).

O movimento de Reforma Sanitária obteve como conquista o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988 que diz que a saúde é um direito do cidadão e um dever do estado. Tal movimento se embasava nos ideais de Atenção Primária à Saúde (APS) e tinha como diretrizes a equidade, descentralização, integralidade e universalidade (PAIM et al., 2011; LAVRAS, 2011; FERTONI et al., 2015; LEITE et al., 2016).

Com o objetivo de reorientar a organização dos serviços de APS, o Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado pelo Ministério da Saúde em 1994 como um componente articulado com todos os níveis, centrado não somente na assistência à doença, mas na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco. O PSF, hoje reformulado como Estratégia de Saúde da Família, tem corroborado com a transição organizacional de um modelo assistencial em um novo modelo de atenção com foco na promoção da saúde (PAIM et al., 2011; LAVRAS, 2011; SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000).

A Assistência Domiciliar (AD) surge como diretriz para a equipe básica de saúde, representando uma estratégia reversa da atenção centrada nos hospitais e propicia um

enfoque na promoção e prevenção à saúde e na humanização da atenção, garantindo maior conforto à população, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo os riscos de infecções hospitalares. A AD é uma modalidade de cuidado na qual proporciona benefícios ao paciente por este se encontrar em seu lar, dando-lhe mais autonomia e liberdade, deixando-o mais próximo de sua família (SILVA et al., 2005; LACERDA et al., 2006; OLIVEIRA et al., 2012).

Para melhor organizar a assistência domiciliar, em 2011 foi instituída a Política Nacional de Atenção Domiciliar e foi definida pelo Ministério da Saúde como uma forma de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas no domicílio (OLIVEIRA; KRUSE, 2017; POZOLLI; CECILIO, 2017). O Programa Melhor em Casa, que é sinônimo do Sistema de Atendimento Domiciliar (SAD), foi regulamentado no país em 27 de maio de 2013 (Portaria nº 963) e possibilitou a implantação de pacientes de altas complexidades nas residências (MESMAN et al., 2012).

Atualmente a AD é dividida em três modalidades: 1) Modalidade AD1 (Atenção Básica): voltada para pacientes que necessitam de cuidados de menor complexidade; Modalidade AD2: pacientes que necessitam de assistência contínua; Modalidade AD3: englobam os pacientes que necessitam de assistência contínua, mas que fazem uso de equipamentos específicos. As modalidades de AD 1 e 2 fazem parte do Melhor em Casa (SAD) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Em decorrência dos avanços de políticas públicas e das práticas médicas, várias transformações têm ocorrido nos cuidados das CDT que refletem no declínio das taxas de mortalidade infantil registradas nas últimas décadas, em contraponto com o aumento de doenças crônicas na infância (OKIDO et al., 2012; NEVES et al., 2015; ASTOLPHO et al., 2014).

Apesar dos serviços de atenção primária serem evidenciados como referência pelas famílias que possuem uma CDT e dependem da assistência qualificada desse sistema, estes se deparam com dificuldades no acesso e com falhas nos serviços de referência para conseguir atendimento e resolutividade do problema, tornando o acesso focalizado nas instituições de nível terciário, o que fere os princípios do SUS (NEVES et al., 2015; KLASSMANN, 2008; OKIDO et al., 2016).

Após a alta hospitalar, a CDT passa a ser cuidada por um ou mais membros da família, transformando o familiar em um cuidador responsável (CR) que passa a desempenhar

procedimentos e cuidados técnicos, antes realizados por profissionais especializados. Muitas das orientações são recebidas pela família durante a hospitalização, entretanto a falta de conhecimento e a complexidade destes cuidados tornam as tarefas difíceis, acarretando insegurança para realização dos procedimentos (KIRK; GLENDINNING; CALLERY, 2005; NEVES; CABRAL; SILVEIRA, 2008; NEVES; SILVEIRA, 2013).

O papel de CR, na maioria das vezes é assumido pela mãe, que frequentemente abdica do seu trabalho para dedicar-se exclusivamente aos cuidados da CDT, comprometendo o seu bem-estar e renda familiar, causando sobrecarga física, emocional e afetiva (NEVES; CABRAL, 2008; OKIDO et al., 2016).

Ao cuidar de uma criança em casa, são geradas diversas transformações, o que resulta em impactos multidimensionais. As mudanças começam quando os cuidadores se deparam com a doença do familiar e muitas vezes a não aceitação é evidenciada. Ao alocar a CDT na residência, o ambiente sofre alterações para melhor acomodá-la, assim como para comportar os aparelhos, priorizando sempre as suas necessidades, repercutindo até mesmo na dinâmica e na rotina familiar (HEATON et al., 2005; LEITE; CUNHA, 2007; FRACOLLI; ANGELO 2006).

Os problemas financeiros também são importantes preditores de estresse para essas famílias. Além da renda reduzida pela renúncia do CR ao trabalho externo, os familiares encontram dificuldade na aquisição de medicamentos e insumos, pois não são todos os itens receitados que são fornecidos gratuitamente pelo SUS. Há também os casos de urgência, em que não é possível aguardar a burocracia da rede pública de saúde, necessitando arcar com os custos para garantir a administração dos medicamentos à CDT. Devido a fragilidade da saúde da CDT, com frequência existem custos extraordinários no orçamento da família, o que é mais um dificultador financeiro (OKIDO et al., 2016). Estudos apontam que os gastos médicos de CDT são de duas a três vezes mais elevados que os gastos de crianças sem necessidades especiais de saúde (LOOMAN et al., 2013; OKIDO et al., 2016).

A rotina extenuante, a complexidade dos procedimentos e cuidados torna a vida do CR caracterizada por sobrecarga física e emocional, causada por poucas horas de sono, monitoramento, limpeza e preparo dos equipamentos, aspiração de vias aéreas, administração de alimentação e medicamentos, idas e vindas aos serviços de assistência, entre outras demandas. Vale ressaltar que as crianças não são apenas dependentes da

tecnologia, mas também do cuidador, este que necessita dedicar-se integralmente a CDT (HEATON et al., 2005; OKIDO et al., 2016).

O aspecto emocional é relatado em alguns estudos e considerado de peso significativo, devido à desorganização familiar causada pela ansiedade, irritação, culpa, frustração, sobrecarga física e emocional experimentada pela mãe, assim como outras séries de alterações emocionais evidenciadas como: estresse, medo, problemas conjugais e não-aceitação desta realidade (LEITE; CUNHA, 2007; HEATON et al., 2005; NEVES; CABRAL, 2008; OKIDO et al., 2016). Pesquisas relatam que mães sentem-se constrangidas e humilhadas pelos trâmites burocráticos que enfrentam para conseguir transporte, medicamentos e insumos necessários para os cuidados com a CDT (OKIDO et al., 2016).

O isolamento social e baixos escores de qualidade de vida são recorrentes nas famílias em que a ocupação excessiva com a CDT é vivenciada. As atividades sociais são reduzidas drasticamente pelo fato de tornar um simples passeio em um evento desgastante, limitado pelo equipamento utilizado pela CDT, que pode ser pesado e de difícil manejo, gerando grandes impactos no âmbito social (LEITE; CUNHA, 2007; OKIDO et al., 2016).

Apesar de diversas dificuldades, são vários os benefícios do cuidado domiciliar, além da diminuição dos custos hospitalares e o menor risco de infecção. O lar oferece mais comodidade, aconchego e estimulação social para a criança, permitindo que ela participe de atividades com a família, possibilitando ao máximo da vivência de uma criança normal, mesmo que essa realidade seja árdua (SILVA et al., 2005; OLIVEIRA et al., 2012).

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A compreensão sobre experiência das famílias de crianças dependentes de tecnologia precisa ser elucidada. As dificuldades vividas diariamente refletem no impacto que esta nova condição impõe no convívio familiar, apesar da satisfação de ter a criança em casa novamente depois de um longo período de hospitalização. Muitas vezes a família não está preparada para acolher as demandas que lhe são impostas, para isso é necessário suporte nos âmbitos social e emocional, além de assistência qualificada.

Os CR, nem sempre se sentem seguros com relação às questões pertinentes às habilidades da família para desempenhar os cuidados que a CDT necessita no domicílio após alta hospitalar, visto a complexidade que isto engloba e outros aspectos que também devem ser objetos de consideração dos profissionais, como reconhecer a estrutura, a dinâmica da família, os danos emocionais e sociais para prover o cuidado necessário, a capacitação da família, para assim identificar e equilibrar a demanda por recursos tecnológicos ou de apoio.

No Brasil pouco se sabe sobre a realidade dessas famílias, fazendo-se necessário o incentivo à novas pesquisas, para que essas crianças não se encontrem marginalizadas e os serviços assistenciais possam cumprir o seu papel, garantindo a humanização à saúde, independentes da questão sócio-econômica. A atenção com essas famílias e crianças deve ser contínua.

#### 4. REFERÊNCIAS

ASTOLPHO, M.P.; et al. Rede de cuidados a crianças com necessidades especiais de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v.67, n.2, p.213-219, 2014.

ELIAS, E.R.; MURPHY, N.A. Home care of children and youth with complex health care needs and technology dependencies. **Pediatrics.**, v.129, n.5, p.996-1005, 2012.

FERNANDES, C.S.; ANGELO, M. Cuidadores familiares: o que eles necessitam? Uma revisão integrativa. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v.50, n.4, p.675-682, 2016.

FERTONI, H.P.; et al. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. **Cien Saude Colet.**, v.20, n.6, p.1869-1878, 2015.

FEUDTNER, C.; et al. Technology-dependency among patients discharged from a children's hospital: a retrospective cohort study. **BMC Pediatr.**, v.5, n.1, p.8, 2005.

FRACOLLI, R.A.; ANGELO, M.A. Experiência da família que possui uma criança dependente de tecnologia. **REME Rev Min Enferm.**, v.10, n.2, p.125-131, 2006.

GAVAZZA, C.Z.; et al. Utilização de serviços de reabilitação pelas crianças e adolescentes dependentes de tecnologia de um hospital materno-infantil no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública.**, v.24, n.5, p.1103-1111, 2008.

HEATON, J.; et al. Families' experiences of caring for technology-dependent children: a temporal perspective. **Health Soc Care Community.**, v.13, n.5, p.441-450, 2005.

KIRK, S. Families' experiences of caring at home for a technology-dependent child: a review of the literature. **Child Care Health Dev.**, v.24, n.2, p.101-114, 1998.

KIRK, S.; GLENDINNING, C.; CALLERY, P. Parent or nurse? The experience of being the parent of a technology – dependent child. **J AdvNurs.**, v.51, n.5, p.456-464, 2005.

KLASSMANN, J.; et al. Experiência de mães de crianças com leucemia: sentimentos acerca do cuidado domiciliar. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v.42, n.2, p.321-330, 2008.

LACERDA, M.R.; GIACOMOZZI, C.M.; OLINISKI, S.R.; TRUPPEL, T.C. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saude Soc.**, v.15, n.2, p.88-95, 2006.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude Soc.**, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LEITE, N.S.L.; CUNHA, S.R. A família da criança dependente de tecnologia: aspectos fundamentais para a prática de enfermagem no ambiente hospitalar. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 11, n. 1, p. 92-97, 2007.

LEITE, R.S.; et al. Estratégia Saúde da Família versus centro de saúde: modalidades de serviços na percepção do usuário. **Cad. Saúde Colet.**, v.24, n.3, p.323-329, 2016.

LOOMAN, W.S. et al. Care coordination for children with complex special health care needs: the value of the Advanced Practice Nurse's Enhanced Scope of Knowledge and Practice. **J Pediatr Health Care.**, v. 27, n. 4, p. 293-303, 2013.

MCPHERSON, M.G.; et al. A new definition of children with special health care needs. **Pediatrics.**, v.102, n.1, p.137-141, 1998.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2012.

MESMAN, G.R.; et al. The impact of technology dependence on children and their families. **J Pediatr Health Care.**, v.27, n.6, p.451-459, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Serviço de Atenção Domiciliar.** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/atencao-domiciliar>> .Acesso em 30/06/2019.

NEVES, E.T.; CABRAL, I.E. Empoderamento da mulher cuidadora de crianças com necessidades especiais de saúde. **Texto Contexto - Enferm.**, v.17, n.3, p.552-560, 2008.

NEVES, E.T.; et al. Rede de cuidados de crianças com necessidades especiais de saúde. **Texto Contexto - Enferm.**, v.24, n.2, p.399-406, 2015.

NEVES, E.T.; CABRAL, I.E.; SILVEIRA, A. Rede familiar de crianças com necessidades especiais de saúde: implicações para a enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem.**, v.21, n.2, p. 562-570, 2013.

NEVES, E.T.; SILVEIRA, A. Desafios para os cuidadores familiares de crianças com necessidades especiais de saúde: contribuições da enfermagem. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 7, n. 5, p. 1458-1462, 2013.

OKIDO, A.C.C.; HAYASHIDA, M.; LIMA, R.A.G. Perfil de crianças dependentes de tecnologia no município de Ribeirão Preto. **Rev Bras Crescimento Desenvol Hum.**, v.22, n.3, p.291-296, 2012.

OKIDO, A.C.C.; et al. Criança dependente de tecnologia: a experiência do cuidado materno. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v.46, n.5, p.1066-1073, 2012.

OKIDO, A.C.; et al. Criança dependente de tecnologia e a demanda de cuidado medicamentoso. **Rev. Bras. Enferm.**, v.69, n.4, p.718-724, 2016.

OLIVEIRA, S.G.; et al. Internação domiciliar e internação hospitalar: semelhanças e diferenças no olhar do cuidador familiar. **Texto Contexto - Enferm.**, v.21, n.3, p.591-599, 2012.

OLIVEIRA, S.G.; KRUSE, M.H.L. MELHOR EM CASA: DISPOSITIVO DE SEGURANÇA. **Texto contexto – Enferm.**, v.26, n.1, e2660015, 2017.

PAIM, J.; et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet.**, v.21, n.377, p.1778-1797, 2011.

POZZOLI, S.M.L.; CECILIO, L.C.O. Sobre o cuidar e o ser cuidado na atenção domiciliar. **Saúde Debate.**, v. 41, n. 115, p. 1116-1129, 2017.

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública.**, v.34, n.3, p.316-319, 2000.

SILVA, K.L.; et al. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública.**, v.39, n.3, p.391-397, 2005.

WANG, K.W.K.; BARNARD, A. Technology-dependent children and their families: a review. **J Adv Nurs.**, v.45, n.1, p.36-46, 2004.

# CAPÍTULO 6



## EFEITOS DA TECNOLOGIA NA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

**Paula Galvão Duarte<sup>1</sup>, Bruno Charliton Gallina Brito<sup>2</sup>, Gabriel Belarmino Domingues<sup>2</sup>, Gustavo Vieira Lima dos Santos<sup>2</sup>, Graciela Fátima Lourenço Joca<sup>2,3</sup>**

1. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió, Alagoas, Brasil;
2. Departamento de Medicina, Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR), Porto Velho, Rondônia, Brasil;
3. Serviço de Endocrinologia do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro (HBAP), Secretaria Estadual de Saúde, Porto Velho, Rondônia, Brasil.

### RESUMO

A tecnologia tem seu papel positivo estabelecido em meio a sociedade como auxiliar a educação e diminuir barreiras de comunicação, porém não se pode negligenciar que o uso indiscriminado acarreta prejuízos à saúde, especialmente da classe infantojuvenil nos âmbitos físico (sedentarismo, obesidade), mental (deficiência de atenção e aprendizagem, ansiedade e suicídio) e social (embotamento afetivo e isolamento social). É crescente o número de crianças e adolescentes que iniciam sua interação com aparelhos tecnológicos - celulares, *notebooks* e *tablets* - de forma precoce e excessiva e, assim, têm sua infância e adolescência marcadas pelo uso destes dispositivos em detrimento às atividades e brincadeiras típicas da idade e essenciais para o bom desenvolvimento. Assim, familiares, educadores e profissionais de saúde devem se concentrar em na promoção do uso racional dos dispositivos tecnológicos pelas crianças e adolescentes de forma que se haja o aproveitamento máximo de suas experiências *online*.

**Palavras-chave:** Desenvolvimento infantil, Desenvolvimento do adolescente, Saúde e Tecnologia.

### ABSTRACT

Technology has its positive role established in society as assisting education and reducing communication barriers, however, it can't be neglected that the indiscriminate use causes damages to health especially in physical scope (sedentary, lifestyle, obesity), mental scope (attention and learning disability, anxiety and suicide), and social (blunting, and social isolation). It is increasing the number of children and adolescents who begin their interaction with technological gadgets - smartphones, notebooks and tablets - at an early and excessive way and thus have their childhood and adolescence marked by the use of these devices, to the detriment of activities and infancy plays that are typical of their age and so important to their development. Thus, family members, educators and health professionals should focus on promoting the rational use of technological devices by children and adolescents in order to maximize their online experiences.

**Keywords:** Child Development. Adolescent Development. Health and Technology.



## 1.INTRODUÇÃO

A palavra tecnologia tem origem na junção do grego “*tekhne*” que significa “arte, técnica, ofício” com o sufixo “logia” que significa “estudo”. Pode ser definida como um conjunto de instrumentos, métodos ou técnicas desenvolvidos com intuito de solucionar problemas e assim foi com o desenvolvimento das tecnologias clássicas como a produção do fogo e a invenção da roda, bem como com as tecnologias medievais como a prensa móvel, a criação de armas bélicas e grandes navegações. Mas foi no século XX que surgiram as tecnologias de informação e comunicação, como os computadores e o desenvolvimento da *internet* (OT, 2014).

Segundo Carvalho (2016), a primeira rede de computadores foi criada em 1969 e chamada Arpanet (*Advanced Research Projects Agency Network* - “ARPANet”) com o objetivo de interligar as bases militares e os departamentos de pesquisa do governo americano durante o período da Guerra Fria. A ideia de utilização como ferramenta de comunicação se expandiu ao longo da década de 80 quando se criou uma rede de computadores interligados que trocavam informações entre centros de pesquisas e universidades em todo o mundo e, ainda, na década de 90, quando passou a ser administrada por instituições não governamentais e, com isso, houve a comercialização da rede mundial de computadores, a *internet* (MONTEIRO; OSÓRIO, 2001).

A partir daí foi um passo para a conexão entre computadores de uso pessoal com compartilhamento de informações e serviços entre bilhões de pessoas no mundo inteiro. Assim, a *internet* e outros dispositivos tecnológicos incorporaram-se à vida cotidiana das pessoas, sendo que crianças e adolescentes não fugiram à regra. Mesmo bebês e crianças menores que ainda não falam, lêem ou escrevem já conseguem realizar buscas simples, como desenhos, através de manuseios repetitivos.

A utilização da *internet* modificou totalmente o comportamento humano trazendo inúmeros benefícios para o mundo inteiro, facilitando essencialmente a comunicação e a difusão da informação entre indivíduos de todas as idades e partes do mundo.

Os benefícios podem se vistos no campo da educação, por exemplo, uma vez que favorecem a educação inclusiva através do emprego da tecnologia assistiva. Entende-se por tecnologia assistiva a capacitação da escola para atender a diversidade total das necessidades dos alunos com deficiência, incapacidade ou mobilidade reduzida. Os resultados tão favoráveis permitiram expansão da ideia para inclusão educacional da

população de pequenas aldeias e vilarejos, onde não havia disponibilidade de profissionais especializados nas diferentes áreas do conhecimento (SILVA; DELIBERATO, 2016).

Ainda no campo educacional, as salas de multimídia das escolas atuais constituem meio rápido para pesquisas e trabalhos escolares, o que antes somente era possível através de grandes, pesados e caros livros de uma enciclopédia e, por isso, nem sempre acessíveis ou disponíveis nas bibliotecas físicas dos menores e mais carentes municípios.

Ribeiro et al. (2014) relataram o papel da tecnologia no aprendizado de outro idioma: o inglês. Como grande parte das informações contidas na *internet* estão em inglês, os usuários tem que fazer uso deste e, assim, aprendem de modo lúdico e educativo com jogos eletrônicos, pesquisas e aplicativos. Tal aprendizado, desde que sob supervisão adequada, é de qualidade e proporciona um aprimoramento no conhecimento linguístico da criança de modo interativo e dinâmico.

A tecnologia, através de jogos eletrônicos, aplicativos e *sites*, ainda pode ser uma aliada no que concerne a hábitos de vida saudáveis como prática regular de exercícios físicos, alimentação saudável, perda e controle do peso perdido. Nesse contexto, podem ser utilizados dispositivos de dança e/ou esportes que permitem a interação dos jogadores com o jogo através dos próprios movimentos corporais, sem a necessidade de um controle. Ademais, há *softwares* que trabalham reeducação alimentar sob o aspecto de entretenimento, no qual os pontos alcançados são decorrentes dos alimentos saudáveis e de como estes são metabolizados no corpo (JESSICA et al., 2016).

Embora os meios tecnológicos, visivelmente, sejam aliados na educação e no desenvolvimento de crianças e adolescentes, não são o bastante para que haja a inclusão digital e o aprendizado de qualidade. São necessárias novas propostas metodológicas para serem desenvolvidas em sala de aula, de modo que exista um uso não excessivo, de qualidade e benéfico aos jovens, sob supervisão de um profissional qualificado. Meregalli (2008) cita Farias (2003):

“Não é suficiente equipar materialmente as escolas. É preciso cuidar do material humano, de sua formação continuada como estratégia de política prioritária para que a incorporação de tecnologias, como o computador, possa, de fato, ser um contributo à educação. Do contrário, a mudança na prática escolar na perspectiva de melhora tende a constituir-se numa retórica do discurso político sedutor.”

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

É inquestionável a importância da interação da criança com o mundo digital, principalmente no seu processo de desenvolvimento. Essa experiência é vista como parte necessária da socialização na infância por permitir aprendizagem de papéis, desenvolvimento cognitivo e moral, domínio de impulsos e aquisição de competências sociais globais. Porém, sem dosagem e controle, o mundo virtual vai, progressivamente, confundindo os seus limites com o mundo real (SILVA JUNIOR; ROSAS JUNIOR, 2014). A consequência é deletéria nos âmbitos mental, social e físico de crianças e adolescentes principalmente porque estão em fase de crescimento linear e construção ética e moral.

### 2.1. EFEITOS NA SAÚDE MENTAL

Young (1996, apud SCHMIDEK et al., 2018) introduziu o termo “*internet addiction*” (IA) — posteriormente traduzido para o português como “dependência de internet” (DI) — para se referir ao comportamento de indivíduos suscetíveis ao desenvolvimento de desconfortos emocionais decorrentes da dificuldade em racionar o uso da *internet*. Considerando o cenário de inabilidade em controlar o tempo despendido aos eletrônicos, crianças e adolescentes configuram os personagens principais no risco de acometimento pela DI, uma vez que esta etapa da vida é marcada por um comportamento transitório devido à imaturidade dos sistemas cerebrais monoaminérgicos cortical frontal e subcortical (SCHMIDEK et al., 2018).

É inegável que o uso dos equipamentos tecnológicos (*smartphones*, *tablets* e computadores), que possibilitam a imersão no ilimitado mundo virtual, tem sido bastante frequente entre as pessoas, independente da idade. Quando não em casa, é possível identificar indivíduos debruçados sobre esses dispositivos nos mais diversos espaços públicos, desde bares, restaurantes e shoppings a ambientes e situações que, geralmente, não requerem ou coíbem o uso desses aparelhos, como praias, shows, escolas e até mesmo no trânsito. Silva (2017) refere que a liberação de dopamina — um neurotransmissor diretamente envolvido nas sensações de bem-estar e prazer, bem como no desenvolvimento de vícios durante o desempenho de atividades tecnológicas como troca de mensagens ou jogos *on-line*, justifica a necessidade que usuários têm em se manter cada vez mais e mais conectados.

Ao sair à rua ou no seio familiar não é difícil observar crianças e adolescentes conectados aos dispositivos eletrônicos, sobre os quais está depositada toda a sua atenção. Tal hábito é comum, inclusive, em petizes que ainda estão nos seus primeiros anos de vida e, muitas vezes, nem sequer ficaram independentes do colo dos pais. Nesse contexto de iniciação precoce e em fase imatura da criança no mundo virtual, a Sociedade Brasileira de Pediatria (2016) lançou o *Manual de Orientação sobre a Saúde de Crianças e Adolescentes na Era Digital*, no qual afirma que o uso precoce e excessivo — mediante jogos *online*, redes sociais e aplicativos diversos — pode acarretar prejuízos como aumento da ansiedade, violência, dificuldades escolares e problemas mentais.

Concordantes com tais danos no desenvolvimento cognitivo e psíquico, Carvalho, Silva e Bento (2016) alertam para que médicos, cientistas, pesquisadores e educadores se mobilizem no cuidado com a perda de criatividade e a redução da concentração, cada vez mais prevalentes na população infanto-juvenil, decorrente da substituição das brincadeiras ao ar livre e esportes pelas atrações cibernéticas.

No início da vida, quando o cérebro está em desenvolvimento e com maior número de sinapses, a exposição à grande variedade de estímulos externos como palavras, músicas, livros, toques e/ou brinquedos permite a construção e o desenvolvimento de habilidades como atenção, memória, cognição, imaginação, coordenação motora, lateralidade e orientação espacial, além de socialização (VYGOTSKY, 1998 apud SANTOS; SIMÕES; GONÇALVES, 2017; PINHEIRO, 2016).

Pereira et al. (2018) comentam que a deficiência de aprendizagem e memorização pelo uso corriqueiro das tecnologias digitais decorre da diminuição do esforço exigido para processar e recordar uma informação buscada na *internet*. O armazenamento do conteúdo, seja escolar ou recreativo, muitas vezes não é feito dada a segurança de poder acessar a informação com rapidez e facilidade a qualquer momento na *internet*, com conseqüente redução na confiança da memória de longo prazo (LIU et al., 2018 apud PEREIRA et al., 2018).

Porém, as repercussões na mente de crianças e adolescentes pelo uso descomedido da tecnologia não se resumem às questões de vícios, cognição e comportamento, mas envolvem também fatores emocionais. Segundo Santos e Barros (2017), o meio de construção e a qualidade das relações afetivas e sociais têm se modificado, positiva e negativamente, ao passo que os dispositivos eletrônicos tornam-se mais atrativos e incorporam-se à rotina das crianças em detrimento de outras práticas lúdicas.

Positivamente, a magnitude de alcance da *internet* permite relacionamentos com pessoas distantes e, mesmo, previamente desconhecidas, construindo e ampliando vínculos. Negativamente, permite a confecção em *blogs* e redes sociais de uma pessoa virtual com muitos ou até todos atributos requeridos moral e socialmente, o que gera na mídia inúmeros seguidores e muitos comentários de admiração, mas, individualmente, sentimentos de inveja ou frustração por não se ter vida semelhante. Para tanto, já existe o termo “Depressão do *Facebook*”, no qual usuários manifestam sintomas claramente depressivos decorrentes dos sentimentos negativos, como a inveja, que podem aparecer pela observação das postagens de outros indivíduos virtualmente bem-sucedidos (SILVA; CASTRO, 2017).

Outra problemática ocorre quando os usuários, principalmente crianças e jovens que precisam de modelos e exemplos a serem seguidos, desenvolvem intenso desejo em vivenciar aquilo que amigos virtuais bem-sucedidos dizem viver, submetendo-se a imitá-los, a ordens e comandos de todos os tipos com intuito de agradar, alcançar popularidade e aceitabilidade. Porém, nem sempre tal desfecho é favorável e, alguns, frustrados com os resultados, tornam-se sociopatas ou, mesmo, recorrem ao suicídio.

## 2.2.EFEITOS NA SAÚDE SOCIAL

Atualmente, há enorme esforço para o conhecimento significativo das relações infantis com as tecnologias, uma vez que estas podem mediar não só as experiências de socialização, comunicação, lazer e aprendizagem, mas também, as vontades e caprichos irrestritos desses pequenos. Assim, a interação com o meio digital é espreitada por receios e esperanças, sendo comum o dilema dicotômico: mídias ora celebram oportunidades promovidas pela tecnologia, ora enfatizam os perigos.

Conversas em redes sociais como *Facebook*, publicações no *Instagram*, troca de mensagens pelo *smartphone* e jogos são atividades diárias dos jovens e compreendem a sua principal forma de socialização, comunicação e convivência (ITO et al., 2010). Constituem elementos imprescindíveis na integração social, pois a não participação impossibilita conhecer termos e atividades desenvolvidas somente neste cenário como “memes” (novidades relevantes de caráter humorístico desse grupo social) em que os amigos possam estar envolvidos, o que conversam, quem conhecem ou os problemas que têm em comum. De certa forma, criam uma comunidade isolada socialmente decorrente da

cultura cibernética que estabelecem e perdem a interatividade com o mundo real, observada quando o contato pessoal, os amigos físicos e os problemas reais são substituídos pelas redes sociais, comunidades de jogos *on-line* e os amigos virtuais. Logo, os assuntos passam a ser limitados àqueles que envolvem esse ambiente virtual como, estratégias, personagens e dicas de jogos. Em consequência, os assuntos cotidianos de interesse social de todos, incluindo os mais jovens, ficam em segundo plano ou até mesmo são esquecidos, trazendo, assim, problemas para a construção de uma sociedade futura com consciência política.

Desta forma, essas atividades são imperativas em estabelecer o escopo cultural das crianças. Parece um paradoxo afirmar que há isolamento social perante conectividades de crianças e adolescentes em redes sociais, jogos *on-line* e entretenimento, mas reações como o jogar compulsivo, a agressividade, a insônia e o sedentarismo são alguns sinais da dependência que tais atividades geram e do isolamento que promovem. Por isso, entidades como a Organização Mundial de Saúde elaboraram orientações para a prevenção de danos no desenvolvimento social e físico de crianças e adolescentes a partir do conceito “o tempo de tela associado a falta de vida *off-line*”:

As crianças menores de cinco anos devem passar menos tempo sentadas assistindo aos telões, ou contidas em carrinhos de bebê, dormir melhor e ter mais tempo para brincar ativamente se quiserem crescer saudáveis, de acordo com novas diretrizes divulgadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2019).

Dentro desse aspecto, os pais têm papel fundamental em limitar e fiscalizar o acesso à *internet*. Papel este que, quando negligenciado pela correria do dia a dia, tem como consequência a perda da interação familiar e o embotamento afetivo da criança ou adolescente. Não é infrequente crianças e adolescentes que dialogam mais com amigos virtuais que com seus pais e familiares, de modo que seus valores e princípios passam a ser moldados pelo conteúdo a que estão expostos em tela, gerando, principalmente na adolescência, grandes conflitos entre pais e filhos. São menores que não foram conduzidos ao desabrochar afetivo no seio familiar e, portanto, terão de fazê-lo em outro seio, normalmente, o virtual. Em casa, são monossilábicos e passam grande parte do tempo isolados em seus próprios quartos sem compartilhar o dia e as experiências vividas.

É importante lembrar que a adolescência constitui uma fase de grandes transformações somáticas, hormonais e experimentais, no qual tudo o que foi vivenciado na infância é colocado em prática com o intuito de se estabelecer uma vida adulta e madura. Silva e Silva (2017) citam esta fase como de transformações envolvendo mudanças no

processo de comunicação familiar, em que se busca um espaço de voz ativa e afirmação das suas opiniões dentro desse meio. O apego desmedido aos meios eletrônicos, seja por gosto pessoal e/ou negligência dos pais, ainda nessa fase da vida traz problemas para a construção dos vínculos afetivos desses adolescentes com seus familiares, visto que, em meio às inúmeras transformações e à busca por afirmações, a *internet* torna-se um espaço mais atrativo para a exposição de idéias e críticas que deveriam ser tratadas em ambientes pessoais. A consequência é o isolamento entre seus próprios familiares e dentro de sua própria residência.

Mas estas não são as únicas formas de isolamento a que estão sujeitos, pois ainda podem se envolver em relacionamentos hostis, depreciativos e que degradam a imagem do indivíduo no meio social *on-line* e, mesmo *off-line*, como o *cyberbullying* que culmina com isolamento individual como fruto de segregação social. Assim, devido ao contínuo avanço da cultura cibernética é necessário destacar que a exposição a telas de forma ilimitada e, especialmente não supervisionada, tem o potencial de causar danos nos aspectos sociais, educacionais e em outras habilidades imprescindíveis de seus integrantes que são importantes para vida em comunidade como um todo face ao multiculturalismo evidente atualmente na sociedade.

### 2.3.EFEITOS NA SAÚDE FÍSICA

Os dispositivos tecnológicos foram criados como meios facilitadores do trabalho humano uma vez que permitem uma extensão da capacidade física, sensorial, motora e mental do homem. Permitem acesso fácil e disseminação de informações que rapidamente se tornam parte do pensamento humano. Pensamentos repetitivos passam a ser incorporados e se tornam conduta normativa ou hábito de vida. E hábito de vida de um grupo, a longo prazo, modifica a cultura de uma sociedade. Profissionais de saúde devem atentar-se para isso: tecnologia modela o indivíduo! Preocupação maior deve ser dispensada às crianças e aos adolescentes, pois estão em processo de crescimento físico e mental, bem como, construção ética e moral.

É sabido que no desenvolvimento neuropsicomotor da criança as figuras materna e paterna são tidas como referenciais a serem seguidos e imitados (PONTES, 2009). Diante a negligência destes, elas seguirão outros referenciais, como aqueles encontrados na

*internet*, sendo que estes nem sempre são coincidentes com os mesmos valores e princípios de sua família.

Assim, surgem alguns questionamentos: Com o quê e como elas têm sido modeladas? Qual hábito de vida tem incorporado? As respostas para essas perguntas impactam diretamente no presente e no futuro dessas crianças, podendo levar a outro questionamento: elas têm vivido saudavelmente com que tem incorporado pelo uso desmedido de tecnologias?

Saúde, segundo a Organização Mundial de Saúde é definida como estado completo de bem-estar físico, mental e social. No cenário infantil, entende-se que tal bem estar está atrelado à prática de exercícios (brincadeiras e esportes), alimentação adequada, atividades cotidianas e relação com familiares e amigos (CORREA et al., 2015).

Na correria dos dias atuais os pais têm tido dificuldade em desempenhar melhor suas obrigações básicas de progenitores e acabam usando os dispositivos tecnológicos como verdadeiras babás eletrônicas e, assim, são estes que têm formado os conceitos, atitudes e valores das crianças ao invés dos familiares (CORREA et al., 2015).

No estudo de Correa et al. (2015) os pais foram questionados sobre a relação de seus filhos com a tecnologia: a maioria focou na frequência e poucos refletiram sobre a qualidade desta relação. Isso mostra que não só o uso sem dosagem (frequência), mas também o uso sem controle (qualidade) faz com que o mundo virtual, progressivamente, se confunda com o real (SILVA JUNIOR; ROSAS JUNIOR, 2014).

O impacto desse processo de perda da realidade não é visto apenas nos âmbitos social e mental, mas também no físico: tudo consequência de longas e intermináveis horas à frente de telas, estáticos, sem interrupção mesmo para realização de atividades básicas como se alimentar, ir ao banheiro, dormir ou escovar os dentes.

Muitas horas sem intervalo para realização de atividades básicas como urinar e evacuar podem levar a problemáticas como infecção urinária de repetição, com ou sem complicações renais, e constipação intestinal. De igual forma, eles não se dispõem a separar um tempo para o banho e a higiene bucal, o que pode acarretar dermatite seborreica e acne por maior oleosidade da pele, balanopostite e corrimento vaginal, além de mau hálito, cáries e gengivite.

O sedentarismo constitui outro grande problema físico decorrente do uso excessivo de dispositivos tecnológicos. Músculos, ligamentos e articulações que deveriam estar sendo estimulados com brincadeiras de rua e esportes tornam-se flácidos. E, aliados à má



nutrição que fazem (ultraprocessados e industrializados de rápido preparo), evoluem com lesões osteoarticulares e ligamentares, sobrepeso/obesidade e as demais condições crônico-degenerativas interrelacionadas como diabetes, hipertensão arterial e dislipidemia.

O uso exagerado frequentemente não se limita às horas diurnas e se estende pela madrugada, comprometendo o sono de crianças e adolescentes que estão em fase de crescimento linear e, ao inverterm ciclo sono-vigília ou ao limitarem tempo de sono menor que 8 horas por noite, interferem negativamente no pico de secreção do hormônio do crescimento que ocorre às 03:00 horas e, conseqüentemente, em distúrbios do crescimento. Outro hormônio que tem sua secreção fortemente comprometida devido à luz emitida pelas telas (computadores, celulares, televisores, *tablets*) é a melatonina, que quando deficiente desregula o ritmo circadiano (relógio biológico) e aumenta o risco para distúrbios do sono (não atinge a fase REM), distúrbios metabólicos (mudanças na percepção de fome, saciedade e gasto energético), doenças psiquiátricas e até mesmo câncer (WALLACE-GUY et al., 2002; SANTHI et al., 2012).

Retornando às questões iniciais: Com o quê e como elas têm sido modeladas? Qual hábito de vida tem incorporado? Crianças e adolescentes expostas a uso demasiado de tecnologia têm adoecido e produzirão uma sociedade igualmente doente. Para que os frutos colhidos da interação infantil com o mundo digital, que é de importância inquestionável, sejam somente positivos é necessário uso racional dos dispositivos, com controle de frequência e conteúdo, por todos envolvidos no crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes como pais, familiares, educadores, profissionais de saúde e gestores.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dispositivos tecnológicos que permitem acesso a *internet* constituem verdades inevitáveis na atual sociedade e, cada vez mais, essenciais. Advindo deste fato, existem benefícios e malefícios diretamente relacionados com o uso racional e excessivo, respectivamente.

Abreu, Eisenstein e Estefenon (2013) consideram muito bem essa relação benefício *versus* malefício: Reestruturando seu uso como uma realidade quase onipresente em nosso mundo e baseando nossas decisões nas evidências científicas sobre como o uso

das mídias influencia o desenvolvimento das crianças e sua saúde física, mental e social, podemos manejá-las de modo que beneficiem e evitem danos (ABREU; EISENSTEIN; ESTEFENON, 2013, apud SILVA; CASTRO, 2017). Ainda, de acordo com a Unicef (2017) a tarefa deve se concentrar em encontrar meios de permitir às crianças o apoio e a orientação de que precisam para que aproveitem ao máximo suas experiências *on-line*.

Assim, inúmeros e crescentes devem ser os estudos, trabalhos e publicações com enfoque em alertar a sociedade para a promoção do uso racional dos dispositivos tecnológicos por crianças e adolescentes sendo que, para tanto, familiares, educadores, profissionais de saúde e gestores devem ter papel ativo.

#### 4. REFERÊNCIAS

CARVALHO, N.B.V.; SILVA, V.C.P.; BENTO, M.C.M. **Uso de dispositivos móveis por crianças:** um estudo de caso. Disponível em: <<http://abt-br.org.br/wp-content/uploads/2017/03/especial-2016-abt-docente.pdf>>. Acesso em 05/06/2019.

CARVALHO, R.G.G. Isolamento social nas crianças propostas de intervenção cognitivo-comportamental. **Revista Iberoamericana de Educación.**, v.40, p.1-12, 2006.

CORREA, A.M.G.; et al. Percepção de pais acerca do impacto de tecnologias no viver saudável dos seus filhos. **Cogitare Enfermagem**, v.20, p.805-812, 2015.

DIAS, J.D.; MEKARO, M.S.; LU, J.K.C.; Otsuka. J.L.; Fonseca. L.M.M.; Mascarenh. S.H.Z. Serious game development as a strategy for health promotion and tackling childhood obesity. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, 2016.

FARIAS, I.M.S. Os professores e as Tecnologias na escola: limites e perspectivas da inovação. **Tecnologia Educacional.**, n.159/1, 2002/2003,.

ITO, M.; BAUMER, S.; BITTANTI, M.; BOYD, D.; CODY, R.; HERR-STEPHENSON, B.; HORST, H. A. **Hanging out, messing around, and geeking out: Kids living and learning with new media.** Cambridge, London: The MIT Press, 2010.

MEREGALLI, A.C.; et al. **A inclusão digital na educação infantil.** Disponível em: <[http://websmed.portoalegre.rs.gov.br/escolas/revistavirtualagora/artigos/infantil\\_grupo.pdf](http://websmed.portoalegre.rs.gov.br/escolas/revistavirtualagora/artigos/infantil_grupo.pdf)>. Acesso em 30/06/2019.

MONTEIRO, A.F.; OSÓRIO, A.J. **Novas tecnologias, riscos e oportunidades na perspectiva das crianças.** Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37441153003>>. Acesso em 22/06/2019.

OMS. **To grow up healthy, children need to sit less and play more.** Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/detail/24-04-2019-to-grow-up-healthy-children-need-to-sit-less-and-play-more>>. Acesso em 22/06/2019.

OT. **Origem da Tecnologia**. Disponível em: <<https://www.significados.com.br/>>. Acesso em 25/06/2019.

PEREIRA, F.C.; et al. Funções cognitivas e os impactos das tecnologias digitais na memória. **Revista Temas em Saúde**. v.18, p.197-217, 2018.

PINHEIRO, C. Crianças conectadas. **Revista Saúde É Vital**, p.60-63, 2016.

PONTES, T.E.; et al. **Orientação nutricional de crianças e adolescentes e os novos padrões de consumo**: propagandas, embalagens e rótulos. Disponível: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822009000100015>>. Acesso em 25/06/2019.

RIBEIRO, A.C.B.; SILVA, F.O.; ANDRADE, J.P.; SILVA, W.M. O Uso da tecnologia Android para ensino preliminar da língua inglesa para crianças. **Revista da FATEC Zona Sul**, v.1, n.1, 2014.

ROCHA, A.N.D.C.; DELIBERATO, D. Tecnologia assistiva para a criança com paralisia cerebral na escola: identificação das necessidades. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.24, 2016.

SANTHI, N.; et al. The spectral composition of evening light and individual differences in the suppression of melatonin and delay of sleep in humans. **Journal of Pineal Research**, v.53, p.47–59, 2012.

SANTOS, B.V.; SIMÕES, M.M.; GONÇALVES, C.M. Os desafios de desenvolver-se na era digital. **Revista Científica Eletrônica de Psicologia**, 28.ed., v.28, n.1, p.60-66, 2017.

SANTOS, C.C.; BARROS, J.F. **Efeitos do uso das novas tecnologias da informação e comunicação para o desenvolvimento emocional infantil**: uma compreensão psicanalítica. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0435.pdf>>. Acesso em 05/06/2019.

SBP. **Manual de orientação sobre a saúde de crianças e adolescentes na era digital**. Disponível em: <[https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/2016/11/19166d-MOrient-Saude-Crian-e-Adolesc.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2016/11/19166d-MOrient-Saude-Crian-e-Adolesc.pdf)>. Acesso em 05/06/2019.

SCHMIDEK, H.C.M.V.; et al. Dependência de internet e transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH): revisão integrativa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 67, n. 2, p. 126-34, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v67n2/0047-2085-jbpsiq-67-2-0126.pdf>>. Acesso em 05/06/2019.

SILVA JUNIOR, A.S.A.H.; ROSAS JUNIOR, J.R. Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes: Conceitos-chave. **Revista do Laboratório de Estudos da Violência da UNESP**, v.14, p.156, 2014.

SILVA, P.F. **O uso das tecnologias digitais com crianças de 7 meses a 7 anos**: há mudanças na gênese do pensamento operatório de crianças que começam a interagir com

as tecnologias na primeira infância?. (Tese) Doutorado em Informática na Educação - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2017.

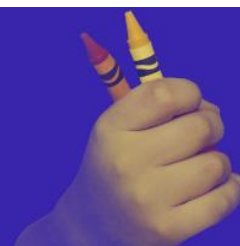
SILVA T.O.; SILVA L.T.G. Os impactos sociais, cognitivos e afetivos sobre a geração de adolescentes conectados às tecnologias digitais. **Revista Psicopedagogia**. v.34(103), p. 87-97, 2017. Disponível: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-84862017000100009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862017000100009)>. Acesso em 30/06/2019.

SILVA, V.A.S.; CASTRO, M.P. O uso abusivo das novas mídias e tecnologias pela sociedade contemporânea. **Revista de Pós-Graduação Multidisciplinar**. v.1, p.231-238, 2017.

UNICEF. **The State of the World's Children 2017: Children in a Digital World**. Disponível em: <[https://www.unicef.org/publications/files/SOWC\\_2017\\_ENG\\_WEB.pdf](https://www.unicef.org/publications/files/SOWC_2017_ENG_WEB.pdf)>. Acesso em 22/06/2019.

WALLACE-GUY, G.M.; et al. Evening light exposure: Implications for sleep and depression. **Journal of the American Geriatrics Society**, v.50, p.738–739, 2002.

# CAPÍTULO 7



# HUMANIZAÇÃO DA FISIOTERAPIA: ATENDIMENTO PEDIÁTRICO HOSPITALAR

Mireilly Marques Resende<sup>1</sup>, Géssica Priscilla da Silva Santos<sup>2</sup> e Quiria Ribeiro da  
Silva Monteiro<sup>3</sup>

1. Centro Universitário Meta – UNIMETA, Coordenação Curso de Fisioterapia, Rio Branco, Acre, Brasil;
2. Centro Universitário Meta – UNIMETA, Supervisão de Estágio de Fisioterapia em Cardiorrespiratória, Rio Branco, Acre, Brasil;
3. Centro Universitário Meta – UNIMETA, Supervisão de Estágio Hospitalar, Rio Branco, Acre, Brasil.

## RESUMO

O ensino superior apresenta desafios cotidianos e exige dos professores e alunos uma postura de colaboração na prática educacional. Os materiais didáticos são ferramentas importantes para os processos de ensino e de aprendizagem, além de educadores e discentes abertos a curiosidade, ao aprendizado ativo e a troca de experiências. A qualidade do ensino superior percorre um caminho de desafios cotidianos no contexto de sala de aula, exigindo dos professores e alunos uma postura de colaboração na prática educacional. O estudante deverá ser formado no contexto integral articulado com ensino, pesquisa e extensão o que inclui a assistência. Alunos do curso de Fisioterapia da Centro Universitário META, realizam atendimento no Hospital da Criança, e dentro de sua vivência hospitalar, desenvolvem os cuidados de Biossegurança na prática hospitalar.

**Palavras – Chave:** Ensino Superior, Humanização e Fisioterapia Hospitalar.

## ABSTRACT

Higher education presents daily challenges and requires teachers and students to collaborate in educational practice. The teaching materials are important tools for teaching and learning processes, as well as educators and students open to curiosity, active learning and exchange of experiences. The quality of higher education walks the path of everyday challenges in the context of the classroom, requiring teachers and students to collaborate in educational practice. The student should be trained in the integral context articulated with teaching, research and extension, which includes assistance. Students of the Physiotherapy course of the META University Center, perform care at the Children's Hospital, and within their hospital experience, develop Biosafety care in hospital practice.

**Keywords:** Higher Education, Humanization and Hospital Physiotherapy.

## 1. INTRODUÇÃO

O ensino superior apresenta desafios cotidianos e exige dos professores e alunos uma postura de colaboração na prática educacional. A estrutura curricular dos cursos da saúde está buscando por meio da prática específica em saúde, por meio de eixos que abordam a relação do ser humano e sua dimensão biológica e sua inserção social, com abordando as ciências humanas com o trabalho em saúde (CAPOZOLLO, 2014).

No Brasil, o ensino superior em Fisioterapia é sustentado pela RESOLUÇÃO CNE/CES 4, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002, que Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia, que é referenciado na Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), Lei no 9.394/1996, e, a partir dela, nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), promulgadas pelo Ministério da Educação a partir de 2001 (PORTAL MEC, 2002).

O mesmo autor, descreve que na área da Saúde, as DCNs têm como finalidade reorientar os projetos pedagógicos dos cursos de graduação para a formação de profissionais direcionados aos princípios e diretrizes do SUS, com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Essas diretrizes direcionam a formação profissional por competências e habilidades, capacitando o formando a atender às necessidades de saúde dos usuários com qualidade, eficiência e resolutividade.

Segundo Batista (2018), objeto de estudo do fisioterapeuta é o movimento humano e o que se propõe por meio das DCNs é um profissional generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual.

O ensino e aprendizagem, deve estimular a curiosidade, ao aprendizado ativo e a troca de experiências e embora a qualidade do ensino superior percorre um caminho de desafios cotidianos no contexto de sala de aula, exigindo dos professores e alunos uma postura de colaboração na prática educacional e o processo de aprendizado da humanização do cuidado vai além da sala de aula; pois envolve aspectos complexos de política, treinamento filosófico, práticas de ensino e atitudes profissionais de saúde e educação conceito de humanização e está sendo uma tendência dentro das instituições de saúde por ser uma alternativa bondosa que promove a felicidade de outrem com generosidade, delicadeza e cordialidade e isso deve ser aprendido pelo aluno ainda em sua formação (IUAMOTO, 2012; MONDADORI, 2016).

De acordo com o Ministério da Saúde é direito de todo cidadão receber um atendimento público de qualidade na área da saúde. Para garantir esse direito, é necessário um esforço coletivo de melhoria do Sistema de Saúde no Brasil, uma ação com potencial para disseminar uma nova cultura de atendimento humanizado.

Com o lançamento do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar que apresenta propostas concretas e ações claramente definidas, como o seu principal objetivo de aperfeiçoar as relações entre profissional de saúde e usuário. O PNH deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS (BRASIL, 2003).

Conforme o PNHAH a humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, por meio da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde.

Segundo Derlandes (2003) o termo humanização vem sendo empregado constantemente na saúde, mesmo não tendo uma definição clara, sendo designada de forma para valorizar e aumentar os cuidados do paciente além de sua subjetividade e cultura, do reconhecimento profissional.

Atualmente o alvo da saúde pública e privada, é a humanização dos atendimentos em saúde e a necessidade de avaliar e tratar o paciente de uma forma global e individualizada, ou seja, não direcionada apenas para o quadro clínico apresentado, mas associando os aspectos físicos com os aspectos psicológicos do indivíduo (BEE, 2003).

O cuidar de forma integrada e humanizada está relacionado com a compreensão do processo de formação dos profissionais de saúde, sendo eles, responsáveis pelo atendimento ao indivíduo e para que isso seja feito de forma eficaz e qualificada, o estado físico, psicológico e mental devem estar em harmonia (CECCIM, 2004).

Conforme levantamento realizado por Backes, Lunardi e Lunardi Filho (2006), as práticas dos profissionais de saúde, vêm desumanizando-se frente à atenção à doença, e não ao ser doente. Ressaltando ainda, a implantação de um processo de humanização no campo interdisciplinar da saúde, fundamentado na ética.

Quando se aborda a internação hospitalar, em especial na criança, alguns sentimentos podem ser desencadeados, como a ruptura do convívio e segurança que a criança experimenta junto a sua família. Fatores físicos, sociais e psicológicos são envolvidos e podem levar a criança a sérios traumas referentes à hospitalização muitas

vezes irreversíveis. A presença dos pais e familiares acompanhando a criança durante a internação no hospital auxilia a diminuir as dificuldades de adaptação e a manter o vínculo com os familiares (SALGUEIRO et al., 2007).

O profissional fisioterapeuta exerce um papel de grande relevância dentro da equipe multidisciplinar, seja na unidade hospitalar ou demais setores de atenção à saúde, sendo evidente seu plano de cuidado no âmbito ambulatorial ou nas unidades de terapia intensiva (UTIs), onde seu maior objetivo é a independência funcional e ganho de qualidade de vida.

### 1.1 A HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A hospitalização é envolvida por um cenário de tensão e insegurança para a criança e seus cuidadores, gerando situações desagradáveis como afastamento do ambiente familiar e atividade escolar, ausência de estímulos sociais assim como exames demorados e dolorosos. Essas situações provoca agitação, recusa ao tratamento, depressão e alterações fisiológicas (WONG, 1999).

Em função de minimizar ou evitar os efeitos provocados pela hospitalização, deve ser realizado pelos profissionais de saúde, práticas de humanização com o intuito de evitar ou minimizar os traumas provocados pela hospitalização. O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), visa garantir uma instituição hospitalar mais preocupada na formação educacional dos profissionais que ali trabalham, aprimorando as relações entre o profissional e usuário, Inter profissionais e a instituição com a sociedade, tornando o ambiente mais moderno, dinâmico e solidário (BRASIL, 2001).

A proposta de humanização da assistência à saúde tem como objetivo a melhoria da qualidade do atendimento ao usuário e das condições de trabalho oferecidas ao profissional. Entende-se que essa proposta está em confronto com as políticas mundiais de saúde e com a necessidade de redução dos custos excessivos e desnecessários decorrentes da ignorância e descaso seja ela no âmbito público ou particular (BRASIL, 2005).

As condições de trabalho, a carga horária excessiva, tem potencializado a desumanização no ambiente hospitalar (BACKES, 2006); porém para se considerar um ambiente humanizado, considera-se que a estrutura física e tecnológica deve estar adequada; expressão de respeito a todos que compõem o ambiente, inclusive usuários do



serviço, acompanhantes e os profissionais inseridos no cenário hospitalar (BACKES, DIRCE, 2006).

## 1.2 PAPEL DO PROFISSIONAL FISIOTERAPEUTA NA HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR

Os diferentes serviços de fisioterapia surgiram a partir da necessidade de recursos materiais e mão de obra diferenciada para o atendimento de pacientes em diversas condições. Entretanto, o paciente que se submete a cuidados de fisioterapia precisa de cuidados individuais, relacionados não apenas aos problemas fisiopatológicos, mas também para as questões psicossociais, que se tornam intimamente interligadas à doença física (LOPES; BRITO, 2009).

Um bom profissional precisa ter a habilidade de perceber as características particulares dos indivíduos que trata, conseguindo traçar estratégias que possam facilitar ou otimizar o seu atendimento, fazendo com que a adesão do paciente seja possível, alcançando, com isso, resultados mais eficazes e rápidos (SALGUEIRO; RAMOS; FALK, 2007).

Torna-se indispensável, então, durante a graduação uma consciência profissional multidisciplinar, multifocal, em que o paciente seja tratado como um ser humano diversificado, distinto e pessoal, e não apenas como um conjunto de alterações orgânicas que precisam ser solucionadas (BEE, 2003).

A prática da fisioterapia pediátrica é definida por uma estrutura legal e ética, e o conhecimento da legislação relevante ao seu campo de trabalho é um fator importante para a competência de um fisioterapeuta que atua na área da reabilitação em pediatria. Esses profissionais devem conscientizar-se do desequilíbrio entre o poder e o conhecimento existente em sua relação profissional com a criança e a família, além de adotarem medidas conscientes para prevenir um relacionamento superficial e desigual

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo baseou-se na observação com abordagem descritiva dos fatos vivenciados. A vivência foi realizada no município de Rio Branco Acre, Brasil, tendo como cenário o Hospital da criança. Um ofício foi encaminhado ao setor responsável pelo

atendimento fisioterápico, solicitando a entrada dos alunos para vivência prática e entrevista com profissionais voluntários que relatassem sua atividade na rotina hospitalar. Após o deferimento pelo coordenador do serviço de fisioterapia, 20 acadêmicos do primeiro período do curso de fisioterapia, divididos em cinco grupos com quatro componentes cada realizaram a visita ao hospital da criança para acompanhamento da rotina dos atendimentos dos profissionais do serviço e acompanhar a rotina do estágio obrigatório em fisioterapia com a supervisão de um professor. Foi realizada entrevista com três profissionais que voluntariamente aceitaram relatar a experiência durante o seu tempo no serviço como fisioterapeuta. Os discentes foram acompanhados por um profissional do hospital que apresentou as áreas de atendimentos aos pacientes durante o período de internação da criança. Após a visita e em sala de aula foi dada a oportunidade desses alunos externarem sua experiência junto a um profissional fisioterapeuta no âmbito hospitalar.

### 3. RELATO DE EXPERIÊNCIA

O ensino superior apresenta desafios cotidianos e exige dos professores e alunos uma postura de colaboração na prática educacional. Os materiais didáticos são ferramentas importantes para o processo de ensino e aprendizagem (Figura 1), além de educadores e discentes abertos a curiosidade, ao aprendizado ativo e a troca de experiências.

Oportunizar uma vivência prática que apresentou a rotina de atendimento do profissional de fisioterapia (Figura 2), mostrou ao discente que para formar um profissional consciente de suas responsabilidades frente a saúde de uma criança interna.

O entendimento do conceito sobre humanização corroborando Luamoto, (2012) e Mondadori (2016), é uma alternativa bondosa que promove a felicidade de outrem com generosidade, delicadeza e cordialidade e isso deve ser aprendido pelo aluno ainda em sua formação (Figura 3).



**Figura 1.** Processo Ensino Aprendizagem.



**Figura 2.** Entrevista com profissional do setor.



**Figura 3.** Experiência de atendimento com a criança interna.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na comunidade científica a relevância reside em fornecer informações de novas abordagens metodológicas aplicadas na práxis do ensino em saúde, no intuito de contribuir para o conhecimento e rompimento de paradigmas da educação de universitários, além de servir de base para novos estudos sobre o tema abordado.

#### 5. REFERÊNCIAS

BACKES, D.S.; LUNARDI, V.L.; LUNARDI FILHO, W.D. **A humanização hospitalar como expressão da ética.** 2006.

BATISTA, N.A; ROSSIT, R.A.S; BATISTA, S.H.S.S; SILVA, C.C.B.; et. al. Educação interprofissional na formação em Saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, Santos, Brasil. **Revista INTERFACE, Comunicação, Saúde e Educação.**, v.22, supl.2, p.1705-15, 2018.

BEE, H. **A Criança em Desenvolvimento**. 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CAPOZOLLO, A.A.; Casetto, S.J.; Imbrizi J.M. Narrativas na formação comum de profissionais de saúde. **Trab. Educ. Saúde**, v.12 n.2, p.443-456, 2014.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, p.7-14, 2004.

IUAMOTO, L.R.; NAKAYAMA, J.T.; et.al. Extensão Médica acadêmica: um projeto da Faculdade de Medicina da universidade de São Paulo para treinamento clínico e humanização do cuidado em saúde de alunos da medicina, nutrição e fisioterapia. **Rev Med.**, v.91, n.3, p.194-7, 2012.

LOPES, F.M.; BRITO, E.S. Humanização da assistência da fisioterapia: estudo com pacientes no período pós-internação em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.21, n.3, 2009.

MONDADORI, A.G.; ZENI, E.M.; OLIVEIRA, A. Humanização da fisioterapia em Unidade de Terapia Intensiva Adulto: estudo transversal. **Fisioter. Pesqui.**, v.23, n.3, p.294-300, 2016.

POUNTNET, T. **Fisioterapia pediátrica**. Elsevier Brasil, 2008.

PORTAL MEC. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>. Acesso em: 20 de jun de 2019.

SALGUEIRO, J.B.; et al. Avaliação das ações humanizadoras desenvolvidas na pediatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Revista HCPA**, v.27, n.2, p.5-9, 2007.

# CAPÍTULO 8



## ENVELHECIMENTO E ALTERAÇÕES COGNITIVAS: O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA DETECÇÃO PRECOCE

**Valgerlângela Maria Sousa da Silva<sup>1</sup>, Valéria Teixeira da Costa Matos<sup>2</sup>, Genilda de Andrade Barbosa<sup>3</sup>, Ellen Caroline Nobre Santos<sup>3</sup>, Marcos Antonio de Oliveira Souza<sup>4</sup>, Carlos Filgueiras de Assis Junior<sup>5</sup>, Emmerson Corrêa Brasil da Costa<sup>2,3,5</sup>**

1. Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco (SEMSA), Rio Branco, Acre, Brasil;
2. Universidade Federal do Acre (UFAC), Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde (MECS), Rio Branco, Acre, Brasil;
3. Universidade Federal do Acre (UFAC), Programa de Pós-Graduação em Ciência Inovação e Tecnologia Para a Amazônia (CITA), Rio Branco, Acre, Brasil;
4. Universidade Federal do Acre (UFAC), Centro de Ciências Biológicas e da Natureza (CCBN), Rio Branco, Acre, Brasil.
5. Universidade Federal do Acre (UFAC), Centro de Ciências da Saúde e do Desporto (CCSD), Rio Branco, Acre, Brasil.

### RESUMO

Os déficits cognitivos são observados no processo de envelhecimento natural e representa perdas na função normal do organismo. Durante o processo de envelhecimento as pessoas desenvolvem incapacidade cognitiva progressiva que podem ser de moderada a grave. O declínio gradual nas funções cognitivas, estão relacionados com envelhecimento normal, que levam as perdas da memória. Diversos processos patológicos podem produzir a síndrome demencial, e as peculiaridades de sua apresentação clínica dependerão de sua etiologia. Por isso, a atenção à saúde do idoso reveste-se de grande preocupação, considerando que essa faixa etária se caracterizam pela sua cronicidade e complexidade, interferindo na qualidade de vida do idoso. A avaliação da capacidade funcional torna-se essencial para a escolha do melhor tipo de intervenção e monitorização do estado clínico funcional dos idosos. O Mini Exame do Estado Mental é um breve instrumento de rastreio neuropsicológico que medem funções cognitivas, e pode assim auxiliar a Estratégia Saúde da Família a promoverem ações que sejam executadas focalizada e previamente com qualidade e efetividade, evitando agravos maiores para o idoso.

**Palavras-Chave:** Declínio Cognitivo, Idoso e Saúde.

### ABSTRACT

Cognitive deficits are observed in aging process and normal function of the organism. During the aging process people develop progressive cognitive impairment that can be moderate to severe. The cognitive functions decline, are related to normal aging, which lead to memory loss. Several pathological processes may develop the dementia and clinical

characteristics that depend on etiology. Therefore, attention to the health of the elderly is of great concern, considering that this age group is characterized by chronicity and complexity, interfering in the quality of life of the elderly. The functional capacity of the body is essential to determine the treatment of elderly clinical stage. The Mini Mental State Examination is a brief test cognitive function that can help the Family Health Strategy to determine actions that may be applied to the quality and effectiveness of the elderly person.

**Keywords:** Cognitive Decline, Elderly and Health.

## 1. INTRODUÇÃO

A definição de envelhecimento é um tanto complexa, difícil de conceituar, pois ela ocorre diferentemente entre os indivíduos (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010). A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define que o envelhecimento é um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (FARIAS; SANTOS, 2012; OMS, 2015).

O envelhecimento não é um estado, mas antes um processo de degradação progressiva e diferencial, que afeta todos os seres vivos e o seu termo natural é a morte do organismo (MASCARELLO, 2013).

A velhice apresenta uma dimensão existencial, cuja relação da pessoa modifica com o tempo, gerando mudanças em suas relações com o mundo e com sua própria história (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010; HAMMERS; ZAGONEL; LENARDT, 2007). A velhice acarreta consequências psicológicas e certos comportamentos são considerados, como característica da idade avançada (SCHIMIDT; SILVA, 2012).

É importante destacar que o ritmo e os efeitos dessas mudanças não são iguais para todos, pois variam de acordo com as diferenças individuais e de grupos etários e esse processo será mais ou menos saudável dependendo de eventos de natureza genético-biológica, sócio-histórica, psicológica, social, cultural e econômica vivenciada por cada indivíduo (NERI, 2014). Essas mudanças são amplas e complexas (Figura 1).

| ENVELHECIMENTO HUMANO  |  |   |   |  |
|--|--|---|---|--|
| BIOLÓGICO  | PSICOLÓGICO  | SOCIAL  | CULTURAL  | ECONOMICO  |
| Envolve a deterioração do organismo e a diminuição da sua capacidade de resposta ao estresse ambiental, marcado por modificações celulares, funcionais e moleculares, aumentando a possibilidade de morte. | Está relacionado com alterações nas capacidades de percepção, rapidez da aprendizagem e memória; envolve o senso de subjetividade de idade, ou seja, a percepção que o indivíduo tem da sua idade, que pode ser diferente da idade | Compreende alterações dos papéis desempenhados na sociedade. Está relacionado com a avaliação do indivíduo sobre seu desempenho nos papéis e comportamento esperados na sociedade para as pessoas de sua idade. | Está relacionado com a forma como cada cultura lida com a velhice e com a pessoa idosa. | Envolve aspectos como renda, aposentadoria custos com saúde, cuidados e mercado de trabalho. |

**Figura 1.** Aspectos relacionados ao envelhecimento humano- dimensões.

**Fonte:** Adaptado de Neri (2014).

As pessoas se adaptam ao meio pelo uso de várias características psicológicas, como aprendizagem, memória, inteligência, controle emocional, estratégias de *coping*, um processo dinâmico, recursos cognitivos, emocionais e comportamentais que o indivíduo emprega na tentativa de lidar com situações estressoras, que pode estar em constante mudança, de acordo com as reavaliações feitas sobre o evento, e poder ter como consequência resultados melhores ou piores do que a situação inicial (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). Durante o processo de envelhecimento normal, algumas capacidades cognitivas como a rapidez de aprendizagem e a memória diminuem naturalmente com a idade. No entanto, essas perdas podem ser compensadas por ganhos em sabedoria, conhecimento e experiência (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

A presença de enfermidade não é exclusiva da idade mais avançada, o envelhecimento pode ser saudável se, associadas a ele, forem realizadas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças durante toda a vida da população. Essas intervenções são fundamentais para reduzir esses desafios que são atuais, mas também



futuros (VERAS, 2012). Essa revisão visa abordar sobre as alterações cognitivas que acometem o indivíduo no envelhecimento e a importância da atenção primária no rastreio precoce dos indivíduos com declínio cognitivo.

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 ALTERAÇÕES COGNITIVAS NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Algumas habilidades cognitivas, como o vocabulário, são resilientes ao envelhecimento cerebral e podem até melhorar com a idade. Outras habilidades, como raciocínio conceitual, memória e velocidade de processamento, diminuem gradualmente ao longo do tempo. Existe uma heterogeneidade significativa entre os adultos mais velhos na taxa de declínio em algumas habilidades, como medidas de raciocínio perceptual e velocidade de processamento (HARADA; LOVE; TRIBEL, 2013).

O envelhecimento humano é um processo dinâmico e multifatorial que ocorre ao longo de todo o curso de vida e que é acompanhado de mudanças estruturais e neurofisiológicas, com variados graus de declínio cognitivo (BERTOLUCCI; MINETT, 2007).

Os déficits cognitivos são comumente observados no processo de envelhecimento natural e representa perdas na função normal do organismo. A cognição é um conjunto de capacidades mentais que permitem ao indivíduo compreender e resolver os problemas do cotidiano, formada pela memória (capacidade de armazenamento de informações), função executiva (capacidade de planejamento, antecipação, sequenciamento e monitoramento de tarefas complexas), linguagem (capacidade de compreensão e expressão da linguagem oral e escrita), praxia (capacidade de executar um ato moto), gnosia/percepção (capacidade de reconhecimento de estímulos visuais, auditivos e táteis) e função visuoespacial (capacidade de localização no espaço e percepção das relações dos objetos entre si) (BERTOLUCCI; MINETT, 2007).

Durante o processo de envelhecimento, aproximadamente 15% das pessoas desenvolvem incapacidade cognitiva progressiva, em média 5% das pessoas acima de 65 anos e 20% acima de 80 anos desenvolvem demência moderada a grave (GURIAN et al., 2012).

Os declínios cognitivos apresentam as seguintes características: esquecimento dos fatos recentes, dificuldades de calcular, mudanças no estado de atenção, diminuição da concentração e do raciocínio. Também afeta a qualidade de vida do idoso por conduzir a perda de sua autonomia e independência (RICCI; KUBOTA; CORDEIRO, 2005; HOLZ et al., 2013).

Estudos demonstram que alterações nas funções cognitivas, juntamente com variáveis sociais, econômicas, demográficas e de saúde, podem ser fatores de risco para fragilidade. Além da idade, raça, sexo, classe social, a fluência na linguagem e o nível de escolaridade são apontados como tendo um maior impacto na cognição e nos testes cognitivos (FARIAS et al., 2013). Além de alterações da memória, estudos mostram que o envelhecimento relaciona-se também ao declínio das funções executivas e da linguagem (KLIEGEL; ESCHEN; THONE-OTTO, 2004; PIGUET et al., 2002).

No desenvolvimento intelectual do envelhecimento, existe uma perda nas capacidades cognitivas em virtude do baixo funcionamento neurológico, sensorial e psicomotor, o que reflete na capacidade de adaptação do indivíduo. Entretanto, podem haver mudanças qualitativas na vida adulta e na velhice que irão depender muito mais das oportunidades oferecidas pela cultura do que dos mecanismos genético-biológicos. A perspectiva *Life-Span* é uma abordagem de orientação dialética que tem colaborado expressivamente para as mudanças de paradigma acerca da velhice, que pode ser categorizado em três tipos: i) envelhecimento normal; ii) patológico; e iii) saudável, com excelente qualidade de vida com engajamento ativo com a vida (BALTES; REESE; LIPSITT, 1980).

Outro conceito central da perspectiva *Life-Span* é o de plasticidade, que se refere ao potencial de mudança de um indivíduo e à sua flexibilidade para lidar com novas situações (BALTES; REESE; LIPSITT, 1980). O grau de plasticidade é consoante à capacidade de reserva da pessoa, constituída por recursos internos e externos que mudam de acordo com o tempo e com a situação (STAUDINGER; MARSISKE; BALTES, 1993). Assim, as limitações decorrentes do envelhecimento podem ser minimizadas pela ativação dessas capacidades, dependendo do grau de plasticidade individual (BALTES; REESE; LIPSITT, 1980).

Horn e Cattell (1966) propôs o modelo bifatorial de inteligência que tem demonstrado as diferentes trajetórias que as habilidades cognitivas podem seguir ao longo do envelhecimento. Segundo o modelo, a inteligência se divide em i) inteligência fluida, que é

a capacidade de utilizar o raciocínio pouco habitual e a resolução de problemas que não estão facilmente disponíveis na vida prática; e ii) a inteligência cristalizada, que inclui os conhecimentos que são reforçados ao longo da vida, tornando-se habilidades familiares (HORN; CATTELL, 1966; LEZAK et al., 2012).

As habilidades cristalizadas permanecem estáveis ou melhoram gradualmente a uma taxa de 0,02 a 0,003 desvios padrão por ano através das sexta e sétima décadas de vida. Essa inteligência cristalizada é devido ao acúmulo de informações com base em experiências de vida, os adultos mais velhos tendem a ter um desempenho melhor em tarefas que exigem esse tipo de inteligência em comparação com adultos mais jovens. Em contraste, a inteligência fluida refere-se a habilidades envolvendo resolução de problemas e raciocínio sobre coisas que são menos familiares e independentes do que aprendemos (HARADA; LOVE; TRIBEL, 2013).

A cognição de fluidos inclui a habilidade inata de uma pessoa para processar e aprender novas informações, resolver problemas, atender e manipular o meio ambiente (ELIAS; SAUCIER, 2006). A função executiva, a velocidade de processamento, a memória e a capacidade psicomotora são consideradas domínios cognitivos fluidos. Muitas habilidades cognitivas fluidas, especialmente a capacidade psicomotora e a velocidade de processamento, atingem o pico na terceira década de vida e depois diminuem a uma taxa estimada de -0,02 desvios padrão por ano (LEZAK et al., 2012).

No estudo longitudinal de Craik e Bialystok, (2006), demonstrou que as habilidades associadas à inteligência fluida declinam precocemente e de forma acentuada, enquanto as habilidades relacionadas à inteligência cristalizada tendem a se manter estáveis ao longo do ciclo vital (CRAIK; BIALYSTOK, 2006).

No estudo de Charlton et al. (2009), que investigou as diferenças relacionadas à idade na teoria da mente e explorou a relação entre habilidade cognitiva e medidas estruturais do cérebro, tiveram como resultado que a teoria da capacidade mental diminuiu com o aumento da idade e a relação entre a teoria da mente e a idade foi totalmente mediada pela inteligência de desempenho, função executiva e velocidade de processamento da informação e foi parcialmente mediada pela inteligência verbal. (CHARLTON et al., 2009).

### 2.1.1 ALTERAÇÕES COGNITIVAS NO ENVELHECIMENTO NORMAL

O declínio gradual nas funções cognitivas, estão relacionados com envelhecimento normal, e são dependentes de processos neurológicos que se alteram com a idade, que levam as perdas da memória, principalmente as que se refletem em dificuldade para recordar nomes, números de telefone e objetos guardados são as mais frequentes (REIS et al., 2009).

Alterações cognitivas são esperadas no envelhecimento normal principalmente na atenção complexa, ocorre o declínio na sensibilidade e na acuidade sensorial; lentificação do tempo de resposta; perda de destreza e dos movimentos finos (VERHAEGHEN; CERELLA, 2002; PAXTON et al., 2008). Efeitos da idade variam de acordo com a complexidade de execução de tarefas ligadas a *span* se mantém estáveis, enquanto tarefas que envolvam atenção dividida podem estar prejudicadas (ARDILA; BERNAL, 2007).

Na função executiva, ocorre a preservação de raciocínio para material familiar. Declínio de habilidades como solucionar problemas não familiares ou complexos, prejuízo na flexibilidade mental e na distinção entre elementos relevantes e não relevantes para solucionar um problema. Funções pré-frontais sofrem alterações, como memória operacional, inibição e manutenção de objetivos (BRITO-MARQUES; CABRAL-FILHO, 2004).

A função de aprendizagem e memória, sofrem falhas no desempenho de testes de memória e podem sofrer influência de outros fatores, tais como redução da automonitorização e de falhas estratégicas e executivas. Redução considerável na memória operacional e na memória visual mais do que na memória verbal. Na linguagem em geral, as habilidades verbais tendem a se manter estáveis ao longo do envelhecimento. Vocabulário e raciocínio verbal podem, inclusive, apresentar melhora mesmo em décadas avançadas (VERHAEGHEN; CERELLA, 2002).

Na função perceptomotor, ocorre análise perceptual básica, reconhecimento de objetos e formas e a cópia de figuras simples se mantêm intactos, ocorre declínio no julgamento visuoespacial (BRITO-MARQUES; CABRAL-FILHO, 2004). Na acurácia ao realizar cópias complexas e interferência na lentificação (PAXTON et al., 2008).

Na função cognição social, há presença de declínio nas habilidades de teoria da mente ocorre juntamente com o declínio de outras áreas, como quociente intelectual de execução, função executiva e velocidade de processamento (VERHAEGHEN; CERELLA, 2002).

## 2.1.2 ENVELHECIMENTO E AS DEMÊNCIAS

A demência é um emergente problema de saúde pública, pois é uma das doenças mais comuns no idoso e a maior causa de incapacidade e mortalidade. Com envelhecimento populacional essa doença assume proporções epidêmicas, estando presente em 10% dos indivíduos acima de 65 anos e em 50% dos indivíduos acima de 85 anos. Abaixo dos 60 anos, a incidência é muito baixa (0,5%) e aumenta com o avançar da idade, podendo chegar a mais de 50% da idade muito avançada (NITRINI et al., 2005; FARIA et al., 2011).

A demência é uma diminuição no funcionamento mental ou cognitivo, caracterizada por pelo menos dois déficits cognitivos, incluindo o de memória, associados ao comprometimento do funcionamento cotidiano do indivíduo. Além dos déficits de memória, uma demência deve apresentar o desenvolvimento de pelo menos uma das seguintes perturbações cognitivas: afasia, apraxia ou uma perturbação do funcionamento executivo (envolve a capacidade de pensar abstratamente e planejar, iniciar, sequenciar, monitorar e cessar um comportamento complexo) (JUNIOR; MARTINS; MARIN, 2016).

Diversos processos patológicos podem produzir a síndrome demencial, e as peculiaridades de sua apresentação clínica dependerão de sua etiologia. Essas doenças podem ser classificadas em dois grandes grupos: demências irreversíveis (como a doença de Alzheimer, demência vascular, demências fronto-temporal, demência com corpúsculo de Lewy e demência subcortical) e demências potencialmente reversíveis (secundárias a um comprometimento do sistema nervoso central, como condições que afetam esse sistema e se cronificam em distúrbios psiquiátricos) (VERHAEGHEN; CERELLA, 2002).

A maioria dos estudos de incidência de demência segundo sua etiologia demonstra que a doença de Alzheimer é a causa mais frequente, compreendendo cerca de 50 a 70% do total das demências, seguindo-se a demência vascular, cuja frequência está entre 20 a 30% e que ocorre em consequência de hipertensão ou arteriosclerose (PAPALÉO; KLEIN, 2007; NITRINI; CAIXETA, 2006).

Estudos avaliaram a frequência estimada de demência segundo a faixa etária, e foi demonstrado que a prevalência dobra a cada cinco anos. Em 30 anos, a partir dos 60 anos de idade, ela passava de 0,7 a 38,6% (FILHO; NETO; MAIA, 2013). Teixeira e Caramelli, (2006), relatam que a prevalência de todos os tipos de demência é maior entre mulheres.

Um estudo na cidade de São Paulo avaliou 100 pacientes ambulatoriais com demência atendidos em hospital público e em clínica privada, e constatou que a doença de Alzheimer (DA) foi a causa principal de demência (54%), independente do nível socioeconômico dos pacientes (FILHO; NETO; MAIA, 2013).

No estudo epidemiológico, realizado na cidade de Catanduva, no interior do Estado de São Paulo, a DA, isoladamente, foi responsável por 55,1% dos casos de demência acima dos 64 anos de idade, enquanto a DA associada à doença cerebrovascular, foi responsável por 14,4%. A demência vascular, isoladamente, correspondeu a 9,3% dos casos e outras demências primárias, como demência frontotemporal e demência de corpos de Lewy, com 2,6 e 1,7%, respectivamente (TEIXEIRA; CARAMELLI, 2006).

No estudo de Filho, Neto e Maia (2013), com idosos acompanhados pela estratégia saúde da família, 30,7% dos idosos apresentaram diagnóstico possível de Alzheimer, dentre estes 36,3% pertenciam a faixa etária de 80 anos a mais (FARIA et al., 2011).

## 2.2 ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A atenção à saúde do idoso reveste-se de grande preocupação, considerando que essa faixa etária apresenta necessidades específicas que se caracterizam pela sua cronicidade e complexidade, o que interfere fortemente na sua qualidade de vida e demanda cuidados adequados (PAPALÉO; KLEIN, 2007; BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, estabelecida pela Portaria n.º 2.528, que tem como meta a atenção à saúde adequada e digna para os idosos, recuperar, manter e promover a autonomia e independência, em consonância com os princípios do SUS. Essa Política também define que a atenção à saúde da população idosa terá como porta de entrada a Atenção Básica, tendo como referência a rede de serviços especializados de média e alta complexidade. As diretrizes desta Política visam a promoção do envelhecimento ativo e saudável, atenção integral à saúde da pessoa idosa, estímulo às ações intersetoriais, provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa, estímulo à participação e fortalecimento do controle social, formação e educação permanente dos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde na área de saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2017).

Existem duas formas de efetivar o cuidado à pessoa idosa na atenção básica. A primeira delas é a Atenção Continuada, ou longitudinalidade, que consiste no

acompanhamento do indivíduo em longo prazo, onde é possível perceber as intercorrências no idoso, reações medicamentosas inadequadas, bem como as corrigindo, negociar mudanças de hábitos gradualmente e assim estreitar os vínculos entre o usuário e a equipe de saúde. A segunda forma é a visita domiciliar, sendo um momento único e essencial para determinar as necessidades específicas daquele idoso, baseado no contexto em que está inserido, possibilitando à equipe reconhecer idosos em situação de abandono ou maus-tratos, ou qualquer outra situação em que seus direitos estejam sendo negligenciados (BRASIL, 2007).

### 2.2.1 RASTREIO COGNITIVO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA PELO MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

A deficiência cognitiva, desde formas leves até a demência, é uma importante preocupação social e de saúde, principalmente entre indivíduos idosos (JACINTO et al., 2011). O rastreio cognitivo pode ser considerado o primeiro passo para o diagnóstico de demências (APRAHAMIAN et al., 2008; FERRI et al., 2005).

No Brasil, a maioria dos indivíduos idosos são atendidos por clínicos gerais em uma variedade de configurações, incluindo unidades de saúde básicas públicas, hospitais terciários baseados em universidades e práticas privadas (RODRIGUES et al., 2008).

Vários estudos na literatura médica mostraram que, em idosos, o comprometimento cognitivo e outros distúrbios neuropsiquiátricos, como a depressão, não são frequentemente diagnosticados em contextos de atenção primária em países como Estados Unidos e Haváí (VALCOUR et al., 2000; LORENTZ et al., 2002; FINKEL, 2003; BARRET et al., 1997).

O reconhecimento de demência por médicos de atenção primária ainda é pouco. As taxas relatadas de demência negligenciada estão entre 35% e mais de 90% (BARRET et al., 1997; HENRIQUES et al., 2009; LARSON, 1998; CALLAHAN et al., 1995; ILIFFE, 1991; WORRALL; MOULTON, 1993). No entanto, os padrões de cuidados sugerem que os médicos devem iniciar uma busca precoce de causas reversíveis de demência, e algumas pesquisas (O'CONNOR et al., 1988; VALCOUR et al., 2000), sugerem que há um benefício para a intervenção precoce com inibidores da colinesterase. A maioria das pesquisas sobre o reconhecimento da demência nos Estados Unidos foi realizada em centros acadêmicos, mas a maioria dos pacientes recebe seus cuidados em um ambiente de prática privada

(LARSON, 1998; CALLAHAN et al., 1995; ILIFFE et al., 1991; WORRALL; MOULTON, 1993; O'CONNOR et al., 1988).

É importante salientar que estudos mostram que mesmo em países desenvolvidos como Reino Unido, a demência é subdiagnosticada em 52% (DEPARTMENT OF HEALTH, 2013). Já, em países em desenvolvimento como a Índia, foi relatada uma taxa de subdiagnóstico em 90% (DIAS; PATEL, 2009). Baseado nesses dados, Nakamura et al (2015) estimam que no Brasil, 77% da população brasileira não tenham sido diagnosticadas com demência, isso equivaleria a aproximadamente 800.000 de indivíduos não diagnosticados (NAKAMURA et al., 2015).

Dentre as formas mais comuns de perda de capacidade funcional apresentada no idoso, o déficit cognitivo chama a atenção pela dificuldade de diagnóstico e de tratamento, por isso, a avaliação da capacidade funcional do idoso é primordial para a escolha do melhor tipo de intervenção e monitorização do estado clínico-funcional (BARBOSA et al., 2014).

É importante salientar que estudos mostram que mesmo em países desenvolvidos como Reino Unido, a demência é subdiagnosticada em 52% (DEPARTMENT OF HEALTH, 2013). Já, em países em desenvolvimento como a Índia, foi relatada uma taxa de subdiagnóstico em 90% (DIAS; PATEL, 2009). Baseado nesses dados, Nakamura et al (2015) estimam que no Brasil, 77% da população brasileira não tenham sido diagnosticadas com demência, isso equivaleria a aproximadamente 800.000 de indivíduos não diagnosticados (NAKAMURA et al., 2015).

A avaliação da capacidade funcional torna-se essencial para a escolha do melhor tipo de intervenção e monitorização do estado clínico funcional dos idosos. Dentre as formas mais comuns de perda de capacidade funcional apresentada no idoso, o déficit cognitivo chama a atenção pela dificuldade de diagnóstico e de tratamento (BARBOSA et al., 2014).

Após um estudo de caso controle com pacientes psiquiátricos (casos com demência, com depressão e perdas cognitivas e com depressão sem perdas cognitivas, e idosos “normais”), e uma investigação clínica, também realizada com pacientes psiquiátricos, os autores chegaram a um instrumento abreviado, com evidências de validade e fidedignidade, de aplicação simples e rápida e passível de ser aplicado após um treinamento também simples e rápido (MELO et al., 2015).

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) é um breve instrumento de rastreio neuropsicológico que consiste em duas seções que medem funções cognitivas. A primeira



seção contém itens que avaliam orientação temporal e espacial, memória imediata, atenção/concentração, totalizando 21 pontos; a segunda mede a capacidade de nomeação, de obediência a um comando verbal e um escrito, de redação livre de uma sentença e de cópia de um desenho complexo (polígonos), perfazendo nove pontos (BRUCKI et al., 2003; JORM, 1994; NITRINI et al., 2005; NITRINI et al., 2004; TAKADA et al., 2006; PFEFFER et al., 1982; SHEIKH; YESAVAGE, 1986; BUSTAMANTE et al., 2003). O escore total é de 30 pontos baseados em itens dicotômicos. Os pontos de corte 23/24 são usados por recomendação de Folstein et al. (1975), como sugestivos de déficit cognitivo.

Desde o final da década de 1980, Bertolucci et al. (1994), têm sido usadas versões traduzidas do MEEM original e adaptadas para as peculiaridades da população idosa brasileira, nos contextos clínicos e de pesquisa, (BERTOLUCCI et al., 1994; BRITO-MARQUES; CABRAL-FILHO, 2004; LOURENÇO; VERAS, 2006; SEABRA et al., 1990). Até o momento, não há consenso quanto aos pontos de corte para declínio cognitivo no Brasil. A escolaridade tem recebido atenção especial, sendo alvo de análises efetuadas com diferentes amostras, visando-se principalmente a adequação dos pontos de corte (BERTOLUCCI et al., 1994; MELO; BARBOSA, 2015; BRUCKI et al., 2003; JORM, 1994; BRITO-MARQUES; CABRAL-FILHO, 2004; LOURENÇO; VERAS, 2006; SEABRA et al., 1990).

As medidas de sensibilidade e especificidade são diretamente influenciadas por fatores tais como o viés de escolaridade, que parece ser o ponto mais crucial dos instrumentos de rastreio cognitivo para demência. Em uma revisão sistemática, os autores encontraram que 44% dos instrumentos utilizados em atenção primária, sofrem influência dos anos de estudo no desempenho do sujeito (YOKOMIZO; SIMON; BOTTINO, 2014).

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os problemas associados ao envelhecimento da população foram enfrentados por países economicamente desenvolvidos quase um século atrás, estes tiveram um preparo para o enfrentamento do fenômeno envelhecimento.

O Brasil agora está vivenciando e tendo que lidar com o rápido envelhecimento da população e deve começar a desenvolver estratégias no futuro próximo para evitar graves repercussões. As dimensões do envelhecimento humano impulsa a esses desafios.

As mudanças demográficas e epidemiológicas demonstram que é necessário um preparo para as demandas crescentes, principalmente às questões da manutenção da funcionalidade da pessoa idosa. Conhecer as características sociodemográficas, condições de saúde e a funcionalidade do idoso são inerentes ao processo de trabalho dos profissionais de saúde.

O comprometimento cognitivo tem sido bem comum no processo de envelhecimento, é atualmente um problema de saúde pública. O declínio cognitivo na pessoa idosa demanda avaliação criteriosa, rápida e precoce possibilitando intervenções para a promoção da qualidade de vida a todos os envolvidos. Assim sendo, o MEEM pode ser uma ferramenta importante para rastreio desses indivíduos, e assim promover uma melhor qualidade de vida.

São raros os estudos sobre os assuntos aqui abordados principalmente na região norte do país. Os dados demonstram a necessidade de compreender as disfunções cognitivas e mais estudos sobre essa temática na população idosa, para que ações sejam executadas focalizada e previamente com qualidade e efetividade, evitando agravos maiores.

#### 4. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O.P.; CROCCO, E.I. Percepção dos déficits cognitivos e alterações do comportamento em pacientes com doença de Alzheimer. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v.58, p.292-299, 2000.

APRAHAMIAN, I.; et al. Cognitive Screening of the Elderly for the Clinician. **Revista Brasileira Clínica Médica**, v.6, p.254-259, 2008.

ARDILA, A.; BERNAL, B. What can be localized in the brain? Toward a "factor" theory on brain organization of cognition. **The International Journal of Neuroscience**, v.117, n.7, p.935-969, 2007.

BALTES, P.B.; REESE, H.W.; LIPSITT, L.P. Life-span developmental psychology. **Annual Review of Psychology**, v.31, p.65-110, 1980.

BARBOSA, B.R.; ALMEIDA, J.M.; ROSSI-BARBOSA, M.; ROSSI-BARBOSA, L.A. Evaluation of the functional capacity of the elderly and factores associated with disability. **Ciênc. Saúde coletiva**, v.19, n.8, p.3317-3325, 2014.

BARRET, J.J.; et al. Knowledge about Alzheimer disease among primary care physicians, psychologists, nurses, and social workers. **Alzheimer Disease and Associated Disorders**, v.11, n.2, p.99-106, 1997.

BERTOLUCCI, P.H.F.; MINETT, T.S.C. **Perda de memória e demência**. In Prado FC, Ramos J, Valle JR. Atualização terapêutica. 23ª ed., Arte Médica, 2007.

BERTOLUCCI, P.H.F. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos Neuro-Psiquiatria**, v.52, n.1, p.1-7, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso: 25/07/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Disponível: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso: 25/07/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília, 2007. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto\\_saude\\_v4\\_4ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_v4_4ed.pdf)> Acesso: 25/07/2018.

BRASIL. Ministério da saúde. **Programa estratégia saúde da família**. Disponível em:<<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/sobre-o-programa>> . Acesso em: 28/05/2017.

BRASIL. Portaria nº 2.528, de 19 de abril de 2006. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Disponível em:< <http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudeIdosa.pdf>>. Acesso em: 28/05/2017.

BRITO-MARQUES, P.R.D.; CABRAL-FILHO, J.E. The role of education in mini-mental state examination: a study in Northeast Brazil. **Arquivos Neuro-Psiquiatria**, v.62, n.2-A, p.206-211, 2004.

BRUCKI, S.M.D.; et al. Sugestões para a utilização do exame de mini-estado mental no Brasil. **Arq Neuropsiquiatr.**, v.61, n.3-B, p.777-781, 2003.

BUSTAMANTE, S.E.; et al. Instrumentos combinados sobre avaliação de demência em idosos: resultados preliminares. **Arquivos Neuro-Psiquiatria**, v.61, n.3-A, p.601-606, 2003.

CALLAHAN, C.M.; HENDRIE, H.C.; TIERNEY, W.M. Documentation and evaluation of cognitive impairment in elderly primary care patients. **Annals of Internal Medicine**, v.122, p.422-429, 1995.

CHARLTON, R.A.; et al. Theory of mind associations with other cognitive functions and brain imaging in normal aging. **Psychology and Aging**, v.24, n.2, p.338-348, 2009.

CRAIK, F.I.M.; BIALYSTOK, E. Cognition through the lifespan: mechanisms of change. **Trends Cognitive Sciences**, v.10, n.3, p.131-138, 2006.

Department of Health, UK. **Dementia: a state of the nation report on dementia care and support in England (2013)**. Disponível em: <[https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/262139/Dementia.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/262139/Dementia.pdf)>. Acesso em: 30/07/2017.

DIAS, A.; PATEL, V. Closing the treatment gap for dementia in India. **Indian Journal of Psychiatry**, v.51, p.93-97, 2009.

ELIAS, L.; SAUCIER, D. **Neuropsicologia: fundações clínicas e experimentais**. Pearson Education, 2006.

FARIA, E.C.; et al. Avaliação cognitiva de pessoas idosas cadastradas na Estratégia Saúde da Família: município do Sul de Minas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.45, n.2, p.1748-1752, 2011.

FARIAS, C.A.; et al. Cognitive performance and frailty in older adults clients of a private health care plan. **Revista de Saúde Pública**, v.47, n.5, p.923-930, 2013.

FARIAS, R.G.; SANTOS, S.M.A. Influência dos Determinantes do envelhecimento ativo entre os idosos mais idosos. **Texto Contexto Enfermagem**, v.21, n.1, p.167-176, 2012.

FERRI, C.P.; et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. **Lancet**, v.366, p.2112-2117, 2005.

FILHO, R.P.B.; NETO, L.F.C.; MAIA, C.S.C. Alzheimer Disease: A diagnostic profile within the family health strategy. **Geriatrics, Gerontologia e Envelhecimento**, v.7, n.4, p.259-263, 2013.

FINKEL, S.I. Cognitive screening in the primary care setting. The role of physicians at the first point of entry. **Geriatrics**, v.58, p.43-44, 2003.

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v.12, p.189-198, 1975.

FREITAS, M.C.; QUEIROZ, T.A.; SOUSA, J.A.V. The meaning of old age and the aging experience of in the elderly. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.44, n.2, p.407-412, 2010.

GURIAN, M.B.F.; et al. Rastreamento da função cognitiva de idosos não-institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.15, n.2, p.275-283, 2012.

HAMMERSCHMIDT, K.S.A.; ZAGONEL, I.P.S.; LENARDT, M.H. Envolvimentos da teoria do cuidado cultural na sustentabilidade do cuidado gerontológico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.20, n.3, p.362-367, 2007.

HARADA, C.N.; LOVE, M.C.N.; TRIBEL, K. Normal Cognitive Aging. **Clinics in Geriatric Medicine**, v.29, n.4, p.737-752, 2013.

HENRIQUES, S.G. et al. Recognition of Depressive Symptoms by Physicians. **Clínics**, v.64, n.7, p.629-635, 2009.

HOLZ A.W.; et al. Prevalência de déficit cognitivo e fatores associados entre idosos de Bagé, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.16, n.4, p.880-888, 2013.

HORN, J.L.; CATTELL, R.B. Refinement and test of the theory of fluid and crystallized general intelligences. **Journal of Educational Psychology**, v.57, n.5, p.253-270, 1966.

ILIFFE, I.; et al. Assessment of elderly people in general practice. 1. Social circumstances and mental state. **British Journal of General Practice**, v.41, n.342, p.9-12, 1991.

JACINTO, A.F.; et al. Detection of cognitive impairment in the elderly by general internists in Brazil. **Clinics**, v.66, n.8, p.1379-1384, 2011.

JORM, A.F. A short form of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): development and cross-validation. **Psychological Medicine**, v.24, n.1, p.145-153, 1994.

JÚNIOR, V.A.O.; MARTINS, V.S.; MARIN, M.J.S. Atenção à saúde do idoso na estratégia saúde da família e a presença de transtornos mentais comuns. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, v.19, n.1, p.21-33, 2016.

KLIEGEL, M.; ESCHEN, A.; THÖNE-OTTO, A.I.T. Planning and realization of complex intentions in traumatic brain injury and normal aging. **Brain and Cognition**, v.56, n.1, p.43-54, 2004.

LEZAK, M.; HOWIESON, D.; BIGLER, E.; TRANEL, D. Avaliação neuropsicológica. **Oxford University Press**, 2012.

LORENTZ, W.J.; SCANIAN, J.M.; BORSON, S. Brief screening tests for dementia. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v.47, n.8, p.723-733, 2002.

LOURENÇO, R.A.; VERAS, R.P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.4, p.712-719, 2006.

MASCARELLO, L.J. Memória de trabalho e processo de envelhecimento. **Psicologia Revista**, v.22, n.1, p.43-59, 2013.

MELO, D.M.; BARBOSA, A.J.G. O uso do Mini exame do estado mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.12, p.3865-3876, 2015.

NAKAMURA, A.E.; et al. Dementia underdiagnosis in Brazil. **Lancet**, v.385, n.9966, p.418-419, 2015.

NERI, A.L.; **Envelhecimento**. In: Neri AL. Palavras-chave em gerontologia. Editora Alínea, 2014.

NITRINI R.; CAIXETA, L. **Demências**. In: Abordagem Multidisciplinar. 2 ed, Ateneu. 2006.

NITRINI, R.; et al. Diagnóstico da doença de Alzheimer no Brasil: avaliação cognitiva e funcional. Recomendações do Departamento Científico de Neurologia e Envelhecimento Cognitivos da Academia Brasileira de Neurologia. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v.63, n.3-A, p.720-727, 2005.

NITRINI, R.; et al. Performance of illiterate and literate nondemented elderly subjects in two tests of long-term memory. **Journal of the International Neuropsychological Society**, v.10, n.4, p.634-638, 2004.

O'CONNOR, D.W.; et al. Do general practitioners miss dementia in elderly patients?. **British Medical Association**, v.297, n.6656, p.1107-1110, 1988.

OLIVEIRA, J.C.A.; TAVARES, D.M.S. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Revista da Escola Enfermagem da USP**, v.44, n.3, p.774-781, 2010.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. **Organização Mundial de Saúde**, p.1-28, 2015.

PAPALÉO NETTO, M.; KLEIN, E.L. **Demência I: Epidemiologia, Tipos e Manifestações Clínicas**. In: Papaléo Netto M. Tratado de Gerontologia. 2ª ed., Ateneu. 2007.

PAXTON, J.L.; et al. Cognitive control, goal maintenance, and prefrontal function in healthy aging. **Cerebral Cortex**, v.18, n.5, p.1010-1028, 2008.

PFEFFER, R.I.; et al. Measurement of functional activities in older adults in the community. **Journal of Gerontology**. v.37, n.3, p.323-32, 1982.

PIGUET, O.; et al. Normal aging and executive functions in "old-old" community dwellers: poor performance is not an inevitable outcome. **International Psychogeriatrics**, v.14, n.2, p.139-159, 2002.

REIS, L.A.; et al. rastreamento cognitivo de idosos institucionalizados no município de Jequié-BA. **Psicologia em estudo**, v.14, n.2, p.295-301, 2009.

RICCI, N.A.; KUBOTA, M.T.; CORDEIRO, R.C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.4, p.655-662, 2005.

RODRIGUES, M.A.P.; et al. Uso de serviços ambulatoriais pelos idosos no sul e no nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.10, p.2267-2278, 2008.

SCHIMIDT, T.C.G.; SILVA, M.J.P. Percepção e compreensão de profissionais e graduados de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.46, n.3, p.612-617, 2012.

SCHNEIDER, R.H.; IRIGARAY, T.Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, v.25, n.4, p.585-593, 2008.

SEABRA, M.L.V.; CONCILIO, G.; VILLARES, J.B.; CARLINI, E.A. Avaliação do teste “Minimal state” em voluntários e pacientes brasileiros. *Rev Bras Psiquiatr*, v.12, p.129, 1990.

SHEIKH, J.I.; YESAVAGE, J.A. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. **Clinical Gerontologist**, v.5, p.165-173, 1986.

STAUDINGER, U.S.; MARSISKE, M.; BALTES, P.B. Resilience and levels of reserve capacity in later adulthood: perspectives from life-span theory. **Development and Psychology**, v.5, n.4, p.541-566, 1993.

TAKADA, L.; et al. Comparison between two tests of delayed recall for the diagnosis of dementia. **Arquivos Neuro- Psiquiatria**, v.64, n.1, p.35-40, 2006.

TEIXEIRA, J.R.; CARAMELLI, P. Apatia na Doença de Alzheimer. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.28, n.3, p.1-4, 2006

TRINDADE, A.P.N.; et al. Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Fisioterapia Movimento*, v.26, n.2, p.281-289, 2013.

VALCOUR, V.G. et al. The Detection of dementia in the primary care setting. **Archives of Internal Medicine**, v.160, p. 2964-2968, 2000.

VERAS, R.P. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Cadernos de Saúde Pública**, v.28, n.10, p.1834-1840, 2012.

VERHAEGHEN, P.; CERELLA, J. Aging, executive control, and attention: a review of meta-analyses. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, v.26, n.7, p.849-857, 2002.

WORRALL, G.; MOULTON, N. Cognitive function. Survey of elderly persons living at home in rural Newfoundland. **Canadian Family Physician**, v.39, p.772- 777, 1993.

YOKOMIZO, J.E.; SIMON, S.S.; BOTTINO, C.M. Cognitive screening for dementia in primary care: a systematic review. **International Psychogeriatrics**, v.26, n.11, p.1783-1804, 2014.

# CAPÍTULO 9



## IMPORTÂNCIA DA PALHAÇARIA NO ÂMBITO HOSPITALAR PEDIÁTRICO

**Carlos Antônio de Arroxelas Silva<sup>1</sup>, Luis Henrique Barros Colleto<sup>2</sup>, Paulo Artur da Silva Rodrigues<sup>3</sup> e Carmem Lúcia de Arroxelas Silva<sup>4</sup>**

1. Universidade Federal do Acre (UFAC), Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Rio Branco, Acre, Brasil;
2. Universidade Federal do Acre (UFAC), Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Rio Branco, Acre, Brasil;
3. Centro Universitário UNINORTE, Rio Branco, Acre, Brasil;
4. Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Maceió, Alagoas, Brasil.

### RESUMO

A presença de palhaço em hospital surgiu pela primeira vez em 1986 nos Estados Unidos com Michael Christensen e suas paródias sobre a rotina dos médicos no setor de cardiologia pediátrica. O intuito do palhaço é promover risos, bem-estar e que dentro do hospital ele está sujeito à disponibilidade e possibilidade do público, no qual não é o público que deve se adequar ao contexto da atividade, mas é o artista que deve estar atento ao ambiente. O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência, com a finalidade de enfatizar a importância da palhaçaria no âmbito hospitalar pediátrico. Foi realizado um projeto de extensão intitulado “Medilhaço: Médicos Palhaços” cuja equipe foi constituída por acadêmicos de Medicina da Universidade Federal do Acre. As visitas aconteceram em um hospital da cidade de Rio Branco, Acre, no qual se realizaram visitas dominicais nos anos de 2017 e 2018. Percebeu-se que a presença dos “médicos palhaços” foi receptiva e acolhedora, causando impacto positivo não só para as crianças, mas também para seus familiares, funcionários e os próprios acadêmicos os quais se sentem mais humanizados e conhecedores de uma boa relação médico-paciente. Conclui-se que a arte da palhaçaria é um importante meio de humanização do ambiente hospitalar e impacta positivamente a evolução dos pacientes pediátricos.

**Palavras-chave:** Criança. Hospital e Palhaço.

### ABSTRACT

The presence of clown in a hospital first emerged in 1986 in the United States with Michael Christensen and his parodies about the routine of doctors in the pediatric cardiology field. The aim of the clown is to promote laughter, well-being and that within the hospital it is subject to the availability and possibility of the public, in which it is not the audience that should fit the context of the activity, but it is the artist who must be attentive to the environment. The present work is a descriptive, qualitative, experience report type, with the



purpose of emphasizing the importance of the clown in the pediatric hospital setting. An extension project titled "Medilhaço: Médicos Palhaços" was carried out whose team was constituted by medical students of the Federal University of Acre. The visits took place in a hospital in the city of Rio Branco, Acre, where Sunday visits were held in 2017 and 2018. It was noticed that the presence of the "clown doctors" was receptive and welcoming, causing a positive impact not only for the children, but also to their family members, employees, and academics themselves who feel more humanized and knowledgeable about a good doctor-patient relationship. It is concluded that the art of clowning is an important mean of humanizing the hospital environment and has a positive impact on the evolution of pediatric patients.

**Keywords:** Kid. Hospital and Clown.

## 1. INTRODUÇÃO

A prática médica é considerada Arte, essa correlação existe desde a antiguidade e é observada no juramento proferido ao término do curso de Medicina, pois Hipócrates, o pai da medicina, descreve o exercício médico citando a palavra arte. Hipócrates e outros filósofos discorrem que o indivíduo deve ser visto dentro de um contexto, da sua realidade de vida e não isolado do ambiente que o cerca. E a cultura é um dos principais aspectos que influenciam o modo de se viver. Deste modo, o profissional da área da Saúde deve ir além do que descobrir, tratar doenças ou adquirir conhecimento técnico-científico, é necessário a arte de entender o seu paciente e, neste sentido, a humanização em saúde passa a ser de grande importância (RODRIGUES; FILHO-NUNES, 2013).

A humanização em saúde pode ser definida como um conjunto de ações que valorizam e qualificam a prestação de serviços em saúde e sua prática tem sido muito aceita em ambientes hospitalares, pois apesar de o hospital ser visto como um local de tratamento e de cura, ele carrega um estigma de dor e sofrimento. Assim, a experiência de uma internação pode ser vista como algo negativo na qual se priva os usuários de seus papéis sociais, além de colocá-los em uma posição de limitação em relação ao espaço e à rotina (CAMPO, 2000; TAKAHAGUI et al., 2014). Ao se tratar do público pediátrico, essa experiência pode ser mais impactante, pois as regras do ambiente hospitalar não permitem o comportamento rotineiro das crianças. Além disso, a hospitalização promove estresse e/ou transtornos, visto que ocasiona mudança de rotina, afastamento do ambiente familiar, privação de momentos de brincar e, ainda, experiências dolorosas (SOUZA et al., 2013).

Segundo Maia e colaboradores (2011), a realização de atividades lúdicas no ambiente hospitalar tem minimizado experiências traumáticas, pois o lúdico promove uma melhor

comunicação com as crianças e, o brincar, é um tipo de remédio que tem valor terapêutico, auxilia na recuperação, interfere no comportamento e reestabelece aspectos físicos e emocionais (FRANCISCHINELLI et al., 2012). Nesse contexto, é importante que os profissionais da saúde adquiram a capacidade de expressar e desenvolver diversas formas artísticas e a ludicidade. A figura do palhaço, na humanização em saúde, é bem vista, uma vez que pode cumprir satisfatoriamente o florescer de um olhar mais sensível e atento, centrado não apenas na doença, mas também no paciente e em tudo que o circunda (RODRIGUES FILHO-NUNES, 2013).

No ambiente acadêmico, um local importante para a capacitação de futuros profissionais, os discentes, por meio do desenvolvimento e participação de atividades como projetos de extensão, constroem um conhecimento através da interação da universidade e a sociedade que poderão levar consigo as experiências adquiridas para a prática do exercício profissional (LEITE et al., 2014). Esse estudo, portanto, refere-se a um relato de experiência de atividades lúdicas com palhaçaria no âmbito hospitalar pediátrico de um hospital da cidade de Rio Branco, Acre.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência, com a finalidade de enfatizar a importância da palhaçaria no âmbito hospitalar pediátrico. Foi realizado um projeto de extensão intitulado “Medilhaço: Médicos Palhaços” cuja equipe foi constituída por dezessete integrantes: quinze eram alunos do curso de Medicina de vários períodos da Universidade Federal do Acre e um professor da instituição que assumiu a função de Coordenador Geral do projeto.

Os discentes participaram de um cronograma de formações que incluíram workshops, palestras e oficinas sobre a arte clown, músicas, desenhos, didáticas infantis e relação médico-paciente que foram ministradas por profissionais convidados de diversas áreas como psicólogos, músicos, atores, artistas, bem como os próprios alunos. As visitas ocorreram no Hospital da Criança da cidade de Rio Branco, Acre, aos domingos do ano de 2017 e 2018 no período vespertino.

Os discentes foram divididos em quatro grupos de quatro, alternando assim os domingos de visita. Durante as visitas, os “médicos palhaços” se ornamentavam com

utensílios decorativos, os quais incluíam as vestimentas de palhaço, maquiagem, brinquedos e consigo levavam materiais lúdicos para interação com as crianças hospitalizadas, suas famílias e com os funcionários do hospital.

### 3. RELATO DE EXPERIÊNCIA

O palhaço quando entra no ambiente hospitalar incita uma variedade de sentimentos para com as pessoas que experienciam suas ações, tanto para adultos como para crianças, mas são as crianças as mais encantadas com essas figuras cômicas. O palhaço se faz presente no ambiente por agir de maneira incomum e exacerbada para que todos o percebam e para que todos contemplem a sua arte. Para o tal, passamos por formações, tais como oficinas temáticas. Em cada oficina nos capacitamos em um tema, como mágica, uso de fantoches, teatro do oprimido, música, autopercepção e dinamismo em grupo. Tais oficinas foram ministradas por profissionais da área, como psicólogo, artistas e os próprios integrantes do grupo, sendo todas as ações supervisionadas pelo professor Coordenador Geral, que é profissional da Saúde.

Quando nos paramos com nossas vestimentas de palhaço, maquiagem, brinquedos e outros utensílios lúdicos, incorporamos então o ser palhaço. É através da utilização do palhaço que atingimos os nossos objetivos terapêuticos em todos os envolvidos. Porém, para concretização desse processo, é necessário compreender a natureza espacial do hospital. No hospital, por mais que conheçamos o espaço, é necessária atenção às alterações dinâmicas e móveis desse local, pois precisamos ajustar nossos repertórios e, conseqüentemente, ajustar também nossa apresentação. Nesse processo de redimensionamento constante, o improviso sempre se fez útil para preservar a interação no espaço e com os participantes. Assim, o espaço precisa ser visualizado não apenas pela perspectiva de um acadêmico de Medicina, mas também pela perspectiva de quem acredita que os risos e o contato humano são uma poderosa forma de terapia.

Nesse processo de contato humano, é fundamental a abertura para o outro e nisso inclui-se as crianças, seus familiares, funcionários e os demais membros do grupo de médicos palhaços. De modo geral, a rotina de um acadêmico de Medicina é saturada de altas cargas de estudos e exigências e isso pode levar o aluno ao mecanicismo, reduzindo assim sua abertura criativa e empática para contato com as demais pessoas dentro do

hospital. Trabalhando esse aspecto nas oficinas, o acadêmico passa a ter maior consciência corporal e passa a dar mais atenção aos seus próprios sentimentos e aos dos demais.

Esse processo ajuda os discentes na construção do seu palhaço e aflora suas percepções para as emoções e sentimentos do ambiente. O hospital, embora seja âmbito de cura e busca pela qualidade de vida, é também um ambiente de sofrimento e dor. A criança não habituada naquele meio se sente mais desanimada, entristecida e, por vezes, amedrontada. Seus familiares se veem sujeitos a sofrerem de mais estressores devido sua quebra de rotina e os profissionais dos hospitais normalmente mantêm uma conduta mais tecnicista.

É justamente por isso que o médico palhaço precisa ter sensibilidade aos sentimentos, emoções e comportamentos das pessoas desse ambiente, pois é a partir disso que, tendo boa noção do espaço dinâmico da visita naquele dia e sendo empático, que a abertura ao outro se consolida e o palhaço torna-se aceito pelo outro, por meio da graça e do riso, e causa um impacto transformador no cotidiano hospitalar.

A recepção dos funcionários, das crianças e seus familiares para com as atividades de palhaçaria foi acolhedora e positiva. Ao adentrar o hospital, a presença visual do palhaço impacta o ambiente com suas cores, ritmos e características incomuns e estranhas para aquele espaço. As tensões, dores, tristezas, desesperança e a própria enfermidade são tiradas do foco para dar lugar à relação do palhaço com os indivíduos que traz alegria, risos, distração, relaxamento e humanização. Isso, por sua vez, contribui à evolução dos pacientes, tranquiliza familiares e funcionários, bem como humaniza o próprio acadêmico de medicina o qual terá sua própria prática médica impactada por essas experiências. Os benefícios obtidos, então, são inúmeros e para todos.

A experiência vivenciada por nós acadêmicos se mostrou bastante gratificante e enriquecedora no sentido de complementar a nossa prática médica, especialmente na área da pediatria, que além de possibilitar que compreendamos melhor o paciente no ambiente nosocomial, podemos viver a empatia e a compaixão tão necessárias para uma boa relação médico-paciente.

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tais visitas hospitalares terminam por aperfeiçoar a nossa prática médica e, como futuros médicos, podemos tirar proveito destas experiências para crescermos tanto pessoalmente como dentro da profissão médica em si, ao mesmo tempo em que fazemos bem ao amenizarmos os sentimentos de medo e sofrimento dessas crianças, pelo menos por poucas horas, para então lhes trazerem alguns sorrisos e momentos de alegria.

## 5. AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todas crianças que conosco compartilharam suas tardes de domingo no hospital, sobretudo às que já faleceram. Agradecemos aos familiares e funcionários por juntos nos divertirmos e alegrarmos. Agradecemos à toda equipe do projeto, professores, profissionais e alunos que acreditam na importância desse projeto para a sociedade. Por fim, agradecemos à sociedade que em nós investe.

## 6. REFERÊNCIAS

CAMPOS, G.W. **Um método para Análise e Co-Gestão dos Coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições - o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

FRANCISCHINELLI, A.G.B.; ALMEIDA, F.A.; FERNANDES, D.M.S.O. Routine use of therapeutic play in the care of hospitalized children: nurses' perceptions. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.25, n.1, p.1823, 2012.

LEITE, M.F.; et al. Extensão popular na formação profissional em saúde para o SUS: refletindo uma experiência. **Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v.18, supl. 2, p.1569-1577, 2014.

MAIA, E.B.S.; RIBEIRO C.A.; BORBA, R.I.H. Compreendendo a sensibilização do enfermeiro para o uso do brinquedo terapêutico na prática assistencial à criança. **Revista da Escola de Enfermagem**, v.45, n.4, p.839-46, 2011.

RODRIGUES, A.F.A.; FILHO-NUNES, W.J. A utilização do palhaço no ambiente hospitalar. **Ouvirouver**, v.9, n.1, p.72-81, 2013.

SOUZA, A.L.; et al. A utilização da terapia do humor no ambiente hospitalar: revisão integrativa. **Saúde (Santa Maria)**, v.39, n.2, p.495-6, 2013.

TAKAHAGUI, F. M.; et al. MadAlegria: estudantes de medicina atuando como doutores-palhaços: estratégia útil para humanização do ensino médico? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.38, n.1, p.120-126, 2014.

# CAPÍTULO 10



## O INÍCIO DO CONSUMO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA POR UNIVERSITÁRIAS DE UMA CAPITAL NA AMAZÔNIA OCIDENTAL

Rosely Valéria Rodrigues<sup>1</sup>, Grazielle Silva de Melo<sup>1</sup>, Marcelo Regis Lima Corrêa<sup>1</sup>,  
Lorena de Melo Caetano<sup>1</sup> e Stella Rodrigues de Azevedo<sup>1</sup>

1. Universidade Federal de Rondônia (UNIR), Porto Velho, Rondônia, Brasil.

### RESUMO

A utilização de substâncias com propriedades psicoativas é comum na história, o álcool destaca-se por ter sido utilizado por vários povos, com papel relevante na sociedade. Embora o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) criminalize a distribuição de bebidas alcoólicas a menores, o número de adolescentes que já experimentaram e que consomem, com frequência, chama a atenção do Ministério da Saúde, inclusive com o crescente uso no sexo feminino. Esse estudo busca verificar o início do consumo de bebidas alcoólicas entre jovens universitárias, por meio de um desenho observacional, descritivo, transversal, quantitativo, no qual foi aplicado a universitárias no município de Porto Velho/RO um questionário AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), desenvolvido pela OMS, para caracterização do consumo de álcool. Dentre as estudantes questionadas, 342 (80,28%) afirmaram ter ingerido algum tipo de bebida etílica, 336 relataram a idade inicial do consumo, sendo que 77,38% afirmaram ter ingerido álcool antes dos 18 anos (IC95% = 62,37–95,27). As que ingeriram entre 14 e 16 anos representaram 25,59 % (IC95% = 21,24 – 30,44), enquanto que a faixa etária de 16 a 18 anos apresentou 33,04% (IC 95% = 28,08 – 38,38), e a média de idade encontrada para o início do consumo de álcool foi de 15,61. Portanto, a percepção de que as jovens iniciam o uso de bebidas alcoólicas cada vez mais cedo e em quantidades crescentes, está comprovada, sendo fundamental a realização de estudos para entender o processo e pensar em políticas públicas de saúde.

**Palavras-chave:** Consumo de Álcool por Menores, Consumo de Álcool na Faculdade e Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool.

### ABSTRACT

The use of substances with psychoactive properties is common in history, alcohol stands out because it has been used by several peoples, with a relevant role in society. Although the Child and Adolescent Statute (CAS) criminalizes the distribution of alcoholic beverages to minors, the number of adolescents they have tried and consumed has often caught the attention of the Ministry of Health, including the growing use of women. This study seeks to verify the onset of alcohol consumption among university students, is an observational, descriptive, cross-sectional, quantitative study, in which it was applied to university students in the municipality of Porto Velho/RO an AUDIT questionnaire (Alcohol Use Disorders

Identification Test), developed by OMS, to characterize alcohol consumption. Among the students questioned, 342 (80.28%) stated that they had ingested some type of alcohol, 336 reported the initial age of consumption, and 77.38% said they had ingested alcohol before age 18 (95% CI = 62.37 -95.27). Those who ingested between 14 and 16 years represented 25.59% (95% CI = 21.24 - 30.44), while the age group 16 to 18 years old presented 33.04% (95% CI = 28.08 - 38,38), and the mean age found for the onset of alcohol consumption was 15.61. Therefore, the perception that young women start to use alcoholic beverages at an earlier age and in increasing amounts is proven, and studies are essential to understand the process and think about public health policies.

**Keywords:** Underage Drinking, Alcohol Drinking in College and Alcohol-Related Disorders.

## 1. INTRODUÇÃO

A utilização de substâncias com propriedades psicoativas é disseminada em toda a história da humanidade. Dentre elas, o álcool destaca-se por ter sido utilizado por vários povos, tendo, ainda hoje, papel de relativo destaque na sociedade (OPAS/OMS, 2015). As bebidas alcoólicas permeiam os mais diversos momentos: estão nas festas, nos momentos solenes, nas comemorações, nas cerimônias religiosas, dentre outros (LOPES et al., 2015).

Diante disso, embora o artigo 243 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) criminalize a distribuição de bebidas com teor alcoólico a menores, estabelecendo pena de 2 a 4 anos de detenção mais multa (BRASIL, 1990), o número de adolescentes que já experimentaram e que consomem, com frequência, bebida alcoólica, chama a atenção do Ministério da Saúde (NEVES et al., 2015).

Diversos fatores contribuem para a iniciação precoce na utilização do álcool. Consoante estudo de Neves et al. (2015), evidenciou-se que a tentativa de diversão, companhia de amigos e a fuga da realidade são os principais fatores influenciadores para o consumo, sendo que a facilidade de acesso incentiva a prática da ingestão do álcool. Ainda nesse ensejo, Matos et al. (2010) notou que as principais motivações foram curiosidade, prazer, intenção de ficar animado e tentativa de diminuição da ansiedade.

Conhecer as variáveis que compõem este problema é de suma importância para viabilizar a implementação de medidas que visem a oferta das melhores ações em saúde pública. É necessário definir com clareza o início da utilização de álcool, avaliando se os padrões de consumo conhecidos são mantidos ou se sofrem a influência da globalização e, por fim, qual o nível de implicação do álcool na vida dessas crianças ou adolescentes.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional do tipo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa. Para embasamento teórico inicial, levantamento bibliográfico foi realizado no banco de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), através dos MeSH Terms “Consumo de Álcool por Menores”; “Consumo de Álcool na Faculdade”; “Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool”, incluindo publicações dos últimos 10 anos.

Para a realização deste estudo foi aplicado, entre jovens universitárias no município de Porto Velho-RO, um questionário constituído de três partes: a primeira visava a caracterização sócio-econômica; a segunda abordava o consumo de álcool; e a terceira objetivava verificar a frequência de ingestão de álcool. Sendo assim, após aplicação do questionário, prosseguiram no estudo apenas as estudantes que relataram ter consumido bebida alcoólica pelo menos uma vez na vida. A caracterização do padrão de consumo de álcool foi realizada através da aplicação do questionário AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), ferramenta desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Nesse contexto, essa obra visa enfatizar a discussão acerca da idade do primeiro contato com a bebida alcoólica, caracterizando o primeiro consumo de tal substância.

Os critérios de inclusão das entrevistadas na pesquisa foram: 1. Ser do sexo feminino; 2. Possuir no mínimo 18 anos e no máximo 30 anos de idade; 3. Estar matriculada em uma Instituição de Ensino Superior na cidade de Porto Velho-RO; 4. Aceitar a participação no estudo através do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e preenchimento do questionário; 5. Consumo ou não de qualquer tipo de bebida alcoólica. Os critérios de exclusão podem ser resumidos com o contrário das assertivas atribuídas nos critérios de inclusão.

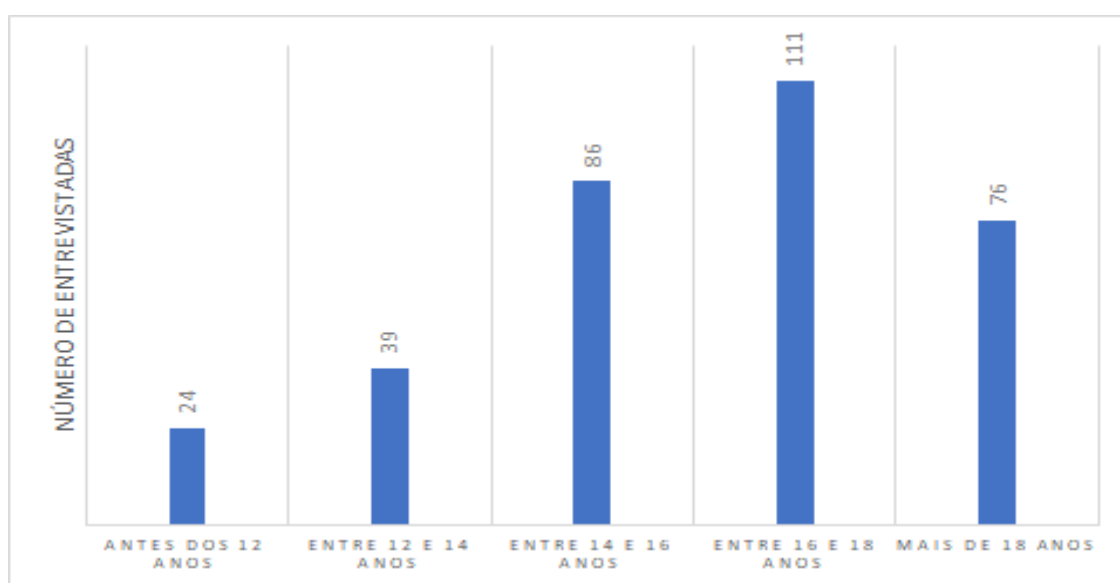
O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) no Núcleo de Saúde (NUSAU) da Universidade Federal de Rondônia (UNIR), CAAE 32400113.4.0000.5300. Foram aplicados 510 questionários, destes foram excluídos 84 por estarem implicados nos critérios de exclusão. Assim, a amostra foi composta por 426 mulheres. Tratou-se de amostragem aleatória, estratificada, selecionando-se acadêmicas de Instituições de Ensino Superior de Porto Velho/RO. A abordagem foi feita pessoa a pessoa incluída no grupo descrito.



O segundo passo foi a organização e análise dos dados coletados com auxílio bibliográfico, análise estatística a partir da tabulação das informações obtidas através do software EpiInfo™, versão 3.5.3., *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0, e Excel®, versão 16.0, com desvio padrão e elaboração de gráficos. Isso posto, as informações foram organizadas de forma que facilitasse o acesso para pesquisa e a compreensão dos dados, sendo elencados em forma de gráficos e tabelas para melhor explanação dos resultados.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dentre as 426 participantes do estudo, 342, cerca de 80,28% do total da amostra, afirmaram ter ingerido algum tipo de bebida etílica. Dessas, 336 responderam com qual idade consumiram álcool pela primeira vez, de forma que 77,38% (260) afirmaram ter ingerido álcool antes dos 18 anos (IC 95% = 62,37 – 95,27), sendo a faixa etária de 16 a 18 anos com maior número de representantes (n = 111; 33,04%) (IC 95% = 28,08 – 38,38). As jovens que ingeriram bebida alcoólica com 18 anos ou mais representaram 22,62% (n = 76) (IC 95% = 18,33 – 27,54). Essas prevalências são demonstradas na figura 1.



**Figura 1.** Distribuição de idade de início do consumo de bebidas alcoólicas por universitárias de Porto Velho.

Os resultados encontrados assemelham-se àqueles verificados em outros estudos, cuja finalidade era observar a ingestão de álcool entre os adolescentes. Como exemplo, em dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE) , 55,5% dos alunos matriculados na nona série do ensino fundamental afirmaram ter ingerido em algum momento da vida uma dose de bebida alcoólica, e cerca de 21,4% sofreram algum episódio de embriaguez (IBGE, 2016).

Em outro exemplo, o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (INPAD) (2012) verificou um aumento de 13% para 22% entre aqueles que declararam ter experimentado álcool com menos de 15 anos, no período de 2006 a 2012. A média de idade encontrada entre as acadêmicas que iniciaram na infância/adolescência foi de 15,6, inferindo uma tendência à precocidade no consumo de tal substância.

As implicações da prática deste hábito em tão tenra idade são inúmeras, dentre elas, prejuízo ao desenvolvimento neuronal, afetando a capacidade cognitiva e adoção de comportamentos destrutivos, que incluem atos violentos, gestações precoces não desejadas e acidentes (NIAAA, 2017). De acordo com dados obtidos no estudo Álcool e a Saúde dos Brasileiros - panorama 2019 (CISA, 2019), o número de internações parcial ou totalmente atribuíveis ao álcool, entre 2010 e 2017, em valores absolutos foi de 2.056.763, das quais 179.115 ocorreram abaixo dos 17 anos. Ainda que represente apenas 8,7% do total de internações por causa relacionadas ao uso de álcool, esse é um número que não pode ser desprezado.

O comprometimento das funções cognitivas está relacionado ao padrão de uso de álcool, sendo assim, para o uso crônico em sujeitos adultos, esperam-se alterações na capacidade de realizar funções executivas, como controle inibitório e memória de trabalho e episódica verbal, nas habilidades sociais e no processamento visuoespacial (FUENTES et al., 2008), então em indivíduos imaturos, com determinadas áreas cerebrais ainda em desenvolvimento, o prognóstico em relação às consequências tendem a ser ainda mais negativos.

Nesse âmbito, o consumo de bebidas alcoólicas desde a adolescência também predispõe ao uso abusivo e a dependência química pela substância (CISA). Segundo alguns estudos o risco de desenvolver vício é quatro vezes maior quando o uso é iniciado antes dos 15 anos (NIAAA, 2017). Essa dependência promove diversos danos psicológicos, nos processos de aprendizagem e relações interpessoais, sendo marcada pela compulsão

no consumo e procura, perda de controle do limite de uso, aparecimento de sentimentos negativos quando esse consumo não é possível e recaídas (FUENTES et al., 2008).

Somado a isso, o relatório do II LENAD também permite a discussão acerca da diferença entre os gêneros no consumo de bebidas alcoólicas. Esse estudo direciona para conclusões de uma mudança no padrão de consumo entre as mulheres, assemelhando-se ao dos homens na ingestão na adolescência. O relatório explicita um crescimento expressivo na proporção de meninas que declaram beber cinco doses ou mais em uma ocasião regular (de 11% para 20%, no período de 2006 a 2012), assim como início do consumo regular até os 15 anos de idade (de 69% para 74%, no período de 2006 - 2012).

A distinção do consumo por sexo é relevante, pois sabe-se que o gênero feminino tem questões referentes ao metabolismo do álcool pelo organismo que colaboram para um poder maior de toxicidade e efeitos. Estudos demonstram que as mulheres sintetizam em menor quantidade a álcool desidrogenase (ADH), uma enzima, produzida no fígado cuja função é degradar o álcool, e, além disso, elas possuem teor mais alto de gordura e menos água na sua composição corporal (MINCIS; MINCIS, 2011), o que favorece uma resposta mais exacerbada quanto à toxicidade. Ademais, o estabelecimento da dependência química e de outras complicações por esse consumo atingem mais rapidamente as mulheres do que os homens, mesmo utilizando quantidades menores (CISA, 2019).

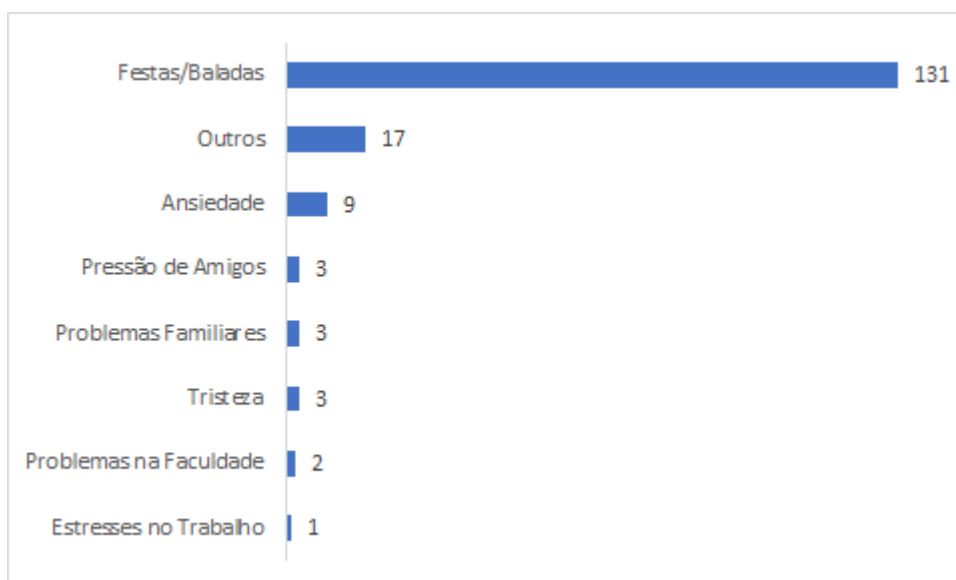
Dessa forma, a mudança no padrão de consumo é um fenômeno percebido entre as mulheres adultas e adolescentes, como demonstrado no último PeNSE: 26,9% das meninas, na faixa etária entre 13 e 17 anos, declararam ter vivenciado pelo menos um episódio de embriaguez, sendo que, entre os meninos, esse índice foi de 27,5% (IBGE, 2016). Entender as variáveis que compõem este problema é vital para o adequado planejamento em saúde pública.

Para que esse entendimento seja possível é preciso clareza quanto aos fatores que influenciam para o consumo. De acordo com o PeNSE, o acesso ao álcool ocorreu majoritariamente em festas, seguido por obtenção com amigos, aquisição em mercados, lojas e bares, com familiares, de outras formas, em casa sem autorização, dando dinheiro para outra pessoa comprar e com vendedores ambulantes (IBGE, 2016).

Artigos demonstram que a adoção de comportamentos de riscos entre os adolescentes é uma constante influenciada pelos amigos e familiares (TOMÉ et al., 2015). Os fatores que favorecem o consumo de bebidas alcoólicas podem ser estratificados da seguinte forma: individuais (curiosidade, diversão e escasso conhecimento sobre os riscos),

microsociais (pais e familiares) e macrosociais (convenção social), de forma que as ações e atitudes dos pais bem como a oferta de bebida pelos mesmos são as que possuem mais peso (BRITO et al., 2015).

Essas peças, atuantes para a decisão em fazer uso de bebidas alcoólicas, foram notadas neste estudo, de forma que se assemelham as literaturas existentes. Em relação às universitárias, ao serem questionadas sobre os motivos que as fazem beber, 131 (77,5%) colocaram festas/baladas, 17 (10,1%) outros (comemorações, prazer, costume e vontade própria), 9 (5,3%) ansiedade e os outros motivos (pressão de amigos, problemas familiares, tristeza, problemas na faculdade e estresses no trabalho) somaram 12, aproximadamente 7%, sendo alta a probabilidade das usuárias que relataram esse padrão devido a festas/baladas possuírem amigos com esse mesmo padrão, o que colabora com a perpetuação do hábito (figura 2).



**Figura 2.** Motivos para o consumo de bebidas alcoólicas por universitárias de Porto Velho.

Mediante ao exposto, é evidente que a facilidade de acesso, mesmo com as regulamentações e leis existentes, somada a não coibição do consumo pelos responsáveis, mais a necessidade de se adequar aos pares com quem convivem, são determinantes para a consolidação do hábito entre os adolescentes.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O consumo de álcool em todas as faixas etárias é motivado por diversos fatores e facilitado por se tratar de uma droga lícita e altamente comercializada. Desse modo, a consolidação do beber precocemente e regular, é visível entre os jovens (INPAD, 2007).

O estudo realizado, portanto, permite inferir que os achados em Porto Velho/RO assemelham-se aos encontrados em outros locais, sendo incisivo na percepção de que as jovens do sexo feminino iniciam características de uso de bebidas alcoólicas cada vez mais cedo e em quantidades crescentes, convizinando com os achados dos jovens do sexo masculino.

Com base na mudança observada no comportamento feminino em relação ao etilismo, é importante conhecer as repercussões orgânicas e psíquicas que a precocidade no contato com o álcool pode gerar, como, por exemplo, de acordo com alguns estudos, a maior quantidade de tecido celular adiposo favorecer maior concentração de álcool na circulação sanguínea (EDWARDS et al., 2005), e, além disso, sendo as mulheres mais propensas a apresentar efeitos neurotóxicos (SQUEGLIA et al., 2011).

No entanto, é perceptível que ainda há uma lacuna do conhecimento no que tange a evolução do consumo de álcool por menores do sexo feminino, não sendo possível, por exemplo, inferir por meio destes dados quais as motivações e as repercussões orgânicas de tal ato, sendo indicada a realização de novos estudos para melhor compreensão.

Com isso, as comorbidades relacionadas a este hábito são inúmeras e de grande relevância quanto a saúde pública, sendo algo ainda mais misterioso no convívio feminino, visto que se trata de um novo tipo de comportamento, além de envolver todas as particularidades da saúde da mulher. Destarte, é fundamental a realização de novos estudos semelhantes ou mais aprofundados em nossa cidade, visando a captação de novos dados importantes e a comparação com o estudo atual, o que permitirá noção de evolução ou involução dos importantes achados.

## 5. REFERÊNCIAS

BENITES, A.P.O.; SCHNEIDER, D.R. Famílias e consumo de álcool em adolescentes do sexo feminino: uma revisão sistemática. **Psicol. Reflex. Crit.**, v.27, n.1, p.145-152, 2014.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente, Câmara dos Deputados, Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990.** DOU de 16/07/1990 – ECA. Brasília, DF.

EDWARDS, G.; MARSHALL, E.J.; COOK, C.C.H. **O tratamento do alcoolismo: Um guia para profissionais da saúde**. 4. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2005.

BRITO, I.; et al. Fatores associados ao consumo de álcool na adolescência, em função do gênero. **Psic., Saúde & Doenças**, v.16, n.3, p.392-410, 2015.

CISA. **Álcool e a saúde dos brasileiros - Panorama 2019**. 2019

CISA. **Uso de bebidas alcoólicas por menores de idade: um grande desafio para a saúde pública**. 2019

FUENTES, D.; MALLOY-DINIZ, L.F.; CAMARGO, C.H.P.; COSENZA, R.M. **Neuropsicologia: teoria e prática**. São Paulo: ArtMed, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

INPAD. **SEGUNDO LEVANTAMENTO NACIONAL DE ÁLCOOL E DROGAS**. 2012.

LOPES, A.P.A.T.; et al. Abuso de bebida alcoólica e sua relação no contexto familiar. **Estud. psicol.**, Natal, v.20, n.1, p.22-30, 2015.

MATOS, A.M.; et al. Consumo frequente de bebidas alcoólicas por adolescentes escolares: estudo de fatores associados. **Rev. bras. epidemiol.**, v.13, n.2, p.302-313, 2010.

MINCIS, M.; MINCIS, R.; Álcool e o fígado. **GED gastroenterol. endosc.dig.**, v.30, n.4, p.152-162, 2011.

NEVES, K.C.; TEIXEIRA, M.L.O.; FERREIRA, M.A. Fatores e motivação para o consumo de bebidas alcoólicas na adolescência. **Esc. Anna Nery**, v.19, n.2, p.286-291, 2015.

NIAAA. **Underage Drinking**. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **FOLHA INFORMATIVA - ÁLCOOL. OPAS/OMS**. 2019.

SQUEGLIA, L.M.; SCHWEINSBURG, A.D.; PULIDO, C.; TAPERT, S.F. Adolescent binge drinking linked to abnormal spatial working memory brain activation: Differential gender effects. **Alcohol Clin Exp res**, v.35, n.10, p.1831-1841, 2011.

TOME, G.; et al. Influência da família e amigos no bem-estar e comportamentos de risco: Modelo explicativo. **Psic., Saúde & Doenças**, v.16, n.1, p.23-34, 2015.

# CAPÍTULO 11



## O PAPEL DO PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO ENSINO MÉDIO: REFLEXÕES E AÇÕES ASSOCIADOS NA FALTA DA ATIVIDADE FÍSICA

**Gerson Falcão Acosta<sup>1</sup>, Higor Alexandre Alves De Oliveira<sup>1</sup> e Viviane Micaeli Galhardi De Freitas<sup>1</sup>**

1. Faculdade Mato Grosso do Sul (FACSUL), Curso de Educação Física, Campo Grande, MS, Brasil.

### RESUMO

O presente estudo apresenta e discute sobre o papel do professor de educação física no ensino médio para a atividade física, em relação com a saúde. A pesquisa foi realizada por meio de revisão bibliográfica de artigos científicos, revistas, livros e leis. A referida proposta buscou analisar como os conteúdos da educação física são direcionados para a prática da qualidade de vida dentro do currículo do ensino médio, bem como relatar atividades das quais os professores de educação física utilizam ou possam utilizar durante suas aulas, objetivando a promoção da qualidade de vida do aluno e caracterizar quais são os motivos pelo qual ocorre um grande número de alunos no ensino médio com inatividade física. Percebe-se que existe a problemática da evasão dos alunos na prática de atividade física por conta da dificuldade nas atividades, sobretudo o medo de errar, e o avanço tecnológico que favorecem a inatividade física. Podemos considerar que a atuação do professor de educação física como mediador, devem promover vivências nas quais os alunos possam se tornarem cidadãos críticos e autônomos em relação a saúde. Além disso, adquirir conhecimentos e aspiração para a prática da atividade física fora do ambiente escolar, expandidas como forma de lazer e consciente de todos os benefícios voltados para um bem-estar físico, mental e social.

**Palavras chave:** Educação Física, Ensino Médio e Saúde.

### ABSTRACT

The present study presents and discusses the role of physical education teacher in high school for physical activity, in relation to health. The research was carried out by means of bibliographical revision of scientific articles, magazines, books and laws. This proposal sought to analyze how the contents of physical education are directed to the practice of quality of life within the high school curriculum, as well as to report activities that physical education teachers use or can use during their classes, aiming at the promotion of quality of life of the student and characterize the reasons why a large number of students in high school with physical inactivity occur. It is noticed that there is a problem of students' avoidance of physical activity because of the difficulty in activities, especially the fear of making mistakes, and the technological advances that favor physical inactivity. We can consider that the performance of the physical education teacher as mediator should promote experiences in which students can become critical and autonomous citizens in relation to health. In addition, acquiring knowledge and aspiration to practice physical activity outside

the school environment, expanded as a form of leisure and aware of all the benefits of physical, mental and social well-being.

**Key Words:** Physical Education, Secondary Education and Health.

## 1. INTRODUÇÃO

A Educação Física é um componente curricular obrigatório presente nas escolas de educação básica, presente em todos os níveis educacionais: Infantil, Fundamental I e II e Ensino Médio, conforme a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Básica – LDB – n. 9394/96 (BRASIL, 1996).

Durante a educação escolar percebe-se que há um direcionamento para a prática esportiva e ao estudo do corpo, não apenas no físico, mas também no desenvolvimento social e afetivo presente no desenvolvimento da formação do aluno de forma integral.

No ensino médio, a Educação Física, assume um papel fundamental no desenvolvimento humano, utilizando reflexões no processo de formação de ideias dos alunos, criando uma visão que relaciona a prática da atividade física com a promoção da qualidade de vida, preparando-os para se tornarem cidadãos autônomos e reflexivos no autoconhecimento da saúde (DARIDO, 2004 apud CARMO et al., 2013). Neste sentido, a educação física voltada para a saúde encontra-se apropriada em seus objetivos buscando inserir o aluno no mundo da cultura corporal orientado para a promoção da saúde, estimulando o estilo de vida ativo (BRASIL, 2000).

Assim, ao ser direcionada ao ensino médio torna a disciplina ainda mais complexa, pois considera a formação de indivíduos pensantes sobre os diversos temas associados à educação física como fator essencial em resultado para a sociedade.

“Eleger a cidadania como eixo norteador significa entender que a Educação Física na escola é responsável pela formação de alunos que sejam capazes de: participar de atividades corporais, adotando atitudes de respeito mútuo, dignidade e solidariedade; conhecer, valorizar, respeitar e desfrutar da pluralidade de manifestações da cultura corporal; reconhecer-se como elemento integrante do ambiente, adotando hábitos saudáveis relacionando-os com os efeitos sobre a própria saúde e de melhoria da saúde coletiva; conhecer a diversidade de padrões de saúde, beleza e desempenho que existem nos diferentes grupos sociais, compreendendo sua inserção dentro da cultura em que são produzidos, analisando criticamente os padrões divulgados pela mídia; reivindicar, organizar e intervir no espaço de forma autônoma, bem como reivindicar locais adequados para promover atividades corporais de lazer” (BRASIL, 1998).



O professor de Educação Física no ensino médio, necessita então, promover a discussão e reflexão a partir do seu objeto de conhecimento – o movimento – em relação à necessidade de hábitos que possam promover a saúde e a qualidade de vida do aluno em formação, com vistas ao seu papel de cidadão.

Então é necessário que professor estimule o interesse dos alunos para os diversos temas relacionadas à educação física tendo como meta o ensino a partir da oportunidade de vivências para o aprendizado.

Este estudo tem como objetivo abordar prática pedagógica dos professores de Educação Física relacionados a atividade física e a saúde no Ensino Médio trata-se de um estudo de revisão narrativa a partir da pesquisa bibliográfica por meio de artigos científicos e livros, realizado a partir das palavras chave Educação Física, Ensino Médio e Saúde.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 O PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO ENSINO MÉDIO

Para que ocorram trocas de culturas corporais para que haja a vivência, conforme as necessidades do aprendizado e o desenvolvimento dos alunos, é necessário que tenha um responsável para poder disponibilizar esse momento dentro da escola, sendo o professor de educação física, o mediador das atividades, tendo a capacidade de planejar e produzir aulas conforme seus alunos e as mudanças inseridos ao meio em que trabalha.

“O professor deve cumprir seu papel de mediador, adotando a postura de interlocutor de mensagens e informações; sendo flexíveis no tocante as mudanças do planejamento e do programa de curso; mostrando aos alunos que aquele é um espaço de aprendizagem e procurando entender e aceitar as relações corporais existentes no mundo humano para o bom desempenho do seu papel de educador” (BRASIL, 2000).

Entretanto, dentro dessa concepção de formar cidadãos aptos para a sociedade, os professores de educação física objetivam suas aulas apenas para a área desportiva, assumindo os seguimentos pedagógicos iniciados desde o ensino fundamental, aperfeiçoando as habilidades corporais dos alunos, e inserindo o ensinamento técnico – tático.

“Com esta justificativa, não restam dúvidas que a maior ênfase nas aulas de educação física venha a ser os esportes competitivos, iniciando logo na 5ª. série,

senão mais precocemente, e permanecendo durante todo o período de escolarização” (GUEDES, 1999).

Dessa forma, o conteúdo sobre saúde no ensino médio acaba sendo negligenciada pelos próprios professores, não promovendo aos alunos os conhecimentos sobre a relação entre qualidade de vida e a prática de exercícios físicos, essa situação pode auxiliar no resultado de uma parte significativa da população adulta possuir fatores ligados às doenças crônicas - degenerativas por falta de uma vida ativa, fruto de hábitos não saudáveis adquiridos durante as fases mais precoces, poderia evitar essas doenças no futuro.

“Logo, grande número de distúrbios orgânicos que ocorre na idade adulta, poderia ser minimizado ou evitado se hábitos de vida saudáveis fossem assumidos desde as idades mais precoces” (GUEDES, 1999).

A falta de atenção à saúde no ensino médio pode estar relacionada ao fato de que os alunos não possuem essas doenças nas fases escolares, por estarem na fase cronológica juvenil e que quando chegam à fase adulta as doenças se desenvolvem, e aparecem. Perante essa circunstância, os professores devem adquirir uma visão diferente da educação física, fazendo que os alunos desenvolvam hábitos mais saudáveis, promovendo uma educação voltada para a saúde. Guedes (1999) afirma:

“Nessa perspectiva, a função proposta aos professores de educação física é a de incorporarem nova postura frente à estrutura educacional, procurando adotar em suas aulas, não mais uma visão de exclusividade à prática de atividades esportivas e recreativas, mas, fundamentalmente, alcançarem metas voltadas à educação para a saúde, mediante seleção, organização e desenvolvimento de experiências que possam propiciar aos educandos não apenas situações que os tornem crianças e jovens ativos fisicamente, mas, sobretudo, que os conduzam a optarem por um estilo de vida saudável ao longo de toda a vida”.

Para poder transmitir o conhecimento sobre a saúde é necessário que o professor esteja realmente capacitado sobre o entendimento do conteúdo, para que consiga produzir uma aula dinâmica e bem estruturada para os seus alunos, já que a educação física acompanha as necessidades da humanidade.

“A vida escolar foi bastante modificada pela nova Lei, dando abertura à iniciativa das escolas e à equipe pedagógica. O professor de Educação Física, nesse momento, passa a ser mais exigido quanto à sua qualificação e ao uso de seu conhecimento, principalmente, no que corresponde ao planejamento de atividades que venham ao encontro dos interesses e necessidades dos alunos” (BRASIL, 2000).

O professor que atua no ensino médio deve planejar a aula de acordo com o princípio do ensino médio, formando cidadãos críticos e autônomos, com isso, é importante inserir o conteúdo saúde nas aulas de educação física, promovendo a qualidade de vida para os alunos, podendo fazer com que eles se tornem mais ativos após os conhecimentos dos benefícios que a atividade física traz aos praticantes.

” ... a função da Educação Física para o ensino médio deve ser a educação para um estilo de vida ativo. O objetivo é ensinar os conceitos básicos da relação atividade física, aptidão física e saúde, além de proporcionar vivências diversificadas, levando os alunos a escolherem um estilo de vida mais ativo” (NAHAS, 1997 apud DARIDO et al., 1999).

Ao concretizar o objetivo é possível que o aluno do Ensino Médio consiga estabelecer a mudança do hábito de vida e inseri-las em seu cotidiano.

## 2.2 ATIVIDADE FÍSICA PARA A MELHORA DA QUALIDADE DE VIDA

A atividade física é ponto fundamental quando o assunto é saúde, pois são inúmeros os seus benefícios que ela proporciona, e na história foi evidenciado a relação entre a atividade física e a qualidade de vida.

“Apesar de que desde épocas mais remotas, conforme evidenciado por escritas gregas e chinesas, terapeutas têm ressaltado à importância da atividade física para tratamento de doenças e melhoria da saúde, a relação entre epidemiologia e atividade física aparentemente tem início na era epidemiológica das doenças crônico-degenerativa” (PITANGA, 2002).

Nos dias atuais o sedentarismo se tornou um dos maiores vilões, e a inatividade física é um dos fatores principais no índice de obesidade na adolescência, portanto o único tratamento é a prática de atividade física. Portanto durante as aulas de educação física escolar, o professor tem o papel fundamental até o fim do ensino médio em proporcionar uma vivência ampla sobre a prática de atividade física e os seus benefícios para a vida adulta, formando um indivíduo ativa na sociedade (ALVES, 2007).

“Para os autores Vieira, Priori e Frisberg (2002) a atividade física na adolescência pode estimular o crescimento físico, melhorar a autoestima, relaxamento, gasto de energia, percepção do próprio corpo, colaborar para o desenvolvimento social, além de propiciar uma série de benefícios para a saúde e bem-estar” (CARMO, 2013).

Atualmente, um dos problemas mais agravantes que podem estar relacionada a evasão dos adolescentes nas práticas de atividade física pode ter vindo do avanço da

tecnológico. O sedentarismo na adolescência é uma preocupação que tem crescido ultimamente, e uma parte responsável por esse aumento é a influência desta tecnologia, que está suprindo necessidades básicas, porque não está sendo necessário se locomover, compras são feitas em casa por meio das ferramentas do novo comércio online o “e-commerce”, meios de comunicação por redes sociais, diversos jogos, e várias ferramentas que ocupam horas de tempo livre, fazendo com que interfira nas práticas de atividades físicas por adolescentes. Com tudo isso podemos ver a importância da educação física escolar, pois na escola é um único local aonde estes adolescentes podem estar vivenciando a atividade física, e desenvolvendo interesse em praticar.

“O declínio da atividade física habitual de crianças e adolescentes têm sido facilmente notada, tanto através de estudos na área quanto nas mídias. O mesmo ocorre por vários motivos à indisponibilidade de equipamentos e áreas de lazer, uma realidade facilmente visível nas grandes cidades, pelo medo da violência e pelo grande avanço tecnológico, que deixa as pessoas cada vez mais acomodadas, causando um quadro de sedentarismo generalizado. A atividade física deve ser acompanhada desde os primeiros anos de vida, a fim de manter um perfil ativo, sobretudo saudável” (DARIO, 2015).

Nas aulas de educação física, cabe ao professor o papel de incentivador, criando interesse para que os alunos usufruam desta prática com amigos ou familiares fora do ambiente escolar, desta forma proporcionando que os alunos pratiquem atividade física como algo prazeroso e benéfico para a vida.

“A Organização Mundial de Saúde (1995) afirma que a atividade física é necessária em todas as idades e deveria ser proporcionada a todas as crianças e adolescentes, além disso, sugere-se que os programas de exercícios físicos deveriam contemplar o aspecto lúdico, agradável, de forma que tais atividades se tornassem mais atraentes levando à formação desses hábitos para toda a vida” (CARMO, 2013).

Atualmente com a influência da mídia na população, tem mostrado muito sobre a prática da atividade física, portanto ela não oferece informações e contextos sobre diferentes formas de cultura corporais. Assim não podemos ignorar a importância da mídia e sim usá-la como suporte nas aulas de educação física, levando para as aulas conteúdos e mostrando vários tipos de cultura corporal e desta maneira proporcionar uma aula de reflexão aonde o aluno se torna crítico e autônomo no autoconhecimento sobre atividade física.

“Busca-se, assim, assegurar a autonomia do aluno em relação à prática da atividade física: após o término do ensino médio o jovem e o adulto devem ter condições de saber por quê, para quê e como realizar suas atividades físicas, se assim desejarem, sem a necessidade do acompanhamento de um profissional. Isso

implica que o aluno adquira competências e habilidades para elaborar autonomamente atividades corporais, assim como capacidade para discutir e modificar regras, estabelecendo uma melhor utilização dos conhecimentos adquiridos sobre a cultura corporal” (BRASIL, 2000).

Portanto o professor de educação física tem que proporcionar uma aula aonde os alunos sintam prazer de participar, e arrumar estratégias para englobar todos, desde os alunos que possuem mais habilidade até os menos habilidosos, os obesos e os alunos com deficiência, buscando a participação de todos, independentemente de diferenças e dificuldades. Dessa forma contribuindo para a diminuição o índice do sedentarismo. Segundo Nahas (1997) apud Darido, Rodrigues e Sanches Neto (2007):

“Nahas (1997), por exemplo, sugere que o objetivo da Educação Física na escola de ensino médio é ensinar os conceitos básicos da relação entre atividade física, aptidão física e saúde. O autor observa que esta perspectiva procura atender a todos os alunos, principalmente os que mais necessitam, os sedentários, os de baixa aptidão física, os obesos e os portadores de deficiências.” NAHAS (1997) apud DARIDO, RODRIGUES e SANCHES NETO (2007).

A disciplina de educação física escolar tem a oportunidade de trabalhar e desenvolver o ser humano. Nas aulas o professor tem como trabalhar com várias formas de influenciar e proporcionar vivências na prática de atividade física e assim promovendo a promoção da saúde em sala, fazendo isso como um incentivo para o aluno ter hábitos e atitudes saudáveis que levarão para a vida adulta (CARMO, 2013).

“A atividade física regular contribui na prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis especialmente aquelas que se constituem na principal causa de mortalidade: as doenças cardiovasculares e o câncer. Além disso, a atividade física está associada também com uma melhor mobilidade, capacidade funcional e qualidade de vida durante o envelhecimento” (MATSUDO, 2006).

Ao elucidar o papel da educação física é possível aprofundar no seu papel em relação a prevenção de doenças.

## 2.3 ATIVIDADE FÍSICA PARA PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Muitas das doenças crônicas não-transmissíveis que afetam as pessoas atualmente, surgiram como resultados de hábitos não saudáveis durante a infância e adolescência, como a má alimentação, e, principalmente, o sedentarismo. Coelho e Burini (2009) diz que “Mediante esses estudos, pressupõe-se que o baixo gasto energético e o baixo condicionamento cardiorrespiratório (VO<sub>2</sub> máximo) podem ser considerados fatores de

risco isolados no desenvolvimento das doenças cardiovasculares.” E complementa dizendo “...as mudanças desfavoráveis na composição corporal, por exemplo, o acúmulo adiposo e a redução da massa magra, também estão associados ao maior risco de morbidade e mortalidade precoce”.

Nessa situação a prática da atividade física pode ser utilizada para melhorar as aptidões cardiorrespiratórias e musculoesqueléticas, fazendo a prevenção para as enfermidades.

“Observa-se, portanto, que a possibilidade de prevenir ou retardar a incapacidade funcional da população está diretamente associada à melhora da condição neuromotora e musculoesquelética (força, flexibilidade e equilíbrio) e cardiorrespiratória (VO<sub>2</sub> máximo), obtida pelo estilo de vida ativo” (COELHO; BURINI, 2009).

A atividade física para a prevenção de doenças, deve ser vista como um meio que deve ser utilizado para capacitar o corpo para torna-lo saudável, assim, a forma que é usada a atividade física está relacionada a gordura corporal acumulada, a estruturação musculoesquelética, e a utilização das vias energéticas, interferindo beneficemente na saúde do indivíduo.

“Os mecanismos que ligam a atividade física à prevenção e ao tratamento de doenças e à incapacidade funcional envolvem principalmente a redução da adiposidade corporal, a queda da pressão arterial, a melhora do perfil lipídico e da sensibilidade à insulina, o aumento do gasto energético, da massa e da força muscular, da capacidade cardiorrespiratória, da flexibilidade e do equilíbrio” (COELHO; BURINI, 2009).

É a Educação Física por meio de seus conteúdos a disciplina ideal para proporcionar a prática associada a teoria em relação a saúde, doenças e qualidade de vida.

## 2.4 A SAÚDE: UM CONTEÚDO DA EDUCAÇÃO FÍSICA NO ENSINO MÉDIO

A atividade física resulta em uma melhora na saúde, desenvolvendo o bem-estar para todos que praticam, e é papel do professor de educação física explicar aos alunos essa associação, sendo necessário que os alunos entendam sobre o conceito “saúde”, para refletir sobre suas ações e o que elas podem interferir em suas vidas. Com isso, o conteúdo “saúde” passa a ser um ponto fundamental a ser trabalhado para os jovens que estão em formação no ensino médio.

O conceito implantado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948 afirma “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença.” Baseando nessa afirmação, a reflexão sobre os benefícios da atividade física para uma melhora na qualidade de vida, remete a importância dos conteúdos fundamentais da educação física fazendo com que o aprendizado sobre esse tema se torne eficiente para nossos alunos. Segundo Zancha et al. (2013):

“Não se pressupõe, nesse sentido, que o professor responsável pela educação para a saúde seja um “especialista”, mas sim que trabalhe em conjunto com a escola para realizar um projeto pedagógico em que um dos focos seja a promoção de hábitos saudáveis”.

Nessa concepção, os ensinamentos em sala de aula sobre esse conteúdo tornam-se mais complexo, buscando o entendimento abrangente sobre todos os temas que influenciam na qualidade de vida. A atenção ao planejar as aulas de educação física, deve estar direcionada em compartilhar conhecimentos que aumentará na reflexão dos seus alunos sobre a saúde e o bem-estar, sendo a escola o local para melhorar os valores do ser humano, pensando na vida social e profissional, para que adquiram hábitos mais saudáveis durante o processo de formação que conduzirá para um futuro mais saudável.

“Infância e adolescência são épocas decisivas na construção de condutas do ser humano, por isso a escola passa a ter papel de destaque nesse processo de educar para a saúde por ser um dos espaços de convívio social cotidiano da criança e do adolescente” (ZANCHA et al., 2013).

Contudo, os hábitos adotados pela sociedade, gera frequentemente estados físicos e mentais que confrontam a saúde, afetando de forma negativa o bem-estar da população, e poderia ser evitado se houvesse a presença da atividade física agregado com alimentação saudável, como hábitos adquiridos regularmente pela população. Darido, Rodrigues e Sanches Neto (2007) afirma:

“Preocupam-se com a formação do estilo de vida ativo, entendendo que, grandenúmero de distúrbios orgânicos que ocorrem na idade adulta decorrentes do estilo de vida da sociedade moderna, como: stress, sedentarismo, doenças hipocinéticas, problemas cardíacos, poderiam ser minimizados com a adoção de hábitos de vida saudáveis”.

Com essa ideia, a qualidade de vida tornou-se mais importante para a educação física, pois são nítidos seus benefícios, e quando trabalhado desde a adolescência dando continuidade ao longo da vida, os benefícios são ainda melhores. No intuito de

promover a saúde desde a infância e adolescência, foi criada uma abordagem pedagógica, para orientar os professores a como trabalhar com esse tema na área educacional. Essa abordagem é conhecida como saúde renovada, e adquiriu vários adeptos que defende e promove a ideologia.

“Quem defende esta proposta ressalta a importância das informações e conceitos relacionados à aptidão física e saúde, bem como a adoção de estratégias de ensino que abordem os conceitos e princípios teóricos, no sentido de que os educandos tomem decisões quanto à adoção de hábitos saudáveis de atividade física ao longo de toda vida” (ZANCHA et al., 2013).

De acordo com as propostas da abordagem saúde renovada e com as orientações dos Parâmetros curriculares nacionais, o conteúdo saúde ao ser aplicado no ensino médio, deve ser conduzido como forma de uma aprendizagem contínua no qual levará ao conhecimento básico de ferramentas que possam prosperar a qualidade de vida, como citado por Brasil (2000):

“... a inclusão de programas escolares que valorizem o aprendizado e a prática de exercícios de elevação e manutenção da frequência cardíaca em limites submáximos, alongamento e flexibilidade, relaxamento e compensação com o objetivo profilático desencadearão, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida” BRASIL (2000).

Neste sentido, torna-se uma importante aliada no processo de formação do aluno para o exercício de sua cidadania.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O índice de pessoas inativas está crescendo cada vez mais, e conseqüentemente, o sedentarismo geralmente acompanhado pela obesidade e sobrepeso está tendo um avanço alarmante, trazendo um aumento de doenças fatais como: insuficiência cardíaca, obesidade, diabetes, problemas de pressão, entre outros a população. Quando paramos para pensar neste problema, nos perguntamos se pode ou não ser evitado, e por meio desse estudo chegamos à conclusão de que se o indivíduo adquirir uma forma saudável de viver desde a adolescência, e dar continuidade ao longo de sua vida, a saúde se torna conseqüência.

As atitudes saudáveis que devem ser adotadas pelos adolescentes, podem ser apresentadas no universo escolar, pois este ambiente é responsável em promover a saúde e atividade física nas aulas de educação física.



Portando é explícito o papel do professor como mediador na formação de indivíduos que saibam o mínimo sobre a saúde para viver em sociedade. Dentro da escola o professor de educação física tem em mãos a autoridade e responsabilidade em suas aulas para mostrar e ensinar todo seu conhecimento aprendido na sua formação sobre os aspectos da promoção da saúde para um bem-estar físico, mental e social.

Nas aulas de educação física no ensino médio o foco é a formação do aluno é voltado ao seu autoconhecimento, e sobre a área da saúde. Os conteúdos a serem aplicados podem ser: medidas e avaliações corporais, frequência cardíaca, alimentação, exercícios físicos simples com conhecimento básico sobre execução correta, entre outros. O professor também conta como referência os parâmetros curriculares nacionais (PCNS), que servem para orientar melhor suas aulas por meio de conteúdos e didática de ensino, tornando aulas mais estruturada sobre a saúde e a cultura corporal. Além disso, dentro dos eixos temáticos podem trabalhar conteúdos planejados como a dança, contendo vários movimentos combinados de diversos ritmos. Planejar as aulas voltada para o bem-estar do aluno, disponibilizando o conhecimento do corpo como recurso principal, explicando que não possui incapacidade para pratica da atividade física nas aulas, é ponto fundamental, explicando que há adaptações para qualquer dificuldade encontrada na pratica, e a tecnologia pode ser utilizada como uma nova ferramenta, que estimule a atividade física.

A atividade física pode ser proporcionada por diversas formas e é de extrema importância aplicar as aulas de forma que a teoria e a pratica trabalhem juntas, pois a pratica reproduzida com significado a torna mais prazerosa, levando-o a ter um amplo conhecimento das várias formas de praticar atividade física, e usa-la como lazer e um estilo de vida ao longo do envelhecimento.

Desta maneira deixa claro que a educação física escolar tem o papel fundamental em proporcionar conhecimento e vivencia para a promoção da saúde até o final da educação básica, tornando um aluno ético, crítico é autônomo no autoconhecimento sobre a educação da saúde. Portanto o professor de educação física escolar tem como principal função, proporcionar aulas prazerosas e que englobam o maior número de alunos participando, e aprendendo a relação entre a pratica da atividade em relação ao bem-estar, evitando enfermidades físicas e mentais, como depressão, ansiedade, obesidade, sobrepeso, hipertensão e várias outras.

## 4. REFERÊNCIAS

- ALVES, U.S. Não ao Sedentarismo, sim à Saúde: Contribuições da Educação Física Escolar e dos Esportes. **O Mundo da Saúde São Paulo**, p.464-469, 2007.
- BLAZUSI, Rosane. **Os benefícios da atividade física aos adolescentes**. 2009. Disponível em <<http://www.nutrociencia.com.br/uploadfiles/artigosdownload/atividade%20fisica%20em%20adolescentes.PDF>>. Acesso em 01 de out de 2014.
- BRASIL. MINISTERIO DA EDUCAÇÃO. **Parâmetros curriculares nacionais: Educação física**. Brasília, 1997. 62p.
- BRASIL. MINISTERIO DA EDUCAÇÃO. **Parâmetro Curricular Nacional: Ensino Médio**. Brasília, 2000. 71p.
- BRASIL. **Lei de Diretrizes e Bases nº 9.394, 20 de Dezembro de 1996**. Do Ensino Médio.
- BRASIL. MINISTERIO DA EDUCAÇÃO. **Parâmetro Curricular Nacional: Ensino Médio. Orientações Educacionais Complementares aos Parâmetros Curriculares Nacionais**. Brasília, 241p.
- CARMO, N.; et al. A Importância da Educação Física Escolar sobre Aspectos de Saúde: Sedentarismo. **Educare Ceunsp**, v.1, n.1, p.21-29, 2013.
- COELHO, C.F.; BURINI, R.C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Revista de Nutrição**, v.6, n.22, p.937-946, 2009.
- DARIO, V.L. **A importância das aulas de educação física no ensino médio**, Conclusão do Curso de Pós-Graduação Educação e a interface com a Rede de Proteção Social, Unochapecó. p.1-12, 2015.
- DARIDO, S.C.; RODRIGUES, A.C.B.; SANCHES NETO, L. Saúde, Educação Física Escolar e a Produção De Conhecimentos no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, p.1-9, 2007.
- DARIDO, S.C.; et al. Educação Física no Ensino Médio: Reflexões e Ações. **Motriz**, v.5, n.2, p.138-145, 1999.
- DARIDO, S.C. **EDUCAÇÃO FÍSICA NA ESCOLA QUESTÕES E REFLEXÕES**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.a., 2003. 81p.
- GUEDES, D.P. Educação para a Saúde Mediante Programas de Educação Física Escolar. **Motriz**, v.5, n.1, p.10-14, 1999.
- SANTOS, M.A.G.N.; NISTA-PICCOLO, V.L. O Esporte e o Ensino Médio: A Visão dos Professores de Educação Física da Rede Pública. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v.25, n.1, p.65-78, 2011.
- SOARES, C.L. Educação Física Escolar: Conhecimento e Especificidade. **Revista Paulista de Educação Física**, p.6-12, 1996.
- PITANGA, Francisco José Gondim. Epidemiologia, Atividade Física e Saúde. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v.10, n.3, p.49-54, 2002.
- ZANCHA, D.; et al. Conhecimento dos Professores de Educação Física Escolar sobre a Abordagem Saúde Renovada e a Temática Saúde. **Faculdade de Educação Física da Unicamp**, v.11, n.1, p.204-217, 2013.

# CAPÍTULO 12



## PANORAMA DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM SAÚDE DA CRIANÇA E/OU DO ADOLESCENTE NO BRASIL: ONDE ESTAMOS E ONDE QUEREMOS CHEGAR

**Jakelline Cipriano dos Santos Raposo<sup>1</sup>, Karolyny Alves Claudino<sup>2</sup>, Lenizane Vanderlei Cavalcante<sup>3</sup> e Taciana Mirella Batista dos Santos<sup>4</sup>**

1. Instituto Federal de Alagoas - Campus Rio Largo, Rio Largo, Alagoas, Brasil;
2. Hospital Alcides Carneiro - HUAC de Campina Grande/PB, Campina Grande, Paraíba, Brasil e Hospital Regional do Agreste - HRA de Caruaru/PE, Caruaru, Pernambuco, Brasil;
3. Centro Universitário Estácio do Recife; Recife, Pernambuco
4. Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

### RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo realizar um levantamento sobre o panorama dos programas de pós graduação stricto sensu voltados à saúde da criança e/ou do adolescente no Brasil. Para isso, foi conduzido um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado por meio do acesso aos dados secundários disponibilizados no sítio da plataforma Sucupira no mês de junho de 2019. Foi realizado um levantamento dos programas e cursos de pós-graduação stricto sensu, avaliados e reconhecidos, por região geográfica e unidade federativa. Para busca dos programas foram utilizados a ferramenta "Ctrl F" e os termos de busca: infan OR criança OR adoles OR hebiatria OR juven, cada um dos termos foi inserido separadamente. Quando a busca não retornava nenhum resultado, procedeu-se a inspeção visual e acesso aos sítios dos programas da grande área saúde para checagem das áreas de concentração. O Brasil oferta 6.930 cursos de pós-graduação distribuídos entre 4.590 programas, dos quais 33 são voltados à saúde da criança e/ou do adolescente. A maioria está em Universidades públicas e nas regiões Sul e Sudeste do País, com predominância de linhas de pesquisa voltadas para a infância e aspectos curativos. A distribuição dos programas de pós-graduação stricto sensu voltados à saúde da criança e/ou do adolescente é desigual, não sendo encontrados nenhum programa ou curso nas regiões Norte e Centro Oeste do País.

**Palavras-chave:** Pediatria, Educação, Programas e Pós-Graduação em Saúde.

### ABSTRACT

This research had as aim to make a survey about the panorama of the graduate programs stricto sensu directed to the health of the child and/or the adolescent in Brazil. For this, a descriptive study was carried out, with a quantitative approach, carried out through access to the secondary data made available on the Sucupira platform in June 2019. A survey of the graduate programs and courses stricto sensu, recognized by geographical region and federal unit. To search for programs, we used the tool "Ctrl F" and the search terms: infan

OR child OR adoles OR hebiatria OR juven, each of the terms was inserted separately. When the search did not return any results, the visual inspection and access to the sites of the programs of the large health area were checked for concentration areas. Brazil offers 6,930 postgraduate courses distributed among 4,590 programs, of which 33 are focused on the health of children and/or adolescents. Most are in public universities and in the South and Southeast regions of the country, with predominance of lines of research focused on childhood and curative aspects. The distribution of stricto sensu graduate programs aimed at the health of children and / or adolescents is uneven, with no program or course found in the North and Midwest regions of the country.

**Keywords:** Pediatrics, Education, Health Programs and Graduate Programs.

## 1. INTRODUÇÃO

Há cerca de 100 anos atrás, as descobertas científicas demoravam décadas para serem inseridas na sociedade, distanciando as descobertas científicas da sua aplicabilidade e contribuição social e econômica, atualmente, mediante à revolução tecnológica, podemos visualizar a aplicabilidade das evidências científicas para a população, em no máximo 2 anos, tornando perceptível o benefício social e econômico dos resultados das pesquisas na melhoria da civilização (SOARES, 2018).

Os cursos de pós-graduação stricto sensu praticamente triplicaram no período entre 1999 a 2019, passando de 2.417 em 1999 para 6.930 em 2019, com diferenças marcantes entre as diversas regiões do País, com um aumento considerável de cursos no Norte, passando de apenas 36 cursos em 1999 para 367 em 2019; e no Sul, que tinha 368 em 1999 e passou a ter 1514 em 2019 (CIRANI; CAMPANARIO; SILVA, 2015; CAPES, 2019). Em consequência disso, o número de mestres e doutores também aumentou, passando de 20 mil para 40 mil mestres entre 2000 a 2010 e de 4 mil para 15 mil doutores entre 2000 a 2015. Estes números elevaram o Brasil ao 16<sup>o</sup> país em produção de documentos científicos, contudo é necessário destinar esses recursos de acordo com as necessidades da sociedade na qual estes programas estão inseridos, tendo em vista que “o objetivo é a descoberta de um conhecimento que se caracterize por ser solução para um problema prático real” (SOARES, 2018).

A ciência baseada em evidências é uma premissa para a resolução de condutas clínicas entre os profissionais de saúde, inclusive na realidade de pediatras e hebiatras, com intuito de agregar evidências de pesquisas relevantes na prática clínica desses profissionais, sendo para tanto, essencial a eficácia das pesquisas que está pautada na

tríade qualidade, transparência e valorização de recursos financeiros, com o intuito de globalizar o conhecimento e torná-lo o mais visível possível para o público acadêmico, sendo as pesquisas em saúde da criança e adolescente ainda aquém em quantidade diante da importância e número desta população no Brasil, apesar de estar em ascensão, aumentando nos últimos anos cerca de 213% (GOLDANI et al., 2007).

Diante do exposto, o objetivo desta pesquisa é realizar um levantamento sobre os programas e cursos voltados à atenção à saúde de crianças e adolescentes no Brasil.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Foi conduzido um estudo descritivo, com abordagem quantitativa com o objetivo de fazer um levantamento sobre os programas de pós-graduação *stricto sensu* em saúde da criança e do adolescente no Brasil, por meio do acesso aos dados secundários disponíveis na plataforma *sucupira* e no sítio eletrônico dos respectivos programas.

A busca inicial dos dados foi realizada através do sítio eletrônico: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/programa/quantitativos/quantitativoRegiao.jsf>. A partir do acesso a esse sítio foi possível pesquisar os dados por Região e por cada Estado da Federação. Para seleção e captação dos dados foi, inicialmente, utilizado o atalho de busca “Ctrl F”, dentro dos dados dos programas por instituição de ensino de cada Estado, com os seguintes termos: *infan* OR *criança* OR *adoles* OR *hebiatria* OR *juven*, cada um dos termos foi inserido separadamente. Quando a busca não retornava nenhum resultado, procedeu-se a inspeção visual e acesso aos sítios dos programas da grande área saúde para checagem das áreas de concentração.

Foram incluídos na pesquisa, os programas de mestrado e doutorado que continham no título algum dos termos de busca citados acima, e os programas da grande área saúde com pelo menos uma área de concentração voltada à saúde da criança e do adolescente. Para este trabalho, foi considerado criança, o indivíduo na faixa etária de 0 a 9 anos, 11 meses e 59 dias e adolescente, aquele com 10 anos, 19 anos, 11 meses e 29 dias, conforme critério para o censo do IBGE (IBGE, 2010).

Os dados foram tabulados em planilha eletrônica, recuperando as seguintes variáveis: instituição ofertante; nome do programa; tipo de gestão; área de concentração, extraídas da plataforma *Sucupira*; e linhas de pesquisa; grupos de pesquisa; produção científica; e

atividades de extensão, extraídas nos sítios eletrônicos dos Programas. Para os dados populacionais, foi considerado o último censo demográfico do IBGE, realizado em 2010.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No geral, o Brasil oferta 6.930 cursos de pós-graduação *stricto sensu*, distribuídos entre 4.590 programas, dos quais, apenas 0,7% são voltados a saúde da criança e/ou do adolescente. Em contrapartida, crianças e adolescentes representavam 24,1% da população brasileira em 2010, sendo que a projeção de 2018 foi de 29,2%, ou seja, quase um terço da população (IBGE, 2010; IBGE, 2019).

Analisando os programas de pós-graduação *stricto sensu* no Brasil, percebe-se que cerca de 77,2% dos mesmos são concentrados na região sudeste, e destes, 47,05% são realizados no estado de São Paulo, em especial na Universidade de São Paulo (USP) e Universidade de São Paulo- Ribeirão preto (USP-RP), as quais formam atualmente o maior número de doutores no mundo, nos últimos 15 anos (SOARES, 2018), essa desigualdade também é refletida nos programas voltados à saúde da criança e/ou do adolescente, onde há maior concentração de programas nas regiões Sul e Sudeste, com 91% do total de programas, enquanto que nas regiões Norte e Centro Oeste sequer existem programas voltados à saúde da criança e/ou do adolescente. É interessante notar que apesar do Nordeste ter apenas 9% do total de programas, em 2010 essa região tinha 42% do total de crianças e adolescentes do Brasil, enquanto que o Sul tinha 18,1% (IBGE, 2010).

A tabela 1 mostra um panorama geral dos programas voltados à saúde da criança e/ou do adolescente no Brasil, contudo, pelas especificidades de cada região do Brasil, os resultados e discussão serão abordados por região.

**Tabela 1.** Distribuição dos programas de acordo o Estado, instituição ofertante, áreas de concentração, nota e linhas de pesquisa.

| Programa   | UF | Instituição ofertante                | Área(s) de concentração                               | Nota (M/D) | Linhas de pesquisa   |
|--|----|--------------------------------------|---|------------|--|
| Saúde da Criança e do Adolescente                  | CE | Universidade Estadual Do Ceará       | Saúde da Criança e do Adolescente                     | 3          | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desenvolvimento da criança e do adolescente e suas conexões com a família e as redes sociais.</li> <li>2. Epidemiologia da saúde da criança e do adolescente</li> <li>3. Situação de saúde da criança e do adolescente.</li> <li>4. Inovação e avaliação de tecnologias em saúde</li> </ol>  |
| Saúde da Criança e do Adolescente                  | PE | Universidade Federal de Pernambuco   | Abordagens quantitativas em saúde<br>Educação e saúde | 3/3        | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gastroenterologia e alimentação pediátrica</li> <li>2. Avaliação das condições de saúde e das políticas, programas e serviços</li> <li>3. Clínica e epidemiologia das afecções imuno-alérgicas.</li> <li>4. Nutrição e atividade física na infância e adolescência</li> <li>5. Desenvolvimento infantil</li> <li>6. Educação e saúde</li> </ol>  |
| Hebiatria - Determinantes de Saúde na Adolescência | PE | Universidade de Pernambuco           | Hebiatria   | 4          | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comportamentos relacionados à saúde na adolescência</li> <li>2. Promoção, proteção e recuperação da saúde na adolescência</li> <li>3. Políticas e programas de atenção à saúde do adolescente</li> </ol>   |
| Ciências da Saúde                                  | MG | Universidade Federal de Minas Gerais | Saúde da criança e do adolescente                     | 4/4        | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aspectos gerais do ensino e da assistência pediátrica</li> <li>2. Distúrbios cardiovasculares</li> <li>3. Distúrbios endócrinos, nutricionais e metabólicos</li> <li>4. Distúrbios do período perinatal e neonatal: aspectos clínicos e genéticos</li> <li>5. Distúrbios do trato gastrointestinal e hepáticos: aspectos clínicos, microbiológicos e moleculares</li> <li>6. Distúrbios do trato respiratório</li> <li>7. Distúrbios dos rins e do trato urinários</li> <li>8. Distúrbios imunológicos congênitos e adquiridos</li> <li>9. Distúrbios do neurodesenvolvimento.</li> <li>10. Distúrbios onco-hematológicos.</li> <li>11. Atenção ao paciente pediátrico criticamente enfermo</li> <li>12. Infecções adquiridas</li> </ol> |

|  |    |  |  |     |   |
|--|----|--|--|-----|---|
| Saúde da criança e da mulher                     | RJ | Fundação Oswaldo Cruz                  | Saúde da criança e da mulher   | 4   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adoecimento crônico e deficiências de crianças e adolescentes</li> <li>2. Defeitos congênitos, síndromes genéticas e agravos correlatos</li> <li>3. Saúde perinatal, da criança e do adolescente</li> <li>4. Sexualidade, produção, gênero e saúde</li> <li>5. Violência e saúde</li> </ol>   |
| Saúde da criança e da mulher                     | RJ | Fundação Oswaldo Cruz                  | Saúde da criança e da mulher   | 5/5 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adoecimento crônico e deficiências de crianças e adolescentes</li> <li>2. Defeitos congênitos, síndromes genéticas e agravos correlatos</li> <li>3. Saúde perinatal, da criança e do adolescente</li> <li>4. Sexualidade, produção, gênero e saúde</li> <li>5. Violência e saúde</li> </ol>   |
| Pesquisa aplicada à saúde da criança e da mulher | RJ | Fundação Oswaldo Cruz                  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pesquisa clínica e básica aplicada à saúde da criança e do adolescente</li> <li>2. Saúde Perinatal e saúde da criança</li> </ol> | 4/4 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Saúde perinatal</li> <li>2. Fisiopatologia de doenças de crianças em maior risco</li> <li>3. Genética médica aplicada à saúde da criança e do adolescente</li> <li>4. Aspectos ambientais, epidemiológicos, clínicos na promoção da saúde e prevenção da morbimortalidade da criança e do adolescente</li> </ol>  |
| Clínica médica                                   | RJ | Universidade Federal do Rio de Janeiro | Saúde da criança e do adolescente  | 7/7 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Epidemiologia das infecções comunitárias e das infecções associadas aos cuidados de saúde em crianças e adolescentes</li> <li>2. Epidemiologia e etiopatogenia das afecções inflamatórias articulares na infância e adolescência</li> <li>3. Epidemiologia e etiopatogenia das afecções respiratórias na infância e adolescência</li> <li>4. Estudo clínico e epidemiológico das doenças genéticas na infância e na adolescência</li> <li>5. Estudos epidemiológicos, clínicos e fisiopatológicos das doenças e dos agravos à saúde de alta prevalência na infância e adolescência</li> </ol> |
| Ciências odontológicas                           | SP | Universidade de São Paulo              | Odontopediatria e Ortodontia   | 5/5 | Promoção de saúde bucal em crianças e adolescentes  |
| Medicina (Pediatria)                             | SP | Universidade de São Paulo              | Pediatria  | 5/5 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Origens desenvolvimentistas da saúde e da doença</li> <li>2. Resposta Imune da criança e afecções congênitas e</li> </ol>   |



---

|                                   |    |  |   |     |  |
|-----------------------------------|----|--|---|-----|--|
|                                   |    |  |   |     | <p>adquiridas</p> <p>3. Distúrbios nutricionais e metabólicos agudos e crônicos em Pediatria</p> <p>4. Aspectos clínicos e epidemiológicos das doenças respiratórias e infecciosas em Pediatria</p> <p>5. Mecanismos de resistência anti-infecciosa e fatores tróficos do leite humano.</p> <p>6. Intervenções terapêuticas nas doenças pediátricas</p> <p>7. Marcadores de diagnósticos e prognósticos das doenças pediátricas.</p> <p>8. Mediadores inflamatórios nas doenças pediátricas.</p> <p>9. Doenças crônicas na criança e no adolescente: impacto na saúde física, psíquica e nas relações sociais</p> <p>10. Modelos experimentais de afecções pediátricas clínicas e cirúrgicas</p> |
| Odontopediatria                   | SP | Universidade de São Paulo (Ribeirão Preto) | Odontopediatra                              | 6/6 | <p>1. Biocompatibilidade, propriedades físico-químicas e atividade antimicrobiana de técnicas/materiais utilizados em Odontologia</p> <p>Estudos clínicos em Odontologia</p> <p>3. Etiologia e tratamento das patologias pulpares e periapicais</p> <p>Pesquisa envolvendo a interface Odontopediatria/Ortodontia</p> <p>5. Prevenção em Odontologia</p>   |
| Saúde da Criança e do Adolescente | SP | Universidade de São Paulo                  | Pediatria Saúde da Criança e do Adolescente | 5/5 | <p>1. Estudos in vitro e in vivo de novos agentes terapêuticos aplicados à saúde da criança e do adolescente</p> <p>2. Crescimento, desenvolvimento físico e metabolismo da criança e do adolescente</p> <p>3. Estudos clínicos laboratoriais em medicina intensiva pediátrica</p> <p>4. Infecções</p> <p>5. Estudos epidemiológicos, clínicos e laboratoriais da saúde perinatal, da criança, do adolescente e do adulto jovem</p> <p>6. Doenças onco-hematológicas na infância</p> <p>7. Gastroenteropatias e hepatopatias na criança e adolescente</p> <p>8. Resposta imunológica à imunização natural ou ativa em crianças e em gestante</p>   |

---

|   |    |   |   |     |   |
|---|----|---|---|-----|---|
|   |    |   |   |     | <p>9. Estudos clínico-epidemiológicos no período neonatal</p> <p>10. Estudos da ontogenia e alterações da resposta imune em crianças e adolescentes</p> <p>11. Estudos das funções e alterações hormonais na criança e no adolescente</p>   |
| Saúde da Criança e do Adolescente           | SP | Universidade Estadual de Campinas                                   | Saúde da Criança e do Adolescente   | 5/5 | <p>1. Políticas e práticas de atenção à criança</p> <p>2. Crescimento e endocrinologia da criança e do adolescente</p> <p>3. Saúde neonatal gastroenterologia (incorporando ou não esvaziamento gástrico);</p> <p>4. Imunologia, alergia e pneumologia;</p> <p>5. Estudos clínicos, epidemiológicos e farmacológicos em pediatria.</p>  |
| Odontologia                                 | SP | Universidade Cruzeiro do Sul  | Odontopediatria   | 4/4 | Odontologia na infância, adolescência e na pessoa com deficiência   |
| Ciências odontológicas                      | SP | Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Araçatuba)  | Saúde bucal da criança  | 5/5 | Crescimento e desenvolvimento somático e psicológico da criança   |
| Ciências odontológicas                      | SP | Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Araraquara) | Odontopediatria   | 5/5 | <p>1. Epidemiologia, diagnóstico e tratamento de problemas bucais de interesse da odontopediatria</p> <p>2. Formação e desenvolvimento dentário em odontopediatria</p> <p>3. Ensaios laboratoriais e clínicos para análise física, química, mecânica e biológica de biomateriais,</p> <p>4. Equipamentos e substâncias utilizadas em odontopediatria</p> <p>5. Novas tecnologias no diagnóstico e tratamento de problemas bucais.</p> |
| Nutrição do nascimento à adolescência       | SP | Centro Universitário São Camilo                                     | Análise nutricional da população<br>Desnutrição e desenvolvimento fisiológico | 3   | <p>1. Doenças da criança e do adolescente;</p> <p>2. Saúde e qualidade de vida: do nascimento à adolescência.</p>   |
| Odontologia                                 | SP | Universidade Paulista   | Clínica infantil-Ortodontia   | 4/4 | Sem informações para área de concentração   |
| Educação e saúde na infância e adolescência | SP | Universidade Federal de São Paulo                                   | Educação e Saúde  | 4   | <p>1. A integridade física, emocional e intelectual da criança e do adolescente</p> <p>2. As questões de infância e adolescência na formação de profissionais da educação e saúde</p>   |

|  |    |                                   |   |     |  |
|--|----|-----------------------------------|---|-----|--|
| Educação e saúde na infância e adolescência                | SP | Universidade Federal de São Paulo | Educação e Saúde  | 4   | Educação e Saúde na infância e na Adolescência: problemas crônicos e perspectiva atuais  |
| Pediatria e ciências aplicadas à pediatria                 | SP | Universidade Federal de São Paulo | 1.Biociências<br>2.Enfermagem<br>3.Fisioterapia<br>4.Nutrição<br>5.Pedagogia<br>6.Pediatria<br>7.Pediatria e ciências aplicadas à Pediatria<br>8.Psicologia | 5/5 | 1.Afecções e assistência no período neonatal<br>2.Infecção e imunização<br>3.Afecções e assistência à criança e ao adolescente<br>4.Fisiologia e distúrbios do aparelho digestório<br>5.Fisiologia, epidemiologia das afecções respiratórias, alérgicas, imunológicas e inflamatórias<br>6.Fisiologia, epidemiologia de distúrbios nutricionais, hormonais e do metabolismo<br>7.Crescimento e desenvolvimento normal e patológico               |
| Bioteχνologia aplicada à saúde da criança e do adolescente | PR | Faculdades Pequeno Príncipe       | Bioteχνologia<br>Pediatria  | 4/4 | 1.Doenças Complexas e Oncogenética<br>2.Estudos Epidemiológicos, Clínicos e Educacionais<br>3.Imaginologia, Proteção Radiológica e Radioterapia<br>4.Medicina Molecular e Bioinformática<br>5.Microbiologia e 6.Doenças Infecciosas<br>7.Neurociências<br>8.Terapia Celular e Farmacológica  |
| Odontologia  | PR | Universidade Federal do Paraná    | Odontopediatria<br>Saúde bucal durante a infância e adolescência  | 4/4 | 1.Estudos epidemiológicos na infância<br>2.Estudo do Medo e Ansiedade em Odontopediatria<br>3.Educação em saúde bucal na infância e adolescência   |
| Saúde da criança e do adolescente                          | PR | Universidade Federal do Paraná    | Pediatria   | 4/4 | 1.A criança gravemente enferma: fatores prognósticos e suporte terapêutico<br><br>2.Afecções agudas e crônicas na infância e adolescência<br><br>3.Bases moleculares e genéticas do câncer na infância e adolescência<br><br>4.Crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente<br><br>5.Endocrinologia e desenvolvimento<br><br>6.Endocrinologia e transição<br><br>7.Estatística e informática aplicada ao ensino e pesquisa em saúde |

|  |    |  |  |     |  |
|--|----|--|--|-----|--|
|  |    |  |  |     | <p>8. Imunologia e doenças alérgicas na infância e adolescência</p> <p>9. Medicina esportiva na infância e adolescência</p> <p>10. Neuropatologia e neurodesenvolvimento</p> <p>11. O universo da doença neonatal – fatores de morbimortalidade</p> <p>12. Promoção da saúde na infância</p>   |
| Odontologia  | SC | Universidade Federal de Santa Catarina                             | Odontopediatria                                | 4/4 | 1. Atenção à saúde da criança e do adolescente   |
| Pediatria: atenção à saúde da criança e do adolescente | RS | Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre | Pediatria: Desenvolvimento, ambiente e doença. | 4/4 | <p>1. Saúde Mental, Desenvolvimento e Meio Ambiente</p> <p>2. Métodos Diagnósticos e Epidemiologia das Doenças</p> <p>3. Doenças Prevalentes e Terapêutica Clínica</p> <p>4. Saúde Primária, Prevenção e Gestão da Saúde</p>   |
| Ciências da saúde (cardiologia)                        | RS | Fundação Universitária de Cardiologia                              | Cardiologia fetal e pediátrica                 | 5/5 | <p>1. Avanços Propedêuticos e Terapêuticos no Estudo das Cardiopatias Estruturais e Funcionais do Período Pré-Natal</p> <p>2. Estudo da Função Diastólica Ventricular no Feto</p> <p>3. Fisiopatologia e Avaliação das Cardiopatias Congênitas e Adquiridas na Infância</p> <p>4. Neurodesenvolvimento de Crianças com Cardiopatia Congênitas</p>  |
| Medicina pediatria e saúde da criança                  | RS | Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul              | Pediatria                                      | 6/6 | <p>1. Asma: epidemiologia, genética e estudo de mecanismos básicos</p> <p>2. Avaliação funcional e reabilitação em doenças respiratórias crônicas</p> <p>3. Bioética em UTI Pediátrica</p> <p>4. Bronquiolite: epidemiologia, estudo de mecanismos básicos e terapêutica</p> <p>5. Células tronco e doenças neurodegenerativas</p> <p>6. Disfunção Orgânica na Criança</p> <p>7. Epidemiologia clínica aplicada à saúde da criança</p> <p>8. Epigenética e Mecanismos Moleculares do Estresse no</p> |

|  |    |                                  |   |     |  |
|--|----|----------------------------------|---|-----|--|
|  |    |                                  |   |     | <p>Desenvolvimento</p> <p>9.Epilepsia Clínica e Experimental em Pediatria</p> <p>10.Estresse e desenvolvimento</p> <p>11.Fibrose Cística: epidemiologia, genética e terapêutica</p> <p>12.Imunologia tumoral</p> <p>13.Intervenções Diagnósticas e Terapêuticas no Recém-Nascido Crítico</p> <p>14.Neurologia do comportamento e desenvolvimento</p> <p>15.Pesquisa em diagnóstico por imagem da criança e do adolescente</p> <p>16.Polissonografia Neonatal</p> <p>17.Prematuridade: impacto no desenvolvimento pulmonar e resposta imune</p> <p>18.Prognóstico, Qualidade e Resultados em UTI Pediátrica</p> <p>19.Resposta imune a infecções respiratórias virais</p> <p>20.Surfactante Pulmonar no Recém-Nascido</p> |
| Saúde da mulher, criança e adolescente | RS | Universidade Católica de Pelotas | Saúde coletiva<br>Saúde mental coletiva<br>Saúde no ciclo vital | 3   | <p>1.Saúde Gestacional e Puerpério</p> <p>2.Desenvolvimento Infantil</p> <p>3.Estratégias Preventivas em Saúde do Ciclo Vital</p> <p>4.Estratégias Preventivas em Saúde Mental</p> <p>5.Avaliação Psicodiagnóstica e Intervenções Breves em Saúde Mental</p>   |
| Epidemiologia                          | RS | Universidade Federal de Pelotas  | Saúde e nutrição da criança e do adolescente                    | 7/7 | <p>1.Saúde mental e capital humano</p> <p>2.Saúde bucal</p> <p>3.Doenças e agravos não transmissíveis e fatores de risco</p> <p>4.Epidemiologia genética</p> <p>5.Saúde materno-infantil</p>   |
| Odontologia                            | RS | Universidade Federal de Pelotas  | Odontopediatria   | 6/6 | <p>1.Desfechos em saúde bucal: influência dos determinantes sociais, socioeconômicos, clínicos e comportamentais</p> <p>2.Efetividade de intervenções clínicas em Odontologia</p> <p>3.Engenharia tecidual, biocompatibilidade e investigação de materiais bioativos</p> <p>4.Materiais nanoestruturados, desenvolvimento e caracterização dos biomateriais</p> <p>5.Neoplasias</p> <p>Síntese do conhecimento em Odontologia</p>  |
| Saúde da Criança                       | RS | Universidade                     | Pediatria   | 5/5 | 1.Alterações hormonais e   |

|                        |    |                              |                        |   |   |
|------------------------|----|------------------------------|------------------------|---|---|
| e do Adolescente       |    | Federal do Rio Grande do Sul |                        |   | marcadores do processo inflamatório e infeccioso.<br>2.Aspectos clínicos, epidemiológicos e evolutivos em 3.Pediatria Bioética e Terminalidade<br>4.Crescimento e Desenvolvimento normal e patológico<br>5.Disfunções agudas e crônicas do Sistema Digestório<br>6.Disfunções agudas e crônicas do Sistema Nervoso.<br>7.Disfunções agudas e crônicas do Sistema Respiratório.<br>8.Disfunções multiorgânicas agudas do feto ao adolescente<br>9.Epidemiologia, Patogenia, Fenótipo, Genótipo, Tratamento e Prevenção de Defeitos Congênitos.<br>10.Nutrição Clínica e Experimental e Aleitamento materno.<br>11.Oncologia, Hematologia e Terapia Celular |
| Saúde Materno Infantil | RS | Universidade Franciscana     | Saúde Materno Infantil | 3 | Atenção integral à saúde materna, neonatal e infantil<br>Organização e gestão da rede de atenção à saúde materno infantil   |

### 3.1 NORTE

A região Norte teve um crescimento de 35,3% no número de cursos de pós graduação stricto sensu, sendo superior à média nacional, que foi de 20,8% (FAPESPA, 2010), mesmo assim, o Norte ainda apresenta a menor razão de cursos/população, seguido da região nordeste (CIRANI; CAMPANARIO; SILVA, 2015). Com relação aos programas voltados à saúde da criança e/ou do adolescente, não foram encontrados nenhum resultado. Em contrapartida o Norte tinha cerca de 14% do total de crianças e adolescentes do Brasil, e a pirâmide etária dessa região começa a afunilar a partir da faixa etária de 15 a 19 anos (IBGE, 2010).

Nesse contexto, será que programas voltados à área de saúde da criança e/ou do adolescente nesta região poderiam mudar essa realidade? É necessário refletir sobre como se dá a criação dos programas e cursos de pós graduação, será que é levado em conta a realidade e necessidade da região onde as instituições de ensino estão inseridas? Ou o

critério majoritário é a formação e linhas de pesquisas estipuladas pelos docentes dos programas?

### 3.2 NORDESTE

A região Nordeste possui 1211 cursos de pós graduação *stricto sensu*, distribuídos entre 879 programas, ofertados nos Estados da Bahia, Sergipe, Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Ceará, Maranhão e Piauí. Assim como nas outras regiões, o Nordeste quadruplicou o número de cursos nos últimos 20 anos, entretanto, a razão curso/população ainda é baixa, ficando atrás somente do Norte (CIRANI; CAMPANARIO; SILVA, 2015).

Apenas 9% dos programas voltados à saúde da criança e/ou do adolescente estão na região Nordeste, sendo um programa no Estado do Ceará e dois em Pernambuco, que inclusive, tem o único mestrado voltado apenas para a população adolescente. É notório a desigualdade tanto à nível de Brasil, como na própria região. O Estado da Bahia apresentava a maior população de crianças e adolescentes em 2010, contudo não tem nenhum programa voltado para essa área (IBGE, 2010).

Todos os programas voltados à área investigada são ofertados por Instituições públicas, sendo duas estaduais e uma federal, essa última com o único curso de doutorado na região. Os cursos estavam classificados nas áreas interdisciplinar (2) e medicina II (1). Apenas o programa ofertado pela Universidade de Pernambuco conseguiu atingir nota 4 na avaliação da CAPES, os outros permanecem com nota 3.

A produção científica incluiu artigos, dissertações, teses, capítulos de livros e patentes, com 534 documentos, com 50% produzidos pela Universidade Federal de Pernambuco, contudo as informações sobre produção científica, grupos de pesquisa e atividades de extensão não estavam todas disponíveis nos sítios eletrônicos dos programas.

### 3.3 CENTRO OESTE

A região Centro Oeste apresentava a menor porcentagem de crianças e adolescentes em comparação com o País, apenas 10%, no entanto essa população representava 33% da população total da região Centro Oeste (IBGE, 2010). Assim como na região Norte,

também não foram encontrados programas voltados à saúde da criança e/ou do adolescente, em contrapartida, a pirâmide etária desta região é similar às regiões Sul e Sudeste, com afunilamento a partir da faixa etária de 30 a 34 anos.

Esse dado pode refletir as condições socioeconômicas da região Centro Oeste, que nas últimas quatro décadas vem “apresentando o melhor desempenho econômico entre as macrorregiões brasileiras” (MIRAGAYA, 2014), além de apresentar um IDH médio e alto na maior parte das regiões. Vale ressaltar que essa região passou por intenso processo migratório, com a maioria dos migrantes considerado um grupo positivamente selecionado, ou seja, “migrantes mais aptos, motivados, agressivos, com personalidade empreendedora” (RIBEIRO; CORREA, 2009).

### 3.4 SUDESTE

A região Sudeste do Brasil oferta, no geral, 2000 cursos de pós-graduação stricto sensu, inseridos em 1561 programas e distribuídos entre os Estados do Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo com um maior número nesse último, sendo 1559 cursos em 941 programas. No que concerne aos programas voltados para a saúde da criança e do adolescente, o estado de São Paulo teve sua maior participação com 23 cursos na área, seguido do Rio de Janeiro com sete cursos, Minas gerais com apenas dois e Espírito Santo (ES) com nenhum programa voltado a esta população.

Observa-se um total de 12 Instituições de Ensino Superior (IES) no Sudeste que desenvolvem programas de pós graduação stricto sensu com áreas de concentração em Saúde da Criança e/ou do Adolescente, e corroborando com os dados acima, percebemos que a USP, a USP-RP e a Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP juntas são responsáveis por quase metade dos programas de pós-graduação voltados à saúde da criança e/ou do adolescente, perfazendo 39% dos programas encontrados, enquanto os outros 61% dos programas stricto sensu nessa temática estão distribuídos em outras 9 instituições de ensino.

Quando analisado o aspecto gestão administrativa, também percebemos que há uma prevalência do número de instituições públicas (75%) em detrimento das privadas. Com relação a produção científica, foram encontrados registros de 3.718 documentos, entre artigos, dissertações e teses, como maior produção pelas universidades públicas, em especial a Universidade Estadual de Campinas - Unicamp e Universidade Federal de Minas



Gerais - UFMG que, somadas, foram responsáveis por 75% de toda a produção. Contudo, as informações sobre produção científica, grupos de pesquisa e atividades de extensão não estavam disponíveis em todos os sítios eletrônicos das Instituições, principalmente, os dois últimos, sendo que as informações sobre grupos de pesquisa só foram informadas pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - Araçatuba e Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ (apenas por e-mail), quando se trata de atividades de extensão, apenas a UFRJ mencionou que a informação poderia ser obtida por e-mail.

Quanto às Linhas de Pesquisa em saúde da criança e do adolescente foram encontradas 82 linhas de pesquisa nas diferentes IES, e nestas há a concentração de 96% delas sendo desenvolvidas nas universidades públicas. No que concerne as áreas de avaliação em que as pesquisas neste tema são desenvolvidos, a maior percentagem é em medicina II (33,3%) e odontologia (33,3%), sendo os demais avaliados nas áreas de medicina I (1); nutrição (1); ensino (2); saúde coletiva (2). Estes achados corroboram com os dados encontrados na literatura a nível de Brasil (MALFITANO, SILVA, BARBOSA, 2017).

Com relação ao conceito CAPES, o que chamou a atenção na região Sudeste, é que para os estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro, de um total de sete programas na área de criança e/ou adolescente apenas um possuía conceito 7, que significa de excelência internacional. A Capes avalia esses programas e o conceito varia de 1 a 7, sendo os programas com conceito 1 ou 2 descredenciados pela instituição. De um modo geral, alcançar esse conceito não é uma tarefa fácil, visto que de 4.581 programas de pós graduação existentes no Brasil de diversas áreas, apenas 185 atingem esse patamar (MARES, 2019).

Dentro das temáticas das linhas de pesquisa, das 82 desenvolvidas, 50 (71,4%) delas abordaram a exploração de aspectos de possíveis doenças ou tratamentos, enquanto somente 20 (28,6%) delas tem um olhar de prevenção, e políticas públicas e de educação social do público infanto-juvenil, o que nos deixa claro que as áreas de saúde ainda têm um foco muito voltado para os aspectos curativos ou de reabilitação, precisando desenvolver mais políticas de prevenção públicas para essa faixa etária tão preconizada pelo SUS.

### 3.5 SUL

A região Sul do Brasil oferta 1514 cursos de pós-graduação stricto sensu, inseridos em 984 programas e distribuídos entre os Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, com um maior número nesse último, sendo 679 cursos em 432 programas. Pouco mais de 1% desses programas são voltados a saúde da criança e do adolescente, com 02 cursos de mestrados profissionais, 10 cursos de mestrados acadêmicos, 10 de doutorados, a maior parte está concentrada no Rio Grande do Sul, sendo que 64% são ofertados por instituições públicas, e 42% das notas são iguais ou maiores que 5. O foco na doença é preponderante nas linhas de pesquisa, assim como na infância (TABELA 1).

As informações sobre grupos de pesquisa, produção acadêmica e atividades de extensão não estavam descritas em todos os sítios eletrônicos dos programas, contudo, a produção científica (artigos, dissertações e teses) somou 1457 documentos, sendo 29% produzidos pelo Programa em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A área de avaliação mais predominante foi Medicina II e Odontologia (67%), as outras áreas foram Saúde Coletiva (2), Medicina I (1), e Enfermagem (1). Esses achados refletem uma maior produção de dissertações e teses na área de Medicina II (MALFITANO; SILVA; BARBOSA, 2017).

É interessante notar que a região Sul tinha 18,2% do total da população de crianças e adolescentes do Brasil, mas detém a segunda maior quantidade de programas voltados a essa área, ficando atrás somente do Sudeste, essa preocupação com a infância e adolescência pode ter refletido na formação da pirâmide etária dessa região, onde existe um afinilamento só a partir dos 30 anos (IBGE, 2010).

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os programas de pós graduação stricto sensu voltados à saúde da criança e do adolescente representam menos de 1% do total dos programas em geral, sendo concentrados nas regiões Sudeste e Sul do País, que também apresentam as maiores notas de avaliação e uma maior quantidade de produção científica. Na região Nordeste só foram encontrados três programas, contudo é nessa região que está a 2ª maior população de crianças e adolescentes. Não foram encontrados programas voltados a essa área nas regiões Norte e Centro Oeste.

Não existe uma padronização das informações fornecidas pelos programas, em seus sítios eletrônicos, principalmente no que concerne aos dados sobre grupos de pesquisa, produção científica e atividades de extensão, esse último só foi informado por apenas um programa.

É necessário repensar os critérios para a criação de novos programas/cursos de pós-graduação no Brasil, assim como o foco das pesquisas na área da saúde da criança e/ou do adolescente, que atualmente está voltada para a infância e os aspectos curativos e de reabilitação.

## 5. REFERÊNCIAS

CIRANI, C.B.S.; CAMPANARIO, M.A.; SILVA, H.H.M. A evolução do ensino da pós-graduação senso estrito no Brasil: análise exploratória e proposições para pesquisa. **Avaliação**, v.20, n.1, p.163-187, 2015.

FAPESPA. **Região Norte é que mais cresce em cursos de pós-graduação**. Com informações da CAPES. Disponível em: <<http://fapespa.pa.gov.br/noticia/599>>. Acesso em 28 jun. 2019.

GOLDANI, M.Z.; et al. Em busca da eficiência: visibilidade internacional da produção científica dos programas brasileiros de pós-graduação em saúde infantil e do adolescente entre 1998 e 2003. **Jornal de Pediatria**, v.83, n.5, p.436-440, 2007.

IBGE. **Sinopse do censo demográfico 2010 Brasil**. IBGE, 2010. Disponível em: <[https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12#topo\\_piramide](https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12#topo_piramide)>. Acesso em 30 jun. 2019.

IBGE. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. IBGE, 2019. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em 29 jun. 2019.

MALFITANO, A.P.S.; SILVA, M.J.; BARBOSA M.F. Pesquisas de Pós-Graduação brasileira stricto sensu com enfoque na saúde dos jovens entre 1987 e 2010. **Revista Adolescência & Saúde**, v.14, n.2, p.163-175, 2017.

MARÉS, C. **Instituições públicas oferecem 80% dos programas de pós-graduação do País**. Folha de São Paulo, 2019. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2019/05/16/universidades-federais-pos-graduacao/>>. Acesso em 20 jun. 2019.

MIRAGAYA, J.F.G. **O desempenho da economia na Região Centro Oeste**. [s. l.]: BNDES Um olhar territorial para o desenvolvimento: Centro Oeste. 2014. Disponível em: <<https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/bitstream/1408/7301/1/O%20desempenho%20da%20>

economia%20na%20Regi%C3%A3o%20Centro-Oeste\_14\_P.pdf>. Acesso em 30 jun. 2019.

RIBEIRO, L.L.; CORREA, M.V. Migração e seleção: Evidências para o Centro-Oeste brasileiro. **Revista Economia Ensaio**, v.24, n.1, p.01-13, 2009.

SOARES, P.C. Contradições na pesquisa e pós-graduação no Brasil. **Estudos avançados**, v.32, n.92, p.289-313, 2018.



## PRESSÃO ARTERIAL E SONO EM ADOLESCENTES

Emanuela de Souza Gomes dos Santos<sup>1</sup> e Orivaldo Florencio de Souza<sup>2</sup>

1. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Acre (IFAC), Rio Branco, Acre, Brasil.

2. Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, Acre, Brasil.

### RESUMO

O aumento da pressão arterial em crianças e adolescentes tem crescido e se configura um sério problema de saúde pública em todo o mundo, considerando que a pressão arterial é fator de risco para diversos agravos e doenças cardiovasculares. Da mesma maneira, o padrão do sono em adolescentes tem passado por transformações que parecem comprometer a saúde, principalmente em relação a redução da duração do sono, dada a importância fisiológica do sono para o bom funcionamento do organismo. Diante disso, estudiosos tem encontrado e discutido evidências de uma possível relação entre o sono e a elevação da pressão arterial nesse grupo etário. Os principais achados apontam que a curta duração do sono está associada à elevação da pressão arterial na adolescência, embora não se descarte a possibilidade de uma relação com a longa duração do sono, que ainda não está clara na literatura. No entanto, há indícios importantes de que o sono inadequado pode comprometer a pressão arterial dos adolescentes e sua saúde na vida adulta.

**Palavras-chave:** Adolescente, Pressão arterial e Duração do Sono.

### ABSTRACT

The increase in blood pressure in children and adolescents has grown and is a serious public health problem worldwide, considering that blood pressure is a risk factor for various diseases and cardiovascular diseases. Similarly, the pattern sleep in adolescents has undergone changes that seem to compromise health, especially in relation to the reduction of sleep duration, due to the physiological importance of sleep for the proper functioning of the organism. In view of this, scholars have found and discussed evidence of a possible relation between sleep and blood pressure elevation in this age group. The main findings indicate that short sleep duration is associated with elevated blood pressure in adolescence, although the possibility of a relation with long sleep duration, which is not yet clear in the literature, is not ruled out. However, there are important clues that inadequate sleep can compromise adolescents' blood pressure and their health in adulthood.

**KEYWORDS:** Adolescent, Blood pressure and Sleep Duration.

## 1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema de saúde pública em todo o mundo, com prevalência crescente em adultos, contribuindo de forma relevante para a mortalidade por doenças cardiovasculares (LIANG et al., 2010; BLOCH et al., 2016a). Cerca de sete milhões de mortes em todo o mundo são atribuídas à hipertensão arterial a cada ano (LIANG et al., 2010).

Nos últimos anos tem-se observado aumento na prevalência de HAS também entre os adolescentes (LIANG et al., 2010; BLOCH et al., 2016b). Os resultados do Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes – ERICA, realizado no Brasil, mostraram que 24,0% dos adolescentes brasileiros que frequentam escolas estão com pressão arterial (PA) elevada (pré-hipertensão ou hipertensão). A prevalência de PA elevada é maior entre os mais velhos (principalmente no sexo masculino). Cerca de 10,0% dos adolescentes observados no ERICA foram classificados como hipertensos (BLOCH et al., 2016b).

Considerando que a HAS é um fator percussor da doença isquêmica do coração, acidente vascular cerebral e insuficiência renal, dentre outros agravos (LIANG et al., 2010; GUO et al., 2013), o reconhecimento de seus fatores de risco e modificação de hábitos de vida levaria à prevenção e melhor controle da PA.

Assim como a elevação da PA tem sido incidente entre os adolescentes, alterações no padrão do sono têm sido observadas nesse grupo etário. Embora alguma alteração do sono seja fisiológica na adolescência (PACIÊNCIA et al., 2016), alguns dados sugerem que os tempos médios de sono em crianças e adolescentes têm diminuído ao longo do século (MATRICCIANI et al., 2012; GANGWISCH, 2014). Entre as razões para a redução ou variações nos padrões de sono na juventude estão o aumento do tempo dispendido em atividades extracurriculares e sociais, como aumento da utilização e disponibilidade de dispositivos de comunicações e entretenimento eletrônicos, especialmente durante horários noturnos (CAIN et al., 2010; GANGWISCH, 2014).

O sono desempenha um papel importante na vida diária e no crescimento de crianças e adolescentes e o prejuízo na quantidade ou qualidade desse sono pode configurar riscos para diversos agravos à saúde (GUO et al., 2013). Vários estudos têm sugerido que a baixa duração do sono está associada a eventos adversos para a saúde por desempenhar um papel no risco cardiometabólico em uma idade futura para as crianças e adolescentes (GUO et al., 2013). E a evidência é ainda mais consistente para uma associação entre o sono

inadequado e adiposidade abdominal, diminuição da sensibilidade à insulina, bem como PA elevada (QUIST et al., 2016).

Entre os fatores de riscos modificáveis para doenças e agravos cardiometabólicos, a prática de atividade física e a dieta têm sido tradicionalmente considerados os dois principais fatores que afetam o equilíbrio da homeostase energética, que pode resultar na elevação da PA. No entanto, pesquisas recentes sugerem que o sono também pode ser um importante componente modificável no estilo de vida que pode afetar a alimentação e comportamentos de atividade física, e, finalmente, o balanço energético e a regulação do peso corporal, bem como outros fatores de risco cardiometabólico na juventude, como a PA (GANGWISCH, 2014; HART et al., 2013).

Desta forma, a literatura tem trazido crescentes evidências científicas sugerindo que o aumento da prevalência da HAS e alterações no padrão do sono podem estar relacionados, sobretudo em adolescentes (GANGWISCH et al., 2006; GUO et al., 2013; GANGWISCH, 2014). Ressalta-se que a relação da privação de sono com um aumento significativo da PA tem sido observada tanto em indivíduos normotensos como hipertensos (GUO et al., 2013).

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 A PRESSÃO ARTERIAL EM ADOLESCENTES

A hipertensão é o principal fator de risco modificável para doenças cardiovasculares e óbitos em todo o mundo. No mundo, afeta cerca de 1 bilhão de adultos e está associado com mais de 9 milhões de mortes por ano (WHO, 2013). Geralmente a PA é considerada um problema da idade adulta, mas as fases precoces da vida, como a adolescência, tem sido períodos críticos na sua etiologia (LI et al., 2003; FALKNER et al., 2002).

Nas últimas décadas, estudos em diferentes países têm observado um incremento da prevalência de HAS em adolescentes (ROSNER et al., 2013; ZHANG et al., 2012; BLOCK et al., 2016b). O fato de os valores de PA na infância e na adolescência mostrarem-se preditivos para a hipertensão, doenças cardiovasculares, alterações cardíacas e vasculares subjacentes na idade adulta faz com que a PA na adolescência seja uma preocupação

fundamental em saúde pública (ANYAEGBU et al., 2014; CHIOLERO et al., 2013; REDWINE e FALKNER, 2012).

Em uma análise global realizada por De Moraes et al. (2014), a prevalência combinada de hipertensão em adolescentes no continente norte americano foi de 7,3% (IC95% 2,8–8,8), europeu de 16,2% (IC95% 10,3–27,1), enquanto na américa latina de 6,2% (IC95% 3,1–10,6). Já em um estudo com crianças e adolescentes africanos de 2 a 19 anos de idade, a prevalência combinada de hipertensão foi de 5,5% (IC95% 4,2 - 6,9), enquanto pré-hipertensão foi de 12,7% (IC95% 2,1 – 30,4) (NOUBIAP et al., 2017).

No Brasil, na revisão sistemática e metanálise de estudos que avaliaram adolescentes de 10 a 19 anos realizadas por Gonçalves et.al., (2016), a prevalência combinada de hipertensão, estimada através de modelos de efeitos aleatórios, foi de 8,0%, (IC 95%: 5,0-11,0; I2 = 97,6%), para a população total de adolescentes. No geral, a prevalência foi maior em meninos 9,3% (IC 95%: 5,6-13,6; I2 = 96,4%) do que em meninas, 6,5% (IC 95%: 4,2-9,1; I2 = 94,2%).

O Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes – ERICA foi o primeiro estudo brasileiro com representatividade nacional a estimar a prevalência de hipertensão arterial aferida em adolescentes (BLOCH et al., 2016b). Foram avaliados 73.399 estudantes. A prevalência de hipertensão arterial foi 9,6% (IC95% 9,0-10,3) sendo maior entre os adolescentes do sexo masculino 11,9% (IC95% 11,1-12,8). As mais baixas prevalências foram observadas nas regiões Norte, 8,4% (IC95% 7,7-9,2) e Nordeste, 8,4% (IC95% 7,6-9,2) e a mais alta na região Sul, 12,5% (IC95% 11,0-14,2). Adolescentes com obesidade tiveram prevalência de hipertensão arterial mais elevada, 28,4% (IC95% 25,5-31,2), do que aqueles com sobrepeso, 15,4% (IC95% 13,8-17,0), ou eutróficos, 6,3% (IC95% 5,6-7,0) (BLOCH et al., 2016b).

A teoria de que a hipertensão primária (ou essencial) pode ter suas origens nos adolescentes foi proposta no primeiro relatório do *National Heart Lung and Blood Institute - NHLBI* (1977). Nos anos subsequentes, a teoria tem sido apoiada por um corpo substancial de dados epidemiológicos que relacionam maiores níveis de PA nessa fase com hipertensão precoce na idade adulta (SUN et al., 2007; LIANG et al., 2011).

Os dados de 50 estudos longitudinais, que obtiveram medidas repetidas da PA desde a infância até a idade adulta, analisados numa revisão sistemática e metanálise, mostraram forte evidência de que o rastreamento da pressão arterial parece aumentar com a idade. A



análise demonstrou que maiores níveis de PA na infância e/ou adolescência são associados a maiores níveis de PA na idade adulta (CHEN e WANG, 2008).

O *Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents* publicado pela *National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents* classificam os adolescentes como normotensos, se a pressão arterial sistólica e a diastólica forem mais baixas que os valores do percentil 90 para sua estatura, sexo e idade; como pré-hipertensos, se a pressão sistólica ou a diastólica estiverem entre os percentis 90 e 95 ou com a pressão arterial sistólica maior ou igual a 120 mmHg ou a diastólica maior ou igual a 80 mmHg, mas com percentil menor que 95; e como, hipertensos, se a pressão arterial sistólica ou a diastólica estiver no percentil 95 ou superior (NHBPEP, 2004). Com essa classificação Muntner et al. (2004) destacam o aumento da prevalência de pré-hipertensão na adolescência, antes não conhecida.

É importante destacar que a pré-hipertensão na adolescência pode não apenas apresentar um risco para uma futura hipertensão na fase adulta, mas também está associada à presença de doenças cardíacas (REDWINE; FALKNER, 2012). A combinação de PA elevada e obesidade em adolescentes parece amplificar o risco de patologia cardíaca. Em um estudo focado em afro-americanos, a prevalência de hipertrofia ventricular esquerda entre adolescentes não obesos com pré-hipertensão foi de 19% e entre obesos com pré-hipertensão a prevalência aumentou para 57% (FALKNER et al., 2013).

A patologia anormal associada à pré-hipertensão não se limita à hipertrofia ventricular. Urbina et al. (2011) realizaram um estudo sobre adolescentes e adultos jovens. Os investigadores detectaram uma associação independente entre PA e com disfunção cardíaca diastólica entre participantes pré-hipertensivos. Os participantes pré-hipertensos nesse estudo também tiveram aumento da espessura da camada íntima média da artéria carótida e rigidez arterial. Apesar das amostras dos estudos serem relativamente pequenas, as alterações cardíacas e vasculares subjacentes à elevação PA na adolescência levantam uma preocupação significativa.

A detecção da elevação da PA na adolescência provavelmente ajudará a prevenir hipertensão em adultos. Por isso, é importante diagnosticar e controlar a PA precocemente e identificar os determinantes associados à hipertensão para prevenir a doença e suas consequências na idade adulta. É nesse sentido que a literatura tem considerado o sono

como fator importante que pode estar relacionado como o aumento da PA (GANGWISCH, 2014).

## 2.2 O SONO EM ADOLESCENTES

O sono é um processo fisiológico, modulador da função neuroendócrina e desempenha papel importante na saúde dos adolescentes (FONSECA, 2010). Tem impacto significativo nas funções físicas, comportamentais e neurocognitivas; atua na promoção do crescimento, maturação e saúde durante a infância e adolescência; é essencial para o funcionamento normal de todos os sistemas do corpo (GUO et al, 2013; SPRUYT; GOZAL, 2012).

Estudos sugerem que adolescentes com padrões de sono irregular podem apresentar maior sonolência diurna, déficit de atenção, baixa produtividade, além de flutuações do humor, problemas comportamentais, depressão, predisposição a acidentes, atraso no desenvolvimento puberal, maior ganho de peso, uso de álcool e substâncias psicoestimulantes (LAM e YANG, 2008; WEISS et al., 2010; LIU et al., 2011). Além destas evidências, o sono inadequado pode afetar o sistema nervoso central, a hemodinâmica e influenciar na fisiopatologia do sistema cardiovascular, com alterações na pressão arterial (WANG et al, 2015; GUO et al., 2013; QUIST et al., 2016; WU, et al., 2016).

A duração média do sono dos seres humanos vem diminuindo nas últimas décadas de acordo com vários estudos epidemiológicos (MATRICCIANI et al., 2012; GANGWISCH, 2014; WANG et al., 2015; WU, et al., 2016). A *National Sleep Foundation* (2005) reportou que indivíduos que dormem menos de 6 horas nos dias úteis aumentaram de 12% para 16%, entre 1998 e 2005.

No estudo multicêntrico com adolescentes intitulado HELENA (*Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence Study*), 33% dos participantes de 12 a 17 anos relataram dormir <8 horas por dia (h/dia) (REY-LOPEZ, 2014). Em seu estudo, a média da duração do sono de adolescentes aos 13 anos diminuiu de 9h/dia para 8,25h/dia aos 17 anos. No estudo de Bernardo et al. (2009) foi observado que em adolescentes aos 10 anos a prevalência de baixa duração do sono ( $\leq 8$  horas por dia) era de 5%, aos 12 anos de 14% e no fim da adolescência de 59%. Estes dados sugerem uma tendência na redução do sono, sobretudo entre os adolescentes.

É consensual que durante a adolescência a quantidade total de sono diminui sob influência fisiológica (NATIONAL SLEEP FOUNDATION, 2005; 2009; PACIÊNCIA et al., 2016). A duração do sono diminui consideravelmente desde a fase de recém-nascido até a idade adulta. Enquanto crianças são seres predominantemente matutinos, pois dormem e acordam mais cedo, os adolescentes vão se tornando mais atrasados durante a puberdade, atingindo o máximo da vespertinidade próximo dos 20 anos de idade (ROENNEBERG et al., 2004). Geralmente, recém-nascidos dormem cerca de 12 a 18 horas, quando adultos passam a dormir 7-9 horas (NATIONAL SLEEP FOUNDATION, 2005; 2009).

Na adolescência, é possível observar importantes mudanças na expressão do ciclo vigília/sono. Identifica-se uma maior lentidão na inibição da secreção de melatonina no início do período claro do dia, especialmente no final da puberdade, bem como um acúmulo mais lento da propensão para o sono durante o dia, o que pode levar a um atraso de fase de sono. Esse atraso é caracterizado por horários de dormir e acordar mais tardios entre os adolescentes, embora atualmente eles precisem acordar mais cedo por questões escolares (CARSKADON, 2004; BORGES, 2003). Portanto, o sono durante a adolescência pode ser particularmente importante, uma vez que a puberdade é caracterizada por mudanças fisiológicas de vários hormônios e um rápido crescimento e desenvolvimento biológico (DAHL et al., 2002; EATON et al., 2010).

Além das questões fisiológicas que levam a diminuição da duração do sono, outros fatores acompanham esse declínio em adolescentes, como as transformações sociais e ambientais (WANG et al., 2015). A adolescência é um período caracterizado por sono insuficiente, seja por escolha e influência social (tempo com amigos, aumento de horas de visualização de televisão, uso da internet, demandas acadêmicas), diminuição do monitoramento dos pais quanto a hora de dormir ou horário de início da atividade escolar (CAIN et al., 2010; GANGWISCH, 2014; MOORE; MELTZER, 2008; RUSSO et al., 2007; YANG et al., 2005). Essa discrepância entre os aspectos sociais e tempos biológicos, chamado de "jetlag social" por Wittmann et al. (2006), pode causar privação parcial e comprometimento da qualidade do sono.

Tais fatores e comportamentos afetam diretamente a fisiologia normal do sono. A secreção noturna normal de melatonina desempenha um papel importante na regulação do sono através da transmissão de sinais relativos aos ciclos claro-escuro para a organização de ritmos sazonais e circadianos. Quando as pessoas estão expostas à ausência de luz, geralmente, há aumento da produção de melatonina, precipitando a sonolência.

Adolescentes, geralmente, têm uma fase de secreção de melatonina mais tardia justamente por dormirem menos e mais tarde e por terem maior exposição a luz artificial (CARSKADON, 2004; COLRAIN; BAKER, 2011; MOORE; MELTZER, 2008).

A duração do sono nos fins de semana geralmente é maior em comparação aos dias úteis da semana, podendo ter 2 horas a mais (AU et al., 2014). Este sono prolongado nos fins de semana, comum entre os adolescentes, atua como uma resposta compensatória à baixa duração do sono nos dias da semana. Entretanto, não se sabe se essa compensação minimiza os efeitos adversos do débito de sono acumulado (AU et al., 2014).

Existem diversas referências e pontos de corte com valores sugeridos para a satisfação adequada da necessidade de sono em crianças e adolescentes. De acordo com as diretrizes do *National Sleep Foundation* (2009), enquanto para a população adulta, a duração do sono é considerada curta quando é < 7h por noite, a quantidade de sono por noite para adolescentes é insuficiente se <7h, razoável se de 7 a <8h, e recomendado de 8h a ≤10h. A *American Academy of Sleep Medicine* traz um novo consenso de que adolescentes de 13 a 18 anos, devem dormir de 8 a 10 horas por dia para uma ótima saúde (PARUTHI et al., 2016), o que dificulta o estabelecimento exato da quantidade de horas de sono que seria para durante a adolescência.

### 2.3 RELAÇÃO ENTRE SONO E PRESSÃO ARTERIAL EM ADOLESCENTES

A associação entre a duração do sono e o aumento da PA tem sido encontrada em estudos epidemiológicos, sobretudo em adolescentes (GUO et al., 2013; GANGWISCH, 2014; MATTHEWS et al., 2016; QUIST et al., 2016).

Em uma revisão sistemática sobre riscos cardiovasculares em crianças e adolescentes realizada por Quist et al. (2016), 30 estudos investigavam associações entre o sono e PA. Destes, apenas 2 eram de delineamento longitudinal, os quais acompanharam crianças de 6 meses aos 11 anos de idade e não encontraram associação entre horas de sono e PA. Os 28 restantes eram estudos seccionais. Estes apresentaram uma associação inversa entre sono e PA no grupo etário referido, ou seja, curtos períodos de sono estiveram associados ao aumento da PA.

Em alguns estudos avaliados por Matthews et al. (2016) e Quist et al. (2016), foi observada a elevação da pressão arterial associada a longas horas de sono em adolescentes, sugerindo associação em forma de U. Constatações semelhantes também

foram verificadas na população adulta nos estudos da revisão de Guo et al. (2013) e Gangwisch (2014). No entanto, até o momento não foram identificados mecanismos biológicos consistentes para explicar a associação entre longa duração do sono e resultados adversos para a saúde, como elevação da PA em adolescentes (GUO et al., 2013).

Ainda nas referidas revisões, destacam-se alguns estudos com manutenção de associação após ajustes por idade, sexo, índice de massa corporal e outras covariáveis; enquanto em outros a associação não se manteve. Alguns aspectos considerados por Gangwisch (2014) e Quist et al., (2016), foram as limitações dos estudos pelo tamanho da amostra, o método de mensuração das horas de sono e da PA e estudos que observaram apenas as associações entre variáveis sono e PA em análises não ajustadas, o que limita a consistência das associações.

Em muitos estudos transversais, a associação entre a curta duração do sono e elevação da PA pode estar atenuada, pela inclusão nos modelos multivariados das variáveis diabetes, índice de massa corporal e covariáveis como nível socioeconômico e idade, altamente correlacionadas com o peso corporal. O efeito da curta duração do sono sobre a PA é, portanto, susceptível de ser parcialmente afetada pela relação da curta duração do sono no peso corporal, por influenciar na produção dos hormônios leptina e grelina, no apetite e na sensibilidade à insulina à nível fisiológico (GANGWISCH et al., 2006; GANGWISCH, 2014).

Os potenciais mecanismos propostos que podem explicar a associação entre curta duração do sono e PA incluem o aumento da atividade do sistema nervoso central, desencadeando uma excitação inadequada ("hipervigilância"), devido a hiperatividade das funções cerebrais, desajuste no ritmo circadiano, alterações nas concentrações hormonais e retenção de sódio. De acordo com estas hipóteses, a curta duração de sono prolongada ou alterações da qualidade do sono podem atuar como agente estressor neurobiológico e fisiológico (GANGWISCH et al., 2006; GUO et al., 2013; QUIST et al., 2016).

No início do sono a PA cai e tende a diminuir ao longo da noite até o despertar. A presença da melatonina contribui para a redução da pressão arterial durante o sono (GANGWISCH et al., 2006). Com a diminuição das horas de sono há a diminuição da produção da melatonina; aumento de estresse pela produção de cortisol; aumento da atividade do sistema nervoso central, para o indivíduo se manter acordado; aumento da

retenção de sódio, aumentando assim, a carga hemodinâmica total, ventricular e arterial, que por sua vez, resulta na elevação da PA (GANGWISCH et al., 2006).

O sono inadequado também poderia aumentar o risco de PA elevada indiretamente através de um estilo de vida não saudável. A curta duração do sono leva ao cansaço e fadiga, diminuindo a força de vontade para se envolver em atividades físicas e aderir a uma dieta saudável, fatores relevantes para a prevenção da hipertensão (GANGWISCH et al., 2006).

Matthews et al. (2016) e Quist et al. (2016) resumem que os estudos sugerem que o sono adequado, seja em quantidade e/ou qualidade, em crianças e adolescentes, provavelmente contribui para um menor risco cardiometabólico.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das evidências de associação entre a duração do sono e elevação da PA apresentadas pela literatura científica, a hipótese de que intervenções para melhorar a quantidade e qualidade do sono podem servir como medidas eficazes de promoção da saúde dos adolescentes e redução de agravos na fase adulta, como a hipertensão e agravos e doenças subjacentes, deve ser considerada.

### 4. REFERÊNCIAS

ANYAEGBU, E.I.; DHARNIDHARKA, V.R. Hypertension in the teenager. **Pediatric Clinics**, v.61, n.1, p.131-151, 2014.

AU, C.T.; et al. Acute and chronic effects of sleep duration on blood pressure. **Pediatrics**, 133; e64; 2014.

BERNARDO, M.P.S.L.; et al. Duração do sono em adolescentes de diferentes níveis socioeconômicos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 2009.

BLOCH, K.V.; CARDOSO, M.A.; SICHIERI, R. Estudo dos Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA): resultados e potencialidade. **Revista de Saúde Pública**, v.50, supl.1, 2016a.

BLOCH, K.V.; KLEIN, C.H.; SZKLO, M.; et al. ERICA: prevalências de hipertensão arterial e obesidade em adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v.50, supl.1, p.9s, 2016b.

BORGES, G.A.; SCHWARZTBACH, C. Idade da menarca em adolescentes de Marechal Cândido Rondon-PR. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v.5, p.15-21, 2003.

CAIN, N.; GRADISAR, M. Electronic media use and sleep in school-aged children and adolescents: a review. **Sleep Medicine**, v.11, n.8, p.735-42, 2010.

CARSKADON, M.A.; ACEBO, C.; JENNI, O.G. Regulation of adolescent sleep: implications for behavior. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v.1021, n.1, p.276-291, 2004.

CHEN, X.; WANG, Y. Tracking of blood pressure from childhood to adulthood: a systematic review and meta-regression analysis. **Circulation**, v.117, n.25, p.3171-3180, 2008.

CHIOLERO, A.; BOVET, P.; PARADIS, G. Screening for elevated blood pressure in children and adolescents: a critical appraisal. **JAMA pediatrics**, v.167, n.3, p.266-273, 2013.

COLRAIN, I.M.; BAKER, F.C. Changes in sleep as a function of adolescent development. **Neuropsychology review**, v.21, n.1, p.5-21, 2011.

DAHL, R.E.; LEWIN, D.S. Pathways to adolescent health sleep regulation and behavior. **Journal of adolescent health**, v.31, n.6, p.175-184, 2002.

DE MORAES, A.C.F.; et al. Prevalence of high blood pressure in 122,053 adolescents: a systematic review and meta-regression. **Medicine**, v.93, n.27, 2014.

EATON, D.K.; et al. Prevalence of insufficient, borderline, and optimal hours of sleep among high school students—United States, 2007. **Journal of Adolescent Health**, v.46, n. 4, p.399-401, 2010.

FALKNER, B.; et al. High risk blood pressure and obesity increase the risk for left ventricular hypertrophy in African-American adolescents. **The Journal of pediatrics**, v.162, n.1, p.94-100, 2013.

FALKNER, Bonita. Birth weight as a predictor of future hypertension. **American journal of hypertension**, v.15, n.S2, p.43S-45S, 2002.

FONSECA, F.L.; BRANDÃO A.A.; POZZAN R.; CAMPANA E.M.G.; PIZZI, O.L. Overweight and cardiovascular risk among young adults followed-up for 17 years: the Rio de Janeiro study, Brazil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.94, n.2, p.207-215, 2010.

GANGWISCH, J.E. A review of evidence for the link between sleep duration and hypertension. **American Journal of Hypertension**, v.28, n.1, 2014.

GANGWISCH, J.E., HEYMSFIELD, S.B., BODEN-ALBALA, B.; et al. Short sleep duration as a risk factor for hypertension: analyses of the first national health and nutrition examination survey. **Hypertension**, v.47, n.5, p.833-9, 2006.

GONÇALVES, V.S.S.; et al. Prevalence of hypertension among adolescents: systematic review and meta-analysis. **Revista de saude publica**, v.50, p.27, 2016.

GUO, X.; ZHENG, L.; WANG, J.; et al. Epidemiological evidence for the link between sleep duration and high blood pressure: A systematic review and meta-analysis. **Sleep Medicine**, v.14, p.324–332, 2013.

HART, C.N.; CARSKADON, M.A.; CONSIDINE, R.V.; et al. Changes in children's sleep duration on food intake, weight, and leptin. **Pediatrics**, v.132, n.6, p.1473-80, 2013.

LAM, Lawrence T.; YANG, L. Duration of sleep and ADHD tendency among adolescents in China. **Journal of Attention Disorders**, v.11, n.4, p.437-444, 2008.

LIANG, Y.J.; XI, B.; HU, Y.H.; et al. Trends in blood pressure and hypertension among Chinese children and adolescents: China Health and Nutrition Surveys 1991–2004. **Blood Pressure**, v.20, p.45–53, 2010.

LIANG, Y.; JIE, M.I. Pubertal hypertension is a strong predictor for the risk of adult hypertension. **Biomedical and Environmental Sciences**, v.24, n.5, p.459-466, 2011.

LI, S.; et al. Childhood cardiovascular risk factors and carotid vascular changes in adulthood: the Bogalusa Heart Study. **Jama**, v.290, n.17, p.2271-2276, 2003.

LIU, J.; et al. Sleep difficulties and obesity among preadolescents. **Canadian Journal of Public Health**, p.139-143, 2011.

WANG, Y.; et al. Relationship between duration of sleep and hypertension in adults: a meta-analysis. **Journal of clinical sleep medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine**, v.11, n.9, p.1047, 2015.

MATRICCIANI, L.; OLDS, T.; PETKOV, J. In search of lost sleep: secular trends in the sleep time of school-aged children and adolescents. **Sleep Medicine Reviews**, v.16, n.3, p.203-211, 2012.

MATTHEWS, K.A.; PANTESCO, E.J.M. Sleep characteristics and cardiovascular risk in children and adolescents: an enumerative review. **Sleep medicine**, v.18, p.36-49, 2016.

MOORE, M.; MELTZER, L.J. The sleepy adolescent: causes and consequences of sleepiness in teens. **Pediatric respiratory reviews**, v.9, n.2, p.114-121, 2008.

MUNTNER, P.; et al. Trends in blood pressure among children and adolescents. **Jama**, v.291, n.17, p.2107-2113, 2004.

NATIONAL SLEEP FOUNDATION. Sleep in America Poll 2005: summary of findings. Washington, DC: **National Sleep Foundation**, 2005.



NATIONAL SLEEP FOUNDATION. **How much sleep do we really need?** <http://www.sleepfoundation.org/article/how-sleep-works/how-much-sleep-do-we-really-need>, 2009.

National Heart L, and Blood Institute. Report of the Task force on Blood Pressure Control in Children. **Pediatrics**. n.59, p.797–820, 1977.

NHBPEP - National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. **Pediatrics**, v.114, supl.2, p.555-76, 2004.

NOUBIAP, J.J.; et al. Prevalence of elevated blood pressure in children and adolescents in Africa: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Public Health**, v.2, n.8, p.e375-e386, 2017.

PACIÊNCIA, I.; ARAÚJO, J.; RAMOS, E. Sleep duration and blood pressure: a longitudinal analysis from early to late adolescence. **Journal of sleep research**, v.25, n.6, p.702-708, 2016.

PARUTHI, S.; et al. Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine on the Recommended Amount of Sleep for Healthy Children: Methodology and Discussion. **Journal of clinical sleep medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine**, v.12, n.11, p.1549-1561, 2016.

QUIST, J.S.; SJODIN, A.; CHAPUT, J.P. Sleep and cardiometabolic risk in children and adolescents. **Sleep Medicine Reviews**, v.29, p.76-100, 2016.

REY-LÓPEZ, J.P.; et al. Sleep time and cardiovascular risk factors in adolescents: The HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) study. **Sleep medicine**, v.15, n.1, p.104-110, 2014.

REDWINE, K.M.; FALKNER, B. Progression of prehypertension to hypertension in adolescents. **Current hypertension reports**, v.14, n.6, p.619-625, 2012.

ROENNEBERG, T.; KUEHNLE, T.; PRAMSTALLER, P.P.; RICKEN, J.; HAVEL, M.; GUTH, A.; et al. A marker of the end of adolescence. **Current biology**, v.14, p.1038-9, 2004.

ROSNER, B.; et al. Childhood Blood Pressure Trends and Risk Factors for High Blood Pressure Novelty and Significance: The NHANES Experience 1988–2008. **Hypertension**, v.62, n.2, p.247-254, 2013.

RUSSO, P.M.; et al. Sleep habits and circadian preference in Italian children and adolescents. **Journal of sleep research**, v.16, n.2, p.163-169, 2007.

SPRUYT, K.; GOZAL, D. The underlying interactome of childhood obesity: the potential role of sleep. **Childhood Obesity**, v.8, n.1, p.38-42, 2012.

SUN, S.S.; et al. Systolic blood pressure in childhood predicts hypertension and metabolic syndrome later in life. **Pediatrics**, v.119, n.2, p.237-246, 2007.

URBINA, E.M.; et al. Cardiac and vascular consequences of pre-hypertension in youth. **The Journal of Clinical Hypertension**, v.13, n.5, p.332-342, 2011.

YANG, C.; et al. Age-related changes in sleep/wake patterns among Korean teenagers. **Pediatrics**, v.115, supl.1, p.250-256, 2005.

WEISS, A.; et al. The association of sleep duration with adolescents' fat and carbohydrate consumption. **Sleep**, v.33, n.9, p.1201-1209, 2010.

WHO. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis. World Health Day 2013. Geneva: **World Health Organization Press**, 2013.

WITTMANN, M.; DINICH, J.; MERROW, M.; ROENNEBERG, T. Social jetlag: misalignment of biological and social time. **Chronobiology international**, 23:497–509, 2006.

WU, X.; et al. Association of self-reported sleep duration and hypertension: results of a Chinese prospective cohort study. **Clinical and Experimental Hypertension**, v.38, n.6, p.514-519, 2016.

ZHANG, Y.; et al. Prevalent trends in relatively high blood pressure among children and adolescents in Shandong, China. **Annals of human biology**, v.39, n.3, p.259-263, 2012.

# CAPÍTULO 14



## PROJETO DE EXTENSÃO SAMUZINHO: INSTRUMENTO EDUCATIVO SOBRE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA ESTUDANTES DE ESCOLAS MUNICIPAIS DE TEIXEIRA DE FREITAS - BAHIA, RELATO DE EXPERIÊNCIAS

**Calila Oliveira Alves<sup>1</sup>, Lorena Cristina Ramos Oliveira<sup>2</sup>, Mallu Esteves Duarte<sup>2</sup>,  
Natanael Rodrigues de Souza<sup>2</sup>, Tamy Alves Matos<sup>2</sup>, Grasiely Faccin Borges<sup>1</sup>,  
Jackeline Pires de Souza<sup>3</sup>, Igor Santos da Vitória<sup>3</sup> e Maximiliano Terra Costa<sup>2</sup>**

1. Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), Campus Paulo Freire, Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde (NEPS), Teixeira de Freitas, Bahia, Brasil;
2. Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), Campus Paulo Freire, Teixeira de Freitas, Bahia, Brasil;
3. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Núcleo de Educação Permanente (NEP), Teixeira de Freitas, Bahia, Brasil.

### RESUMO

O acentuado índice de trotes recebidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a não formação da população em primeiros socorros são um grave problema, visto que a maioria das ocorrências se dá em ambientes não hospitalares, como as escolas. No intuito de contornar tais problemáticas e tornar o ambiente escolar seguro, o Ministério da Saúde elaborou, em 2007, o 'Projeto Samuzinho', que está em execução, como projeto de extensão, no Campus Paulo Freire da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). O objetivo deste capítulo é descrever as experiências da capacitação em primeiros socorros realizada com estudantes do ensino fundamental I da rede pública de Teixeira de Freitas-BA. Através de uma parceria entre o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde da UFSB e o Núcleo de Educação Permanente do SAMU de Teixeira de Freitas foi implementado o projeto de extensão Samuzinho. Semanalmente, foram ministradas sessões de capacitação em primeiros socorros através do uso de metodologias ativas. As atividades oportunizaram envolvimento e troca de saberes entre os participantes através da problematização de situações do cotidiano e aplicação de metodologias teórico-práticas efetivas. Outrossim, corroboraram para a difusão de conhecimentos sobre a importância da vida e da solidariedade. Por meio da conscientização das crianças, o projeto é agente primordial no combate à alta incidência de trotes, proporciona a capacitação dos integrantes em condutas em primeiros socorros e torna os envolvidos multiplicadores de conhecimentos e protagonistas na sensibilização de novos atores sociais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Crianças, Primeiros Socorros e Cidadania.

### ABSTRACT

The great number of trollers received by the Emergency Mobile Assistance Service (SAMU) and the non-training of the population in first aid are a serious problem, since most

occurrences occur in non-hospital environments, such as schools. In order to overcome these problems and make the school environment safe, in 2007 the Ministry of Health elaborated the 'Samuzinho Project', which is being implemented as an extension project at the Paulo Freire *Campus* of the Federal University of Southern Bahia (UFSB). The purpose of this chapter is to describe the experiences of the first-aid training carried out with elementary students of the public school of Teixeira de Freitas - BA. Through a partnership between the Nucleus of Studies and Research in Health of UFSB and the Nucleus of Permanent Education of SAMU of Teixeira de Freitas, the Samuzinho extension project was implemented. The first-aid training sessions were conducted weekly through the use of active methodologies. The activities provided opportunities for involvement and exchange of knowledge among the participants through the problematization of everyday situations and the application of effective theoretical and practical methodologies. It also supported the spread of knowledge about the importance of life and solidarity. Through the awareness of the children, the project is a prime agent in the fight against high incidence of trotting, provides the qualification of the members in first aid conducts and makes the involved multipliers of knowledge and protagonists in the sensitization of new social actors.

**KEYWORDS:** Children, First Aid and Citizenship.

## 1. INTRODUÇÃO

Segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS, 2013), no Brasil, em 2010, foram registrados 30.590 óbitos na faixa etária de 5 a 19 anos de idade, sendo que 12,17% foram na faixa etária de 5 a 9 anos de idade, 17,73% foram em pessoas com idade entre 10 e 14 anos e 70,10% com intervalo de idades entre 15 a 19 anos. Do quantitativo total de óbitos, 19.144 se encontravam na região Nordeste, e 63,65% deles foram acometidos por causas externas. Percebe-se, com esses dados, que mais da metade dos óbitos totais se encontram na região Nordeste, e que a maioria destas ocorrências, no Brasil, seriam por causas evitáveis.

A maioria dos acidentes ocorre por questões não intencionais ocasionando lesões que poderiam ser evitáveis. Alguns tipos de acidentes, seja na vida adulta ou infantil, podem ter como consequências sequelas físicas e/ou emocionais, com complicações reversíveis ou irreversíveis e, às vezes, fatais (MAIA, 2012). As crianças, adolescentes e adultos jovens são os grupos mais vulneráveis aos agravos determinados pelas doenças de etiologia comportamental, destacando-se os acidentes e as violências (LIBERAL et al., 2005).

Os primeiros socorros, compreendidos como a sucessão de etapas iniciadas fora do ambiente hospitalar, são a abordagem aplicada imediatamente, com caráter temporário, por meio de procedimentos de emergência, às vítimas de acidentes, lesões, traumas, mal súbito e/ou indivíduos que estejam em risco iminente de morte (ALVES; BARBOSA; FARIA,

2013; PERGOLA; ARAUJO, 2009; RAGADALI FILHO et al., 2015). Estes procedimentos visam evitar o agravamento do quadro clínico em que a vítima se encontra, a manutenção dos sinais vitais e a garantia da vida por meio de procedimentos com eficiência e no menor tempo possível (SANTOS et al., 2016).

No intuito de promover a estruturação e organização da rede de urgência e emergência do país e reduzir o quadro de morbimortalidade relativo às urgências, inclusive as relacionadas por trauma e violência, foi instituída, em 2002, pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU). Como parte da PNAU, foi criado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), oficializado pela portaria 2048/GM que versa sobre a implantação do serviço em municípios e regiões de todo o território brasileiro (BRASIL, 2002).

Ao SAMU, designa-se o atendimento de urgência e emergência, sendo que o auxílio é realizado após ligação gratuita para o telefone 192. A ligação é recebida por técnicos na central de regulação que, após o registro de dados de identificação, transferem a mesma para o médico regulador e este, por sua vez, analisa a situação e dá início às orientações, garantindo atendimento precoce, adequado ao ambiente pré-hospitalar e acesso ao sistema de saúde (CICONET; MARQUES; LIMA, 2008).

Além da coleta de informações sobre o local e natureza do incidente, o tempo resposta, que está estritamente relacionado ao sucesso no atendimento às vítimas em situações de urgência e emergência, depende de diversas circunstâncias, dentre elas os possíveis congestionamentos entre a base do serviço e o local da ocorrência, e a disponibilidade de unidades móveis de atendimento (SOUZA; NOVAES, 2006). Por isso, torna-se imprescindível a agilidade no atendimento de forma rápida, objetiva e eficaz, com vistas no aumento da sobrevivência e a redução de sequelas possivelmente oriundas das primeiras horas pós-evento traumático (GENTIL; RAMOS; WHITAKER, 2008).

Outra problemática relacionada ao bom êxito do funcionamento do serviço está associada ao deslocamento das unidades de atendimento para falsas ocorrências. Seja por brincadeira ou intenção criminosa, é crescente o número de ligações ao SAMU, o que acarreta em prejuízos que se estendem desde o gasto de recursos financeiros, como combustível, até danos mais graves, como o impedimento de prestar ajuda a algum paciente que realmente necessite do serviço (PEREIRA, et al., 2018).

Motivado pela solidariedade, em muitas ocasiões, o leigo se coloca à frente das ações de primeiros socorros sem nenhum conhecimento básico das técnicas necessárias para o

enfrentamento do caso enquanto a equipe de atendimento não está presente no local do ocorrido (PERGOLA; ARAÚJO, 2009). Contudo, tais ações podem agravar o quadro da vítima, além de colocar sua própria vida em risco, como podemos exemplificar nas intervenções em casos de afogamento e acidentes de trânsito realizadas de forma insegura (PERGOLA; ARAÚJO, 2009).

Sabe-se que o socorro imediato potencializa as chances de sobrevivência, contudo, a ineficácia na prestação do primeiro atendimento ou a falta de instrução em relação às condutas iniciais pode culminar em sequelas irreversíveis ao paciente e, até mesmo, levá-lo a morte (ALVES; BARBOSA; FARIA, 2013). Há evidências de que o sucesso da recuperação de vítimas das mais diversas ocorrências, que incluem desde pequenas lesões à parada cardiorrespiratória (PCR), está diretamente associado à rápida detecção e início das condutas adequadas (FERREIRA, 2017). Para tanto, é imprescindível que a população esteja apta a intervir diante de tais situações.

Na maioria das vezes, tais ocorrências se dão em ambientes não hospitalares, como residências, bancos, escolas, instituições de ensino, academias, comércios, entre outros, e, portanto, compete que os primeiros socorros sejam executados por indivíduos presentes na cena, desde que sejam capacitados para tal intervenção (MENEZES et al., 2017). Contudo, apesar de, frequentemente, tais episódios serem presenciados por cidadãos das mais diversas formações, estudos comprovam que menos de 35% da população possui algum tipo de formação em primeiros socorros e, destes, mais de 70% afirmam a falta de segurança para executar algum tipo de procedimento (PERGOLA; ARAUJO, 2009).

Nos ambientes acadêmico e escolar, o risco de acidentes é frequente, tendo em vista que, além do aparecimento eventual de circunstâncias cuja demanda é a intervenção imediata e do cenário propício à ocorrência de incidentes, a prática de esportes e/ou brincadeiras podem contribuir para a suscetibilidade de traumas que exigem cuidados rápidos e eficazes (FIORUC et al., 2008; MENEZES et al., 2017). Assim, as instituições de ensino devem contar com a presença de pessoas aptas a tomar providências emergenciais no caso de ocorrências, bem como condutas de prevenção (MENEZES et al., 2017).

Vale salientar que o tempo de permanência que os estudantes tendem a passar nas escolas, desde o deslocamento até o retorno, chega a ser um terço do dia, sendo assim, o indivíduo está mais vulnerável a riscos dentro do ambiente escolar do que em relação a outros espaços de convivência, preocupando responsáveis e educadores. Desse modo, faz-se necessário fomentar o constante debate sobre os acidentes em ambientes escolares

e extraescolares, suas complicações e seus meios de prevenção, sendo a escola um dos pilares e um local propício para a realização de promoção, prevenção e aplicação dos conceitos de segurança humana.

O ambiente escolar que não promove ações educativas em saúde e segurança no seu processo de ensino-aprendizagem coloca em cheque seus pressupostos, sendo necessária a inclusão desses assuntos no currículo escolar, visando não só a proteção individual, mas a segurança de uma comunidade (LIBERAL et al., 2005). Mesmo que o porte físico das crianças não seja adequado o suficiente para a prática das condutas de intervenção, elas são capazes de avisar, prevenir e prestar auxílio em muitas situações (COELHO, 2015). Isso acontece desde que possuam a orientação adequada, bem como a constante atualização dos conhecimentos adquiridos, a fim de ratificar o aprendizado e torná-las cada vez mais autônomas e seguras quanto à execução das técnicas.

Em vista disso, além de tornar o ambiente seguro, o conhecimento básico acerca de técnicas iniciais em situações de emergência potencializa os leigos capacitados na medida em que os torna multiplicadores de conhecimentos para a sensibilização de novos atores sociais na prevenção e manejo de situações de riscos (MARINHO et al., 2014; MENEZES et al., 2017). Ademais, há diminuição da demanda dos serviços de atendimento às urgências para situações classificadas como baixo nível de risco (PERGOLA; ARAÚJO, 2009; VERONESE et al., 2010).

Segundo pesquisa promovida pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira em 2016, a Educação Básica (que engloba Educação Infantil, Ensino Médio e Ensino Fundamental) contava com cerca de 48.817.479 de estudantes matriculados, sendo que 29,34% estavam na região Nordeste do Brasil (BRASIL, 2016). De acordo com esses dados, o Ensino Fundamental, que atende crianças e adolescentes de 06 a 14 anos de idade, possuía 27.588.905 de estudantes matriculados, representando uma parcela de 56,51% do total de estudantes matriculados no Brasil em 2016, sendo que 8.307.366 se encontram na região Nordeste. Em Teixeira de Freitas, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019), foram matriculados cerca de 21.500 alunos no ensino fundamental, sendo que 80,96% estão matriculados em escolas públicas municipais.

A realização do debate de segurança nas escolas e primeiros socorros vem a fortalecer a proposta de prevenção de agravos e promoção de saúde preconizada pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde, visando o bem estar individual e coletivo. Fomentar

estes assuntos entre crianças e adolescentes é um meio de propagar tais informações, transformando-os em atores deste processo e disseminando, na comunidade, a prática de primeiros socorros e a conscientização da responsabilidade social de cada indivíduo.

O profissional da saúde tem papel fundamental na atuação na Escola Promotora da Saúde (BRASIL, 2007), principalmente no desenvolvimento de diversos tipos de ação, como: promover, na atenção à saúde individual, na comunidade e nas ações de educação para a saúde, o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades que contribuam para a adoção de estilos de vida mais saudáveis; estimular a participação efetiva da comunidade na construção da cidadania, na transformação de seu ambiente, na conquista da equidade social e em saúde, de forma que as pessoas possam modificar ativamente o ambiente e melhorar a qualidade de vida (MELLO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2010).

Para tanto, o projeto “Samuzinho” foi criado pelo Governo no Distrito Federal em 2007 e vem sendo disseminado por municípios de todo país. Tem como objetivo informar às crianças de escolas públicas e privadas a respeito das funções e da importância do SAMU à sociedade, orientar como agir em situações de risco e quando acionar o 192. E, com essa conscientização, reduzir o número de trotes, que é uma das principais dificuldades do serviço (SAMU, 2017).

A fim de fortalecer e disseminar os objetivos do projeto, o Samuzinho foi implementado em Teixeira de Freitas, extremo sul baiano, como projeto de extensão através de uma iniciativa desenvolvida em parceria pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde (NEPS) do Campus Paulo Freire da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB) e o Núcleo de Educação Permanente (NEP) do SAMU de Teixeira de Freitas (BA). O propósito é capacitar discentes da UFSB para fornecer noções de primeiros socorros para estudantes do ensino fundamental I do município. Além disso, o projeto visa resgatar a cidadania e diminuir o grau de vulnerabilidade das crianças participantes. Nesse sentido, o presente relato objetiva descrever as experiências da capacitação em primeiros socorros realizada com estudantes do ensino fundamental I da rede pública de Teixeira de Freitas-BA.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência a partir de um projeto de extensão executado pelos acadêmicos dos cursos de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde e Medicina do



Campus Paulo Freire da Universidade Federal do Sul da Bahia, com o suporte dos profissionais do SAMU para os estudantes da rede municipal de Teixeira de Freitas (BA). O projeto foi instituído através de uma parceria entre o NEPS da UFSB e o NEP do SAMU de Teixeira de Freitas (BA).

Inicialmente, houve seleção de 12 discentes para as vagas de voluntários do projeto, conforme exigências do edital do NEPS de 2016. Após a seleção, houve uma reunião para assinatura do termo de vínculo e compromisso entre os discentes e os serviços. Em seguida, a fim de capacitar os membros do projeto, houve uma reunião inicial de organização e um curso com carga horária de 16 horas, oferecido pelo SAMU de Teixeira de Freitas, em que foram ministrados os seguintes temas: Introdução sobre a rede de urgência e emergência; Suporte Básico de Vida; Imobilização e transporte das vítimas; Técnicas de rolamento em prancha; Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP); Obstrução de vias aéreas por corpo estranho - OVACE/ Manobra de Heimlich.

Concomitantemente, houve a seleção das escolas para a execução do projeto, tendo como critérios de inclusão ser instituições municipais de ensino e pertencer às áreas com maior número de atendimentos realizados pelo SAMU. Em 2017, foi selecionada a Escola Municipal Amigos da Natureza, situada na Rua Armênia, nº 70, bairro Liberdade II, Teixeira de Freitas (BA). Posteriormente, em 2018, o projeto foi ampliado, também, para a Escola Municipal Joaquim Muniz de Almeida Neto, localizada na Rua José Tomas da Silva, nº 30, bairro Residencial dos Pioneiros, Teixeira de Freitas (BA).

A seleção das crianças participantes se deu por parte da coordenação pedagógica das escolas. Foram selecionadas crianças do sexo masculino e feminino com idade entre 7 e 13 anos. Após a seleção, houve reunião com os pais e responsáveis que, além de conhecer a proposta do projeto, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido quanto à participação das crianças e autorização dos resultados e imagens.

Em 2017, foram constituídas duas turmas com 20 crianças cada, uma no período matutino e outra no período vespertino na Escola Municipal Amigos da Natureza. Em 2018, também foi constituída uma turma em cada turno letivo, totalizando quatro turmas, cada uma com 20 crianças, nas duas escolas participantes. No total, o projeto Samuzinho capacitou, até o presente momento, cerca de 120 crianças da rede municipal de Teixeira de Freitas (BA).

Quanto aos procedimentos de intervenção, inicialmente, foi aplicado um questionário para avaliar o nível de conhecimento dos participantes acerca das práticas de primeiros

socorros. As perguntas foram norteadas por situações-problema contextualizadas à realidade dos estudantes participantes. O mesmo questionário foi aplicado ao final do projeto, a fim de servir como instrumento de avaliação do desempenho das crianças.

Foram conduzidas aulas teórico-práticas, uma vez por semana, de sessenta minutos, divididos em 20 minutos de conteúdo teórico e 40 minutos de atividades práticas, guiadas pelos discentes da UFSB sob supervisão dos profissionais do SAMU, com o auxílio de diversas tecnologias educacionais. Os temas e conteúdos ministrados, por aula, estão apresentados no quadro 1.

**Quadro 1.** Apresentação cronológica dos temas ministrados e conteúdos de capacitação em primeiros socorros para discentes do ensino fundamental I no município de Teixeira de Freitas, BA.

| <b>SEMANA</b> | <b>TEMAS E CONTEÚDOS MINISTRADOS</b>   |
|---------------|--|
| Primeira      | <b>TEMA: Introdutório sobre a rede de urgência e emergência</b><br>Dinâmica de apresentação da equipe e entrosamento com as crianças;<br>Aplicação do instrumento de avaliação;<br>Apresentação do SAMU e seu funcionamento e materiais básicos de primeiros socorros. |
| Segunda       | <b>TEMA: Feridas e Hemorragias</b><br>Avaliação das vítimas: como identificar e como deve ser feito o atendimento em situações de sangramentos;<br>Tratamento e prevenção.   |
| Terceira      | <b>TEMA: Fraturas, entorses e luxações.</b><br>Lesões musculoesqueléticas;<br>Lesões fechadas;<br>Lesões ósseas (fraturas abertas ou fechadas);<br>Tratamento e prevenção.   |
| Quarta        | <b>TEMA: Imobilização e transporte</b><br>Técnicas de rolamento em prancha;<br>Técnicas de transporte com recursos;<br>Técnicas de transporte na ausência de materiais;<br>Técnicas de imobilização;<br>Tratamento e prevenção.  |
| Quinta        | <b>TEMA: Desmaio e convulsão</b><br>Como identificar e como deve ser feito o atendimento em casos de desmaio;<br>Como identificar e como deve ser feito o atendimento em casos de convulsão;<br>Tratamento e prevenção.  |
| Sexta         | <b>TEMA: Choque</b><br>Prevenção e tratamento  |
| Sétima        | <b>TEMA: Corpo estranho e intoxicação</b><br>Conduas de prevenção;<br>Identificação de vítimas;  |

|        |   |
|--------|---|
|        | Manobra de Heimlich;<br>Cuidados após o desengasgo.   |
| Oitava | <b>TEMA: Queimaduras</b><br>Condutas de prevenção;<br>Identificação, diferenciação e tratamento de queimaduras.   |
| Nona   | <b>TEMA: Picadas por animais peçonhentos</b><br>Condutas de prevenção;<br>Identificação e tratamento;<br>Cuidados após a intervenção.                                   |
| Décima | <b>TEMA: Parada Cardiorrespiratória (PCR)</b><br>Identificação de vítimas em PCR;<br>Reanimação cardiopulmonar (RCP);<br>Segunda aplicação do instrumento de avaliação. |

Ao final de cada sessão teórico-prática, as crianças receberam uma atividade com o tema referente ao conteúdo ministrado que deveria ser entregue na semana seguinte. Como mecanismo de motivação para esta devolutiva, as crianças que entregavam as atividades recebiam um adesivo que era colocado em um painel intitulado “Corrida de ambulâncias”, de modo que podiam acompanhar seu engajamento com o projeto. Destaca-se que não havia prejuízo ou punição às crianças que não realizavam as atividades. Para consolidar o projeto com as crianças, foi realizada uma cerimônia de formatura, momento em que receberam o certificado de conclusão, um material com a junção de todas as atividades desenvolvidas e celebraram as experiências e aprendizados.

No momento final, depois da execução anual do projeto e consolidação do cronograma, foi realizada uma reunião com toda a equipe executora com o objetivo de fechamento e avaliação, onde foram discutidos e documentados os pontos positivos e negativos, bem como sugestões. Também, foram apresentados materiais fotográfico e audiovisual do projeto para aprovação de toda equipe, a fim de que fossem divulgados e apresentados em eventos científicos ou publicações futuras.

### 3. RELATO DE EXPERIÊNCIA

A execução das atividades extensionistas com as crianças da rede municipal do ensino fundamental I de Teixeira de Freitas (BA) evidenciou que metodologias dinâmicas e interativas, que vão de encontro aos modelos educativos tradicionais na perspectiva da

ruptura com a verticalização do ensino, propiciam o interesse dos envolvidos. Além disso, estimulam a apropriação da relação ensino-aprendizagem enquanto ferramenta de construção compartilhada do conhecimento.

Também, a metodologia educacional utilizada, que envolve a inserção da teoria atrelada à simulação realística, configura-se como um método efetivo que amplia a correlação da teoria com a prática em busca de soluções rápidas e eficientes para situações de urgência e emergência, o que permite discussões reflexivas sobre o aprendizado, pensamento crítico, correlação clínica em um local de segurança que permite dúvidas, erros e crescimento (FERREIRA, 2015; FERREIRA, 2018).

Quanto à eficácia, as metodologias utilizadas nas sessões de capacitação são um mecanismo de aprendizagem em que a retenção do conhecimento permanece por um tempo mais prolongado, sua execução é mais dinâmica que o ensino tradicional (BRIM et al., 2010; FLATO; GUIMARÃES, 2011) e, por ser uma experiência próxima do real, confere autonomia, segurança e pensamento crítico aos participantes (BRANDÃO; COLLARES; MARIN, 2014).

Desde o primeiro encontro, as dinâmicas e apresentações tiveram o suporte de slides ilustrativos, simulações e materiais da realidade das crianças para facilitar a melhor assimilação dos conteúdos ministrados. Como exemplo, cita-se o uso de ketchup para representar o sangue na sessão de capacitação sobre feridas e hemorragias, a fim de tornar a atividade atrativa, dinâmica e lúdica (figura 1).



**Figura 1.** Sessão de capacitação com o tema “Feridas e hemorragias” em que foram usados recursos para estreitar a relação entre a prática e a realidade.

**Fonte:** Acervo do Projeto Samuzinho (2017).

Também, destaca-se o uso de papelões, camisas, gravatas, cadarços e bonés como objetos disponíveis e acessíveis quando houver a necessidade de imobilização. Dessa forma, a experiência foi enriquecedora, na medida em que, além do aprendizado sobre a temática, a construção do conhecimento se deu de modo flexível e prazeroso. A assimilação pautada em atividades lúdicas possibilita uma nova forma de aprendizagem construtiva entre educadores e educandos (DE OLIVEIRA, 2014).

As experiências vividas perpassam a dimensão teórico-prática e alcançam as questões humanas e sociais, tendo em vista o estímulo à valorização do outro, suas singularidades e competências, bem como a consolidação de práticas embasadas no trabalho em equipe. Isso pôde ser visto no momento da sessão sobre 'transporte de acidentados', em que, quando questionada a ausência de materiais, os alunos resolveram o conflito através da cooperação mútua em harmonia, comunicação e respeito aos limites do outro ao fazer uma prancha humana e consolidar o transporte da vítima.

A sistematização e delineamento das atividades do projeto foram estabelecidas e avaliadas em conjunto à direção e equipe pedagógica das referidas escolas. Esta parceria foi elemento determinante para o bom êxito dos objetivos propostos, além de propiciar o fortalecimento da tríade ensino-serviço-comunidade. Desse modo, percebeu-se a troca de saberes entre a UFSB, o SAMU e as escolas, o que contribuiu demasiadamente para a transformação científica, humana e social dos envolvidos.

Nessa perspectiva da rede de apoio, o projeto Samuzinho contou com a presença do 18º Grupamento de Bombeiros Militar de Teixeira de Freitas que ministrou uma sessão de capacitação para toda comunidade escolar voltada para o combate e controle de incêndios. Na oportunidade, através de simulação realística, as crianças participantes do projeto atuaram como protagonistas da intervenção e, dessa forma, foram indispensáveis na multiplicação do conhecimento.

Tendo em vista que uma das atribuições dos projetos de extensão é a transformação social e a produção de conhecimento através da prática, o projeto Samuzinho busca ultrapassar os limites da sala de aula e objetiva possibilitar o exercício da cidadania dos envolvidos. Como exemplo, evidencia-se a participação dos monitores e crianças, estas uniformizadas com roupas do SAMU (figura 2), no desfile cívico municipal do dia 7 de setembro. Também, o projeto possibilitou a inserção das crianças na abertura da 1ª Corrida Pela Vida, realizada pelo SAMU de Teixeira de Freitas (BA) em comemoração aos sete

anos do serviço no município. Assim, estas ações são fundamentais na consolidação de uma cidadania verdadeiramente completa, possibilitando a atuação com efetividade.



**Figura 2.** Participação dos membros do Projeto Samuzinho no desfile cívico do dia 7 de setembro de 2017 em Teixeira de Freitas (BA).

**Fonte:** Acervo do Projeto Samuzinho (2017).

Frente à discussão acerca do andamento das atividades, muitos pais e responsáveis relataram mudanças significativas no comportamento das crianças e isso ratifica o engajamento social do projeto. Também, muitos deles relataram que os conteúdos aprendidos foram colocados em prática e que as crianças, frequentemente, estimulavam as pessoas em seu entorno a prevenir a ocorrência de situações de urgência e emergência. Estes relatos estão em consonância com a literatura, em que há evidências de que mesmo possuindo menor porte físico, as crianças são imprescindíveis para alertar, comunicar e auxiliar em ocorrências de urgência e emergência, desde que capacitadas para tal ato (COELHO, 2015).

Para os professores, o projeto é visto de forma positiva e, muitas vezes, eles eram os primeiros a estimular a participação das crianças, mostrando-se solícitos às necessidades da equipe executora. Esse estímulo contribui para a continuidade da execução de ações e projetos que favoreçam a disseminação dessa temática, principalmente através de metodologias que objetivem o desenvolvimento e o aprimoramento de habilidades necessárias não apenas para a prática das atividades profissionais, mas na autonomia e sensibilização de indivíduos com múltiplas aptidões (PEREIRA et al., 2015).

Para os acadêmicos, a experiência configura-se como importante, pois, além de proporcionar a aquisição de conhecimentos sobre urgência e emergência, favorece a

prestação de serviços e assistência à comunidade, na mesma proporção que o angariamento de subsídios para o seu aprimoramento curricular. Ademais, o projeto de extensão contribui para o desenvolvimento de habilidades no trabalho em equipe, resolução de conflitos, percepção sobre a realidade em que o acadêmico está inserido e estímulo ao desenvolvimento de intervenções.

“O projeto Samuzinho me motiva e mexe com minhas expectativas desde que soube dele a primeira vez. Vi no projeto a reunião de algumas aspirações minhas sobre o meu percurso acadêmico. **Uma delas é o meu dever que sinto de que é meu papel devolver para a sociedade frutos da oportunidade que estou tendo de me formar em uma instituição pública.** Isso me motiva e se torna muito nítido que esse papel se cumpre ao desenvolver atividades em escolas públicas.” (Relato de membro voluntário do projeto Samuzinho extraído do relatório individual anual de atividades, grifo nosso).

A percepção das crianças, obtida através de conversas e relatos registrados no documento final complementar à segunda aplicação do questionário, evidenciou que o projeto deu a possibilidade de as crianças serem protagonistas diante de situações de promoção de saúde e prevenção de agravos. Muitas delas relataram que, por meio do projeto, tiveram a oportunidade de ampliar a rede contatos, fortalecendo o vínculo e o trabalho em equipe, além de consolidar novas perspectivas de futuro, pautadas na segurança e motivação transmitidas pelo projeto.

A identidade do projeto esteve relacionada ao grito de guerra que era executado ao início e término de todos os encontros. A primeira parte, “Samuzinho entrando em ação”, era entoada pelos discentes da UFSB, que eram respondidos pelo coro de crianças ao entoar “respeito, disciplina e cooperação”. Essa prática foi aplicada como forma de incentivar as crianças a se envolverem e participarem de modo integral no projeto, concomitante ao objetivo de construir a reflexão acerca dos princípios utilizados, proporcionando uma conduta adequada dos temas que seriam instruídos, além do desenvolvimento de uma relação com o exterior fundamentada no respeito e no agir com o outro em prol de objetivos coletivos.

Na formatura (figura 3), momento de consolidação das atividades do projeto, foi perceptível o fortalecimento do compromisso firmado ao início das atividades e do vínculo construído constantemente. Na oportunidade, as crianças proferiram um juramento simbólico em que o compromisso com a vida, a educação e o respeito ao outro foram enfatizados.



**Figura 3.** Registro da formatura das crianças da Escola Municipal Amigos da Natureza participantes do Projeto Samuzinho em 2017.

**Fonte:** Acervo do Projeto Samuzinho (2017).

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A universidade, presente nos ambientes que compõem a comunidade, trazendo com ela seus recursos, atua como promotora e implementadora de ações de políticas públicas, aproximando as relações tanto entre as instituições de ensino básico, como com as pessoas. Dessa forma, é possível traçar caminhos para contribuir no enfrentamento de problemas comuns nesses espaços, trazendo soluções que sejam integradas com a promoção de um melhor ambiente para as crianças e suas famílias, sendo este o tipo de local propício para frutificar as ações sociais, em educação e saúde.

Para tanto, a educação em saúde é um processo primordial para promover transformação, reestruturação e formação de conhecimentos que corroboram para a criação de espaços seguros e saudáveis. Além disso, a educação é uma forma de intervenção no mundo e, desse modo, vê-se a importância do projeto no que tange a promoção de saúde, prevenção de doenças e acidentes, conscientização e empoderamento da população.

A parceria entre o SAMU e a universidade conseguiu promover um ambiente democrático de ensino, e é exatamente isso que a educação em primeiros socorros visa: disponibilizar informações básicas, mas que podem salvar vidas, reduzir a vulnerabilidade



e promover maior segurança para o enfrentamento de problemas de saúde. Portanto, é perceptível que realizar mudanças profundas e que perdurem na comunidade só é possível quando estas são idealizadas com a mesma, inserindo-a no processo de construção como parte ativa das políticas, promovendo um ambiente saudável, que apoia e estimula os processos de transformação social, além de tornar a experiência enriquecedora para todos.

## 5. AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Sul da Bahia, por fomentar o desenvolvimento de projetos de extensão como este que estreitam a relação entre o ambiente acadêmico e a comunidade. Ao SAMU de Teixeira de Freitas, por contribuir demasiadamente com o ensino dos integrantes do projeto e dar suporte na formação continuada dos mesmos. Às escolas municipais Amigos da Natureza e Joaquim Muniz de Almeida Neto, por terem acreditado na proposta e acolhido o projeto Samuzinho, possibilitando-nos contribuir, na prática, com a formação social, humana e técnica das crianças envolvidas. À todos os integrantes do Projeto Samuzinho que dedicam tempo e esforços para compartilhar os saberes com as crianças envolvidas, realizando assim, um papel central e importante como multiplicadores de conhecimentos e protagonistas na sensibilização de novos atores sociais no manejo de situações de risco.

## 6. REFERÊNCIAS

ALVES, C.A.; BARBOSA, C.N.S.; FARIA, H.T.G. Parada cardiorrespiratória e enfermagem: o conhecimento acerca do suporte básico de vida. **Cogitare Enfermagem**, v.18, n.2, 2013.

BRANDÃO, C.F.S.; COLLARES, C.F.; MARIN, H.F. A simulação realística como ferramenta educacional para estudantes de medicina. **Scientia Medica**, v.24, n.2, p.187-92, 2014.

BRASIL. **Censo Escolar da Educação Básica 2016: notas estatísticas**. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Disponível em: [http://download.inep.gov.br/educacao\\_basica/censo\\_escolar/notas\\_estatisticas/2017/notas\\_estatisticas\\_censo\\_escolar\\_da\\_educacao\\_basica\\_2016.pdf](http://download.inep.gov.br/educacao_basica/censo_escolar/notas_estatisticas/2017/notas_estatisticas_censo_escolar_da_educacao_basica_2016.pdf). Acesso em: 15 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da

Saúde, 2007. 304 p. – (Série Promoção da Saúde; n. 6).

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS nº 2048, de 05 de novembro de 2002:** Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192.

BRIM, N.M.; et al. Long-term educational impact of a simulator curriculum on medical student education in an internal medicine clerkship. **Simulation in Healthcare**, v.5, n.2, p.75-81, 2010.

CICONET, R.M.; MARQUES, G.Q.; LIMA, M.A.D.S. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre-RS. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.12, p.659-666, 2008.

COELHO, J.P.S.L. Ensino de primeiros socorros nas escolas e sua eficácia. **Revista Científica do ITPAC**, v.1, n.4, p.1-2, 2015.

DATASUS. Ministério da Saúde. Óbitos por idade e sexo corrigido pela busca ativa - Brasil. 2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?obitocorr/cnv/obitocorr.def>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

DE OLIVEIRA, Z.M.R. Educação Infantil: fundamentos e métodos. **Cortez Editora**, 2014.

FERREIRA, C. Impacto da metodologia de simulação realística, enquanto tecnologia aplicada à educação nos cursos de saúde. **Anais do Seminário Tecnologias Aplicadas a Educação e Saúde**, v.1, n.1, 2015.

FERREIRA, M.G.N. O leigo em Primeiros Socorros uma revisão integrativa. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, v.15, n.3, p.12-20, 2017.

FERREIRA, R.P.N.; et al. Simulação realística como método de ensino no aprendizado de estudantes da área da saúde. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v.8, 2018.

FIORUC, B.E.; et al. Educação em saúde: abordando primeiros socorros em escolas públicas no interior de São Paulo. **Revista eletrônica de enfermagem**, v.10, n.3, 2008.

FLATO, U.A.P.; GUIMARÃES, H.P. Educação baseada em simulação em medicina de urgência e emergência: a arte imita a vida. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v.9, n.5, p.360-4, 2011.

GENTIL, R.C.; RAMOS, L.H.; WHITAKER, I.Y. Capacitação de enfermeiros em atendimento pré-hospitalar. **Revista latino-americana de enfermagem**, v.16, n.2, p.192-197, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Panorama Brasil em**

**síntese.** Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=293135&idtema=156&search=bahia|teixeira-de-freitas|ensino-matriculas-docentes-e-rede-escolar-2015>>. Acesso em: 21 jun. 2019.

LIBERAL, E.F.; et al. Escola segura. **Jornal de Pediatria**, v.81, n.5, p.155-63, 2005.

MAIA, M.F.M.; et al. Primeiros socorros nas aulas de educação física nas escolas municipais de uma cidade no norte do estado de Minas Gerais. **Coleção Pesquisa em Educação Física**, v.11, n.1, p.195-204, 2012.

MARINHO, C.S.R.; et al. Conduas Práticas de Urgência e Emergência no Ambiente Escolar: Um Relato de Experiência. Disponível em: [http://www.abeneventos.com.br/anais\\_senpe/17senpe/pdf/1597po.pdf](http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/1597po.pdf). Acesso em: 13 jun. 2014.

MELLO, A.L.S.F.; MOYSÉS, S.T.; MOYSÉS, S.J. A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.14, p.683-692, 2010.

MENEZES, F.Q.; et al. Importância da orientação em primeiros socorros aos professores que atuam nas escolas de ensino fundamental. 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/173482>. Acesso em: 13 jun. 2019.

PEREIRA, A.T.; et al. Projeto de extensão “SAMU nas escolas” – uma estratégia pedagógica para redução dos trotes em Senhor do Bonfim, Bahia. **Cidadania em Ação: Revista de Extensão e Cultura**, v.2, n.1, p.144-155, 2018.

PEREIRA, K.C.; et al. A construção de conhecimentos sobre prevenção de acidentes e primeiros socorros junto ao público leigo. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, 2015.

PERGOLA, A.M.; ARAUJO, I.E.M. O leigo e o suporte básico de vida. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.43, n.2, p.335-342, 2009.

RAGADALI FILHO, A.; et al. A importância do treinamento de primeiros socorros no trabalho. **Revista Saberes**, Faculdade São Paulo, v.3, n.2, p.114-125, 2015.

SAMU. Projeto Samuzinho. 2017. Disponível em: <<http://www.samu192df.com.br/site/samuzinho.html>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

SANTOS, G.A.B.; et al. Conhecimentos Básicos Sobre Suporte Básico de Vida (SBV) em Estudantes Universitários. **Revista Eletrônica Facimedit**, v.5, n.1, p.42-53, 2016.

SOUZA, J.C.; NOVAES, A.G. Sistema de Atendimento móvel de urgência-SAMU: Dimensionamento espacial em áreas Urbanas. **Engenharia Civil**, v.27, p.87-98, 2006.

VERONESE, A.M.; et al. Oficinas de primeiros socorros: relato de experiência. **Revista gaúcha de enfermagem**. v.31, n.1, p. 179-182, 2010.

# CAPÍTULO 15



## QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE RENAL CRÔNICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Jussara Dias Queiroz Brito<sup>1</sup>, Nádia Borges de Oliveira<sup>1</sup> e Mirian Dias Moreira e Silva<sup>2</sup>

1. Centro Universitário Luterano de Palma. Palmas, Tocantins, Brasil.

2. Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP). Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde, São Paulo, São Paulo, Brasil.

### RESUMO

A insuficiência renal é uma doença sistêmica que ocorre quando os rins não conseguem exercer sua função, devido à elevada morbimortalidade, aliada aos aspectos fisiopatológicos, psicológicos e socioeconômicos intrinsecamente interligados a essa patologia e vem se constituindo um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Este estudo tem como objetivo verificar na literatura o que se tem produzido sobre a qualidade de vida do paciente renal crônico no período de 2005 a 2015. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo descritiva. Para o levantamento do material foram realizadas buscas de dados no portal LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online) e Google Acadêmico, com a utilização dos seguintes descritores: paciente renal crônico, tratamento hemodialítico, qualidade de vida, papel do enfermeiro, sendo usado desta maneira 64 artigos, selecionados 23 artigos, publicados entre os anos de 2005 a 2015, considerados como critérios de inclusão da população do estudo: a) procedência nacional; b) período de 2005 até 2015; c) conteúdos relacionados com paciente renal crônico, hemodiálise, qualidade de vida, papel do enfermeiro. Os resultados evidenciaram que os sentimentos iniciais de indignação e negação em relação à doença se modificam enquanto os pacientes se fortalecem para o enfrentamento da doença. Portanto, cabe ao enfermeiro propiciar no tratamento hemodialítico um ambiente tranqüilo, confortável e agradável, de aspecto acolhedor e seguro. Quanto mais o paciente for tratado e estiver informado sobre sua doença e o tratamento, melhor será sua qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Paciente Renal Crônico, Tratamento Hemodialítico e Qualidade de Vida.

### ABSTRACT

Kidney failure is a systemic disease that occurs when the kidneys can not do their jobs due to the high morbidity and mortality, combined with the pathophysiological, psychological and socioeconomic aspects intrinsically linked to this disease, has constituted a serious public health problem in Brazil and world. This study aimed to verify the literature it has produced on the quality of life of chronic renal patients from 2005 to 2015. It is a literature review of the descriptive type. To survey the material data searches were conducted in the portal LILACS (Latin American and Caribbean Health Sciences) and SciELO (Scientific Electronic Library Online) and Google Scholar. Using the following key words: chronic renal patients, hemodialysis, quality of life, the nurse's role, being used in this way 64 articles, selected 23 articles published between the years 2005 to 2015, considered as inclusion criteria of the study population a) national origin; b) period of 2005 to 2015; c) content related chronic renal

patients, hemodialysis, quality of life, the nurse's role. The results showed that the initial feelings of indignation and denial about the disease change, while patients are strengthened to cope with the disease, therefore, it is up to nurses provide in the course of hemodialysis a quiet, comfortable and enjoyable to that you can feel safe and accepted. So the more the patient is undergoing treatment are informed about their disease and treatment, the better their quality of life.

**Keywords:** Chronic Renal patient, Hemodialytic treatment and Quality of life.

## 1. INTRODUÇÃO

O sistema renal é primordial para a manutenção de equilíbrio no organismo humano (SILVA et al., 2015). A insuficiência renal é uma doença sistêmica que ocorre quando os rins não conseguem exercer sua função, ou seja, deixa de remover os produtos metabólicos produzidos pelo corpo ou de realizar sua função reguladora, comprometendo o funcionamento de diversos órgãos do organismo (SANTANA; FONTENELLE; MAGALHÃES, 2013).

A insuficiência renal crônica (IRC), devido à elevada morbimortalidade, aliada aos aspectos fisiopatológicos, psicológicos e socioeconômicos intrinsecamente interligados a essa patologia, vem se constituindo um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo (RODRIGUES; BOTTI, 2009).

A assistência de enfermagem no tratamento hemodialítico é de relevante importância, pois pode ajudar o paciente a aceitar as súbitas mudanças que esse processo provoca em seus hábitos de vida, adaptando-se e assumindo o seu tratamento. O cuidado oferecido visa orienta-los sobre a sua dieta alimentar, hábitos de higiene, rotinas de hemodiálise, bem com sobre sua nova maneira de viver, no entanto, esse cuidado deverá ser oferecido de acordo com as necessidades e peculiaridades de cada indivíduo (SANTANA et al., 2012).

Como é a qualidade de vida do paciente renal crônico?

O interesse pelo tema proposto surgiu a partir da falta de vivência sobre o tema e o desconhecimento do papel do enfermeiro junto ao paciente hemodialítico. Acrescenta-se, ainda, o interesse acadêmico por esse tema devido à sua importância no cenário atual, desmitificando o conceito errôneo que se tem sobre a hemodiálise e a diálise peritoneal.

Sabendo que existem milhares de pacientes renais crônicos que fazem diariamente tratamento hemodialítico, se faz necessária uma assistência de enfermagem de forma integral e qualificada (SANTANA et al., 2012).

O objetivo do presente trabalho é verificar na literatura o que tem produzido sobre a Qualidade de Vida do paciente renal crônico no período de 2005 a 2015.

## **2. MATERIAIS E MÉTODOS**

### **2.1 TIPO DE ESTUDO**

O presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo descritiva. Segundo Lakatos; Marconi (2006), a pesquisa bibliográfica trata-se de levantamento de toda a bibliografia já publicada e sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo aquilo que foi escrito sobre determinado assunto.

Na pesquisa descritiva os fatos são observados, registrados e analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles. Isto significa que os fenômenos do mundo físico e humano são estudados, mas não manipulados pelo pesquisador (ANDRADE, 2010).

### **2.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

Para o levantamento do material foram realizadas buscas de dados no portal LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online), Google Acadêmico, livros e demais literaturas. A coleta de dados ocorreu de agosto a setembro de 2015 e foi realizado com a utilização dos descritores seguintes: paciente renal crônico, tratamento hemodialítico, qualidade de vida, papel do enfermeiro, sendo usado desta maneira 64 artigos.

## 2.3 PERÍODO E LOCAL DE ESTUDO

A seleção dos artigos ocorreu nos meses de agosto e setembro de 2015, nas bases de dados LILACS, SciELO e Google Acadêmico. Foram selecionados 23 artigos, publicados entre os anos de 2005 a 2015.

## 2.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram considerados como critérios de inclusão da população do estudo: a) procedência nacional; b) período de 2005 até 2015; c) conteúdos relacionados com paciente renal crônico, tratamento hemodialítico, qualidade de vida, papel do enfermeiro.

Para examinar os artigos pesquisados, primeiro realizou-se a leitura dos textos, e em seguida, foi analisado o conteúdo de cada um deles de forma que estes permitissem compreender a temática proposta.

## 3. REVISÃO DE LITERATURA

### 3.1 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

Em meados do século XIX, foi descrita pelo médico Richard Bright do Guy's Hospital, em Londres, uma enfermidade até então desconhecida. Através da autópsia dos pacientes que apresentavam edema, observou-se que os rins tinham com frequência um aspecto contraído e granular, hoje identificada como o estágio terminal da insuficiência renal crônica (IRC). Durante mais de um século, a doença de Bright, nome dado a IRC, foi designada como um processo extremamente insidioso, que podia evoluir sem grandes sintomas durante muitos anos, até que atingisse suas fases finais (RIELLA, 2010).

É uma patologia multicausal, decorrente da perda progressiva, irreversível, e geralmente lenta da capacidade excretória dos rins, na qual o corpo não consegue manter o equilíbrio metabólico e hidroeletrolítico, resultando em síndrome urêmica ou uremia, decorrente de um excesso de uréia e de outros produtos nitrogenados no sangue (THOMÉ et al., 2006).

A IRC tem elevada morbidade e letalidade, e alto custo pessoal, social e financeiro e caracteriza-se pela deteriorização das funções bioquímicas e fisiológicas de todos os sistemas do organismo, suas causas vão desde as doenças primárias dos rins, às doenças sistêmicas que acometem os rins e as doenças do trato urinário (RIBEIRO et al., 2008a). A necessidade de diálise ou de transplante eventualmente torna-se indispensável para a manutenção da vida (RIELLA, 2010).

O paciente renal crônico é imunodeprimido e, conseqüentemente, tem uma suscetibilidade aumentada para infecções bacterianas que parecem progredir de maneira rápida e a cura pode ocorrer lentamente (TERRA et al., 2010).

O local de acesso é a fonte de 50% a 80% das bacteremias (principalmente pacientes com cateteres), que podem causar endocardite, meningite e osteomielite (SANTANA; FONTENELLE; MAGALHÃES, 2013).

De acordo com o Registro Americano de 2001 (RIELLA, 2010), a IRC tem como principal causa o *diabetes mellitus* (43%), seguido de hipertensão arterial não controlada (26%), glomerulonefrite crônica (10%), ainda há outras causas, tais como, nefropatia tubulointerstitial, doença renal policística, displasia, hipoplasia renal, infecções urinárias de repetição, obstruções urinárias e cálculos urinários, medicamentos, agentes tóxicos (chumbo, cádmio, mercúrio e cromo), dentre outras (ROMÃO JÚNIOR, 2006).

No Brasil, de acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN, 2012) existem em média 651 centros de diálise, que atendem cerca de 97.586 pacientes por ano, destes a maioria é do sexo masculino (57,7%), com faixa etária de 19 a 64 anos (63,6%). Houve um crescimento de 128% em relação ao ano de 2000 (42.695), sendo a maioria destes pacientes diagnosticados com hipertensão (33,8%), seguido de diabetes mellitus (28,5%) como doença de base.

### 3.2 FISIOPATOLOGIA

Os rins localizam-se paralelamente à coluna vertebral, por trás do peritônio e sobre os músculos profundos do dorso, sua função é filtrar os produtos residuais (excesso de água, sais e resíduos) do metabolismo das proteínas oriundas do sangue enquanto retornam nutrientes e produtos químicos para o sangue, que conduzem os produtos residuais provenientes do sangue para a urina (SANTANA; FONTENELLE; MAGALHÃES, 2013).



O rim esquerdo, normalmente, localiza-se mais alto que o direito, isso se deve a posição anatômica do fígado (POTTER; PERRY, 2009).

Os rins são de extrema importância para a sobrevivência do organismo, essenciais à manutenção das dimensões e da composição físico-química do organismo, pois, eliminam os produtos indesejáveis do metabolismo, portanto, quando os rins param de funcionar, o corpo pode ser afetado de várias formas. Dentre as diversas enfermidades que acometem o rim, algumas podem comprometer a função renal rapidamente, no entanto, em outros casos esse processo é lento, mas progressivo, como é o caso da IRC, que apresentam múltiplos sinais e sintomas comuns decorrentes da incapacidade do rim de manter a homeostasia interna (RIELLA, 2010).

No início, o paciente apresenta-se assintomático, devido a função renal está modestamente comprometida. À medida que a função renal diminui, há o acúmulo no sangue dos produtos finais do metabolismo protéico, desequilibrando a bioquímica sanguínea e os sistemas cardiovascular, hematológico, gastrintestinal, neurológico e esquelético, bem como pode-se observar alterações cutâneas e reprodutivas (PASQUAL, 2004).

Os pacientes com problemas renais tendem a reter sódio e água, conseqüentemente, aumentando o risco de formação de edema, insuficiência cardíaca congênita, hipertensão, e ocasionalmente, ascite, já outros pacientes tendem a perder sal, e correm o risco de hipertensão e hipovolemia. O estado do paciente pode ser agravado por episódios de vômitos e diarreia, que produzem depleção de sódio e água. Quando o corpo não responde normalmente ao aumento da secreção de paratormônio, o cálcio é liberado do osso, produzindo alterações ósseas e doença óssea, no entanto, quando o processo de calcificação no osso falha, resulta em osteomalacia (SMELTEZER; BARE, 2005).

No paciente urêmico, a produção inadequada de eritropoetina, redução da vida das hemácias, deficiências nutricionais e tendência a apresentar sangramento, principalmente, pelo trato gastrintestinal, tem como conseqüência o desenvolvimento de anemia. Já as complicações neurológicas decorrentes da patologia incluem alteração da função mental, alterações da personalidade e do comportamento, convulsões e coma. Pode haver ainda, uma diminuição da libido, impotência, amenorréia, perda de apetite, cansaço, edema nas mãos e tornozelos, frequentes distúrbios do sono, além de alterações cutâneas (prurido) que aumentam o desconforto do paciente (SILVEIRA; VIANA; FERNANDES, 2002).

A velocidade da função renal e da evolução da IRC está intrinsecamente relacionada ao distúrbio subjacente, à excreção urinária de proteína e a presença de hipertensão (PACHECO; LOURENÇO; FERREIRA, 2008).

A diminuição da função renal pode ser classificada em quatro fases: na primeira fase, embora haja uma redução em torno de 25% da filtração glomerular, os demais processos são mantidos graças a um aumento do processo funcional adaptativo dos néfrons remanescentes. Na segunda fase, há uma redução da função renal de até 75% e o rim já não é capaz de manter a homeostasia interna. Na terceira fase, as anormalidades do meio interno são mais persistentes e a função renal geralmente está abaixo de 20%. Já na quarta fase, é tida como fase terminal, predominando sinais e sintomas de síndrome urêmica, indicando a necessidade de uma terapia substitutiva na forma de diálise ou transplante (RIELLA, 2010).

### 3.3 TRATAMENTO

A IRC possui tratamento, porém é incurável, e o objetivo do tratamento é reter a função renal e manter a homeostasia pelo maior tempo possível. A deterioração da função renal faz com que seja necessária intervenção dietética como regulação cuidadosa da ingestão protéica, de líquidos para equilibrar as perdas hídricas, e alguma restrição de potássio (SANTANA; FONTENELLE; MAGALHÃES, 2013).

O paciente com sintomas crescentes de IRC é encaminhado para um centro de diálise e transplante no início do curso da doença renal progressiva. A diálise geralmente é iniciada quando o paciente não consegue manter um estilo de vida razoável com tratamento conservador (SMELTEZER et al., 2009).

A diálise é um processo utilizado para remover líquidos e produtos do metabolismo do corpo (RAMOS et al., 2008). Seu objetivo é manter a vida e o bem-estar do paciente até que a função renal seja restabelecida e remover as substâncias indesejadas do sangue se a função renal não corresponde (SILVEIRA; VIANA; FERNANDES, 2002).

O paciente em tratamento hemodialítico está sujeito a vários problemas e complicações, cuja principal causa de morte é a doença cardiovascular arteriosclerótica (LOPES; SILVA; SILVA, 2010).

A insuficiência cardíaca congestiva, cardiopatia coronariana e angina, acidente vascular cerebral e insuficiência vascular podem incapacitar o paciente. A anemia e a fadiga

contribuem para a redução do bem-estar físico e emocional, ausência de energia e estímulo, e perda do interesse, há ainda outras complicações, como úlceras gástricas, além de outros problemas intestinais, distúrbio do metabolismo do cálcio, desnutrição e síndrome do desequilíbrio devido as rápidas alterações hidreletrolíticas (SMELTEZER; BARE, 2005).

No decorrer do tratamento do paciente renal crônico há a necessidade de sessões de hemodiálises, consultas médicas, realização de exames, restrições hídricas e alimentares, definições de atividades rotineiras e ocupacionais e dependência de um suporte informal para ter o cuidado que necessita (SANTANA; FONTENELLE; MAGALHÃES, 2013).

No entanto, dificuldades de adesão ao tratamento estão geralmente relacionadas à não aceitação da doença, à percepção de si próprio e ao relacionamento interpessoal com familiares e ao convívio social (SOUZA et al., 2007).

O melhor método de tratamento deve levar em conta a individualidade, bem como contemplar as características clínicas, psíquicas e socioeconômicas do indivíduo (THOMÉ et al., 2006).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN, 2008), dentre os tratamentos disponíveis para o paciente renal crônico em seu estágio terminal, destacam-se a hemodiálise com a mais utilizada (89,4%), seguida da Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD) (5,3%), Diálise Peritoneal Automatizada (DPA) (4,9%) e Diálise Peritoneal Intermitente (DPI) (0,40%). Destaca-se que as dificuldades impostas, muitas vezes, influenciam na adesão do doente renal, sendo necessária a utilização de artifícios que auxiliem no processo de adaptação e manutenção da terapia (PESSOA; LINHARES, 2015).

### 3.3.1 HEMODIÁLISE

A hemodiálise é o tratamento dialítico mais utilizado na atualidade, processo utilizado em pacientes com insuficiência renal aguda (IRA) e que necessitam de diálise por curto período ou em pacientes com IRC em fase terminal que necessitam de tratamento prolongado, visto que a IRC é um processo irreversível (SANTANA; FONTENELLE; MAGALHÃES, 2013).

Esse processo consiste na diálise realizada por uma máquina, na qual se promove a filtração do sangue através de um processo extracorpóreo mediado pela membrana de um dialisador, que funciona como um rim artificial, cujo objetivo é extrair substâncias

nitrogenadas tóxicas do sangue (depuração, uréia, creatinina, fósforo, etc) e remover o excesso de água (MOREIRA; ARAUJO; TORCHI, 2013).

Os pacientes renais crônicos podem ser submetidos hemodiálise durante o resto de suas vidas, esse processo geralmente se dá três vezes por semana, durante no mínimo três a quatro horas sessão, ou até receberem um transplante renal bem sucedido (SANTANA; FONTENELLE; MAGALHÃES, 2013).

O tratamento se dá através da confecção de um acesso permanente: fístula arteriovenosa (FAV); ou temporário: cateter duplo lúmen (jugular, femoral, subclávia) (RIBEIRO et al., 2009).

A diálise a longo prazo é obtida através de cateterização da subclávia ou um acesso vascular mais permanente, onde introduz-se um cateter de luz dupla ou múltipla na veia subclávia, podendo ser com frequência usado durante várias semanas, no entanto, esse método de acesso vascular pode vir acompanhado de risco, tais como, lesão vascular com hematoma, pneumotórax, infecção, trombose da veia subclávia e fluxo inadequado (SMELTEZER; BARE, 2005).

Mesmo com o grande progresso em relação à segurança e a eficácia das máquinas de hemodiálise, tornando o tratamento mais seguro, isso não garante que as complicações deixem de ocorrer, podendo ser eventuais, mas algumas são extremamente graves e fatais (RIBEIRO et al., 2013).

A doença renal crônica e o tratamento de hemodiálise estabelecem restrições das mais variadas, como as de ordem física, emocional e social, seja, durante as sessões, após as sessões, ou voltam para suas casas, demonstrando assim, que o mesmo deve apresentar uma posição participativa no seu tratamento (MAYER et al., 2013).

Pessoa; Linhares (2015) ressaltam que antes de se iniciar o processo hemodialítico, é necessário confeccionar um acesso venoso permanente ou temporário. Ressalta-se que o acesso definitivo é o de escolha para pacientes renais crônicos, visto que ele permite fluxo adequado para a diálise prescrita durante muito tempo como menor índice de complicações. As vias de acesso mais utilizadas em hemodiálise são: cateter duplo lúmen (CDL) e fístula arteriovenosa (FAV).

A hemodiálise representa uma esperança de vida para muitos pacientes, pois, proporciona reabilitação e expectativa de vida razoáveis, entretanto, não cura ou reverte a doença renal e não é capaz de compensar as perdas das atividades endócrinas ou metabólicas do rim (SMELTEZER; BARE, 2005).

### 3.3.2 DIÁLISE PERITONEAL

A diálise peritoneal (DP) pode ser o tratamento de escolha em pacientes com insuficiência renal aguda ou crônica incapazes ou que não desejam ser submetidos à hemodiálise ou transplante renal. Na diálise peritoneal, um cateter permanente é inserido através de pequena incisão na parede abdominal até o espaço peritoneal, onde um líquido de diálise estéril apropriado (dialisador) é introduzido na cavidade peritoneal periodicamente, removendo os produtos residuais e o excesso de água que normalmente seriam excretadas pelos rins (AMARAL et al., 2008).

Este processo leva geralmente de 36 a 48 horas para atingir o que a hemodiálise levaria em 6 a 8 horas e pode ser intermitente, ou seja, várias vezes por semana, cada 6 a 48 horas, ou ainda contínuo (SMELTEZER; BARE, 2005). A diálise peritoneal tornou-se mais fácil com o desenvolvimento de cateteres de silicone não irritantes e melhora da solução de diálise comercial, também é usada para tratamento de peritonite (inflamação do peritônio) através da adição de antibióticos ao dialisador, que entra em contato direto com o local infectado durante a diálise (CESAR et al., 2013).

Em relação às complicações que podem ocorrer, destacam-se o vazamento pericater, falha na drenagem, infecção do orifício de saída, extrusão do cuff, dor durante a infusão peritonite e hérnia, seja por qualquer tipo de diálise peritoneal. Para que não ocorra estas complicações, se faz necessário o cuidado adequado por parte de quem realiza os procedimentos, seja este o enfermeiro, a pessoa capacitada/treinada, ou o próprio paciente para a troca de compartimentos plásticos, etc. (ABUD, 2013).

### 3.3.3 HEMOFILTRAÇÃO

A hemofiltração, também chamada de hemofiltração arteriovenosa contínua (HAVC) é outro sistema para substituir temporariamente a função renal. Esse processo é realizado unicamente por processo físico-químico de convecção, onde a obtenção de grandes volumes de ultrafiltração aumenta a viscosidade do sangue dentro do hemofiltro heparinizado. Neste processo, graças a pressão arterial do próprio paciente, são removidos

o excesso de líquidos, eletrólitos e resíduos nitrogenados e o sangue regressa ao paciente através do segmento da derivação ou cateter venoso (SMELTEZER; BARE, 2005).

A HAVC é utilizada no leito na unidade de tratamento intensivo em pacientes com sobrecarga hídrica secundária à insuficiência renal oligúrica (baixa débito urinário) ou naqueles pacientes cujos rins são incapazes de lidar com a súbita elevação das necessidades metabólicas ou nutricionais. O processo de hemofiltração é contínuo e lento, tornando-se particularmente adequado para pacientes com sistemas cardiovasculares instáveis, no entanto, apresenta maior risco de trombose (ARCES; VICTORINO; VERONESE, 2007).

### 3.4 O TRANSPLANTE RENAL DE SUAS IMPLICAÇÕES

No Brasil, a doação de órgãos e tecidos para fins de transplante e tratamento é regida pela Lei nº. 9.434/97 que preconiza que só poderá ser realizada por estabelecimentos de saúde público ou privado e por equipes especializadas no processo de remoção e transplante e devem ser previamente autorizados pelo SUS (BRASIL, 1997). A Lei nº. 10.211/2001 ressalta que a retirada de órgãos e tecidos, deverá ser autorizada pelo conjugue ou parente, firmado em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte (BRASIL, 2001).

Devido à hemodiálise substituir parcialmente a função renal, o transplante é a melhor opção terapêutica para o paciente renal crônico, devido ser um procedimento relativamente simples, no entanto, após o procedimento faz-se necessário o uso de medicamentos imunossupressores e o acompanhamento ambulatorial. O paciente pode esperar por muitos anos até que se substitua a função renal por meio de implante de um rim saudável, ressalta-se que esse tempo de tratamento dialítico pode influenciar negativamente na identificação de um doador compatível e também no tempo de sobrevivência do órgão transplantado (MENDONÇA et al., 2014).

Segundo dados da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO) (2015), transplante renal é o primeiro na fila dos transplantes de órgãos em gerais. Entre janeiro e março de 2015 foram realizados 1.305 transplantes, destes 276 foi inter vivos, 1.029 falecidos (pmp 25,7). Ainda de acordo com a pesquisa, o número de transplantes renais realizados caiu 7,6%, sendo a queda de 20,3% com doador vivo e de 3,4% com doador falecido, cuja queda na taxa com doador vivo (5,4 pmp) é a menor dos últimos 20 anos. Os

estados de São Paulo e Rio Grande do Sul realizaram cerca de 50 transplantes pmp, taxa similar à da de países como Espanha e dos Estados Unidos. Ressalta ainda que com uma previsão de 15 doadores pmp (30 rins) e taxa de utilização mínima de 80%, o Brasil pode realizar 25 transplantes renais com doador falecido pmp (5.000) e tentar obter 7,5 transplantes renais com doador vivo (1.500).

Os rins quando não funcionam, podem ser ou não removidos, e pode ser instituída diálise até que seja obtido um doador adequado (BARROS et al., 2007). O transplante renal tornou-se o tratamento de escolha para a maioria dos pacientes com doença renal terminal de quase todas as etiologias, incluindo as mais comuns, como glomerulonefrites, nefropatia, diabética, nefrites, intersticiais, doenças císticas, vasculares e outras, devido a maior satisfação do paciente com a vida e ao estilo de vida mais normal após o transplante (AMARAL et al., 2008).

Esse processo envolve o transplante de um rim de um doador vivo ou cadáver humano para um receptor com doença renal terminal, onde o candidato passa por um processo de avaliação e, é tido como bem sucedido quando se chega a valores de filtração glomerular maior que 50ml/min. As principais desvantagens do transplante renal incluem o risco cirúrgico, os efeitos colaterais e o custo dos imunossupressores (BARROS et al., 2007).

O transplante entre doadores vivos e que possuem parentesco são mais bem-sucedidos do que aqueles de doadores falecidos. Todo o tratamento pré-operatório deve ser realizado, pois, o paciente não deve apresentar infecção no momento do transplante renal, devido a imunossupressão e a risco de disseminação da infecção (GARCIA; HARDEN; CHAPMAN, 2012). Já o objetivo do tratamento pós-operatório é manter a homeostasia até que o rim transplantado esteja funcionando bem, cujo fator limitando deste procedimento é a resposta imunológica do corpo, que pode levar a rejeição e destruição do rim transplantado (AMARAL et al., 2008).

Fonseca et al. (2013) ressaltam que o transplante renal tem sido uma prática brilhante, entretanto há uma grande demanda de pacientes na fila de espera por essa cirurgia, bem como há um número reduzido de doadores não-vivos. Esses fatos influenciam na situação já um tanto complexa a qual se encontram esses pacientes, à medida que envolve todo o ser humano desde as suas condições fisiopatológicas até as psico-socio-culturais e espirituais, conseqüentemente, influenciará na sua qualidade de vida.

### 3.5 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a QV como sendo a “percepção do sujeito quanto a sua situação na vida, no contexto ao que se refere à cultura e sistemas de valores, nos quais ela vive, incluindo suas expectativas, seus objetivos, preocupações e padrões” (FLECK et al., 1999 *apud* HIGA et al., 2008).

Em estudos realizados por Chiele; Cecchetto (2014), sobre a QV de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico observou um maior comprometimento quanto a realização de atividades diárias de auto cuidado ou trabalho, limitada por dor, estado geral de saúde, condição de saúde física e aspectos emocionais do paciente. Quanto ao auto cuidado destacam-se tomar banho, vestir-se e subir degraus, já quanto ao aspecto físico infere a dependência destes pacientes em relação às atividades cotidianas do trabalho e domésticas. Os aspectos emocionais ou físicos por sua vez interferem nas atividades sociais do cotidiano e a melhora do aspecto saúde mental é gradativa, pois estes pacientes tendem a desequilibrar-se emocionalmente por terem um contato muito próximo com a morte, tendo sua estrutura de vida alterada pela doença, assim, a melhora em seu aspecto mental pode auxiliar no tratamento, contribuindo, por conseguinte, para uma melhora na qualidade de vida.

Ao analisar pacientes renais crônico, Silva et al. (2011a) observaram que a idade interfere negativamente em relação à QV, ou seja, quanto maior a idade do paciente, menor será a sua QV. Ressaltam-se ainda que, o fator idade avançada pode influenciar fortemente nos índices de morbimortalidade dessa patologia, porém, o tratamento deve ser indicado, assim, seus efeitos negativos podem ser compensados por uma assistência de enfermagem eficiente prestada ao paciente.

Estudo realizado por Fontoura (2012) relata que alguns pacientes buscam viver o presente, podendo ser entendido como temor de não chegar ao futuro planejado. O medo do prognóstico, da inaptidão, da dependência financeira e da alteração da autoimagem faz com que esse paciente expresse sentimentos negativos em sua vivência cotidiana, no entanto, a possibilidade do transplante lhe possibilita uma expectativa de melhorar a sua QV (SILVA et al., 2011b).

A medida da Qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) está voltada para a capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições



de morbidade, como por exemplo, em receptores de transplante renal (PAULA; MARQUES, 2010).

A QV dos pacientes renais crônicos tem se mostrado comprometida por inúmeros fatores, especialmente devido o tratamento forçar o paciente a um ritual repetitivo e de dependência de uma máquina que toma muito o seu tempo, bem como acarreta alterações em sua imagem corporal, ocasionada pela presença de cateteres e fistulas arteriovenosas, além de um sentimento ambíguo entre medo de viver e de morrer (TERRA; COSTA, 2007).

### 3.6 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE RENAL CRÔNICO

A RDC nº. 154, de 15 de Junho de 2004 estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos Serviços de Terapia Renal Substitutiva e as normas junto ao Sistema Único de Saúde, preconiza que na unidade de Hemodiálise deve haver um enfermeiro para cada 35 pacientes, devendo o mesmo possuir treinamento em diálise reconhecida pela Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia, um técnico ou auxiliar de enfermagem para cada 4 pacientes por turno de Hemodiálise (BRASIL, 2004).

O cuidar no decorrer do tratamento hemodialítico requer cuidado de enfermagem especializado, mas que não se reduz exclusivamente ao cuidado técnico. Desta maneira, fica evidente a necessidade dos profissionais de enfermagem estarem se capacitando continuamente, além de terem ciência de sua importância para a manutenção da qualidade de vida (RODRIGUES; BOTTI, 2009).

Além dos cuidados pessoais, os enfermeiros são responsáveis por gerenciar a máquina para a sessão de hemodiálise, misturando os fluidos e monitorizando os sinais vitais dos pacientes. Devido aos inúmeros fatores de risco, o paciente torna-se susceptível ao diagnóstico de risco de infecção, diante disso, o enfermeiro deve utilizar técnicas corretas de punção, cuidados com a máquina de hemodiálise, além de avaliar a taxa de filtração a fim de prevenir infecções (FRAZÃO et al., 2014).

A equipe de enfermagem deve estar sempre pronta para dar apoio ao paciente e sua família durante uma diversidade de crises físicas, emocionais, sociais, culturais e espirituais, desta forma o papel de enfermeiro no processo de tratamento é de suma importância quanto à observação contínua dos pacientes durante a sessão de hemodiálise (RODRIGUES; NAKAHATA, 2012).

A assistência de enfermagem deve estimular os pacientes em tratamento hemodialítico a serem independentes, bem como a retornar seus projetos e interesses anteriores ao tratamento.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vimos que a insuficiência renal crônica é considerada como desafio mundial por ser uma doença cujos sinais e sintomas são, na maioria das vezes, inespecíficos dificultando o seu diagnóstico. Vários indivíduos podem apresentar apenas sintomas leves e discretos, alguns permanecem praticamente assintomáticos até a doença se irreversível e incurável, necessitando de tratamento hemodialítico e em casos mais graves transplante renal.

As comorbidades associadas à essa patologia também são fatores que influenciam diretamente da QV, portanto, o profissional de saúde deve compreender e auxiliar o indivíduo, bem como a sua família na redução da mesmas, além da sintomatologia da dor que é capaz de causar limitações funcionais, tornando a execução de atividades cotidianas cada vez mais complicadas.

Ressalta-se que a QVRS está correlacionada a percepção do indivíduo quando a sua saúde por meio de avaliação subjetiva dos sintomas, satisfação e adesão ao tratamento proposto pelo médico. A doença renal crônica por sua vez tem um impacto negativo significativo sobre esta percepção, podendo reduzir ou limitar as interações sociais e familiares, bem como causar problemas relacionados à saúde mental do indivíduo.

Assim, quanto mais informação quanto à patologia e seu prognóstico melhor será sua qualidade de vida. Também influenciará de forma positiva, a existência de um sólido suporte familiar e social, bem como serviços de saúde de qualidade, de modo que ofereçam estratégias de reabilitação ao mesmo, para que seja capaz de levar uma vida ativa, produtiva e feliz, já que a busca pela melhoria da QV consiste numa luta constante para superar os limites trazidos pela doença.

## 5. REFERÊNCIAS

Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO). Registro Brasileiro de Transplantes (RBT). Veículo Oficial da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. “Dados Numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: janeiro / março – 2015”. **Registro Brasileiro de Transplantes**. Ano XXI nº. 1, Jan./Mar. 2015. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2015/rbt201508052015-lib.pdf>>. Acessado em 10/08/2015.

ABUD, A.C.F.. **Atenção em diálise peritoneal no domicílio**. Tese (Doutorado em Enfermagem). 2013. 158 f. Programa interunidades de Doutorado em Enfermagem – DINTER. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Ribeirão Preto, 2013. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-07012014-162240-pt-br.php>>. Acessado em 10/08/2015.

AMARAL, C.D.; et al. **Investigação da incidência de infecção de cateter duplo lúmen em pacientes do instituto de nefrologia do Vale do Rio Doce**. 2008. 114 f. TCC (Enfermagem). Faculdade das Ciências da Saúde da Universidade Vale do Rio Doce – UNIVALE. Governador Valadares, 2008. Disponível em: <<http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Investigacaodaincidenciadeinfecaodecateterduplolumenempacientesdoinstitutodenefrologiadovaledoriodoce.pdf>>. Acessado em 10/08/2015.

ANDRADE, M.M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 10 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

ARCES, E.O.; VICTORINO, J.A.; VERONESE, F.V. “Anticoagulação em terapias contínuas de substituição renal”. **Revista Associação de Medicina Brasileira**, v.53, n.5, p.451-455, 2007.

BARROS, E.; et al. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 3 ed. reimp. Porto Alegre: Artmed, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução - RDC Nº 154, de 15 de Junho de 2004. **Estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise**. Brasília: Diário Oficial, 2004.

CESAR, E.D.; et al. “A diálise peritoneal na vivência de familiares cuidadores”. **Revista Rene**. v.14, n.3, p.541-8, 2013.

CHIELE, V.M.; CECCHETTO, F.H. “Avaliação da qualidade de vida de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico”. In: **Anais da VIII Mostra Científica do Cesuca**. Cachoeirinha-RS, 2014.

DAUGIRDAS, J.T.; BLAKE, P.G.; ING, T.S. **Manual de diálise**. Trad. SANTOS, Alcimar Gonçalves. 3 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

FLECK, M.P.A.; et al. “Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100)”. **Revista Brasileira de**

**Psiquiatria**, v.21, n.1, p.19-28, 1999. In: HIGA, Karina et al. “Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise”. **Acta Paulista de Enfermagem**. v.21, n. especial, p. 203-6, 2008.

FONSECA, J.G.; et al. “Insuficiência renal crônica na perspectiva da política nacional de transplante e doação de órgãos”. **EFDeportes.com, Revista Digital**. Buenos Aires, Año 18, n.184, 2013.

FONTOURA, F.A.P.. **A compreensão de vida de pacientes submetidos ao transplante renal: significados, vivências e qualidade de vida**. 2012. 123 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Católica Dom Bosco. Campo Grande-MS, 2012. Disponível em: <<http://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/8221-a-compreensao-de-vida-de-pacientes-submetidos-ao-transplante-renal-significados-vivencias-e-qualidade-de-vida.pdf>>. Acesso em 10/08/2015.

FRAZÃO, C.M.F.Q.; et al. “Cuidados de enfermagem ao paciente renal crônico em hemodiálise”. **Revista Rene**, v.15, n.4, p.701-9, 2014.

GARCIA, G.G.; HARDEN, P.; CHAPMAN, J. “O papel global do transplante renal”. **Jornal Brasileiro Nefrologia**, v.34, n.1, p.01-07, 2012.

LOPES, R.C.; SILVA, G.B.; SILVA, J.W.F. “Perfil dos pacientes com doença renal crônica em Hemodiálise na cidade de Parnaíba-PI”. **Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer**, v.6, n.9, p.1, 2010.

MAYER, B.L.D.; et al. “Sentimentos de pessoas renais crônicas e interferências em atividades sociais”. **Revista Baiana de Enfermagem**, v.27, n.1, p.31-41, 2013.

MENDONÇA, A.E.O.; et al. “Mudanças na qualidade de vida após transplante renal e fatores relacionados”. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.27, n.3, p.287-92, 2014.

MOREIRA, A.G.M.; ARAUJO, S.T.C.; TORCHI, T.S. “Preservação da fístula arteriovenosa: ações conjuntas entre enfermagem e cliente”. **Escola Anna Nery**, v.17, n.2, p.256-262, 2013.

PACHECO, F.S.; LOURENÇO, L.M.; FERREIRA, L.A.S. “Identificação precoce da doença renal crônica nas unidades de saúde de Caratinga-MG”. 2008. 11 f. Artigo (Saúde da Família). Centro Universitário de Caratinga – UNEC. Caratinga/MG, 2008. Disponível em: <<http://www.unec.edu.br/sitesespeciais/pos/publicacoes/integra/doencarenalcronica.pdf>>. Acessado em 10/08/2015.

PASQUAL, D.D. **O cuidado nas unidades de hemodiálise segundo a percepção dos enfermeiros**. 2004. 106 f. Dissertação (Mestre em Enfermagem). Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2004. Disponível em: <<http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oPasqual.pdf>>. Acesso em 10/08/2015.

PAULA, D.A.; MARQUES, I.R. “Estudos sobre a qualidade de vida de pacientes que realizam hemodiálise”. **Revista de Enfermagem UNISA**, v.11, n.2, p.108-14, 2010.

PESSOA, N.R.C.; LINHARES, F.M.P. “Pacientes em hemodiálise com fístula arteriovenosa: conhecimento, atitude e prática”. **Escola Anna Nery**, v.19, n.1, p.73-79, 2015.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7 ed. traduz., Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

RAMOS, I.C.; et al. Portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise: significados da experiência vivida na implementação do cuidado. **Acta Scientific Health Science**, v.30, n.1, p.73-79, 2008.

RIBEIRO, C.D.S. “Percepção do portador de doença renal crônica sobre o tratamento hemodialítico”. **Revista Interdisciplinar**, v.6, n.3, p.36-44, 2013.

RIBEIRO, R.C.H.M.; et al. “Caracterização e etiologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior do Estado de São Paulo”. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.21, n. spe, p.207-211, 2008a.

RIBEIRO, R.C.H.M.; et al. “Necessidades de aprendizagem de profissionais de enfermagem na assistência aos pacientes com fístula arteriovenosa”. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.22, n. spe 1, p.515-518, 2009.

RIELLA, M.C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

RODRIGUES, I.G.; NAKAHATA, K.S. “Estudos de enfermagem sobre a Doença Renal Crônica”. **Revista de Enfermagem UNISA**, v.13, n.1, p.37-42, 2012.

RODRIGUES, T.A.; BOTTI, N.C.L. “Cuidar e o ser cuidado na hemodiálise”. **Acta Paulista de Enfermagem**, vol.22, n.spe1, pp. 528-530, 2009.

ROMÃO JÚNIOR, J.E. “Insuficiência renal crônica”. In: CRUZ, Jenner; PRAXEDES, José Nery; CRUZ, Helga Maria Mazzarolo. **Nefrologia**. 2. ed. São Paulo: Sovier, 2006. p. 248-265.

SANTANA, J.C.B.; et al. “Assistência de enfermagem em um serviço de terapia renal substitutiva: implicações no processo do cuidar”. **Enfermagem Revista**, v.15, n.2, p.161-178, 2012.

SANTANA, S.S.; FONTENELLE, T.; MAGALHÃES, L.M. “Assistência de enfermagem prestada aos pacientes em tratamento hemodialítico nas unidades de nefrologia”. **Revista Científica do ITPAC**, v.6, n.3, Pub. 5, Julho 2013.

SILVA, A.S.; et al. “Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise”. **Revista Brasileir de Enfermagem**, v.64, n.5, p.839-844, 2011b.

SILVA, G.E.; et al. “Qualidade de vida do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico em Dourados – MS”. **Psicólogo informação**, v.15, n.15, p.99-110, 2011a.

SILVA, G.; et al. “Percepção de portadores de doença renal crônica com relação ao tratamento hemodialítico”. **Intesa**, v.9, n.1, p.23-30, 2015.

SILVEIRA, I.S.; VIANA, P.C.; FERNANDES, V. **Educação em saúde**: uma estratégia na promoção do autocuidado com pessoas em condição de cronicidade renal. 2002. 157 f. Monografia (Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Ago. 2002. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/108052>>. Acessado em 10/08/2015.

SMELTZER, S.C.; et al. **Brunner & Suddarth**. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth**. Tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 9 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOUZA, E.F.; et al. “Diagnósticos de enfermagem em pacientes com tratamento hemodialítico utilizando o modelo teórico de Imogene King”. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.41, n.4, p.629-35, 2007.

TERRA, F.S.; et al. “As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise”. **Revista Brasileira Clínica Médica**, v.8, n.3, p.187-92, 2010.

TERRA, F.S.; COSTA, A.M.D.D. “Avaliação da qualidade de vida de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise”. **Revista de Enfermagem UERJ**, v.15, n.3, p.430-6, 2007.

THOMÉ, F.S.; et al. “Doença renal crônica”. In: BARROS, E. et al. **Nefrologia rotinas, diagnóstico e tratamento**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 381-404.

# CAPÍTULO 16



## RACISMO NA INFÂNCIA E POLÍTICAS PÚBLICAS: REFLEXÕES SOBRE A SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

**Cláudia Marques de Oliveira<sup>1</sup>, Flávia Rodrigues Lima da Rocha<sup>1</sup>, Débora Matos  
Ferreira de Souza<sup>2</sup>, Andrisson Ferreira da Silva<sup>3</sup>, Andressa Queiroz da Silva<sup>4</sup>,  
Maurício dos Santos Lopes Júnior<sup>3</sup>**

1. Universidade Federal do Acre (UFAC) Rio Branco, Acre, Brasil;
2. Primeiro Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente, Rio Branco, Acre, Brasil;
3. Universidade Federal do Acre (UFAC), Acadêmico de Licenciatura em História, Rio Branco, Acre, Brasil;
4. Universidade Federal do Acre (UFAC), Programa de Pós-Graduação em Linguagens e Identidades, Rio Branco, Acre, Brasil;

### RESUMO

Conhecendo o contexto da construção do racismo científico no mundo, para entender o racismo institucional, a necessidade das políticas públicas, os mecanismos e a não garantia dos direitos das crianças e adolescentes, propomos com este capítulo levantar informações em torno do significado do conceito de direitos humanos, à luz do conceito de racismo e seus efeitos na saúde mental de crianças e adolescentes negros. O objetivo é descrever a existência desse racismo por meio da negligência na coleta e sistematização dos dados raça/cor identificando falhas. Foi realizada uma revisão bibliográfica da legislação em torno dos direitos humanos, dos direitos das crianças e adolescentes, como também uma revisão sobre os efeitos do racismo na saúde dos mesmos. Em uma mostra das escolas da cidade de Rio Branco, o quesito raça/cor solicitado na matrícula, não é devidamente coletado e sistematizado. Nos atendimentos nos postos de saúde, UPAS e hospitais também não há essa sistematização. Nos acolhimentos dos três Conselhos Tutelares, nos CRAS – Centros de Referência e Assistência Social e no Sistema Sócio Educativo, não se coleta esse dado. Podemos relacionar o trato direcionado às crianças negras como fundamento do racismo científico institucionalizado. As tensões e conflitos internos gerados pelo racismo podem desenvolver uma série de deteriorações identitárias, infringindo em sua saúde mental e física, gerando: baixa autoestima, pouco desempenho escolar, menor expectativa para a vida, transtornos psicológicos, conflitos de personalidade, sentimentos de inferioridade, uma não identificação do pertencimento racial, como também ser decisivo para sua entrada ou não no campo da criminalidade.

**Palavras-chave:** Racismo na Infância, Políticas Públicas e Saúde Mental.

## ABSTRACT

Knowing the context of the construction of scientific racism in the world, in order to understand institutional racism, the need for public policies, mechanisms and the non-guarantee of the rights of children and adolescents, we propose with this chapter to gather information about the meaning of the concept of rights in the light of the concept of racism and its effects on the mental health of black children and adolescents. The objective is to describe the existence of this racism through negligence in the collection and systematization of race / color data identifying failures. A bibliographic review of the legislation on human rights, children's rights and adolescents was carried out, as well as a review of the effects of racism on their health. In a sample of the schools of the city of Rio Branco, the race / color question requested in the enrollment, is not properly collected and systematized. In the attendance at health posts, UPAS and hospitals there is also no such systematization. In the reception of the three Tutelary Councils, in CRAS - Reference Centers and Social Assistance and in the Socio Educativo Social System, this data is not collected. We can relate the treatment directed to black children as the foundation of institutionalized scientific racism. The internal tensions and conflicts generated by racism can develop a series of identity deteriorations, violating their mental and physical health, generating: low self-esteem, poor school performance, lower life expectancy, psychological disorders, personality conflicts, feelings of inferiority, a non-identification of racial belonging, as well as being decisive for its entrance or not in the field of crime.

**Keywords:** Childhood Racism, Public Policies and Mental Health.

## 1. INTRODUÇÃO

Iniciamos este preambulo com o conceito de racismo para assim compreendermos mais sobre o conceito de racismo institucional que compõe o racismo à brasileira gerado do racismo científico e poder assim, fazer uma articulação desses com a importância de políticas públicas específicas para a população negra, especialmente para as crianças negras. Dessa maneira, o racismo é conceituado por Gomes (2005) como um comportamento ou ação resultante de uma aversão às pessoas, que o autor define que têm seu “pertencimento racial” quanto a sua cor de pele e até mesmo o tipo de cabelo. Ainda nesse referencial é advindo de pessoas que creem em raças superiores e inferiores. (GOMES, 2005). O racismo não é uma prática recente, ele tem raízes profundas e históricas que subsistem até os dias de hoje. A prática do racismo surge durante o século XVIII a partir de uma construção advinda de estratégias de exploração por parte dos grandes navegadores, que buscavam evitar que a igreja católica entrasse em defesa dos africanos assim como entrou em defesa dos povos indígenas.

Por volta de 1540 o bispo Bartolomeu de Las Casas impetra ações e orientações da Igreja no sentido de abominar a tomada das terras e a escravidão indígena. Las Casas em



1542 defende o direito enquanto povos originários, contrapondo ao entendimento da época que via os indígenas como povos em estado primitivo de desenvolvimento. que possuíam alma, e deveriam ser respeitados em sua existência originalmente nas terras que ocupavam. Todavia, isso não impediu o genocídio indígena mas criou dificuldades e constrangimentos legais, no contexto internacional das grandes navegações.

Desta forma quando se atentaram pelo potencial africano como mão de obra qualificada, detentora de ciência e tecnologia, essencial para a extração de minérios, para a prática da agricultura, da pecuária, da fundição, da arquitetura, etc. Buscaram publicitar informações que relacionavam os africanos a características e hábitos animais, na intenção de demonstrar que não eram humanos. Sendo assim, aos poucos foram utilizando as diferentes áreas das ciências para gerar informações e dados que pudessem comprovar e justificar a não humanidade dos negros africanos. Utilizam-se dos estudos de Charles Darwin para aplicar e consolidar a teoria da evolução das espécies, também sobre os seres humanos. Consequentemente cria-se a teoria do Darwinismo Social.

É a partir dessa teoria que cientistas, estudiosos, filósofos e autoridades religiosas vão conceber a divisão da humanidade em raças (no sentido biológico), para consolidar a ideia de que na espécie humana existiam seres superiores e inferiores. A superioridade é colocada como uma dádiva dos seres humanos brancos, europeus, seguidos dos amarelos que são os asiáticos. Nesta concepção os povos indígenas, como também os indianos são classificados como seres humanos inferiores por que se encontram em estágio primitivo de desenvolvimento. Já os negros são considerados uma subespécie não exatamente humana. Neste caso, segundo a teoria do Darwinismo Social, fadados ao desaparecimento e por isso poderiam ser dominados, explorados e violados.

No que concerne a isso, o racismo se consolida pelo uso do conceito de raça para fins de categorização de seres humanos como superiores e inferiores. Nasce como um meio de justificar a escravização dos povos negros africanos. A escravidão moderna teve como base ideológica a construção de teorias raciais, algumas após a abolição da escravatura no Brasil, inclusive.

Desta maneira, nos 350 anos em que vigorou o regime escravocrata no Brasil, colocou-se em prática todo tipo de crueldade e desumanidade com estratégias de aumento da produção de riquezas a serem levadas e comercializadas na Europa. O racismo se estruturou em todos os setores e gerou estruturas de funcionamento de nossa sociedade. Anteriormente à abolição criavam-se leis em benefício aos fazendeiros escravistas, para

que pudessem se livrar daqueles que não lhes geravam rendas de imediato. Foram os casos da Lei do Sexagenário e a Lei do Ventre livre. Esta última colocou crianças negras em total situação de desalento, gerando o que a sociedade brasileira passou a chamar de “crianças de rua”.

A abolição da escravatura em 1888 resultou das pressões externas e das lutas dos quilombos que a qualquer momento poderiam tomar o poder a exemplo do ocorrido no Haiti. Desde então os diferentes Movimentos Negros pressionam a sociedade brasileira pela efetivação dos direitos humanos com recorte para as especificidades da população negra, em reparação aos danos gerados pelos 350 anos de escravidão como também a continuidade das impossibilidades de acesso e oportunidades. Essas especificidades e reparações são pensadas especialmente em relação às crianças, que são as mais sensíveis e vulneráveis ao racismo estrutural consolidado no Brasil, sobretudo, nas instituições dando continuidade às práticas discriminatórias e desumanizantes contra pessoas negras.

As crianças negras ainda hoje são percebidas e tratadas como inferiores. Não por acaso são maioria na taxa de mortalidade infantil, maioria reprovadas ou com dificuldades escolares como também maioria nos Institutos Sócio Educativos. É necessário lembrar que somente há 72 anos após a abolição da escravatura no Brasil a ciência reconheceu que a categorização construída pelo racismo científico era uma grande falácia da exploração. Porque em termos biológicos não há nada que justifique diferenças dentre a espécie humana. Foi após o holocausto na segunda guerra mundial, cujo embasamento se apoiava no racismo científico, que 50 nações, incluindo o Brasil, se unem para pensar e buscar a paz, a justiça racial e social no mundo. E em 1950 com a “Declaração Universal das Raças” o mundo viu cair por terra os argumentos do racismo científico. Isso aconteceu a apenas 69 anos.

No entanto o racismo social perdura e prevalece regulando as relações, as instituições, os tratamentos, as oportunidades e vai se consolidar como um tipo específico no Brasil, o chamado racismo à brasileira. É o racismo à brasileira que irá incutir e violar os direitos das crianças e adolescentes negros, incidindo diretamente na saúde dos mesmos. O antropólogo Kabengele Munanga, define o racismo à brasileira como um “crime perfeito”, uma vez que o inimigo não está “claro”, comparando aos sistemas de segregação racial sul-africano e norte-americano, ele é reproduzido pelas próprias vítimas, pessoas negras,

que são ensinadas dentro desta lógica a aceitar e naturalizar essa ideologia; e os não-negros a se sentirem superiores aos outros não-brancos dentro dessa estrutura.

Gomes (2005) discute ainda que o racismo podendo ser expresso de duas maneiras interligadas: a individual e a institucional. O racismo individual é expresso a partir de um indivíduo contra outros através de atos discriminatórios que são justificados pelos preconceitos sobre a população negra. Esses preconceitos foram sendo construídos ao longo da vida, e podem atingir níveis extremos de violência, como agressões, destruição de bens ou propriedades e assassinatos.

Já o racismo institucional é efetivado quando às práticas discriminatórias, se manifestam nas estruturas e organizações do Estado, sociedade e instituições. Ou seja, acontece através da institucionalização de atos de racismo em que muitas vezes não são conscientes, sendo práticas aprendidas e reproduzidas socialmente.

Podemos assim inferir que apesar de o Brasil não ter vivenciado o racismo segregacionista como o Apartheid na África do Sul ou as Lei Jim Crown nos Estados Unidos, desenvolveu-se aqui um tipo de racismo onde se culpabiliza a própria vítima. Assim dentre a construção de um imaginário que emprega a partir das sutilezas, nas entrelinhas das relações, nos tratamentos, acessos e oportunidades, formas de inferiorização, inculcando nos indivíduos tamanho sentimento de baixa estima, incapacidade e destituição identitária que os mesmos não conseguem reagir e acabam por tomar para si esse racismo como verdades.

Essa qualidade de racismo tem como principal foco as crianças. É devido ao racismo sofrido desde a infância que muitos adultos ou vão reproduzi-lo ou desenvolver conflitos de personalidade e doenças, ligadas ao estresse e são colocados ainda mais em desvantagem e sofrimento em nossa sociedade. Os dados socioeconômicos do Brasil podem confirmar que apesar de compor mais da metade da população brasileira, 50,7% segundo o censo do IBGE em 2010 a população negra quando comparada com a população branca do país ainda está em desvantagem. O Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada – IPEA na publicação *Retratos da Desigualdade* (2011) trouxe esses dados socioeconômicos comprovado o racismo institucional da sociedade brasileira.

Essas informações sobre a população brasileira apresentam no âmbito educacional que em 1999 as mulheres brancas tinham uma média de 8,0 anos de estudos contra 5,6 das mulheres negras no mesmo período. Já no ano de 2009 a nova pesquisa revela os dados que não se diferem de uma diferença notável quanto aos anos de estudos, as

mulheres brancas passam então a somar uma média de 9,7 enquanto as negras ficaram com 7,8.

A paridade apresentada na pesquisa do IPEA se pauta também no gênero masculino, onde os homens brancos no ano de 1999 detinham a média de 7,1 (anos de estudos) e os negros 4,7. Já em 2009 os dados novamente reverberam uma lacuna profunda, a média de anos de estudos para os homens brancos fica 8,8, enquanto a dos homens negros fica 6,8.

Já no mercado de trabalho a pesquisa dessa vez abrange o desemprego entre brancos e negros. A taxa entre brancos fica a uma porcentagem de 5,3% enquanto a dos negros ficam com uma taxa de 6,6%. Essa diferença exacerbada se torna perceptível na análise de porcentagem de desemprego entre as mulheres; ficando uma taxa de 9,2% para as mulheres brancas e 12,5% para as mulheres negras. O condicionante do desemprego se torna perceptível na questão ideológica do gênero onde a sociedade não destina direitos igualitários prevalecendo o machismo, no entanto, o fator agravante é ser mulher e ser negra.

Quanto à pobreza, distribuição e desigualdade de renda a população branca está significativamente recebendo melhor que a população negra, pois enquanto um homem branco recebe a média de R\$1491,00 um negro recebe a média de R\$833,50. Já entre as mulheres novamente a diferença significativa se pauta na condição de um agravamento ao ser mulher negra no Brasil onde a média é de R\$544,40 e para uma branca é de R\$957,00.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 LEGISLAÇÕES E POLÍTICAS PÚBLICAS NA GARANTIA DOS DIREITOS DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Diferentes lutas e Movimentos destacam no decorrer do processo histórico brasileiro que sempre se lutou por cultura de paz e direitos, neste contexto, destaca-se “A Declaração Universal dos Direitos Humanos em Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948, já apontava em seus art. 1º e 3º que “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos” e “Todo ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal”. Essa Declaração é base para a Declaração das Raças em 1950

em que a ciência reconhece a raça humana como “uma” sem a existência de categorizações.

Em 1959 o Brasil ratificou através do art. 84, inciso XXI, da Constituição de 1935 e adotou a Declaração dos Direitos da Criança, visando que a criança tenha uma infância feliz e possa gozar, em seu próprio benefício e no da sociedade, os direitos e as liberdades aqui enunciadas e apela que os pais, os homens, as mulheres em sua qualidade de indivíduos, as organizações voluntárias, as autoridades locais e os governos nacionais reconheçam estes direitos e se empenhem pela sua observância mediante medidas legislativas e de outra natureza, progressivamente instituída, em conformidade com os princípios da Declaração.

Porém, contudo, do Brasil afirmar na Declaração Universal dos Direitos da Criança, em Assembleia Geral das Nações Unidas, que “AS CRIANÇAS TÊM DIREITOS”, a Lei 6.697, de 10 outubro de 1979 - Código de Menores, trouxe a Doutrina da Situação Irregular produzida por um cenário, naquela ocasião, de crescimento industrial e trabalho escravo e famílias em situação de vulnerabilidades ou em situação de extrema pobreza, onde as crianças eram vistas pelo poder público como em “Situação Irregular”, carregando no texto também a palavra delinquente, somente por serem pobres ou mesmo estarem abandonadas, tendo em vista, os reflexos da escravidão no país, por que mais de 90% das crianças nesta situação eram crianças negras. Portanto eram vítimas de todo tipo de negligências, principalmente as institucionais, naquela época promovida pelas FUNABEMS ou Orfanatos.

Com a Constituição Federal de 1988 e a Lei 8069/90 – que cria o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), os brasileiros resgatam o reconhecimento da criança e do adolescente enquanto cidadãos, sujeitos de direitos, que devem ser respeitados em sua condição de seres humanos em situação peculiar de desenvolvimento, exigindo situações especiais de proteção para a garantia da saúde integral. Porém, pode-se afirmar que após 28 anos da promulgação do ECA os órgãos de defesa, promoção e controle ainda sofrem com a falta de investimento do ESTADO para a efetivação de algumas políticas de atendimento e garantia dos direitos.

Neste contexto, vale lembrar a Declaração e Programa de Ação adotados durante a III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, em 31 de agosto a 8 de setembro de 2001, Durban – África do Sul

que insta os Estados a adotarem e implementarem políticas de desenvolvimento social baseadas em dados estatísticos confiáveis e centrados na conquista, até o ano 2015.

Partindo da Constituição Federal de 1988 e do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA 1990, e do Tratado assinado pelo Brasil em Durban no ano de 2001, várias legislações dentre as internacionais e nacionais foram consolidadas na construção de políticas públicas voltadas à garantia dos Direitos Humanos e também mais especificamente dos direitos das Crianças e dos Adolescentes. Porém há de se destacar que embora tenha havido muitas construções, percebe-se a invisibilidade racial que gera necessidades específicas e o não cumprimento efetivo das legislações que deveriam ser articuladas entre si.

O Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - Conanda, expede algumas resoluções que vão instruir normatizar e criar as condições necessárias para a articulação entre as diferentes áreas e políticas públicas, na busca pela garantia dos Direitos das Crianças e Adolescentes. Tidos como prioritários, em termos legais, a partir do ECA para os governos municipais, estaduais e federal.

Segundo a Resolução do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - CONANDA, Nº 113, DE 19 DE ABRIL DE 2006, a qual deliberou sobre os parâmetros para a institucionalização e fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente - SGDCA.

Art. 1º O Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente – SGDCA, constitui-se na articulação e integração das instâncias públicas governamentais e da sociedade civil, na aplicação de instrumentos normativos e no funcionamento dos mecanismos de promoção, defesa e controle para a efetivação dos direitos humanos, da criança e do adolescente, nos níveis Federal, Estadual, Distrital e Municipal.

§ 1º Esse Sistema articular-se-á com todos os sistemas nacionais de operacionalização de políticas públicas, especialmente nas áreas da saúde, educação, assistência social, trabalho, segurança pública, planejamento, orçamentária, relações exteriores e promoção da igualdade e valorização da diversidade (CONANDA, 2006, p.3).

Também preconiza em seu Cap. VIII sobre a Gestão do SGDCA, a qual se estrutura em esfera governamental, em nível federal, contará com um órgão específico e autônomo, responsável pela política de atendimento dos direitos humanos de crianças e adolescentes, com as seguintes atribuições mínimas:

I articular e fortalecer o Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente;

III manter **SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - SIPIA**, uma vez alimentado, tem a responsabilidade de coletar dados qualificados, objetivos e fidedignos para subsidiar a formulação e a execução das políticas públicas voltadas para a infância e a adolescência, tendo como base de referência os Conselhos Tutelares (IBID, p. 15).

SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - SIPIA foi criado no primeiro Programa Nacional de Direitos Humanos em 1997 e teve sua implantação e implementação através das propostas de ações governamentais contidas no II Programa Nacional de Direitos Humanos – PNDH de 2002, com a seguinte proposta:

152 - Dar continuidade à implantação e implementação, no âmbito federal e de forma articulada com estados e municípios, do Sistema de Informação para a Infância e a Adolescência SIPIA, no que se refere aos Módulos: I monitoramento da situação de proteção da criança e do adolescente, sob a ótica da violação e ressarcimento de direitos; II monitoramento do fluxo de atendimento ao adolescente em conflito com a lei; III monitoramento da colocação familiar e das adoções nacionais e internacionais; e IV acompanhamento da implantação dos Conselhos de Direitos, Conselhos Tutelares e Fundos para a Infância e a Adolescência (PROGRAMA NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS, 2002).

Também a Resolução Nº 181 de 2016 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA que preconiza a seguir:

Art. 4º Orienta-se que os serviços ofertados às crianças e aos adolescentes de Povos e Comunidades Tradicionais que residem, temporária ou permanentemente, no espaço urbano e em situação de itinerância, dêem especial atenção aos seus direitos, prezando pelo reconhecimento do direito à autodenominação e pelo enfrentamento de tratamentos discriminatórios (CONANDA, 2016).

Vale ressaltar a importância do instrumento citado acima, pois, são através dos dados coletados no **SIPIA** que o Conselho Tutelar conforme sua atribuição estabelecida na Lei 8069/90, art. 136, Inciso IX destaca “assessorar o Poder Executivo local na elaboração da proposta orçamentária para planos e programas de atendimento dos direitos da criança e do adolescente”; em conjunto com o Conselho de Direito da Criança e do Adolescente - CMDCA, tendo em vista, a competência de formular as Políticas Públicas Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente, fixando prioridades na consecução de ações, bem como, a captação de recursos necessários a sua realização (LEI MUNICIPAL Nº 2.150, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2015).

Esta prerrogativa dos Conselhos permitiria, por exemplo, a indicação de priorização de determinadas políticas e ações do governo municipal nos bairros e regiões em que os direitos das crianças e dos adolescentes estejam em maior negligência. Através das ações e atendimentos nos Conselhos Tutelares da cidade é muito perceptível essa localização.

Os dados fornecidos e também alimentados no SIPIA é que dariam base, respaldo e justificativa para pleitear esse direcionamento das políticas públicas inclusive na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA) junto ao legislativo da cidade de Rio Branco.

Contudo, através de informações coletadas nos 03 Conselhos Tutelares de Rio Branco Acre, devido à falta de investimento do poder público, por diversos fatores, dificuldades na infraestrutura de acesso à internet e formação continuada, desde o ano de 2016, o **SIPIA** não tem sido implementado nos Conselhos Tutelares do Estado, caracterizando descumprimento do art. 5º da Lei 8069/90.

Art. 5º. Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 1990).

Observem que os diferentes suportes legais se articulam na garantia da tipificação. Esse é um exercício necessário até mesmo para a redação dos textos legais. Podemos entender como violência contra as crianças e adolescentes a violação de seus direitos quando não se garante o funcionamento do Sistema de Garantias de Direitos e o SIPIA – Sistema de Informação para a Infância e a Adolescência. Torna-se, então, perceptível que as políticas públicas apesar de se voltarem aos cidadãos em geral, não especificavam em seus artigos sancionados os direitos específicos à população negra; amplamente afetada pelo contexto histórico escravocrata brasileiro.

Neste contexto mostra-se visivelmente que o art. 7º do ECA fala na universalidade “A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”. Sendo uma política universalista, em tese abrange as crianças negras. Porém, na prática a invisibilidade gerada pelo racismo à brasileira, faz com que não sejam lembradas as especificidades e os efeitos do racismo na saúde das mesmas. Essa especificidade é ou deve ser garantida com o Estatuto da Igualdade Racial sancionado pela Lei 12.288, de 20 de julho de 2010; onde em seu artigo 1º se descreve a destinação do mesmo para:

[...] garantir à população negra a efetivação da igualdade de oportunidades, a defesa dos direitos étnicos individuais, coletivos e difusos e o combate à discriminação e às demais formas de intolerância étnica”. na redação do seu art. 6º



“O direito à saúde da população negra será garantido pelo poder público mediante políticas universais, sociais e econômicas destinada à redução do risco de doenças e de outros agravos” (Estatuto da Igualdade Racial, 2010).

O Estatuto da Igualdade Racial também institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que tem como um dos objetivos a melhoria da qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados desagregados por cor, etnia e gênero. Desta forma é imprescindível que para garantir de forma efetiva dos direitos das crianças e adolescentes, sobretudo dos negros, é extremamente necessário a articulação entre os dois Estatutos. Todavia, as legislações abordadas asseguram os direitos estabelecidos em lei? Não, apesar de lutas e conquistas históricas quanto às políticas públicas que se voltam para a população negra, os sancionamentos não são o marco para a efetivação de uma igualdade. É necessário então a aplicabilidade da lei, de forma que se entenda que quando se assegura os direitos dos negros não se objetiva uma divisão entre grupos étnicos, mas sim fortalecer as reparações históricas através das políticas públicas.

## 2.2 CRIANÇAS NEGRAS E SAÚDE MENTAL

Neste ponto, o objetivo é compreender como o racismo afeta a saúde mental das crianças e dos adolescentes. No que persiste a isso, abordamos as inferências das Organizações Mundiais quanto à saúde mental, sendo ampliada como cuidados primários de saúde. A saúde mental é sistematicamente dependente do bem-estar físico e social, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS). E é nessa perspectiva de saúde mental da população, em termos mundiais, que a OMS juntamente com a Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA, 2008) destacam as vantagens de a saúde mental estar atrelada ao nível de cuidados primários. A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta os múltiplos fatores que podem pôr em perigo a saúde mental dos indivíduos: *“rápidas mudanças sociais, condições de trabalho estressantes, discriminação de gênero, exclusão social, estilo de vida não saudável, violência e violação dos direitos humanos”*. No que concerne o processo de construção social do Brasil, pautado em propagação do racismo científico, a população negra sofre arbitrariamente em decorrência do detrimento de sua saúde mental por intermédio do racismo. Mas o que se pode entender pela saúde dos negros afetada diretamente pelo racismo?

Podemos indicar que a questão racial está intrinsecamente relacionada à discriminação de gênero, à exclusão social, à violência e à violação dos direitos humanos. Porém a invisibilidade, o racismo institucional e sua negação, fazem com que de forma geral as pessoas não identifiquem e com isso não objetivem e não inter-relacionem as políticas públicas na saúde, que deveriam ser articuladas. A saúde mental do negro é afetada pelo fator condicionante da cor da pele, o racismo age prejudicialmente no psíquico, sobretudo das crianças negras.

Sendo influenciadoras de políticas públicas para o melhor desenvolvimento da saúde, é de extrema importância que diretrizes de organizações importantes sejam articuladas como é o caso da 65ª Assembleia Mundial da Saúde, que aprovou o “Comprehensive Mental Health Action Plan for 2013-2020”. Trata-se de um Plano de Ação voltado para o compromisso dos Estados pertencentes à OMS, dos quais o Brasil faz parte, *“para a tomada de medidas específicas para melhorar a saúde mental e contribuir para a realização de um conjunto de metas globais”* (tradução nossa).

O documento visa a promoção da saúde mental definido para vários grupos da sociedade em um plano global no qual 50% dos países deverão ter desenvolvido ou atualizado suas leis para a saúde mental até o ano de 2020. O plano de ação destaca ainda os que são caracterizados de “grupos vulneráveis”, onde são citados gays, bissexuais, indígenas, idosos propensos aos transtornos mentais. Os direitos à saúde integral das crianças e adolescentes devem ser considerados e visibilizados, nesta interlocução quando se fala de saúde mental.

As políticas públicas de saúde da população negra são marcadas aqui no Brasil, pelo tratado da III Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e as Formas Correlatas de Intolerância que aconteceu em 2001 – Durban - África do Sul. Como já mencionado anteriormente, é na construção do Sistema Nacional de Promoção da Igualdade Racial que a saúde da população negra é mais especificamente pensada. Em 2004 ocorreu o 1º Seminário Nacional de Saúde da População Negra, mas é no Estatuto da Igualdade Racial em 2010 mais especificamente, que receberá os direcionamentos atuais visando a articulação, o levantamento de dados e o combate ao racismo institucional. A Unicef (2010) destaca que nem todas as crianças experimentam do desenvolvimento alcançado nos últimos anos no Brasil, principalmente as indígenas e negras.

O Panorama da Distorção Idade-Série no Brasil (2017) nos mostra que, mesmo o sistema educacional trabalhando com a inserção dos quesitos raça/cor na ficha de

matrícula e no censo da educação, esse dado é coletado parcialmente e é possível observar que há problemas em sua coleta. A categoria “branca” aparece representando 30% dos alunos, os negros (pretos e pardos), 44%, e os indígenas, 1%. Porém 25% dos estudantes aparecem como não declarados e a categoria “preta”, que apresenta apenas 4% do total de matrículas na educação básica, é coerente quando comparamos com a realidade brasileira.

No contexto da educação das relações étnico raciais as escolas especialmente os profissionais que lidam com as matrículas, não possuem conhecimento ou entendimento sobre os procedimentos e importância dessa coleta. Ainda perdura o pensamento de que se autodeclarar preto é se diminuir, não sendo algo positivo. Essa é mais uma mostra sobre como o racismo institucional atua em detrimento à coleta de dados que é base para a formulação e direcionamento das políticas públicas, sobretudo as políticas públicas de promoção da igualdade racial.

De acordo com o último censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizado no ano de 2010, o número de crianças negras no Brasil chega a 31 milhões. São milhões de crianças que de alguma forma, as políticas públicas são omitidas a elas por um aparelho estatal que não cumpre os direitos básicos assegurados pela Constituição de 1988. São 31 milhões de crianças negras e 141 mil indígenas, o que representa 54,5 % das crianças e adolescentes brasileiros. Onde a pobreza atinge 56% da população infanto-juvenil negra. A pobreza nesse quesito vai entrar como um fator agravante destacado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), levando esse percentual a estarem enquadrados na “exclusão social, na “violência e violação dos direitos humanos”, aqui já abordados.

### 2.3 RETRATO DAS DESIGUALDADES: A SAÚDE MENTAL NEGRA AFETADA

A saúde mental está atrelada intrinsecamente às questões de bem-estar, econômico, social e racial. É na infância que ele irá passar no decorrer da formação dessas para adolescentes, de adolescentes a jovens e de jovens a adultos. O que se sofre em decorrência da discriminação racial carregará consigo um trauma psicológico, e essas crianças quanto mais puderem se distanciar do “ser negro” assim o farão.

Domingues (2002) descreveu o processo de incentivo ao branqueamento biológico: propagado no Brasil, cujo melhoramento da raça se daria pelos nascimentos em que se esperava crianças cada vez mais claras. E, “se a criança nascesse mais clara que os pais,

consideravam uma vitória, porém, caso a criança fosse mais escura, sentiam-se derrotados” (DOMINGUES, 2002, p. 581). As ideias eugenistas foram comprometedoras da paz de muitas crianças. Nascer negro mesmo sendo de raízes negras era considerado um problema. As políticas de branqueamento da população geraram conflitos internos aos indivíduos e afetou a saúde de inúmeras crianças que não nascendo conforme o padrão de beleza, foram rejeitadas pela sociedade.

As relações raciais no Brasil são marcadas por profundas contradições. Ao mesmo tempo em que parcelas significativas da população negra se encontram em situação de desvantagem, no quadro de perversa desigualdade social, fruto de histórico processo de discriminação, o racismo é negado tanto oficialmente como no senso comum. Em muitos casos, evoca-se a mestiçagem do povo brasileiro como fator de unidade e ausência de conflito. Este quadro refletirá também no sistema educativo. A discriminação se manifesta em todos os setores da escola, seja nos livros didáticos, nos silenciamentos dos professores diante de situações de preconceito e discriminação no cotidiano escolar etc (SANTANA, 2000, p. 49).

Oliveira (2011) discorre sobre pesquisas como as de Cavalleiro (2000), e Fazzi (2004) apontam que crianças negras no contexto escolar ainda são vítimas de diferentes formas de preconceito e racismo. Na maioria das vezes de maneira camuflada, que podem gerar nas crianças percepções e entendimentos sobre os aspectos de sua negritude, como algo desqualificador que as fazem se sentirem inferiores perante os demais. Gestos simples e aparentemente inofensivos como a falta de um elogio, um beijo neste e não naquele, um choro ignorado ou menosprezado, uma entonação de voz diferenciada para situações parecidas, um não olhar, um pedido não atendido, um apelido pejorativo, dentre outros. São nuances de formas de preconceito e discriminação que as crianças negras sofrem no cotidiano escolar e as consequências podem refletir em seu desempenho na escola, em sua saúde mental e psicoemocional podendo desenvolver no decorrer da vida vários tipos de doenças (OLIVEIRA, 2011).

É no comportamento e na forma com que as crianças interagem socialmente que podem aparecer os primeiros sinais de que a saúde mental foi abalada. Esses comportamentos quase sempre são formas de externalizar processos de ansiedade como um mecanismo de defesa ao estresse ou a situações traumáticas. Se torna um transtorno quando dificulta ou impede o convívio social. Assis (2007) nos aponta que mesmo sendo muito comum na infância faltam estudos sobre o Assunto.

A introjeção do preconceito que sofrem e que testemunham outros negros sofrerem pode ser percebida em atos e comportamentos simples como não participando de atividades em grupo, se afastando dos demais colegas e até menor interação pela fala. Por

que a criança negra sabe que em algum momento vão ridicularizá-la, evitam participar de atividades sociais em que tenham que dar as mãos ou se aproximarem muito uns dos outros. Passam a acreditar que realmente são incapazes, feias, fedidas, tamanha é a força da crueldade dessas palavras e o que é pior, do silêncio e da impunidade, por que essas falas e ações contra as crianças negras são naturalizadas também pelos professores que não veem mal em tais palavras por que também acreditam nelas. A escola se torna uma fonte de enorme sofrimento para essas crianças que ao menor sinal de dificuldade abandonam a instituição (OLIVEIRA, 2011).

A escola é o espaço em que as questões e relações raciais vão ficar mais em evidência e/ou passíveis de percepção. Mas o fator principal é o interno. É a relação que essas crianças vão estabelecer consigo próprias. Com suas características físicas à frente do espelho. Como elas vão lidar com as tensões geradas por essas vivências e percepções?

Fazzi (2004) conclui que as crianças negras podem incorporar o discurso da inferioridade e se sentirem marginalizadas, desvalorizadas e excluídas de maneira a se sentirem culpadas, menos capazes e menos merecedoras de respeito e direito. Quase sempre no âmbito do inconsciente, o que gera conflitos mentais e emocionais.

Estudos realizados por cientistas da Universidade do Sul da Califórnia e da Universidade da Califórnia em Los Angeles, aponta que o racismo é algo que causa danos aos seres humanos, ao ponto de elevar os riscos ao desenvolvimento de doenças crônicas. O estresse e as tensões geradas pelo racismo ativam respostas inflamatórias, de acordo com o estudo publicado na revista americana *Psychoneuroendocrinology*. Essas respostas se acontecerem por um período de tempo longo, podem gerar ataques ao coração, doenças neurodegenerativas e câncer metastático.

A Escola de Medicina da Universidade da Pensilvânia discute sobre os efeitos das adversidades da infância no desenvolvimento cerebral e no comportamento dos jovens, a pobreza e as vivências de situações difíceis e traumáticas influenciam no comportamento neurocognitivo e em vários elementos da estrutura cerebral.

Alunos da Universidade de Washington, realizaram estudos sobre os efeitos do cortisol diurno que é o hormônio do estresse que acabava funcionando como uma bola de neve ao causar danos cognitivos e neurológicos gerados pelas situações de adversidades. As funções de autorelação e melhor funcionamento do organismo são diluídas e muitas vezes geram efeitos contrários, no sentido das tensões e estresses vivenciados.

Estudos da área das ciências cognitivas demonstram que os processos de inflamações crônicas geradas pelo estresse e pelas tensões, no caso resultado das vivências do racismo, provocam um tipo de bloqueio no cérebro diminuindo a motivação para reservar energia em função de curar a inflamação. Isso faz com que a pessoa entre num estado de paralização ou de não reação. Desta forma a pessoa não reage ou não consegue forças para reagir, em contraposição ou em combate ao racismo, e também se reforça o preconceito de que os negros são preguiçosos. Observa-se que a consolidação de um ciclo de processos inflamatórios de forma constante ao longo da vida, especialmente na fase de desenvolvimento, irá desencadear uma série de problemas e doenças especialmente as crônicas.

Uma outra saída, é psicológica da revolta e da rebeldia em contraposição à violência que configura o racismo. Não é por acaso que a grande maioria das crianças negras quando conseguem força abandonam a escola e se organizam num auto fortalecimento em contraposição a esta sociedade que que os desumaniza e violenta de forma racista. A criminalidade e o uso de drogas são as poucas opções de contraposição e de alento, pois nesses contextos os adolescentes já não mais crianças, são valorizados e empoderados de si. E talvez até mesmo das histórias de seus ancestrais e de suas próprias histórias. Uma história de luta de força, resistência e contraposição à hipocrisia social.

É de suma importância pensar o racismo sobretudo o racismo na infância. Isso nos coloca a entender que o combate ao racismo hoje não se trata apenas de uma questão de Direitos Humanos e de saúde, mas também de segurança pública.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de suma importância pensar a educação das relações étnico-raciais raciais como uma nova forma de conhecer os contextos históricos, culturais e identitários não só para as crianças negras. As crianças brancas são levadas também ao entendimento de que é preciso corresponder às expectativas do padrão estético e ideológico do branco, significado como superior e assim acabam por incorporar e se sentirem num lugar privilegiado, entendido como superior. É o lugar social construído para a branquitude. É uma realidade também maléfica para as crianças brancas que são levadas a pensar e a agir seguindo a grande falácia de que pelo simples fato de terem a cor da pele branca seriam superiores às

demais. É de extrema importância a destinação de investimentos e comprometimento na garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes, para tal é essencial enfrentar o racismo. Neste caso com o simples fato de se garantir os direitos das crianças e adolescentes em articulação entre as diferentes redes que atendem essas crianças.

A cidade de Rio Branco, capital do estado do Acre, tida como uma das capitais mais violentas do país no mapa da violência 2018, não garante e não cumpre os direitos das crianças e adolescentes e não por acaso, a população negra, ou afro-indígena representa 72%, segundo dados do censo do IBGE de 2010. Em uma mostra das escolas da cidade o quesito raça/cor solicitado na matrícula, não é devidamente coletado e sistematizado. Nos atendimentos nos postos de saúde, UPAS e hospitais também não há essa sistematização, mesmo já havendo no SUS um programa voltado à saúde da população negra. Nos atendimentos nos três Conselhos Tutelares e CRAS – Centros de Referência e Assistência Social, não se identifica a coleta desses dados.

No Sistema Sócio Educativo também não se coleta esse dado. Podemos relacionar que o trato direcionado às crianças negras, hoje na cidade de Rio Branco, pode ainda ter como fundamento, o racismo científico institucionalizado como em grande parte do Brasil. As tensões e conflitos internos gerados pelo racismo, podem desenvolver uma série de deteriorações identitárias como: baixa estima, baixo desempenho escolar, baixa expectativa para a vida, transtornos psicológicos, transtornos da personalidade, sentimentos de inferioridade e uma não identificação do pertencimento racial.

Essas deteriorações geram nas crianças e adolescentes vulnerabilidades que podem levá-las ao uso de drogas, suicídio e até mesmo, serem mais facilmente cooptadas pela criminalidade, além da possibilidade de desenvolverem doenças como: diabetes, pressão alta, problemas cardíacos, neurológicos, doenças psicoemocionais e autoimunes, vitiligo, psoríase, lúpus, depressões, etc. A ausência de dados sobre a saúde e o atendimento da população negra, demonstra, dificulta e inviabiliza o trato sobre o racismo científico e institucional, neste sentido a saúde das crianças negras é diretamente afetada pela ausência de políticas específicas. Em paralelo os dados sobre a criminalidade, o encarceramento e o tráfico faccionado vão ganhando as manchetes e telejornais com cada vez mais visibilidade.

## 4. REFERÊNCIAS

Academia Americana de Pediatria. "**A exposição ao racismo prejudica a saúde das crianças**". ScienceDaily. ScienceDaily, 4 de maio de 2017. Disponível em: <[www.sciencedaily.com/releases/2017/05/170504083210.htm](http://www.sciencedaily.com/releases/2017/05/170504083210.htm)>.

ACRE. **Lei Municipal Nº 2.150**, DE 09 de dezembro de 2015. Política de Atendimento aos Direitos da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Diário Oficial, nº 11.702, p. 47, 15 dez. 2015.

BBC Four. **Racismo**: uma história. Grã-Bretanha, 2007, 151 min. Direção: David Osuloga.

BRASIL. **Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente**. Resolução nº 113, de 19 de abril de 2006. Dispõe sobre os parâmetros para institucionalização e fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União, Brasília, n.76, p.3, 20 abr. 2006. Seção 1.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>>.

BRASIL. **Lei nº 2.040, de 28 de setembro de 1871 (Lei do Ventre Livre)**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lim/LIM2040.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/LIM2040.htm)>.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm)>.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Relatório do Comitê Nacional para preparação da participação brasileira na III Conferência Mundial das Nações Unidas Contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata**. Durban, 31 de agosto a 7 de setembro de 2001.

BRASIL. Ministério da Cultura. **Declaração e Programa de Ação**. Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata. Durban, 31 de agosto a 7 de setembro de 2001.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-2)**. Brasília: SDH/PR, 2006.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Resolução nº 181, de 10 de novembro de 2016**. Dispõe sobre os parâmetros para interpretação dos direitos e adequação dos serviços relacionados ao atendimento de crianças e adolescentes pertencentes a povos e comunidades tradicionais no Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, n.247, p.38, 26 dez. 2016. Seção 1.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial**. Diário Oficial da União, Brasília, n.138, p.1, 21 jul. 2010. Seção 1.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 3270, de 28 de setembro de 1885 (Lei dos Sexagenários)**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lim/LIM2040.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/LIM2040.htm)>.



\_\_\_\_\_. **Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979. Institui o Código de Menores.** Diário Oficial da União, Brasília, p. 14945, 11 out. 1979. Seção 1.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial.** Disponível em: <<http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/823981/estatuto-da-igualdade-racial-lei-12288-10#>>.

CAVALLEIRO, E. **Do silêncio do lar ao silêncio escolar: racismo, preconceito e discriminação na educação infantil.** São Paulo: Ed. Contexto, 2000.

CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. Geneva, World Health Organization, 1946. In: **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global.** Organização Mundial de Saúde e Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca) 2008.

DOMINGUES, P.J. **“Negros de Almas Brancas? A Ideologia do Branqueamento no Interior da Comunidade Negra em São Paulo, 1915-1930”.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/aaa/v24n3/a06v24n3.pdf>>. Acesso em: 16 de jun de 2019.

FAZZI, R.C. **O drama racial de crianças brasileiras: socialização entre pares e preconceito.** Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

IBGE. **Crianças pobres – população de até 17 anos vivendo em famílias com rendimento mensal familiar.** Pnad 2009.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada et. al. **Retrato das desigualdades de gênero e raça.** 4. ed. Brasília: Ipea, 2011.

LINS, M.Z.S. **Avaliação do Sistema de Informação para a Infância e Adolescência (SIPIA), com Foco na Notificação de Violência sexual na Região Metropolitana de Fortaleza, no Período de 1999 a 2007.** Rio de Janeiro: s.n., 2008. (Dissertação de Mestrado).

MAIO, M.C.; MONTEIRO, S. **Tempos de racialização: o caso da ‘saúde da população negra’ no Brasil.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v.12, n.2, p.419-46, maio-ago. 2005.

MICHAEL T.; TREADWAY, J.A.C.; ANDREW, H.M. Não pode ou não vai? Restrições imunometabólicas no drive dopaminérgico. **Tendências em Ciências Cognitivas**, v. 23, n.5, p.435. 2019.

MUNANGA, K. **Algumas considerações sobre “raça”, ação afirmativa e identidade negra no Brasil: fundamentos antropológicos.** REVISTA USP, n.68, p.46-57, 2005-2006.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Saúde mental depende de bem-estar físico e social, diz OMS em dia mundial.2016.** Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/saude-mental-depende-de-bem-estar-fisico-e-social-diz-oms-em-dia-mundial/>>. Acesso em: 29 de jun de 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Adotada e aprovada em Assembleia Geral da ONU no dia 10 de dezembro de 1948. Disponível em: Acesso em: 08 ago. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **OPAS/OMS apoia governos no objetivo de fortalecer e promover a saúde mental da população**. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839)>.

SCIENTIFIC AMERICAN BRASIL. **Racismo tem efeitos tóxicos no organismo, aponta estudo**. Disponível em: <http://sciam.uol.com.br/racismo-tem-efeitos-toxicos-no-organismo-aponta-estudo/>. Acesso em: 26 jun. 2019.

UNICEF. **O impacto do racismo na infância**. Brasília, 2010. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/media/1731/file/O%20impacto%20do%20racismo%20na%20inf%C3%A2ncia.pdf>>. Acesso em: 15 de jun de 2019.

Universidade de Washington. **"Os desafios da primeira infância afetam como as crianças se concentram, enfrentam o dia."** ScienceDaily. ScienceDaily, 5 de junho de 2019. <[www.sciencedaily.com/releases/2019/06/190605171354.htm](http://www.sciencedaily.com/releases/2019/06/190605171354.htm)>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **"Draft comprehensive mental health action plan 2013–2020"**. Disponível em: <[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_10Rev1-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_10Rev1-en.pdf)>. Acesso em: 09 de maio de 2019.

OLIVEIRA, C.M. **Cultura afro-brasileira e educação**: significados de ser criança negra e congadeira em Pedro Leopoldo – Minas Gerais. 2011. 148 f. Dissertação (Mestrado em Educação). Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2011.

# CAPÍTULO 17



## SIGILO MÉDICO NO ATENDIMENTO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

Daniel Carlos Neto<sup>1</sup>

1. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES), Facultad de Ciencias de la Salud, Buenos Aires, CABA, Argentina.

### RESUMO

O número crescente de processos éticos e judiciais em desfavor de médicos tem preocupado a classe médica e jurídica, principalmente pelo fato de que, na última década, a quebra do sigilo médico, que antes era raridade, tem figurado com destaque tanto nas denúncias éticas, quanto nos denúncias criminais e ações de reparação civil por danos morais, havendo necessidade salutar se abordar essa inobservância, haja vista os impactos multifatoriais devastadores para as partes envolvidas, em especial no atendimento infanto-juvenil. O Estatuto da Criança e do Adolescente e o Código de Deontologia Médica trazem como escopo o sigilo médico, vedando ao médico revelar fatos que venha a ter informação em virtude da profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente. Sendo o atendimento ao menor de idade, nos casos de “tratamento cruel ou degradante e de maus tratos”, suspeito ou confirmado, um dos *deveres legal* do médico em comunicar à autoridade competente, sob pena de responsabilização civil e criminal. Contudo, o profissional deverá ter prudência, antes de qualquer decisão relacionada ao menor na suspeita de ilícitos, pois, poderá estar comunicando um falso crime, incorrendo em imperícia médica, passível de responsabilização ética, civil e criminal. Deflui-se que o médico deve priorizar além do conhecimento das ciências humanas, também as ciências jurídicas, para um atendimento integral e o exercício de um dever *prima facie*, cuja melhor conduta deve ser decidida no momento do conflito, devendo ser priorizada de acordo com as circunstâncias.

**Palavras-chave:** Sigilo Médico, Ética Médica e Responsabilidade Médica.

### ABSTRACT

The growing number of ethical and judicial proceedings against medical professionals has been of concern to the medical and legal profession, especially since in the last decade the breakdown of medical confidentiality, which had previously been a rarity, has featured prominently in ethical complaints, as well as in criminal complaints and actions for civil damages for moral damages, and there is a salutary need to address such non-compliance, given the devastating multifactorial impacts for the parties involved, especially in child and youth care. The Statute of the Child and Adolescent and the Code of Medical Ethics include the scope of medical confidentiality, prohibiting the physician from disclosing facts that may have information due to the profession, except for just cause, legal duty or express authorization of the patient. In cases of "cruel or degrading treatment and ill-treatment", which is suspected or confirmed, one of the doctor's legal duties is to notify the competent authority, under penalty of civil and criminal liability. However, the professional must be

cautious, before any decision related to the minor in the suspicion of illicit, as he may be reporting a false crime, incurring medical malpractice, subject to ethical, civil and criminal liability. It is decided that the physician must prioritize beyond the knowledge of the human sciences, also the legal sciences, for an integral care and the exercise of a prima facie duty, whose best conduct must be decided at the time of the conflict, and should be prioritized according to the circumstances.

**Keywords:** Medical Confidentiality, Medical Ethics and Medical Responsibility.

## 1. INTRODUÇÃO

Nas últimas duas décadas houve um crescimento exponencial de processos éticos e judiciais em desfavor dos profissionais médicos, o que tem preocupado a classe médica e jurídica, principalmente pelo fato do sigilo médico ocupar lugar de destaque na fundamentação desses processos (NETO, 2019).

As exigências de confidencialidade médica existem desde o juramento de Hipócrates e se consolidaram como regras basilares há muito tempo nos códigos de ética médica, sendo sua violação uma das mais reprováveis sob o prisma deontológico (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

Na perspectiva jurídica o sigilo profissional é garantido pela Constituição Federal de 1988 e sua violação configura transgressão criminal prevista no Código Penal e na Lei Federal nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e Adolescente –ECA), e, ainda, passível de reparação civil por danos morais nos termos do Código Civil.

A confidencialidade torna-se ainda mais relevante no contexto do atendimento à criança e ao adolescente, que não raras vezes encontra-se em situações de extremo risco à sua integridade física e psicológica, cuja salvaguarda é o atendimento médico, almejando deste profissional além da orientação científica e do acolhimento humano, a certeza de que sua intimidade e privacidade sejam resguardadas (NETO, 2018).

Não obstante a proibição constitucional e demais cominações legais e éticas, a inviolabilidade do sigilo profissional não tem sido observada pelos médicos, portanto, havendo uma necessidade premente de se buscar uma melhor formação profissional ética e jurídica dos profissionais da medicina, haja vista os impactos multifatoriais devastadores da violação de preceitos éticos, morais e jurídicos, em especial ao atendimento à criança e ao adolescente, frente sua vulnerabilidade social.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

O segredo médico, é sem dúvida, o tema mais complexo e controverso na seara deontológica, e sua inviolabilidade remonta à mais importante referência no exercício da medicina, qual seja, o Juramento de Hipócrates, onde se lê em determinada passagem: “O que, no exercício ou fora do exercício e no comércio da vida, eu vir ou ouvir, que não seja necessário revelar, conservarei como segredo” (KFOURI, 2018).

O sigilo médico divide a doutrina em duas correntes: a *absolutista* que não se admite qualquer espécie de revelação; e a *relativista* que flexibiliza a violação da confidencialidade em situações específicas e previstas no ordenamento jurídico e deontológico (FRANÇA, 2019).

A *teoria relativista* é sem dúvida a mais aceita na atualidade, inclusive adotada pelo Código de Ética Médica, no Capítulo IX artigo 73 que prevê:

### **É vedado ao médico:**

**Art. 73** Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente. (grifo nosso)

**Parágrafo único.** Permanece essa proibição: a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido; b) quando de seu depoimento como testemunha (nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento); c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal. (grifo nosso)

Saindo do campo da ética profissional, para ingressar na esfera jurídica, o Código Penal Brasileiro também prestigia o sigilo profissional, *verbis*:

**Art. 154 - Revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem:**

**Pena - detenção, de três meses a um ano, ou multa.** (grifo nosso)

Nesse mesmo sentido a Lei de Contravenções Penais prevê:

**Art. 66.** Deixar de comunicar à autoridade competente:

[...]

*II - crime de ação pública, de que teve conhecimento no exercício da medicina ou de outra profissão sanitária, desde que a ação penal não dependa de representação e a comunicação não exponha o cliente a procedimento criminal:*

**Pena:** Multa. (grifo nosso)

Nota-se que a sistemática jurídica brasileira tutela o segredo profissional, indo ao encontro do direito à inviolabilidade da intimidade e vida privada, garantidos pelo artigo 5º, inciso X da Constituição Federal, contudo, relativiza a inviolabilidade em situações muito especiais do exercício da medicina.

O sigilo médico, embora não seja revestido de inviolabilidade absoluta, deve ser tratado de maneira delicada pelo profissional da medicina, pois, a confidencialidade e a privacidade são heranças de ética e moral construídas desde a época de Hipócrates, sendo a coluna dorsal da construção da relação médico-paciente, onde o médico assumindo o papel daquele que “escuta” os segredos mais íntimos dos seus pacientes viabilizando um atendimento **mais** humano e holístico e **menos** apático e hospitalocêntrico (NETO, 2017).

A *contrario sensu* estar-se-ia permitindo que o médico se transformasse em verdadeiro “delator”, colocando em risco o interesse público.

Por ser um tema polêmico e controverso no campo ético-jurídico, o sigilo médico torna-se ainda mais angustiante quando se trata do atendimento às crianças e adolescentes, ora por autodefesa, ora por desinformação, o que é plenamente legítimo, face ao cenário atual do ativismo judicial na esfera da responsabilidade médica (NETO, 2019).

O público infanto-juvenil tem suas especificidades não apenas na medicina, mas também no mundo ético-jurídico, onde alguns princípios devem ser observados com maior cautela e sensibilidade pelo profissional.

O Código de Ética Médica, em seu artigo 74 que prevê:

**Art. 74 Revelar** sigilo profissional relacionado a paciente **criança** ou **adolescente**, **desde que** estes **tenham capacidade de discernimento**, inclusive a seus pais ou representantes legais, **salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente**. (grifo nosso)

É de se observar que, no atendimento às crianças e adolescentes, os princípios éticos se referem à **privacidade**, caracterizada pela não permissão de outrem no espaço da consulta; **confidencialidade**, definida como acordo entre profissional da saúde e paciente

de que as informações discutidas durante e após a consulta não podem ser passadas aos responsáveis sem a permissão do adolescente; **sigilo**, regulamentado pelo artigo 74, do Código de Ética Médica; e **autonomia** contida no Capítulo II, art. 17, da Lei Federal nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA), que prevê:

**Art. 17.** *O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais.*

Quanto ao atendimento ao menor de 12 anos, não resta dúvida quanto à necessidade da presença do responsável legal, contudo, a incerteza cinge quanto ao maior de 12 anos e menor de 14 anos e ao maior de 14 anos e menor de 18 anos de idade.

Obviamente, todos possuem **direito** ao atendimento individualizado, bem como ao sigilo profissional, salvo **“quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente”**. Porém, o maior de 12 anos e menor de 14 anos que, ao procurar uma consulta médica, demonstrar capacidade de discernimento, no caso concreto, deve ter preservado seu sigilo, salvo se durante o atendimento informar a prática de relações sexuais, caso em que assume a posição de vítima do crime de **estupro de vulnerável**, tipificado no art. 217-A do Código Penal, em que o médico tem o **dever legal** de comunicar às autoridades competentes e ao responsável legal, e, ato contínuo, tem o **dever ético** em acolher e orientar o paciente e seu familiar (NETO, 2019).

Quanto ao maior de 14 anos e menor de 18 anos, aplicam-se os mesmos preceitos de capacidade e discernimento, porém, se o paciente relatar vida sexual ativa **consentida**, tem direito ao sigilo médico. Noutro norte, em casos de **maus-tratos**, é oportuno citar a permissibilidade do ECA quanto à quebra do sigilo médico no atendimento ao menor de idade. Veja-se:

*Art. 2º Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e **adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.** (grifo nosso)*

**Art. 13. Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente**

**comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.** (grifo nosso)

Art. 245. **Deixar o médico**, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de **comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita** ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente:

*Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.* (grifo nosso)

De acordo com Oselka e Troster (2000), nas situações em que se caracterizar a necessidade da quebra do sigilo médico, o paciente deve ser informado, justificando-se os motivos para essa atitude. Mas para Leone (1998), cada situação de conflito entre interesses do adolescente e os de seus responsáveis deve ser individualmente estudada, construindo-se, conjuntamente, uma "*verdade para aquele momento*".

Fortes e Sacardo (1999) descrevem que os indivíduos evoluem da heteronomia para a autonomia e, todavia, cada um tem ritmo e época/idade particulares em que isso acontece. A análise de cada caso deve ser *prima facie*, ou seja, não pode haver regras sem exceção. No dever *prima facie*, a melhor conduta é decidida no momento do conflito e deve ser priorizada de acordo com as circunstâncias.

Portanto, a cautela do médico na análise de cada caso é de suma importância antes de qualquer decisão relacionada ao paciente na suspeita de ilícitos, pois atitudes impensadas podem resultar em responsabilização civil ou criminal.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Deflui-se desse cenário a importância salutar da formação ético-jurídica do profissional médico, não apenas como forma de gerenciamento jurídico preventivo na sua atuação, mas, especialmente para evitar desconstruir a relação médico-paciente, base do atendimento humano e holístico do paciente.



## 4. REFERÊNCIAS

BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo: Loyola, 2013.

FORTES, P.A.C.F.; SACARDO, D.P. **Ética na assistência à saúde do adolescente e do jovem**. In: Ministério da Saúde. Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 1999.

FRANÇA, G.V. **Comentários ao código de ética médica**. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

KFOURI, N.M. **Responsabilidade civil do médico**. 9. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2018.

NETO, D.C. A (Des) Medicalização na Atenção Primária: o surgimento de um novo cenário Na Saúde Pública. **Revista Científica Fagoc Saúde**, v.1, p.09-14, 2017.

NETO, D.C. **Direito Médico à luz da doutrina e jurisprudência: para médicos e residentes**. 2ª ed – Revista e Ampliada. Porto Velho: Motres, 2018.

NETO, D.C. **Direito Médico à luz da doutrina e jurisprudência: para médicos e residentes**. 3ª ed – Revista e Ampliada. Porto Velho: Motres, 2019.

OSELKA, G.; TROSTER, E.J. Aspectos éticos do atendimento médico do adolescente. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.46, n.4, p.306-307, 2000.

# CAPÍTULO 18



## TRADUÇÃO DO CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY II

Marcelo Xavier de Oliveira<sup>1</sup>, Renata da Silva Araújo<sup>1</sup> e Adyson da Silva Diógenes<sup>1</sup>

1. Universidade Federal do Acre (UFAC), Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Rio Branco, Acre, Brasil.

### RESUMO

A depressão tem se tornado uma das doenças mais prevalentes no mundo, e sua expressão nas crianças e adolescentes tem suscitado preocupação entre os profissionais de saúde. Assim, aponta-se a necessidade de se desenvolver instrumentos de avaliação da depressão, que possuam validade para estas fases do desenvolvimento humano. A presente proposta de pesquisa teve como objetivo traduzir o Children's Depression Inventory 2 (CDI 2) para a língua portuguesa do Brasil. No processo de tradução do CDI 2 se executou as etapas de tradução, síntese e tradução reversa. Com a avaliação de que a versão brasileira do CDI 2 mantém equivalência semântica em comparação com os itens de elaboração original em língua inglesa, pôde-se então verificar que há inclusão de critérios diagnósticos em comparação com a primeira versão do instrumento. A continuidade do processo de adaptação do CDI 2 para o contexto brasileiro é uma etapa necessária para prover os profissionais de saúde mental com um instrumento de avaliação da depressão em crianças e adolescentes válido para o contexto brasileiro.

**Palavras-chave:** Depressão, Criança e Adolescente.

### ABSTRACT

Depression has become one of the most prevalent diseases in the world, and its expression in children and adolescents has raised concern among health professionals. Thus, it is pointed out the need to develop instruments for the evaluation of depression validated for these phases of human development. This research aimed to translate the Children's Depression Inventory 2 (CDI 2) into Brazil's portuguese language. In the translation process of CDI 2, the translation, synthesis and reverse translation stages were conducted. With the evaluation that the Brazilian version of CDI 2 maintains semantic equivalence in comparison to the original items in English, it was possible to verify that diagnostic criteria were included in comparison with the first version of the instrument. The continuity of the process of adapting CDI 2 to the Brazilian context is a necessary step to provide mental health professionals with an instrument that assess depression in children and adolescents validated for the Brazilian context.

**Keywords:** Depression, Children and Adolescent.

## 1. INTRODUÇÃO

Na sociedade contemporânea, a depressão tem sido considerada um dos transtornos emocionais mais prevalentes na infância e na adolescência (COUTINHO; CAROLINO;

MEDEIROS, 2008). Após revisão da literatura, constatou-se que os estudos internacionais apontam uma prevalência desta síndrome entre 2,5% a 57% desta população (FRÖJD et al., 2008; KLEFTARAS & DIDASKALOU, 2006).

No Brasil, pesquisas realizadas em diferentes regiões têm apontado prevalências da depressão em crianças e adolescentes que variam de 3,55% a 45,7%. Estudos desenvolvidos na região Sudeste revelaram índices de 3,55% com uma amostra de 169 participantes entre 8 e 15 anos (CRUVINEL; BORUCHOVITCH; SANTOS, 2008) de 13,7% com uma amostra de 519 participantes entre 7 e 13 anos (FONSECA; FERREIRA; FONSECA, 2005); de 45,7% na pesquisa de Rocha, Ribeiro, Pereira, Aveiro e Silva (2006), realizada com 791 participantes que cursavam o Ensino Médio, na cidade de Uberaba - MG.

De acordo com a American Psychiatric Association (2013), o transtorno depressivo é caracterizado pela presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas, que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo.

Friedberg e McClure (2004) ressaltam peculiaridades que diferem a depressão na infância da depressão nas demais faixas etárias. Os sintomas afetivos infantis são bastante desafiadores, ora são acompanhados por humor triste ou deprimido e, ora manifestados através de uma grande irritabilidade. Sendo assim, crianças são descritas quase sempre por familiares e educadores como raivosas, irritáveis e que facilmente se aborrecem.

### 1.1 CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY (CDI) E SUA UTILIZAÇÃO NO BRASIL

Autores como Nakamura e Santos (2007) apontam para diferentes formas de compreender e identificar a depressão na infância, já que esta pode ser modificada a partir dos padrões socioculturais de cada indivíduo. Segundo psiquiatras, a patologia é caracterizada como grave e provoca prejuízo social, entretanto, autores como Schwan e Ramires (2011) ressaltam alguns estudos sobre a realização do diagnóstico, que consiste em avaliar os comportamentos infantis, utilizando instrumentos como o Children Depression Inventory (CDI), elaborado por Kovacs (1983), a partir do Inventário de Depressão de Beck. Este instrumento tem como função medir o grau de severidade dos sintomas em sujeitos dos 7 aos 17 anos, através de 27 itens, referentes aos sintomas afetivos, cognitivos, somáticos e de conduta.

O CDI vem sendo descrito como o instrumento mais utilizado, em nível nacional e internacional, para avaliar sintomas depressivos em crianças e adolescentes tanto no contexto clínico como no de pesquisa (CRUVINEL; BORUCHOVITCH; SANTOS, 2008). As pesquisas abordam questões ligadas ao levantamento da prevalência e/ou de critérios diagnósticos da depressão (COUTINHO, CAROLINO; MEDEIROS, 2008; CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2008; WATHIER; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 2008).

O CDI surgiu nos Estados Unidos, compreendendo uma adaptação do Inventário de Depressão de Beck – BDI. Elaborado por Kovacs (1983), serve para mensurar sintomas depressivos em crianças e jovens de 7 a 17 anos. Trata-se de uma escala de autoavaliação que, em sua versão original, contém 27 itens. Os participantes utilizam uma escala de resposta do tipo Likert, variando de 0 a 2 para a alternativa que descreve seus sentimentos com relação às duas últimas semanas. O coeficiente de consistência interna do instrumento original foi de 0,86 (KOVACS, 1983).

No Brasil, o CDI foi adaptado e normatizado por Gouveia et al. (1995), em um estudo realizado na cidade de João Pessoa-PB, com uma amostra de 305 escolares de 8 a 15 anos, de ambos os sexos, provenientes de escolas públicas e privadas. Nesse estudo, o CDI apresentou parâmetros psicométricos aceitáveis, com alfa de Cronbach de 0,81, com uma estrutura unifatorial composta por 18 itens que representam sintomas afetivos, cognitivos e comportamentais. Wathier Dell'aglio e Bandeira (2008) com uma amostra de 951 crianças e adolescentes da região Sul do Brasil, realizaram uma análise fatorial exploratória do CDI, em sua versão original composta por 27 itens, com o método dos Componentes Principais e rotação Varimax. Encontraram uma solução conceitualmente aceitável de três fatores, que explicaram 31,89% da variância das respostas. A consistência interna do instrumento (alfa de Cronbach) foi de 0,85.

Apesar da popularidade do CDI no Brasil, se chama atenção para algumas divergências quanto a sua administração e utilização em pesquisas, pois, apesar deste instrumento não ter o caráter de diagnóstico clínico, tem sido utilizado para o levantamento da prevalência e/ou de critérios diagnósticos da depressão (BARRETO; CIPOLOTTI, 2011; COUTINHO; CAROLINO; MEDEIROS, 2008; CURVINEL; BORUCHOVITCH, 2008; CRUVINEL et al., 2008, GOLFETO et al., 2002; GOUVEIA et al., 1995; WATHIER; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 2008; COUTINHO et al., 2014). Estas divergências dizem respeito a aspectos como a solução fatorial e o ponto de corte estabelecido em cada estudo,

uma vez que esses aspectos também são responsáveis pelas diferenças encontradas na prevalência da depressão infantil (CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2008).

É fundamental observar a falta de consenso quanto à utilização do instrumento composto por 27 itens (CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2008) e do instrumento composto por 18, 19 ou 20 itens (GOUVEIA et al., 1995; COUTINHO et al., 2008; CURVINEL; BORUCHOVITCH; SANTOS, 2008). Observa-se nestes estudos o mesmo ponto de corte, mesmo quando se utilizam itens diferentes, o que conseqüentemente produz resultados de prevalência distintos, ainda que aplicados à mesma amostra, como se pode observar em Cruvinel e Boruchovitch (2008).

Coutinho et al. (2014) argumentaram que a relevância da depressão infantil no contexto dos distúrbios psicoafetivos aponta para a necessidade de instrumentos capazes de melhor avaliar seus sintomas. A divergência em diferentes estudos que utilizaram o CDI (BARRETO; CIPOLOTTI, 2011; COUTINHO et al., 2008; CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2008; GOLFETO et al., 2002; GOUVEIA et al., 1995) sinaliza a dificuldade de escolher qual das formas do CDI é mais adequada à cada população e, com isso, legitima o estabelecimento de normas mais específicas.

## 1.2 CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY (CDI) E CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY 2 (CDI 2)

O Children's Depression Inventory teve suas qualidades psicométricas documentadas de forma ampla (KOVACS, 2015) e se consolidou enquanto um dos instrumentos mais seguros para a avaliação de indicadores de depressão em crianças. O Inventário de Depressão Infantil foi traduzido para cerca de 43 idiomas, incluindo dialetos regionais (KOVACS, 2015). Com o objetivo de manter as qualidades psicométricas do instrumento original ao mesmo tempo em que acompanhava as mudanças geracionais ocorridas nas últimas duas décadas (KOVACS, 2015), Maria Kovacs – autora do instrumento original – desenvolveu o Children's Depression Inventory 2.

O ponto de partida para a necessidade de atualização surgiu da pesquisa de Twenge e Nolen-Hoeksema (2002), que realizaram uma meta-análise de 310 amostras, de outros pesquisadores que utilizaram o CDI, que somavam 61.424 crianças de ambos os sexos, entre 8 e 16 anos de idade, todas habitantes dos Estados Unidos. Duas informações recolhidas no estudo contribuíram para a atualização: a condição socioeconômica das

crianças avaliadas não apresentava relação com os scores do CDI e os estudos de coorte de nascimento apontavam que os scores de depressão das crianças diminuíram nas últimas décadas (i.e., décadas anteriores aos primeiros anos 2000) (KOVACS, 2015; TWENGE; NOLEN-HOEKSEMA, 2002). As razões para a mudança estariam relacionadas ao crescimento da economia norte-americana, à diminuição da taxa de divórcios desde os anos 1980, e à menor preocupação com guerras nucleares (TWENGE; NOLEN-HOEKSEMA, 2002). Os autores apontam, entretanto, que seria possível que os scores voltassem a aumentar se houvesse uma mudança sociocultural nas próximas décadas (TWENGE; NOLEN-HOEKSEMA, 2002).

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

O instrumento utilizado nesta pesquisa foi a versão composta por 28 itens de autorrelato destinada ao público infanto-juvenil do Children's Depression Inventory 2. Antes de iniciar a tradução do instrumento foi solicitado a MULTI-HEALTH SYSTEMS INC. (MHS), detentora dos direitos do instrumento desenvolvido por Maria Kovacs - por meio de correio eletrônico, a autorização para traduzi-lo e para ter acesso a sua versão original, no qual a autora se mostrou favorável e autorizou.

Posteriormente, houve a tradução das folhas de resposta, atentando-se a recomendação de Hambleton (1994, 2005, apud BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA; 2012) ao aconselhar que não fosse feita a tradução literal dos itens, pois esta poderia acarretar problemas como frases incompreensíveis e não coerentes com o idioma-alvo, sendo necessária a adequação semanticamente do conteúdo dos itens do instrumento utilizado levando em consideração aspectos culturais, sociais e econômicos do contexto e da época vigente.

Na etapa de tradução, dois psicólogos brasileiros realizaram a tradução da versão em inglês do CDI 2 para o português brasileiro. As duas versões de tradução foram comparadas e sintetizadas para que então se inicia-se a etapa de tradução reversa. A versão de síntese do CDI 2 em português brasileiro foi retraduzida para a língua inglesa por uma profissional de língua inglesa e então enviado para a editora detentora dos direitos sobre o CDI 2, para avaliação da equivalência semântica entre a versão original do CDI 2

e a versão retraduzida. A equipe técnica da MULTI-HEALTH SYSTEMS INC. (MHS) avaliou que as versões comparadas são equivalentes semanticamente.

No processo de adaptação transcultural de instrumentos psicológicos é feita a tradução reversa, que consiste na tradução da versão sintetizada para o idioma de origem, ou seja, do português brasileiro para o inglês. A realização dessa etapa tem como objetivo que os autores do instrumento avaliem se a tradução preservou o que os itens originais se propõem a mensurar, não buscando uma equivalência literal entre o instrumento original e o traduzido, mas verificando se a equivalência de construto se mantém (BORSA; DAMÁSIO;BANDEIRA, 2012).

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

#### 3.1 RESULTADOS

As traduções dos itens do CDI-2 evidenciaram a modificação de cinco itens e a exclusão de outros quatro itens. Vinte e três itens mantiveram a mesma representação comportamental, com a manutenção da mesma tradução da versão do CDI 1 ou com distinção entre as traduções que não representam mudança no critério utilizado no diagnóstico da depressão no contexto infanto-juvenil. No quadro 1 é possível comparar os itens das duas versões do CDI.

**Quadro 1.** Comparação entre itens das versões do Children's Depression Inventory traduzidas para o português brasileiro.

| Itens (CDI 1)                  | Itens (CDI 2)        | Modificação                     |
|--------------------------------|----------------------|---------------------------------|
| 1.                             | Tristeza             | Nenhuma                         |
| 2.                             | Confiança            | Semântica                       |
| 3.                             | Autoeficácia         | Nenhuma                         |
| 4.                             | Diversão             | Nenhuma                         |
| 5. excluído (eu sou sempre má) | valorização familiar | Novo, inclusão conforme o DSM-V |

|  |   |                                 |
|--|---|---------------------------------|
| 6. excluído (eu tenho certeza que coisas terríveis me acontecerão) | amor próprio                                | Nenhuma                         |
| 7.   | Culpa                                       | Semântica                       |
| 8.   | ideação suicida                             | Nenhuma                         |
| 9.   | Choro                                       | Semântica                       |
| 10.  | Irritabilidade                              | Novo, inclusão conforme o DSM-V |
| 11. excluído (eu me sinto sempre preocupado)                       | Sociabilidade                               | Semântica                       |
| 12.  | Indecisão                                   | Nenhuma                         |
| 13.  | Aparência                                   | Nenhuma                         |
| 14.  | Tarefas                                     | Semântica                       |
| 15.  | Insônia                                     | Semântica                       |
| 16.  | Cansaço                                     | Nenhuma                         |
| 17.  | falta de apetite                            | Semântica                       |
| 18.  | Dores                                       | Semântica                       |
| 19.  | Desamparo                                   | Nenhuma                         |
| 20.  | Tédio                                       | Nenhuma                         |
| 21.  | Amigos                                      | Nenhuma                         |
| 22.  | comparação consigo no desempenho de tarefas | Semântica                       |
| 23.  | comparação com pares                        | Semântica                       |
| 24.  | Desamor                                     | Semântica                       |
| 25.  | Discussões                                  | Semântica                       |
| 26. excluído (eu nunca faço o que mandam)                          | Hipersonia                                  | Novo, inclusão conforme o DSM-V |
| 27.  | excesso de apetite                          | Novo, inclusão conforme o DSM-V |
| 28.  | Memória                                     | Novo, inclusão conforme o DSM-V |

As modificações observadas no instrumento resultaram em uma nova versão composta por 28 itens. Entre os itens adicionados estão representações comportamentais referentes a: hipersonia, excesso de apetite, dificuldade de memorização, irritabilidade e a percepção de valor para a família. Os itens excluídos foram relativos a: obediência, preocupação em geral, catastrofização e autoavaliação negativa (“eu sou sempre



má/mau”). No processo de tradução ainda foi possível observar a modificação dos fatores extraídos na estrutura do CDI 2, os fatores extraídos foram: humor negativo/sintomas físicos, autoestima negativa, ineficácia e problemas interpessoais, e como fatores de segunda ordem: problemas emocionais e problemas funcionais.

## 3.2 DISCUSSÕES

### 3.2.1 Mudanças do Instrumento

O estudo de Gouveia et al. (1995) defendeu uma estrutura unifatorial de 18 itens para a versão traduzida do CDI. Em um primeiro momento, a análise indicou até 9 fatores mensurados pelo instrumento, porém, foi verificado que um dos fatores agrupava 19 itens, enquanto os fatores restantes não mantinham mais do que quatro itens. A análise descrita por Gouveia et al. (1995) demonstrou que a solução unifatorial explica 13,4% da variância total dos escores. O fator único do CDI foi denominado Fator Geral de Depressão Infantil por agrupar os itens referentes aos seguintes comportamentos: sentir-se só, chorar, sentimento de rejeição, tédio, ideação de suicídio (GOUVEIA et al., 1995).

Wathier, Dell’Aglio e Bandeira (2008) realizaram uma pesquisa com a versão original de 27 itens de Kovacs na região sul do país e encontraram uma solução de três fatores com 31,89% de explicação das respostas. O estudo reforça a indicação da literatura que descreve o CDI como um instrumento multifatorial (GOMES, et al., 2013). As autoras descreveram que o percentual de variância explicada se divide da seguinte maneira: 12,99% para o primeiro fator, 10,33% do segundo fator e 8,57% para o terceiro fator.

Os três fatores encontrados foram descritos como: afetivo-somático, que agrupa os sentimento de tristeza, solidão, ser mau, preocupações pessimistas, irritabilidade, ideação suicida, incluindo também vontade de chorar, fadiga, e preocupação com adoecimento ou dores; o segundo fator, relação com o outro, traz itens que avaliam a dificuldade de se relacionar com os outros, falta de prazer nas atividades, auto depreciação, redução de interesse social e sensação de desamor; o último fator, desempenho, diz respeito às autoavaliações sobre o desempenho no rendimento escolar, tomada de decisões, no comportamento agressivo e culpa por acontecimentos ruins (WATHIER; DELL’AGLIO; BANDEIRA, 2008).

Conhecendo os dados da pesquisa de Twenge e Noelen-Hoeksema (2002), Kovacs (2015) realizou o processo de repadronização do instrumento para a aplicação deste em uma população infanto-juvenil do século XXI. Inicialmente, foi realizada uma revisão dos itens do CDI, ao que Kovacs adicionou quatro itens: um sobre hipersonia (sono em excesso), um outro sobre apetite em excesso, um sobre irritabilidade, e um último sobre dificuldades de memória (KOVACS, 2015).

A intenção da mudança foi de ampliar a abrangência de sintomas que o instrumento pode avaliar, considerando que as descobertas da Psicologia Clínica dos últimos anos demonstraram que crianças podem apresentar uma maior gama de sintomas da depressão do que se acreditava em décadas passadas (KOVACS, 2011; KOVACS, 2015), que englobam problemas de concentração e raciocínio; irritabilidade; hipersonia, etc. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Esses novos critérios foram adicionados ao DSM-V, aperfeiçoando o diagnóstico da depressão infantil. Atualmente, o DSM-V apresenta três diagnósticos possíveis para a depressão infantil: Transtorno Disruptivo da Regulação do Humor, Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Depressivo Persistente (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). O Transtorno Disruptivo da Regulação do Humor foi adicionado para diferenciar a depressão infantil de diagnósticos de bipolaridade (FRAGA, 2015). Uma das características desse transtorno é a irritabilidade crônica que pode se manifestar de duas maneiras: explosões de raiva frequentes ou agressões contra si, propriedades ou contra outros (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Esse critério também está presente no Transtorno Depressivo Maior.

Outros comportamentos são utilizados para o diagnóstico do Transtorno Depressivo Maior, como: hipersonia, aumento do apetite, dificuldade de concentração e raciocínio (FRAGA, 2015). Todos esses critérios foram adicionados ao CDI-2 visando o refinamento do instrumento, a partir das mudanças do DSM-V (KOVACS, 2015).

Além desses itens adicionais, três itens já presentes no CDI sofreram reformulações semânticas, para clarificar o seu significado e dois itens foram eliminados por não avaliarem atributos da depressão (KOVACS, 2015). A versão atualizada, CDI 2, do questionário de autorrelato apresenta 28 itens; a versão original do questionário, CDI, apresenta 27 itens (KOVACS, 1983, CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2008; CRUVINEL; BORUCHOVITCH; SANTOS, 2008, WATHIER; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 2008).

### 3.2.2 Estrutura do CDI 2

Para conduzir uma avaliação multifacetada de uma determinada criança, o CDI 2 inclui um questionário completo de autorrelato da criança ou adolescente, além de uma escala de avaliação da criança ou adolescente a partir da percepção dos pais ou cuidadores e outro instrumento com a mesma finalidade, para o relato das observações dos professores. Ainda há uma escala de autorrelato reduzida, recomendada se um rastreamento rápido é necessário ou uma administração do completo não é viável (KOVACS, 2015). Deste modo, percebe-se a operacionalização de uma avaliação a partir de autorrelato e heterorrelato, que podem mutuamente contribuir para maior confiança da validade e confiabilidade do processo avaliativo no público infanto-juvenil.

Esta operacionalização é coerente com a atribuição de que a escola pode ter papel muito importante, em especial do professor, na identificação dos sintomas depressivos nos seus alunos, que se torna fundamental na orientação para a família, para o diagnóstico e busca pelo tratamento adequado. Acredita-se que também cabe à instituição de ensino acolher os familiares, além de oferecer suporte para as crianças, para que assim possam ser minimizados, da melhor forma possível, os fatores estressores do ambiente (CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2014).

As características sofisticadas do CDI 2, como escalas específicas para Problemas Emocionais e Funcionais, subescalas adicionais e normas de idade e sexo, apoiam firmemente o modelo teórico de sintomas depressivos em jovens. Além disso, as escalas sobre problemas funcionais em relação a colegas, escola e família mostram relevância para a população-alvo. As abordagens de amostragem do CDI 2, como correspondência e estratificação com base em idade, sexo, raça/ etnia e regiões geográficas nos Estados Unidos, reforçaram a representatividade da faixa etária de 7 a 17 anos.

Além disso, a categorização específica da amostra clínica pelos diagnósticos primários do DSM-IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002) aumentou a validade discriminativa. As estimativas de confiabilidade de nível alto ou adequado indicam a adequação do CDI 2 para aplicações práticas e acadêmicas. Particularmente, os coeficientes de correlação entre o autorrelato do CDI 2, o relatório dos pais e o relatório do professor apresentaram relações estatisticamente significativas entre si, mas com valores modestos. Isso sugere que todas as formas do CDI 2 medem o mesmo construto, mas

representam perspectivas exclusivamente distintas sobre o funcionamento da criança (BAE, 2012).

No entanto, embora, a primeira versão do CDI (KOVACS, 1983; KOVACS, 2002) tenha sido traduzida para 43 países, o CDI 2 só possui tradução e adaptação para a língua espanhola. As amostras de validação e padronização a partir das quais se elaborou e validou o instrumento foram selecionadas apenas dentro dos Estados Unidos, de modo que um processo adaptação e validação do CDI 2 se faz necessário para que este possa ser utilizado de forma eficaz com crianças e adolescentes no Brasil, uma vez que há a necessidade do exercício de avaliações psicométricas de instrumentos psicológicos para amostras específicas, para que se legitime a sua utilização (ANASTASI; URBINA, 2000).

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a tradução da forma longa de autorrelato para crianças e adolescentes do CDI-2, foi possível verificar que a nova versão do instrumento foi atualizada com bases nos critérios diagnósticos do DSM-V, um dos principais manuais diagnósticos de transtornos mentais.

As modificações realizadas, sejam elas semânticas, inclusão de novos itens, bem como a exclusão de outros, tiveram com objetivo a ampliação dos critérios da sintomatologia depressiva, uma vez que pesquisas no campo da Psicologia Clínica indicam um maior espectro de sintomas de tal transtorno em crianças e adolescentes. É importante mencionar também, que essa atualização leva em consideração as mudanças observadas no contexto social e como elas refletem na etiologia dos transtornos mentais e na forma em que estes se apresentam ao longo dos anos.

A tradução é a primeira etapa que favorece a adaptação transcultural dos instrumentos psicológicos, que demonstra sua importância ao observamos os índices de prevalência do transtorno em crianças e adolescentes brasileiros, assim como, a continuidade desse processo possibilitará a utilização de equipamentos diagnósticos e de rastreio da depressão infanto-juvenil no contexto brasileiro. Outro aspecto, é a necessidade de adaptação transcultural das outras formas de resposta que o CDI 2 traz, uma vez que a observação por parte dos cuidadores e educadores são fundamentais para verificação da fidedignidade do processo avaliativo.

Por fim, elencamos ainda a indispensabilidade da verificação das qualidades psicométricas do CDI-2 para amostras de crianças e adolescentes no Brasil, para que sejam verificados aspectos de validade, fidedignidade, além do estabelecimento de normas do instrumento para o contexto brasileiro.

## 5. REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais- DSM- IV-TR**. (C. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: Artmed, 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)**. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

ANASTASI, A.; URBINA, S. **Testagem psicológica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

BAE, Y. Test review: Children's Depression Inventory 2 (CDI 2) **Journal of Psychoeducational Assessment**, v.30, n.3, p.304–308, 2012.

BARRETO F.J.N.; CIPOLOTTI, R. Sintomas depressivos em crianças e adolescentes com anemia falciforme. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.60, n.4, p.277-83, 2011.

BORSA, J.C.; DAMÁSIO, B.F.; BANDEIRA, D.R. Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas: Algumas Considerações. **Revista Paidéia**, v.22, n.53, p.423-432, 2012.

COUTINHO, M.P.L.; CAROLINO, Z.C.G.; MEDEIROS, E.D. Inventário de Depressão Infantil (CDI): evidências de validade de constructo e consistência interna. **Avaliação Psicológica**, v.7, n.3, p.291-300, 2008.

COUTINHO, M.P.L.; OLIVEIRA, M.X.; PEREIRA, D.R.; SANTANA, I.O. Indicadores psicométricos do Inventário de Depressão Infantil em amostra infantojuvenil. **Avaliação Psicológica**, v.13, n.2, p.269-276, 2014.

CRUVINEL, M.; BORUCHOVITCH, E. Sintomas depressivos em crianças: estudos com duas versões do CDI. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.28, n.3, p.574-585, 2008.

CRUVINEL, M.; BORUCHOVITCH, E.; SANTOS, A.A.A. Inventário de Depressão Infantil (CDI): análise dos parâmetros psicométricos. **Fracta: revista de Psicologia**, v.20, n.2, p.473–490, 2008.

FONSECA, M.H.G.; FERREIRA, R.A.; FONSECA, S.G. Prevalência de sintomas depressivos em escolares. **Pediatria**, v.27, n.4, p.223-232, 2005.

FRAGA, B.P. **Depressão na Infância: Uma revisão da literatura.** Monografia (Especialização em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

FRIEDBERG, R.D.; MCCLURE, J.M. **A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

FRÖJD, S.A.; NISSINEN, E.S.; PELKONEN, M.U.I.; MARTTUNEN, M.J.; KOIVISTO, A.M.; KALTIALA-HEINO, R. Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. **Journal of Adolescence**, v.31, n.4, 2008.

GOLFETO, J.H.; VEIGA, M.H.; SOUSA, L.; BARBEIRA, C. Propriedades Psicométricas do Inventário de Depressão Infantil (CDI) aplicado em uma amostra de escolares de Ribeirão Preto. **Revista Psiquiatria Clínica**, v.29, p.66-70, 2002.

GOMES, L.P.; BARON, E.; ALBORNOZ, A.C.G.; BORSA, J.C. Inventário de depressão infantil (CDI): uma revisão de artigos científicos brasileiros. **Contextos Clínicos**, v.6, n.2, p.95-105, 2013.

GOUVEIA, V.V.; BARBOSA, G.A.; ALMEIDA, H.J.F.; GAIÃO, A.A. Inventário de Depressão Infantil – CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.44, p.345-349, 1995.

KLEFTARAS, G.; DIDASKALOU, E. Incidence and teachers' perceived causation of depression in primary school children in Greece. **School Psychology International**, v.27, n.3, p.296-314, 2006.

KOVACS, M. **The Children's Depression Inventory: A self-rated depression scale for school – aged youngsters.** University of Pittsburg, 1983.

KOVACS, M.; Staff, M.H.S. **The Children's Depression Inventory 2nd Edition (CDI 2).** Technical manual update. Toronto, Canadá: Multi-Health Systems, 2011.

KOVACS, M. Children's Depression Inventory (CDI And CDI 2 ). In: R. L. Cautin (Editor) & S. O. Lilienfeld (Ed). **The Encyclopedia of Clinical Psychology**, v.5, p.494-499, 2015.

NAKAMURA, E.; SANTOS, J.Q. Depressão infantil: abordagem antropológica: Child depression: anthropological approach. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.1, p.53-60, 2007.

ROCHA, T.H.R.; RIBEIRO, J.E.C.; PEREIRA, G.A.; AVEIRO, C.C.; SILVA, L.C.A. Sintomas depressivos em adolescentes de um colégio particular. **Psico-USF**, v.11, n.1, p.95-102, 2006.

SCHWAN, S.; RAMIRES, V.R.R. Depressão em crianças: Uma breve revisão de literatura: Depression in children: A brief review of literature. **Psicologia e Argumento**, v.29, n.67, p.457-468, 2011.

TWENGE, J.M.; NOLEN-HOEKSEMA, S. Age, Gender, Race, Socioeconomic Status, and Birth Cohort Differences on the Children's Depression Inventory: A Meta-Analysis. **Journal of Abnormal Psychology**, v.111, n.4, p.578–588, 2002.

WATHIER, J.L.; DELL'AGLIO, D.D.; BANDEIRA, D.R. Análise Fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. **Avaliação Psicológica**, v.7, n.1, p.75-84, 2008.

# CAPÍTULO 19



## VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE NO ACRE: O PERFIL DO AGRESSOR NO PERÍODO DE 2011 A 2018

**Ester Irlém Nascimento dos Santos<sup>1</sup>, Thais Blaya Leite Gregolis<sup>1</sup>, Bianca de Almeida Souza<sup>1</sup> e Talita Mortari Montysuma Leite<sup>2</sup>**

1. Laboratório de Práticas de Pesquisa Científica, Centro Universitário Uninorte, Rio Branco, Acre, Brasil.
2. Secretaria de Estado de Saúde do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil.

### RESUMO

A violência contra crianças e adolescentes é um fato preocupante nos dias atuais, principalmente por todas as suas consequências que envolvem tanto a vítima, como todo o meio biopsicossocial da mesma. O objetivo deste trabalho foi identificar o perfil dos agressores de crianças e adolescentes no Estado do Acre. Este estudo é do tipo transversal, realizado à partir dos dados do Canal de Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos, Disque 100, no período de 2011 a 2018. O tipo de violência mais evidente no Estado do Acre, durante o período de estudo foi a negligência, seguida da psicológica e da física. Os agressores, em sua grande maioria, estavam na faixa etária de 25 a 35 anos. A relação do suspeito com a vítima revelou a mãe como a principal agressora, em todos os anos. Conhecer essa realidade no Estado do Acre denota grande relevância para estudos e ações voltadas para essa temática, principalmente no que se refere a estratégias de assistência para essas vítimas.

**Palavras-chaves:** Criança, Adolescente e Agressão.

### ABSTRACT

Violence against children and adolescents is a matter of concern today, mainly because of its consequences that involve both the victim and the entire biopsychosocial environment of the victim. The objective of this study was to identify the profile of aggressors of children and adolescents in the State of Acre. This study is of the cross-sectional type, based on data from the National Human Rights Ombudsman Channel, Dial 100, in the period from 2011 to 2018. The most evident type of violence in the State of Acre during the study period was neglect, followed by psychological and physical. The majority of the perpetrators were in their 25- to 35-year-old age group. The suspect's relationship with the victim revealed the mother as the main aggressor in every year. Knowing this reality in the State of Acre shows great relevance for studies and actions focused on this theme, especially regarding assistance strategies for these victims.

**Keywords:** Child, Adolescent and Aggression.



## 1. INTRODUÇÃO

Violência é qualquer atitude que utiliza força contra si mesmo, contra outro indivíduo ou um coletivo, segundo o Ministério da Saúde. Esse ato pode gerar prejuízos morais, psicológicos, morte e privação (BRASIL, 2012). Também definida como o uso do poder e de privilégios para exercer domínio, submissão e causar danos a outros indivíduos, grupos e coletividades (MINAYO, 2006).

Representando uma das principais causas de morbimortalidade, a violência, principalmente entre jovens, atinge crianças, adolescentes, homens e mulheres. Entretanto, a violência tem várias faces e atinge de forma diferenciada a população (SULLCA; SCHIRMER, 2003).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define criança como pessoa com até 12 anos incompletos, que de acordo com a legislação brasileira e a Organização das Nações Unidas (ONU) é um indivíduo em desenvolvimento, que deve ser considerado como sujeito de direitos legítimos e indivisíveis, que necessita atenção prioritária pela sociedade, família e Estado. Conforme o mesmo Estatuto, adolescente é o indivíduo entre 12 e 18 anos incompletos, sendo relevante observar que a fase da adolescência é marcada por várias transformações hormonais, corporais e comportamentais (BRASIL, 2018).

Crianças e adolescentes são mais suscetíveis a sofrer várias formas de violência, devido a indefensibilidade e a total dependência, características dessa população. Isso ocorre de forma mais importante onde há baixo nível socioeconômico atingindo a vítima, o âmbito familiar e o meio social onde vive (SIERRA; MESQUITA, 2006).

A agressão enraizada desde a infância favorece a perpetuação da violência durante o crescimento das crianças e adolescentes. Isso se confirma pelos casos de violência entre o relacionamento íntimo durante o namoro na adolescência. O início precoce na vida sexual, principalmente de adolescentes com parceiros de idade superior à sua, pode ser um fator primordial para o acometimento de abusos nessa faixa etária (OLIVEIRA et al., 2016).

Na ocorrência da violência contra crianças e adolescentes, pesquisas apontam que a maioria dos agressores são da própria família (MARTINS et al., 2013; PASCOLAT et al., 2001), sendo o agressor mais frequente a mãe, seguido pelo pai e o padrasto, respectivamente. A principal motivação para a violência tende a ser a necessidade de

colocação de limites como forma de educação. Na maioria das ocorrências pai e mãe moram juntos (PASCOLAT et al., 2001).

Como o contexto familiar figura como um o principal local da ocorrência da violência, conforme meios materiais e afetivos faltam nesse convívio aumentam as possibilidades de ameaças externas, até levando a criança e adolescente ao abandono do lar, indo para as ruas e permanecendo expostos a exploradores sexuais, traficantes de drogas e também a se envolver com outros delitos, como roubos, furtos e outros. Inclui-se nessa situação fatores externos como o desemprego, a busca pela sobrevivência e o aumento da condição de pobreza. Essas situações podem levar a outros modos de violência intrafamiliar, sendo elas física, psicológica, sexual, fatal, negligencia/abandono. Tais extremos tornam os lares, que deveriam ser locais de proteção familiar em espaços disciplinadores de filhos (BRASIL, 2018).

A violência pode se transformar um modo de comunicação permanente no âmbito familiar, isso não é raro e pode ocorrer em diferentes graus: como uma forma de falar uns com os outros, algum modo de brincadeira entre si (verbal ou física), e outras muitas manifestações (MUSZKAT; MUSZKAT, 2016).

Nos últimos anos houve o reconhecimento da importância de se proteger crianças e adolescentes, com a finalidade de favorecer seu desenvolvimento e crescimento, assim ocorrendo a ampliação de políticas e estratégias direcionadas para a atual questão da violência contra essa população (MARTINS; JORGE, 2009).

De acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018), realizado em 2010, o Estado do Acre possui 733.559 habitantes, dos quais, 324.213 (37,2%) são crianças e adolescentes.

No ano de 2015, o Estado do Acre figurou entre os Estados de melhor desempenho em números absolutos de denúncias de violência contra crianças e adolescentes, distribuídas entre negligência, violência psicológica, violência física, violência sexual e outras, respectivamente. Entretanto, apresentou denúncias de violações de negligência em proporção acima da média dos Estados brasileiros (FUNDAÇÃO ABRINQ, 2017).

Diante do exposto, estudar o perfil do agressor no Estado do Acre torna-se relevante possibilitando conhecer, divulgar e buscar alternativas para esse problema social e de saúde.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Estudo descritivo observacional realizado a partir de dados secundários, obtidos através do canal da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos, Disque 100. O local de estudo foi o estado do Acre, sendo incluídos dados referentes a crianças e adolescentes vítimas de violência e seus agressores. Os resultados foram organizados através de planilhas e gráficos do programa Microsoft Excel, em seguida foram explorados, analisados e apresentados em forma de números absolutos e frequência.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 3.1 TIPOS DE VIOLÊNCIA

Foram analisados os dados da violência contra crianças e adolescentes no Estado do Acre de acordo com os tipos de violência (tabela 1).

No ano de 2011 houveram 666 registros de violência contra crianças e adolescentes no Estado do Acre, sendo o tipo mais frequente a negligência com 30,2% dos casos, seguido da violência sexual com 25,1%, violência física com 24,3% e psicológica com 20,4%. Em 2012 ocorreram 1492 registros, a negligência continuou sendo a mais recorrente com uma frequência de 32,9%, posteriormente a psicológica com 24,5%, física com 23,9% e sexual com 18,7%. Já em 2013 constam 1231 registros, ainda com maior índice a negligência com 37,7%, psicológica com 23,0%, física com 20,6% e sexual com 18,7%. Com referência ao ano de 2014, o número de registros chegou a 700, dentre eles, a negligência contribuiu com 36,7% dos casos, seguida pela psicológica com 24,3%, física com 22,3% e sexual com 16,7%. No ano de 2015 foram realizados 469 registros, sendo 39,4% por negligência, psicológica com 22,8%, física 19,6% e sexual 18,1%. Durante o ano de 2016 ocorreram 465 registros, sendo a negligência com 43,2%, física 21,7%, psicológica com 20,6% e sexual 14,4%. Ao longo de 2017 houveram 441 registros, sendo a negligência com 37,9%, psicológica com 24,7%, física com 21,1% e sexual com 16,3%. Em 2018 foram realizados 345 registros, entre elas, 39,4% de negligência, 24,6% psicológica, 20,0% física e 15,9% sexual.

**Tabela 1.** Tipos de violência por crianças e adolescentes no Estado do Acre, nos anos de 2011 a 2018.

| TIPOS DE VIOLÊNCIA           | ANO            |                |                |                |                |                |                |                |
|------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
|                              | 2011           | 2012           | 2013           | 2014           | 2015           | 2016           | 2017           | 2018           |
| <b>Negligência</b>           | 201<br>(30,2%) | 491<br>(32,9%) | 464<br>(37,7%) | 257<br>(36,7%) | 185<br>(39,4%) | 201<br>(43,2%) | 167<br>(37,9%) | 136<br>(39,4%) |
| <b>Violência Física</b>      | 162<br>(24,3%) | 356<br>(23,9%) | 254<br>(20,6%) | 156<br>(22,3%) | 92<br>(19,6%)  | 101<br>(21,7%) | 93<br>(21,1%)  | 69<br>(20,0%)  |
| <b>Violência Psicológica</b> | 136<br>(20,4%) | 366<br>(24,5%) | 283<br>(23,0%) | 170<br>(24,3%) | 107<br>(22,8%) | 96<br>(20,6%)  | 109<br>(24,7%) | 85<br>(24,6%)  |
| <b>Violência sexual</b>      | 167<br>(25,1%) | 279<br>(18,7%) | 230<br>(18,7%) | 117<br>(16,7%) | 85<br>(18,1%)  | 67<br>(14,4%)  | 72<br>(16,3%)  | 55<br>(15,9%)  |
| <b>TOTAL</b>                 | 666<br>(100%)  | 1492<br>(100%) | 1231<br>(100%) | 700<br>(100%)  | 469<br>(100%)  | 465<br>(100%)  | 441<br>(100%)  | 345<br>(100%)  |

**Fonte:** Canal de Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos, Disque 100.

Segundo dados coletados das ouvidorias do Disque 100, o tipo de violência mais evidenciado no Estado do Acre foi a negligência, seguido da psicológica. A negligência caracteriza-se pela falha em prover cuidados físico, emocional e social adequados para o desenvolvimento da criança e adolescente (OMS, 2002). A notificação de violências psicológicas demonstra uma ascensão no que se refere a identificação deste tipo de violência, levando em consideração a sua dificuldade de ser percebida, pois a mesma não deixa indícios no corpo (HESTER, 2006).

### 3.2 PERFIL DO AGRESSOR DISTRIBUIDO POR SEXO

Na análise do sexo dos agressores ficou evidente que a maioria dos agressores de crianças e adolescentes é do sexo masculino (tabela 2).

No ano de 2011 ocorreram 554 registros de violência contra crianças e adolescentes no Estado do Acre, sendo a maior frequência de agressores do sexo masculino com 51,1%, seguido do feminino com 44,6%, e os não informados com 4,3%. Em 2012 houveram 1168 registros, evidenciado maior percentual também no sexo masculino com 48,3%, sexo feminino 38,9% e não informados com 12,8%. Somaram-se em 2013, 965 registros, sendo 42,8% executadas por indivíduos do sexo feminino, 42,0% masculino e 15,5% não tiveram o sexo do agressor informado. Já no ano de 2014, obtiveram-se 550 registros, foi apontando o sexo masculino com 44,5%, feminino com 37,5% e não informado 18,0%. Em 2015, somaram-se 405 registros, os agressores do sexo masculino foram 42,2%, feminino com

40,7% e não informado 17,0%. Ao longo de 2016, houveram 413 registros, evidenciando o sexo feminino com maior frequência entre os agressores, com 41,6%, posteriormente o masculino 37,5% e não informados com 20,8%. Referente a 2017, constatou-se 359 registros de violência contra criança e adolescente neste ano, grande parte dos agressores eram do sexo masculino com 45,4%, o feminino com 38,4% e não informado com 16,2%. No ano de 2018 obtiveram-se 277 registros, o sexo feminino foi responsável por 41,9% dos casos, o masculino por 41,1% e não informados foram 17,0% dos casos.

No que se refere ao agressor no Estado do Acre, o mais prevalente foi o sexo masculino na faixa etária de 25 a 35anos, quando se somam todas as ocorrências de violência contra crianças e adolescentes .Esse fator pode ocorrer considerando que grande parte dos agressores tem escolaridade inferior as mulheres e são os principais representantes financeiros da casa (CABRAL; PIERANTONI, 2009).

É importante considerar, no entanto, que o agressor mais frequente é a mãe, indivíduo do sexo feminino.

### 3.3 PERFIL DO AGRESSOR DISTRIBUIDO POR FAIXA ETÁRIA

Na análise do perfil do agressor/suspeito, no que diz respeito a faixa etária, muitos dados não foram informados, no entanto a faixa de idade mais frequente foi dos 25 a 35 anos (tabela 3).

No ano de 2011, o perfil do agressor distribuído por faixa etária somou 538 registros, sendo os suspeitos na faixa de 25 a 35 anos mais constantes com 33,8%, entre 18 a 24 anos tiveram 15,6%, de 36 a 45 anos 19,7%, de 46 a 55 anos 9,9%, de 56 a 60 anos houveram apenas 2,2% dos agressores/suspeitos registrados e em 18,8% dos casos não foi informada a idade do agressor.

Já em 2012 foram 1107 registros de violência contra crianças e adolescentes estando 29,1% dos suspeitos/agressores na faixa de 25 a 35 anos, representando a faixa mais frequente; a faixa de 36 a 45anos representou 16,7%, de 18 a 24 anos 9,9%, de 46 a 55 anos 7,0%, de 56 a 60 anos 1,1% e em 36,2% dos casos não foram informados.

Referente a 2013, foram 918 registros, dos quais, 27,3% foram na faixa de 25 a 35 anos, 18,0% de 36 a 45 anos, 10,9% de 18 a 24 anos, 6,4% de 46 a 55 anos, 2,3% de 56 a 60 anos e em 35,0% dos casos não foram informadas as idades dos suspeitos/agressores.

Durante o ano de 2014 houve 525 registros, sendo 26,1% na faixa de 25 a 35 anos, 20,0% de 36 a 45 anos, 11,2% de 18 a 24 anos, 8,2% de 46 a 55 anos, 1,3% de 56 a 60 anos e 33,1% dos casos não tiveram as idades informadas.

Já em 2015 foram 390 registros, dentre eles, 26,2% foram na faixa de 25 a 35 anos, 14,1% de 36 a 45 anos, 10,8 % de 18 a 24 anos, 7,9% de 46 a 55 anos, 2,6% de 56 a 60 anos e 38,5% dos casos não tiveram a idade registrada.

Ao longo de 2016 foram 394 registros, sendo 23,4% na faixa de 25 a 35 anos, 15,7% de 36 a 45 anos, 10,9 % de 18 a 24 anos, 6,1% de 46 a 55 anos, 1,0% de 56 a 60 anos e 42,9% não tiveram a idade registrada informada.

No ano de 2017 foram 352 registros, dos quais, 26,4% foram na faixa de 25 a 35 anos, 19,6% de 36 a 45 anos, 11,6% de 18 a 24 anos, 6,3% de 46 a 55 anos, 1,1% de 56 a 60 anos e em 34,9% dos casos as idades dos suspeitos/agressores não foram informadas.

Em 2018 ocorreram 268 registros, sendo 25,0% na faixa de 25 a 35 anos, 16,0% de 36 a 45 anos, 9,7% de 18 a 24 anos, 7,1% de 46 a 55 anos, 2,6% de 56 a 60 anos e em 39,6% não foram informadas as idades.

Os dados gerais da violência sofrida por crianças e adolescentes, no Estado do Acre, em relação ao perfil do agressor, de acordo com o sexo e faixa etária são apresentados abaixo (tabela 2 e 3).

**Tabela 2.** Violência sofrida por crianças e adolescentes no Estado do Acre, nos anos de 2011 a 2018, perfil do agressor, distribuição por sexo.

| SEXO                 | ANO            |                |                |                |                |                |                |                |
|----------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
|                      | 2011           | 2012           | 2013           | 2014           | 2015           | 2016           | 2017           | 2018           |
| <b>Feminino</b>      | 247<br>(44,6%) | 454<br>(38,9%) | 413<br>(42,8%) | 206<br>(37,5%) | 165<br>(40,7%) | 172<br>(41,6%) | 138<br>(38,4%) | 116<br>(41,9%) |
| <b>Masculino</b>     | 283<br>(51,1%) | 564<br>(48,3%) | 405<br>(42,0%) | 245<br>(44,5%) | 171<br>(42,2%) | 155<br>(37,5%) | 163<br>(45,4%) | 114<br>(41,1%) |
| <b>Não informado</b> | 24<br>(4,3%)   | 150<br>(12,8%) | 147<br>(15,2%) | 99<br>(18%)    | 69<br>(17,0%)  | 86<br>(20,8%)  | 58<br>(16,2%)  | 47<br>(17,0%)  |
| <b>TOTAL</b>         | 554<br>(100%)  | 1168<br>(100%) | 965<br>(100%)  | 550<br>(100%)  | 405<br>(100%)  | 413<br>(100%)  | 359<br>(100%)  | 277<br>(100%)  |

Fonte: Canal de Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos, Disque 100.

**Tabela 3.** Violência sofrida por crianças e adolescentes no Estado do Acre, nos anos de 2011 a 2018, perfil do agressor, distribuição por faixa etária.

| FAIXA ETÁRIA         | ANO            |                |                |                |                |                |                |                |
|----------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
|                      | 2011           | 2012           | 2013           | 2014           | 2015           | 2016           | 2017           | 2018           |
| <b>18 a 24 anos</b>  | 84<br>(15,6%)  | 110<br>(9,9%)  | 100<br>(10,9%) | 59<br>(11,2%)  | 42<br>(10,8%)  | 43<br>(10,9%)  | 41<br>(11,6%)  | 26<br>(9,7%)   |
| <b>25 a 35 anos</b>  | 182<br>(33,8%) | 322<br>(29,1%) | 251<br>(27,3%) | 137<br>(26,1%) | 102<br>(26,2%) | 92<br>(23,4%)  | 93<br>(26,4%)  | 67<br>(25,0%)  |
| <b>36 a 45 anos</b>  | 106<br>(19,7%) | 185<br>(16,7%) | 165<br>(18,0%) | 105<br>(20,0%) | 55<br>(14,1%)  | 62<br>(15,7%)  | 69<br>(19,6%)  | 43<br>(16,0%)  |
| <b>46 a 55 anos</b>  | 53<br>(9,9%)   | 77 (7,0%)      | 59 (6,4%)      | 43<br>(8,2%)   | 31<br>(7,9%)   | 24<br>(6,1%)   | 22 (6,3%)      | 19<br>(7,1%)   |
| <b>56 a 60 anos</b>  | 12 (2,2%)      | 12 (1,1%)      | 21 (2,3%)      | 07<br>(1,3%)   | 10 (2,6%)      | 04 (1,0%)      | 04 (1,1%)      | 07<br>(2,6%)   |
| <b>Não Informado</b> | 101<br>(18,8%) | 401<br>(36,2%) | 321<br>(35,0%) | 174<br>(33,1%) | 150<br>(38,5%) | 169<br>(42,9%) | 123<br>(34,9%) | 106<br>(39,6%) |
| <b>TOTAL</b>         | 538<br>(100%)  | 1107<br>(100%) | 918<br>(100%)  | 525<br>(100%)  | 390<br>(100%)  | 394<br>(100%)  | 352<br>(100%)  | 268<br>(100%)  |

**Fonte:** Canal de Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos, Disque 100.

### 3.4 PERIL DO AGRESSOR DISTRIBUIDO POR RELAÇÃO SUSPEITO X VÍTIMA

Analisando os registros da relação do suspeito de agressão com a vítima, entre os anos estudados, a maior frequência de suspeitos foi da mãe, em todos os anos, conforme apresentado na tabela 4.

No ano de 2011 ocorreram 326 registros, a mãe teve 33,4% dos registros, seguida do pai com 17,5%, professor 4,9%, vizinho 4,0%, irmão 2,5%, a avó com 1,8%, avô 1,2%, desconhecidos 24,5% e não informado 10,1%. No ano de 2012 houveram 1471 registros, a mãe ainda se apresentou mais constante com 40,7%, seguida do pai 25,4% e por desconhecidos (11,9%). Vizinhos (2,9%), professores (2,7%), avó (2,5%), irmão (1,4%), avô (1,0%) também figuram como suspeitos.

Já no ano 2013 somaram-se 1294 casos, as mães continuam à frente dos outros suspeitos com 44,7% dos casos, na sequência emergiu o pai 22,6% e desconhecidos (9,6%). Ainda foram registrados como suspeitos vizinho (4,4%), a avó (3,3%), irmão (2,2%), professor (1,8%) e avô (1,3%).

Seguindo a mesma tendência, durante o ano de 2014 ocorreram 747 registros, em 41,6% as mães foram identificadas como suspeita, na sequência surgiu o pai com 23,7% dos casos e os desconhecidos com 7,5%. A avó (4,1%), vizinho (2,0%), professor (1,9%), avô (1,7%), irmão (0,8%) também foram citados como agressores nos registros.

No decorrer do ano de 2015 ocorreram ao total 527 registros de violência contra a referida faixa etária, entre o montante total, a mãe aparece como responsável de 45,4% dos registros, o pai 24,3% e a avó 4,9%, Também foram registradas denúncias contra irmão e professor (2,8% cada), o avô (2,7%), desconhecido (2,7%), vizinho (0,8%).

Durante o ano de 2016 ocorreram 548 registros, dos quais 47,3% foram atribuídos a mãe, 21,4% ao pai, 3,5% a avó e ao irmão. Outros agressores foram o avô, professor, vizinho e desconhecido.

Referente ao ano de 2017 houveram 493 registros, entre eles, 38,1% apresentaram a mãe como suspeita, 27,8% o pai e 2,6% a avó. Os mesmos suspeitos encontrados nos anos anteriores surgiram nos registros.

No ano de 2018 ocorreram 360 registros, em 40,6% a mãe é denunciada como suspeita, em 23,9% o pai, 3,9% o irmão. Também o vizinho, a avó, o avô, professor e desconhecido foram informados como agressores. Os dados do relacionamento entre suspeito e a vítima dos agressores de crianças e adolescentes, entre os anos de 2011 a 2018 no Estado do Acre, são apresentados abaixo (tabela 4).

**Tabela 4.** Violência sofrida por crianças e adolescentes no Estado do Acre, nos anos de 2011 a 2018, relação suspeito e vítima.

| SUSPEITO             | ANO            |                |                |                |                |                |                |                |
|----------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
|                      | 2011           | 2012           | 2013           | 2014           | 2015           | 2016           | 2017           | 2018           |
| <b>Mãe</b>           | 109<br>(33,4%) | 598<br>(40,7%) | 579<br>(44,7%) | 311<br>(41,6%) | 239<br>(45,4%) | 259<br>(47,3%) | 188<br>(38,1%) | 146<br>(40,6%) |
| <b>Pai</b>           | 57<br>(17,5%)  | 374<br>(25,4%) | 292<br>(22,6%) | 177<br>(23,7%) | 128<br>(24,3%) | 117<br>(21,4%) | 137<br>(27,8%) | 86<br>(23,9%)  |
| <b>Irmão</b>         | 08<br>(2,5%)   | 21<br>(1,4%)   | 28<br>(2,2%)   | 06<br>(0,8%)   | 15<br>(2,8%)   | 19<br>(3,5%)   | 08<br>(1,6%)   | 14<br>(3,9%)   |
| <b>Avó</b>           | 06<br>(1,8%)   | 37<br>(2,5%)   | 43<br>(3,3%)   | 31<br>(4,1%)   | 26<br>(4,9%)   | 19<br>(3,5%)   | 13<br>(2,6%)   | 11<br>(3,1%)   |
| <b>Avô</b>           | 04<br>(1,2%)   | 15<br>(1,0%)   | 17<br>(1,3%)   | 13<br>(1,7%)   | 14<br>(2,7%)   | 09<br>(1,6%)   | 04<br>(0,8%)   | 04<br>(1,1%)   |
| <b>Professor</b>     | 16<br>(4,9%)   | 40<br>(2,7%)   | 23<br>(1,8%)   | 14<br>(1,9%)   | 15<br>(2,8%)   | 09<br>(1,6%)   | 03<br>(0,6%)   | 04<br>(1,1%)   |
| <b>Vizinho</b>       | 13<br>(4,0%)   | 42<br>(2,9%)   | 57<br>(4,4%)   | 15<br>(2,0%)   | 04<br>(0,8%)   | 06<br>(1,1%)   | 08<br>(1,6%)   | 13<br>(3,6%)   |
| <b>Desconhecido</b>  | 80<br>(24,5%)  | 175<br>(11,9%) | 124<br>(9,6%)  | 56<br>(7,5%)   | 14<br>(2,7%)   | 05<br>(0,9%)   | 03<br>(0,6%)   | 03<br>(0,8%)   |
| <b>Não informado</b> | 33<br>(10,1%)  | 169<br>(11,5%) | 131<br>(10,1%) | 124<br>(16,6%) | 72<br>(13,7%)  | 105<br>(19,2%) | 129<br>(26,2%) | 79<br>(21,9%)  |
| <b>TOTAL</b>         | 326<br>(100%)  | 1471<br>(100%) | 1294<br>(100%) | 747<br>(100%)  | 527<br>(100%)  | 548<br>(100%)  | 493<br>(100%)  | 360<br>(100%)  |

Fonte: Canal de Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos, Disque 100.



Dos casos de violência contra a criança e adolescente no Estado do Acre, nos anos de 2011 a 2018, a relação mais encontrada entre suspeito/vítima foi a mãe-filho(a). O que possibilita relacionar a mãe com grande parte das violências pode ser fato das mesmas figurarem como principais cuidadoras, permanecendo assim, a maior parte do tempo com as crianças/adolescentes. Desse modo, quanto maior a convivência, maior o risco de ocorrer uma agressão (CABRAL; PIERANTONI, 2009).

A maioria dos agressores são da própria família, sendo, na maioria dos casos a mãe da vítima, seguida do pai ou outro familiar, padrastos/madrastas (MARTINS et al., 2013).

Dentre negligências familiares o agressor responsável é em sua maioria a mãe, pai e outros familiares respectivamente. Nas violências físicas destacam-se a mãe, seguida do pai, outros agressores e o padrasto. Já as violências psicológicas destacam-se a mãe e o pai. Enquanto abusos sexuais são mais cometidos por outros agressores. Da mesma forma, a mãe surge como principal agressora, seguida pelo padrasto e outros familiares (COSTA et al., 2007).

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados analisados foi possível concluir que o agressor da criança e adolescente do Estado do Acre, nos anos de 2011 a 2018 é prioritariamente a mãe, seguida do pai, apesar de a maioria dos suspeitos serem do sexo masculino. Os episódios de violência foram executados por suspeitos na faixa etária de 25 a 35 anos. A continuidade de estudos sobre o tema faz-se importante devido a relevância e as especificidades desse problema social e de saúde que atinge uma população que tanto necessita de cuidados, devido estar em formação e a sua vulnerabilidade.

#### 5. REFERÊNCIAS

BRASIL. **Violência contra Crianças e Adolescentes: Análise de Cenários e Propostas de Políticas Públicas**. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2018, 494 p.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Estatuto da Criança e do Adolescente**: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlatada. 3. ed. Brasília: Edições câmara, 2012. 207 p.

CABRAL, A.; PIERATONI, L. Crianças em situação de violência de um ambulatório do Rio de Janeiro: Conhecendo seu perfil. **ESCOLA ANNA NERY REVISTA DE ENFERMAGEM**, 2009.

COSTA, M.C.O.; et al. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.5, p.1129-41, 2007.

FUNDAÇÃO ABRINQ. **A Criança e o Adolescente nos ODS: Marco zero dos principais indicadores brasileiros**. São Paulo: Nywgraf Editora, 2017.

HESTER M. Asking about domestic violence: implications for practice. In: **Domestic Violence and Child Protection Directions for Good Practice**. London: Jessica Kingsley. p.97–109, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Panorama: Acre**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ac/panorama>>. Acesso em: 20 Out 2018.

MARTINS, C.B.G.; JORGE, M.H.P.M. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.18, n.4, p.315-34, 2009.

MARTINS, A.F.; et al. Violence with children and adolescents: profiles of victims, of aggression and of perpetrators. **Rev Enferm UFPI**, v.2, n.4 p.50-7, 2013.

MINAYO, M.C.S. **Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde**. IN: **Violência faz mal à saúde**. LIMA, C.A.; et al. Brasília- DF. Ministério da Saúde. 2006.

MUSZKAT, M; MUSZKAT, S. **Violência familiar**. São Paulo: Blucher, 2016.

OLIVEIRA, R.N.G.; et al. Preventing violence by intimate partners in adolescence: an integrative review. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v.50, n.1, p.134-143, 2016.

PASCOLAT, G.; et al. Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. **Jornal de Pediatria**, v.77, n.1, p.35-40, 2001.

SIERRA, V.M.; MESQUITA, W.A. Vulnerabilidades e Fatores de Risco na Vida de Crianças e Adolescentes. **São Paulo em Perspectiva**, v.20, n.1, p.148-155, 2006.

SULLCA, T. F.; SCHIRMER, J. Violência intrafamiliar na adolescência na cidade de Puno – Peru. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.14, n. 4. p.578-85, 2006.

# CAPÍTULO 20



## VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTO-JUVENIL NO ACRE NO PERÍODO DE 2015 A 2018

Ruth Silva Lima da Costa<sup>1</sup>, Luciano Laurentino de Araújo<sup>1</sup>, Jair Alves Maia<sup>2</sup>,  
Elisabeth Matos de Oliveira<sup>2</sup>, Larissa Iasmin Rocha Amasifuen<sup>2</sup> e  
Rodrigo Batista de Oliveira<sup>2</sup>

1. Secretaria Estadual de Saúde do Acre e Centro Universitário Uninorte. Rio Branco - Acre, Brasil.

2. Centro Universitário Uninorte. Rio Branco - Acre, Brasil.

### RESUMO

A violência sexual infanto-juvenil é um problema de saúde pública no Brasil, onde temos desde uma intimidação ou ameaça, até a violência física e sexual, gerando consequências irrecuperáveis, e leva a problemas secundários, no Brasil e no Estado do Acre. O objetivo do presente trabalho é avaliar os dados sobre a Violência Sexual Infanto-Juvenil no Acre no período de 2015 a 2018. Os métodos utilizados trata-se de um estudo transversal, longitudinal, retrospectivo de dados secundários, com abordagem quantitativa, de natureza básica, realizado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação e Secretaria de Estado de saúde do Acre. Os resultados apontam que no estado do Acre o município que apresentou o maior número de casos de violência sexual infanto-juvenil foi Rio Branco com 566 (23,0), porém quando calculada a proporção de acordo com a população, esse resultado muda, pois, os municípios que se destacaram foram Brasiléia com 25.848 habitantes com proporção de casos de (1,93%), seguido por Tarauacá com 41.976 hab. (0,87%), e Rio Branco com 401.155 hab. (0,14%). A maioria das vítimas encontrava-se nas faixas etárias de 10 a 14 anos com 1181 (48,0) e 15 a 19 anos 1096 (44,5) com predomínio do sexo feminino 2421 (98,0) e da raça parda 2091 (85,0), residentes na região urbana 1459 (59,3) e com o grau de escolaridade ensino fundamental incompleto 1264 (51,0). O abuso sexual entre crianças e adolescentes é uma realidade no Acre, sendo necessárias a implantação de políticas públicas mais efetivas que possam garantir a esse público alvo a proteção frente a essa problemática, dentre elas, estão o reconhecimento de situações de violência, que é muito importante para que se possa dar o encaminhamento adequado tanto a quem sofreu à violência como para quem a praticou.

**Palavras-chave:** Abuso Sexual, Adolescentes e Crianças.

### ABSTRACT

Child and youth sexual violence is a public health problem in Brazil, where we have everything from intimidation or threat, to physical and sexual violence, generating unrecoverable consequences, and leading to secondary problems in Brazil and the State of Acre. The aim of the present study is to evaluate data on child sexual abuse in Acre from 2015 to 2018. The methods used are a cross-sectional, longitudinal, retrospective study of secondary data, with quantitative approach, of a basic nature, carried out at the Acre

Notification Disease Information System and Acre State Secretariat of Health. The results indicate that in the state of Acre the municipality that presented the highest number of cases of child and juvenile sexual violence was Rio Branco with 566 (23.0), but when the proportion according to the population is calculated, this result changes because, the municipalities that stood out were Brasiléia with 25,848 inhabitants with a proportion of cases (1.93%), followed by Tarauacá with 41,976 inhabitants (0.87%), and Rio Branco with 401,155 inhabitants (0.14%). Most of the victims were aged 10 to 14 years old with 1181 (48.0) and 15-19 years 1096 (44.5) with a predominance of female 2421 (98.0) and mixed race 2091 (85.0), residents of the urban region 1459 (59.3) and with incomplete elementary school education 1264 (51.0). Sexual abuse among children and adolescents is a reality in Acre, and it is necessary to implement more effective public policies that can guarantee to this target public protection against this problem, among them, the recognition of situations of violence, which is very important for proper referral to both those who suffered the violence and those who committed it.

**Keywords:** Sexual Abuse, Adolescents and Children.

## 1. INTRODUÇÃO

A violência sexual tem sido uma das grandes preocupações não só no Brasil, mas também no mundo, afetando vários tipos de classes, sem exceção de raça, cor, etnia ou gênero e é praticada com intimidação, ameaça coação ou uso de força, constrangimento ou quaisquer outras formas (SILVA; FREITAS, 2017).

Entre as principais consequências, destacam-se as lesões corporais, e as sequelas físicas e psicológicas, sendo que a maior parte dos agressores é do sexo masculino, e as ocorrências são geralmente dentro da própria casa das vítimas (HOHENDORFF; HABIGZANG; KOLLER, 2012).

A maioria dos abusadores é da própria família, todavia, muitas vezes é uma violência subnotificada gerando índice abaixo da realidade, pois, nem toda família da vítima consegue denunciar, talvez por receio ou vergonha, por isso muitos pensam que não é comum na sociedade<sup>3</sup>, porém é algo que atinge todo o meio social, e é apontado como um problema de saúde pública que está se tornando cada vez mais frequente causando vários prejuízos físicos e mentais de curto ou longo prazo nas vítimas (SILVA; FREITAS, 2017).

A forma mais grave de violência contra crianças e adolescentes é a sexual, pois gera consequências inacreditáveis e deixa uma marca para a vida toda. Além disso, a violência sexual tem grande agravamento quando acontece na infância, pois interfere no desenvolvimento e repercute no comportamento da vida adulta (SÁ; NUNES; SALES, 2016).

De acordo com profissionais e dados comprovados, evidencia-se o quanto a violência contra crianças aconteceu e ainda acontece, tanto em formas explícitas, quanto de forma implícita e invisível, como a violência sexual (EICHHERR; CRUZ, 2017).

Diante da realidade nacional e do reconhecimento sobre o crescente aumento da violência sexual Infanto-Juvenil, este estudo objetivou avaliar os dados sobre a Violência Sexual Infanto-Juvenil no Estado do Acre no período de 2015 a 2018.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

O desenho de estudo é transversal, descritivo, exploratório, de abordagem quantitativa, com coleta de dados secundários através da análise de dados obtidos no sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) da Secretaria de Estado de Saúde (SESACRE).

Quanto a população e amostra, foi utilizado o método de levantamento de dados secundários através dos dados contidos no sistema de informação para a coleta de dados. Os dados foram coletados no SINAN da Secretaria de Estado de Saúde (SESACRE). A amostra foi composta por todos os dados sobre violência sexual em crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 19 anos, ocorridos na cidade de Rio no período de 2015 a 2018.

Os dados quantificados apresentaram-se em frequência absoluta e percentual, e demonstrados em forma de tabelas e gráficos de acordo com as variáveis existentes. Foi utilizada uma planilha eletrônica do Microsoft Office Excel 2010 para compilação dos mesmos. Os valores encontrados foram arredondados em porcentagem aproximada, sendo considerados até dois algarismos após a vírgula.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Uninorte e Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital das Clínicas de Rio Branco Acre, onde foi obtida a autorização para sua realização através do número do CAAE: 98005718.4.3001.5009. A pesquisa obedeceu às recomendações da resolução 466/2012.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme os dados contidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foram encontrados 2458 notificações de violência sexual infanto-juvenil no período de 2015 a 2018 no estado do Acre (tabela 1).

**Tabela 1.** Caracterização dos casos de abuso sexual por município no estado do Acre no período de 2015 a 2018. (n=2458).

| <b>VARIÁVEIS</b>               | <b>N</b>    | <b>(%)</b>      |
|--------------------------------|-------------|-----------------|
| <b>Município de ocorrência</b> |             |                 |
| Acrelândia                     | 26          | (1,06)          |
| Assis Brasil                   | 95          | (3,86)          |
| Brasiléia                      | 500         | (20,34)         |
| Bujari                         | 20          | (0,81)          |
| Capixaba                       | 24          | (0,98)          |
| Cruzeiro do Sul                | 153         | (6,22)          |
| Epitaciolândia                 | 156         | (6,35)          |
| Feijó                          | 25          | (1,02)          |
| Jordão                         | 18          | (0,73)          |
| Mâncio Lima                    | 16          | (0,65)          |
| Manoel Urbano                  | 17          | (0,69)          |
| Marechal Thaumaturgo           | 16          | (0,65)          |
| Plácido de Castro              | 59          | (2,40)          |
| Porto Acre                     | 35          | (1,42)          |
| Porto Walter                   | 08          | (0,33)          |
| Rio Branco                     | 566         | (23,03)         |
| Rodrigues Alves                | 20          | (0,81)          |
| Santa Rosa do Purus            | 03          | (0,12)          |
| Sena Madureira                 | 28          | (1,14)          |
| Senador Guiomard               | 49          | (1,99)          |
| Tarauacá                       | 368         | (14,97)         |
| Xapuri                         | 170         | (6,92)          |
| Ignorado                       | 86          | (3,50)          |
| <b>Total</b>                   | <b>2458</b> | <b>(100,00)</b> |

Mediante os dados expostos na Tabela 1, observa-se que em todos os 22 municípios do estado do Acre, houveram casos notificados de violência sexual entre crianças e adolescentes, dentre os quais os municípios que se destacaram com maiores números de registros de abuso sexual, foram Rio Branco com uma proporção de 566 (23,03%), seguido por Brasiléia com uma proporção de 500 (20,34%) e pelo município de Tarauacá com uma proporção de 368 (14,97%). Contudo, com base nas estimativas da população residente

no Acre com referência de julho de 2018 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, quando se observa os municípios de acordo com o número de habitantes a proporção apresentam Brasília com 25,848 habitantes (1,93%), seguido por Tarauacá 41,976 (0,87%), e Rio Branco com 401,155 (0,14%).

Diferente dos resultados no Acre evidenciado no presente estudo que utilizou os dados de violência sexual, inseridos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), um estudo realizado no estado do Ceará retrata um panorama sobre violência sexual infanto-juvenil relacionado ao “Disque 100” onde foram analisados 210 municípios do Sertão do Ceará, sendo apresentados casos de denúncias de violência sexual em crianças e adolescentes através do Disque 100, que identificou vários casos de violência sexual (exploração e abuso) contra crianças e adolescentes em diversos municípios cearenses, principalmente na região litorânea (MAGALHÃES, et al., 2016).

Segundo o estudo de Soutol et al., (2018), que norteia-se através de decorrência do antes e depois da lei nº 13.010, lei essa que tem como objetivo garantir o direito da criança e adolescente conhecida popularmente como “Lei da palmada” ou “Lei menino Bernardo”, observou uma diminuição de casos de violência sexual nesse público alvo no estado de Minas Gerais, fato esse considerado positivo frente a problemática hoje que se vive no Brasil quanto a questão do aumento dos casos de abuso e exploração sexual.

Sabe-se que apesar dos resultados encontrados no Acre, a subnotificação de casos de violência sexual é muito grande, tendo em vista que os dados do SINAN são alimentados pelas informações das fichas de notificação de violência sexual preenchidas por profissionais de saúde no ato do atendimento caso haja suspeita ou confirmação de que o indivíduo sofreu algum tipo de violência sexual, o que pode não representar a totalidade dos casos. Os números de subnotificações dos casos de violência infanto-juvenil encontrados estão interligados a fatores internos e externos. A dependência psíquica e socioeconômica dos membros da família, como um fator interno, juntamente com o julgamento da sociedade como fator externo, influencia diretamente na recusa de notificar os casos de abuso (MIRANDA et al., 2014).

É observado que são encontradas muitas limitações em estudos que lidam com banco de dados secundários, pois, há uma grande incidência de subnotificações, no qual acaba deixando a desejar alguns resultados ou informações necessárias. É observado ainda que em qualquer estudo que lida com banco de dados secundários encontram muitas

limitações, pois, há uma grande incidência de subnotificações, no qual acaba deixando a desejar alguns resultados ou informações necessárias (OLIVEIRA et al., 2014).

O motivo da subnotificação é amplo e decorre de diversos fatores, em muitos dos casos não há notificação devido ao medo perderem o sustento de sua casa ou até mesmo podem está sendo ameaçados pelo agressor, tendo em vista que o mesmo exerce influência e pressão psicológica na vítima e na família. Vale salientar que a sociedade de forma indireta também gera grande influência nas decisões tomadas pela família e vítima, pois em decorrência do que as pessoas vão falar como a revelação poderia repercutir negativamente e, como resultado, quem sofreu pela violência sexual cala-se.

Conforme a pesquisa de Deslandes (2015) é muito importante a qualificação dos profissionais de saúde para um melhor reconhecimento e acolhimento das vítimas de violência sexual, pois a capacitação é de extrema relevância, pois tem como objetivo propiciar aos profissionais algumas formas de como reconhecer casos de violência sexual em crianças e adolescentes, e de como agir e o que fazer diante de tal situação.

**Tabela 2.** Dados sociodemográficos das crianças e adolescente vítima de violência sexual no estado do Acre no período de 2015 a 2018. (n=2458).

| <b>VARIÁVEIS</b>              | <b>N</b> | <b>(%)</b> |
|-------------------------------|----------|------------|
| <b>IDADE</b>                  |          |            |
| <5                            | 85       | (3,46)     |
| 5 a 9 anos                    | 96       | (3,91)     |
| 10 a 14 anos                  | 1181     | (48,05)    |
| 15 a 19 anos                  | 1096     | (44,59)    |
| <b>SEXO</b>                   |          |            |
| Feminino                      | 2421     | (98,49)    |
| Masculino                     | 37       | (1,51)     |
| <b>RAÇA</b>                   |          |            |
| Amarela                       | 08       | (0,33)     |
| Branca                        | 173      | (7,04)     |
| Indígena                      | 81       | (3,30)     |
| Parda                         | 2091     | (85,07)    |
| Preta                         | 75       | (3,05)     |
| Ignorado                      | 30       | (1,22)     |
| <b>ESCOLARIDADE</b>           |          |            |
| Educação Superior Completa    | 01       | (0,04)     |
| Educação Superior Incompleta  | 08       | (0,33)     |
| Ensino Fundamental Completo   | 253      | (10,29)    |
| Ensino Fundamental Incompleto | 1264     | (51,42)    |
| Ensino Médio Completo         | 98       | (3,99)     |



|                           |             |                |
|---------------------------|-------------|----------------|
| Ensino Médio Incompleto   | 423         | (17,21)        |
| Ignorado                  | 411         | (16,72)        |
| <b>ZONA DE OCORRÊNCIA</b> |             |                |
| Periurbana                | 07          | (0,28)         |
| Rural                     | 913         | (37,14)        |
| Urbana                    | 1459        | (59,36)        |
| Ignorado                  | 79          | (3,21)         |
| <b>TOTAL</b>              | <b>2458</b> | <b>(100,0)</b> |

Os dados evidenciados na tabela 2 demonstram que as vítimas de violência sexual no estado do Acre estavam na maioria dentro da faixa etária de 10 a 14 anos 1181 (48,05%), sendo prevalentes as do sexo feminino 2421 (98,49%). Concernente foi predominante à raça parda com 2091 (85,07%). Quanto a Escolaridade os dados evidenciaram que a maior prevalência foi o de ensino fundamental incompleto com 1264 (51,42%) e quanto ao local de ocorrência foi predominante a região urbana com 1459 (59,36%).

Um estudo realizado em minas no ano de 2008 a 2009 evidenciou que a maior faixa etária das vítimas de violência sexual encontrava-se na faixa etária entre 13 e 17 anos, resultado divergente do encontrado no presente estudo (IWAMOTO et al., 2010).

No entanto quanto aos dados referente ao sexo, raça e escolaridade, alguns estudos corroboraram com os nossos achados uma vez que estudo um estudo sobre violência sexual identificou que maioria das vítimas também era do sexo feminino com uma proporção de (74,2%) (MARTINS; JORGE, 2010).

Quanto à raça a pesquisa de Souza e colaboradores confirmam que (75,7%) das vítimas se declararam da cor parda. Quanto à escolaridade, o mesmo estudo evidencia que (64,4%) das vítimas, ou seja, a maioria possuía também o ensino fundamental incompleto (SOUZA et al., 2017).

A tabela 3 evidencia os tipos de violência sexual sofrida pelas crianças e adolescentes no Acre, o tipo de violência sexual mais predominante foi o estupro com 1281 (52,12%) seguido de assédio sexual 322 (13,10%), outros tipos que não foram identificados 109 (4,43%), exploração sexual 16 (0,65%) e pornografia infantil 7 (0,28%). Os dados, portanto, apontam que o estupro é o tipo de violência sexual mais frequente no estado.

**Tabela 3.** Tipo de Violência Sexual em crianças e adolescente vítima de violência sexual no estado do Acre no período de 2015 a 2018. (n=2458).

| VARIÁVEIS                   | N           | (%)             |
|-----------------------------|-------------|-----------------|
| <b>Assédio Sexual</b>       |             |                 |
| Não                         | 2085        | (84,83)         |
| Sim                         | 322         | (13,10)         |
| Ignorado                    | 51          | (2,07)          |
| <b>Exploração Sexual</b>    |             |                 |
| Não                         | 2394        | (97,40)         |
| Sim                         | 16          | (0,65)          |
| Ignorado                    | 48          | (1,95)          |
| <b>Estupro</b>              |             |                 |
| Não                         | 1133        | (46,09)         |
| Sim                         | 1281        | (52,12)         |
| Ignorado                    | 44          | (1,79)          |
| <b>Pornografia Infantil</b> |             |                 |
| Não                         | 2400        | (97,64)         |
| Sim                         | 07          | (0,28)          |
| Ignorado                    | 51          | (2,07)          |
| <b>Outros</b>               |             |                 |
| Não                         | 2277        | (92,64)         |
| Sim                         | 109         | (4,43)          |
| Ignorado                    | 72          | (2,93)          |
| <b>Total</b>                | <b>2458</b> | <b>(100,00)</b> |

Nesse sentido em um estudo feito em Teresina encontrou um resultado semelhante ao do presente estudo, uma vez que também identificou o tipo de violência sexual mais acometido entre crianças e adolescentes foi estupro (SOARES, et al., 2016).

No estudo realizado no município de Presidente Prudente no ano de 2012 evidencia-se também o abuso sexual como uma das mais prevalentes formas de violência corroborando também como nossos achados (SQUIZATTO, et al., 2012).

A tabela 4 evidencia o perfil do agressor das vítimas de violência sexual no estado do Acre no período do estudo, destacando-se no sexo masculino com 2370 (96,42%) como o principal autor da violência, sendo que quanto à relação da vítima com o agressor os dados apontam que o namorado (a) se destacou com 870 (39,84%) dos casos, seguido pelo cônjuge com 816 (37,36%).

**Tabela 4.** Perfil do agressor de crianças e adolescente vítima de violência sexual no estado do Acre no período de 2015 a 2018. (n=2458).

| <b>Variáveis</b>                         | <b>N</b>    | <b>(%)</b>      |
|--|-------------|-----------------|
| <b>Sexo do autor da violência Sexual</b> |             |                 |
| Ambos os Sexos                           | 37          | (1,51)          |
| Feminino                                 | 51          | (2,07)          |
| Masculino                                | 2370        | (96,42)         |
| <b>Relação da Vítima com o agressor</b>  |             |                 |
| Pai                                      | 49          | (2,24)          |
| Padrasto                                 | 61          | (2,79)          |
| Cônjuge                                  | 816         | (37,36)         |
| Ex-Cônjuge                               | 24          | (1,10)          |
| Namorado (a)                             | 870         | (39,84)         |
| Ex-Namorado (a)                          | 88          | (4,03)          |
| Amigos/conhecidos                        | 239         | (10,94)         |
| Desconhecido                             | 37          | (1,69)          |
| Ignorado                                 | 274         | (12,55)         |
| <b>Total</b>                             | <b>2458</b> | <b>(100,00)</b> |

Os autores Fukumoto, Corvino e Neto (2011), encontraram um resultado semelhante da presente pesquisa, uma vez que em seu estudo foi evidenciado que as maiores prevalências dos agressores eram de pessoas de convívio da própria criança com (93,51%), sendo eles os vizinhos (16,71%), os padrastos (14,73%), os pais (12,75%) e os namorados (11,90%)<sup>17</sup>. Resultado semelhante a esse também foi encontrado por Souto, que se verificou que a maioria dos casos em relação ao agressor, esses eram amigos da família ou pessoas que convivem a maior parte do tempo (SOUTO, et al., 2018).

Um estudo de prevalência identificou que, a maioria dos casos envolvem pessoas conhecidas da vítima ou membros da família. Resultados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa de prevalência que identificou que, prevalecem os agressores do sexo masculino que, embora haja subnotificação e registros de algumas variáveis, notou-se que há uma alta taxa de agressores que utilizam da pressão psicológica com ameaças e intimidação pela força física (OLIVEIRA, et al., 2014).

Nesse sentido, a equipe multiprofissional tem um papel fundamental que é o de colaborar para reduzir os danos resultantes do ato sexual não consentido, oferecendo acompanhamento psicológico, onde esses profissionais de saúde precisam intervir visando minimizar os efeitos decorrentes deste tipo de agressão e atuando como rede social de

apoio. Salienta-se que esse apoio psicológico na escuta inicial e em outras fases é extremamente relevante, pois oferece para as vítimas um melhor acolhimento e ajuda a mesma a prosseguir e enfrentar a situação em que se encontram (SOARES, et al., 2014).

Devido aos impactos físicos e psicológicos resultantes de uma violência sexual, é relevante que o apoio psicológico seja mais integrado nos serviços ofertados pelo profissional para que haja um melhor atendimento e acolhimento da vítima e da família. De acordo com o Protocolo de Atenção Integral a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência, a criança e o adolescente, os pais e familiares também poderão necessitar de apoio psicológico, pois assim como a vítima, os pais ou membros da família com relações próximas podem tornar-se fragilizados e necessitam de acompanhamento para conseguirem lidar com a situação que se encontram. Dessa forma, o profissional poderá agir visando proporcionar uma experiência terapêutica e trabalhando os fatores emocionais, a fim de minimizar o impacto e os efeitos negativos do acontecimento traumático (GUZZO, et al., 2012).

Segundo Florentino (2015), as consequências do abuso sexual infanto-juvenil são variáveis e não deve ser feita uma generalização, pois cada caso difere-se e cada vítima reage e age de forma diferente diante de tal situação. Levando em consideração a idade da vítima que a torna imatura para o ato sexual e ainda por estar em uma fase de crescimento e desenvolvimento, a brutalidade ocorrida podendo ou não está relacionado a outros tipos de violência, como a física e psicológica, poderá acarretar em consequências variadas que pode durar por muito tempo ou uma vida inteira. É em decorrência disso que é muito importante que a vítima tenha um acompanhamento psicológico para sempre está sendo avaliada quanto às consequências do abuso, como isso interferiu na vida, no cotidiano, nos afazeres e obrigações que a mesma tem que cumprir (FLORENTINO, 2018).

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final do estudo conclui-se que o abuso sexual entre crianças e adolescentes é uma realidade no estado do Acre, sendo necessária a implantação de políticas públicas mais efetivas que possam garantir a esse público alvo a proteção frente a essa problemática, dentre elas, estão o reconhecimento de situações de violência, que é muito importante para

que se possa dar o encaminhamento adequado tanto a quem sofreu à violência como para quem a praticou. Esse acompanhamento também deverá ser extensivo à família, visando o enfrentamento da situação e a amenização do trauma e das demais consequências sociais, psicológicas e físicas decorrentes desta violação de direitos humanos.

Durante as avaliações dos dados, foi observada a ausência de algumas informações nas notificações, com um grande número de dados ignorados nas mesmas, prejudicando assim a possibilidade de avaliar fidedignamente a real situação do abuso sexual no estado, refletindo assim a necessidade de capacitar os profissionais que inserem os dados no sistema e/ou que preenchem as fichas de notificação das violências nas unidades de saúde, para que as notificações sejam mais completas e possam dar mais visibilidade ao problema.

Tendo em vista os resultados encontrados nesse estudo, faz-se necessário a intervenção do estado através de políticas públicas, tanto para que os profissionais estejam capacitados para a notificação das possíveis vítimas e seu posterior encaminhamento aos serviços especializados, assim como levar a educação em saúde para as escolas do estado, onde podem ser abordadas temáticas sobre violência sexual para que diminuam os números de casos, e assim levar mais segurança e saúde a esse público.

## 5. REFERÊNCIAS

DESLANDES, S. Capacitação profissional para o enfrentamento às violências sexuais contra crianças e adolescentes em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.31, n.2, 431-435, 2015.

EICHHERR, L.M.; CRUZ, L.R. Violência contra crianças e adolescentes: (in)visibilidades e problematizações. **PSI UNISC**, v.1, n.1, p.74-87, 2017.

FLORENTINO, B.R.B.. As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. **Rev. Psicol**, v.27, n.2, 2018.

FUKUMOTO, A.E.C.G.; CORVINO, J.M.; NETO, J.O. Perfil dos agressores e das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. **Revista Ciência em Extensão**, v.7, n.2, p.71, 2011.

GUZZO, A.C.A.; et al. Protocolo de Atenção Integral a crianças e adolescentes vítimas de violência. Belém-PA: **UNICEF**, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas da população. 2018**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados>>. Acesso em 20 mai. 2019.

IWAMOTO, H.H.; et al. A violência sexual infanto-juvenil sob a ótica dos informantes-chave. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.12, n.4, p.657-54, 2010.

HOHENDORFF, J.V.; HABIGZANG, L.F.; KOLLER, S.H. Violência sexual contra meninos: dados epidemiológicos, características e consequências. **Psicologia USP**, v.23, n.2, p.395-415, 2012.

HOHENDORFF, J.V.; PATIS, N.D. Violência sexual contra crianças e adolescentes: identificação, consequências e indicações de manejo científica dos campos gerais. **Barbarói**, n.49, p.239-257, 2017.

MAGALHÃES, P.H.; et al. Panorama da violência sexual contra crianças e adolescentes em municípios cearenses. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.29, n.3, p.414-421, 2016.

MARTINS, C.B.G.; JORGE, M.H.P.M. Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do sul do Brasil. **Texto Contexto Enferm**, v.19, n.2, p.246-55, 2010.

MIRANDA, M.I.; et al. Violência sexual contra crianças e adolescentes em um município da Região Norte do Brasil. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped**, v.14, n.2, p. 96-104, 2014.

NUNES, A.J.; SALES, M.C.V. Violência contra crianças no cenário brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.3, p.871-880, 2016.

OLIVEIRA, J.R.; et al. Violência sexual e ocorrências em crianças e adolescentes: estudo das incidências ao longo de uma década. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.3, p.759-771, 2014.

SÁ, C.M.Q.; et al. Atenção da equipe de enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes. **Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem**, v.02, n.2, 2016.

SILVA, L.R.; FREITAS, S.T. O comportamento social de vítimas de abuso sexual infantil. **Anais do EVINCI – Uni Brasil**, v.3, n.1, p.294-294, 2017.

SOARES, E.M.; et al. Perfil da violência sexual contra crianças e adolescentes. **Revista Interdisciplinar**, v.9, n.1, p. 87-96, 2016.

SOARES, E.M.R.; et al. Perfil da violência sexual contra crianças e adolescentes. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n. 1, p.87-96, 2016.

SOUTO, D.F.; et al. Violência contra crianças e adolescentes: perfil e tendências decorrentes da Lei nº 13.010. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.71, supl.3, p.1237-1246, 2018.

SOUZA, D.P.P.; et al. Violência sexual na infância e adolescência: características da violência e perfil das vítimas no município de Feira de Santana, Bahia. In: XXI Seminário de Iniciação Científica, n.21, 2017, Feira de Santana, **Anais Seminário de Iniciação Científica**, Feira de Santana, 2017, p.1-4.

SQUIZATTO, E.P.S.; et al. Aproximações acerca da violência sexual contra crianças e adolescentes no município de Presidente Prudente. **ETIC – Encontro de Iniciação Científica**, v.8, n.8, 2012.

# CAPÍTULO 21



## PROSPECÇÃO DO INTERESSE PROFISSIONAL DE ALUNOS SURDOS NO ENSINO MÉDIO: O DIREITO DE SONHAR E REALIZAR

**Maria Midori Miura Piragibe<sup>1</sup>, Licinio Esmeraldo da Silva<sup>2</sup>, Flavio Eduardo Pinto da Silva<sup>3</sup> e Thiago de Souza Cruz<sup>1</sup>**

1. Instituto Nacional do Câncer, INCA/DIPAT/SITEC, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

2. Universidade Federal Fluminense, Niterói. Rio de Janeiro, Brasil.

3. Instituto Nacional de Educação de Surdos, INES/SpecieA, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

### RESUMO

Os alunos surdos direcionam seu interesse profissional para a área de Letras e alcançam o nível superior no magistério como professores de Libras. Demonstram persistência singular apesar das dificuldades advindas da limitação de audição e dificuldade da fala. O objetivo do presente trabalho é avaliar, indiretamente, a direção do interesse profissional do aluno surdo, objetivando colher informações imediatas e autênticas sobre sua preferência curricular. Foram reunidos 34 alunos surdos de 7 turmas de segundo e terceiro anos do ensino médio. Promovidas visitas, com intérpretes de Libras, a Instituição Pública de Saúde do Rio de Janeiro especializada em Câncer. Foram ministrados conteúdos didáticos pedagógicos durante as visitas e, ao final, aplicou-se um questionário objetivo. Nos resultados, 97,1% dos alunos apreciaram a visita, 50% gostariam de trabalhar em laboratório, 55,9% preferem estudar Português, enquanto 17,6% preferem Biologia. Qual o fator determinante para a preferência disciplinar? Como reagirá o aluno surdo diante de nova profissão que valorize suas potencialidades? Constataram que a maioria dos alunos surdos opta por estudar Português. Seria verdadeira vocação para área linguística ou o único caminho oferecido?

**Palavras chaves:** Aluno Surdo, Inclusão Profissional e Treinamento Técnico.

### ABSTRACT

Deaf students direct their professional interest in the area of Letters and reach the upper level in teaching as teachers of Libras. They demonstrate singular persistence despite the difficulties arising from hearing limitations and speech difficulties. The aim of the present work is to indirectly evaluate the direction of the deaf student's professional interest, aiming to gather immediate and authentic information about their curricular preference. Thirty-four deaf students from seven second- and third-grade high school groups were gathered. Promoted visits, with interpreters of Libras, the Rio de Janeiro Public Health Institution specializing in Cancer. Pedagogical didactic contents were given during the visits and, at the end, an objective questionnaire was applied. In the results, 97.1% of the students enjoyed the visit, 50% would like to work in the laboratory, 55.9% prefer to study Portuguese, while 17.6% prefer Biology. What is the determining factor for disciplinary preference? How



will the deaf student react to a new profession that values their potential? They found that most deaf students choose to study Portuguese. Would it be a true vocation for language or the only way offered?

**Keywords:** Deaf Student, Professional Inclusion and Technical Training.

## 1. INTRODUÇÃO

O “Ser”. A pessoa, tanto ao nascer quanto na primeira infância, enfrenta dificuldades crescentes apesar de usufruir da proteção de seus pais.

Na juventude, o jovem bem orientado anseia por sua independência e, na maioria das vezes, também conta com o estímulo familiar. Entretanto, mesmo com apoio constante, se acometido por deficiência de qualquer origem, seja ela intelectual, motora, visual, auditiva ou múltipla, esse indivíduo é obrigado a transpor barreiras adicionais, bastante dificultosas, além daquelas inerentes à sua fase de vida.

Nesse momento de desenvolvimento e de construção da independência pessoal, faz-se imprescindível o apoio da sociedade. Cabe a nós, enquanto profissionais das mais diversas áreas de atuação, interceder, participar e estimular a efetiva inclusão da pessoa com deficiência no ambiente de trabalho.

Desse modo, devemos nos conscientizar de que as pessoas acometidas por alguma deficiência superam não apenas as próprias dificuldades de sobrevivência do dia a dia, mas também as limitações impostas ao seu redor pelo meio em que vivem.

Além disso, a exemplo da pessoa Cega e daquelas que apresentam limitações motoras, algumas deficiências nos são expostas claramente. O Surdo, entretanto, não é identificável ou reconhecido e, por esse motivo, enfrenta suas dificuldades em “silêncio”, sem que ninguém se aperceba de sua dupla dificuldade, isto é, simultânea dificuldade na escuta e na fala, mesmo com seu aparelho fonador anatômico perfeito.

A dificuldade é bilateral: os Surdos possuem enormes dificuldades para solicitar ajuda quando necessário, enquanto o ouvinte encontra óbices por não conhecer os meios adequados para compreensão da necessidade de auxílio. Inclusive, como poucos ouvintes usam Libras, pessoas com deficiência auditiva passam por sérios apuros no trabalho, nas ruas e nos hospitais (WESTIN, 2019).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) refere que dos 9,7 milhões de pessoas em todo o Brasil, 2,2 milhões possuem deficiência auditiva severa e 344,2 mil são surdos. Portanto, cerca de 5% de brasileiros possuem algum grau de dificuldade auditiva.

Podemos dizer que a educação de surdos iniciou na França através do Abade L'Epée, que defendia que o ensino a esses indivíduos deveria ser realizado por meio da visão. Assim, reuniu os surdos pobres dos arredores de Paris e criou a primeira escola pública para surdos. Nesse espaço educativo iniciou-se o uso da língua Francesa de sinais. O método D L'Epée foi tão bem sucedido que se espalhou dando origem a inúmeras escolas para surdos pela Europa. Thomas Hopkins Gallaudet, americano e educador, interessado em aperfeiçoar seus estudos no campo da educação de surdos, resolveu viajar para Europa e lá entrou em contato com educadores franceses. Passados alguns meses com eles, aprendeu a língua dos surdos franceses e os métodos de trabalho da escola. Em 1854, de volta aos Estados Unidos, conta com a ajuda do congresso americano, quando é fundada a primeira escola para surdos nos Estados Unidos.

Esse foi um grande passo para comunidade surda, pois apesar do estudo ainda ser muito restrito, tiveram a oportunidade de aprender língua de sinais, religião, língua nacional e uma formação profissional (LORENZINI, 2004).

No Brasil, a primeira escola criada especialmente para ensino de surdos foi fundada em 1855, por D Pedro II, influenciado pelo francês E. D. Huet, que conhecendo bem a situação dos surdos no Brasil, apresentou uma proposta ao governo. Huet mostrou também a necessidade de ajuda do império na criação da escola, já que a maioria dos surdos pertencia a famílias pobres e, portanto, sem condições de arcar com as despesas relativas à educação (ROCHA, 2008).

A trajetória profissional dos alunos Surdos, em sua maioria, após a conclusão do ensino médio é direcionada para a carreira de Pedagogia e Letras. Esses estudos já estão sedimentados na comunidade Surda. Atualmente, o Instituto Nacional de Educação dos Surdos (INES) oferece o curso de formação bilíngue de Pedagogia para Surdos e é uma experiência pioneira no Brasil e na América Latina. Conduz o aluno surdo em direção ao ensino superior e realização profissional.

As pesquisas em novas metodologias na educação voltada para alunos surdos tem se desenvolvido desde o reconhecimento da Língua Brasileira de Sinais em 2002. Com o desenvolvimento da LIBRAS, o aumento de Sinais promovido pelo maior contato entre os membros dessa comunidade e o acesso às informações relativas ao tema, houve a

intensificação das pesquisas em áreas que antes eram desconhecidas pela comunidade surda.

Apesar do grande número de disciplinas e cursos nas universidades, a grande maioria da Comunidade Surda, geralmente, procura cursos adaptados ou que tenham acessibilidade. Contudo, iniciativas durante o Ensino Médio tem despertado um interesse maior dos alunos surdos para cursos voltados para a área da saúde. O Ensino de Ciências para alunos surdos ainda é proposta recente no Brasil. Diante do interesse da Comunidade Surda, cada vez mais pesquisadores e profissionais da área tem estudado metodologias de Ensino. Um dos trabalhos pioneiros que iniciou esse despertar aos surdos em relação às Ciências Biomédicas foi desenvolvido na Universidade Federal do Rio de Janeiro, onde alunos surdos do Ensino Médio tiveram oportunidade de uma imersão total em curso de Ciências Biomédicas totalmente prático (PINTO-SILVA, 2013).

Esse processo serviu para demonstrar que os alunos surdos, por meio de uma metodologia adequada, em que se explore a característica predominante do Surdo (visual) e o debate em Língua Brasileira de Sinais, não apresentam distinções de aprendizado no campo das ciências quando comparados aos ouvintes.

Atualmente, a pessoa surda é analisada e julgada, muitas vezes injustamente, pelas suas dificuldades de comunicação. Por que não modificar esse foco, enfatizando a valorização das capacidades inerentes aos fatores circunstanciais da Surdez?

Na convivência com surdos, é nítido que a ausência de interferências sonoras exacerba sua acuidade visual já diferenciada, habilitando-os a identificar detalhes visuais muitas vezes não detectados ou percebidos em menor escala pela pessoa ouvinte. Como exemplo de aplicação dessa capacidade da pessoa Surda, podemos citar a atuação em áreas profissionais biomédicas que exigem o uso de microscópios, como a Microbiologia, a Patologia, a Anatomia Patológica e a Citopatologia.

A especialização técnica profissional de Surdos ainda é algo novo em nosso país, mas iniciativas como do Instituto Nacional do Câncer/DIPAT-SITEC, em parceria com Instituto Nacional de Educação de Surdos/ESPCIE-A, buscam atingir um grau de formação dos surdos só visto em países como Estados Unidos. O *National Technical Institute for the Deaf-Rochester Institute of Technology* forma estudantes surdos nas áreas de Ciências Aplicadas para trabalhar em laboratórios de Química, Biologia, Biotecnologia, Indústria Farmacêutica (PAGNO et al., 2012).

No Brasil, o combate ao Câncer de colo uterino teve início por meio de um grupo filantrópico, voltado à assistência social e médica em áreas diversificadas, denominado “Fundação das Pioneiras Sociais”. Uma dessas ações foi a criação, em 1968, da Escola de Citotécnicos, que visava atender a demanda de formação de técnicos qualificados para execução de exames preventivos contra o câncer do colo do útero (TEMPERINI, 2012). As Pioneiras Sociais foram adicionadas ao Instituto Nacional de Câncer em 1992 junto com a escola de citotecnologia (INCA, 2019).

A proposta do presente trabalho é iniciar uma sensibilização dos alunos do Ensino Médio na atividade profissional alvo do presente estudo, com o objetivo de incentivá-los ao conhecimento de novas áreas que possam ser conquistadas pelo jovem surdo. Ao mesmo tempo, busca-se sensibilizar o corpo docente do INCA quanto à importância dessa iniciativa, para receber esses alunos por meio da adaptação da metodologia de ensino teórico-prático adequada para esse grupo.

O objetivo do presente trabalho é avaliar e registrar, de forma indireta, a direção do interesse profissional do aluno surdo que cursa a segunda ou terceira série de ensino médio do Instituto Nacional de Educação de Surdos (INES).

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) organizou duas visitas de sete turmas de alunos Surdos de segundo e terceiro anos do ensino médio, do Instituto Nacional de Educação de Surdos (INES), à Seção Integrada de Tecnologia em Citopatologia (SITEC) da Divisão de Patologia (DIPAT) do INCA, instituto especializado em diagnóstico precoce e tratamento do Câncer de colo uterino.

A primeira visita dos alunos Surdos ocorreu em agosto de 2018, e a segunda visita foi realizada em março de 2019. Tais interações programadas intencionaram sensibilizar os alunos Surdos com relação às possibilidades existentes na área biomédica, campo de conhecimento em que a maioria transita somente de forma teórica.

Os alunos surdos permaneceram na SITEC por três horas. Ao longo desse período, foram ministrados conteúdos didáticos pedagógicos, dividindo-se em três etapas: Palestra inicial a respeito do trabalho desenvolvido na Instituição, visita à área técnica e



### 3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

#### 3.1 RESULTADOS

As duas visitas à Divisão de Patologia do Instituto Nacional do Câncer (SITEC/DIPAT/INCA) contaram com a participação de 34 alunos Surdos do ensino médio do Instituto Nacional de Educação de Surdos – INES. Dentre eles, 16 estudantes compareceram a ambas as visitas, 27 estiveram presentes na primeira visita e 7 compareceram somente na segunda visita, perfazendo um total de 50 visitas.

A faixa etária dos 34 alunos variou entre 18 a 26 anos, sendo 19 alunos (56%) do sexo feminino e 15 alunos (44%) do sexo masculino.

Considerando as perguntas P1, P2, P3, P4, P6, P7 e P10.c, do questionário distribuído ao final das visitas, quando respondidas afirmativamente, denotaram interesse na área biomédica (Figura 1).

|      |   |  |  |  |  |  |
|------|---|--|--|--|--|--|
| P1.  | Apreciação da visita ao Inca                          |  |  |  |  |  |
| P2.  | Trabalhar na área de saúde                            |  |  |  |  |  |
| P3   | Trabalhar em laboratório                              |  |  |  |  |  |
| P4.  | Trabalhar com microscópio                             |  |  |  |  |  |
| P5.  | Entendimento do significado de câncer                 |  |  |  |  |  |
| P6.  | Entendimento da atividade desenvolvida no INCA        |  |  |  |  |  |
| P7.  | Interesse nessa atividade                             |  |  |  |  |  |
| P8.  | Entendimento de conceitos básicos do estudo da célula |  |  |  |  |  |
| P9.  | (Discursiva do entendimento de célula)                |  |  |  |  |  |
| P10. | Preferência por estudo de Matérias:                   |  |  |  |  |  |
|      | a. Matemática   |  |  |  |  |  |
|      | b. Português  |  |  |  |  |  |
|      | c. <b>Biologia</b>                                    |  |  |  |  |  |
|      | d. Química e Física                                   |  |  |  |  |  |
|      | e. Inglês   |  |  |  |  |  |
|      | f. História   |  |  |  |  |  |
|      | g. Espanhol   |  |  |  |  |  |

**Figura 1.** Perguntas do questionário sinalizadas em vermelho avaliam interesse na área biomédica. Px = Número da pergunta.

As respostas do referido questionário destinaram-se a avaliar a impressão inicial dos 34 alunos surdos no que pertine à visita realizada no INCA, ao interesse pela área biomédica, às preferências por estudo de matérias e, conseqüentemente, à tendência dos estudantes a cada uma das carreiras existentes.

A questão P1 avaliou a apreciação quanto ao local da visita.

As questões P2, P3, P4, P6 e P7 contemplavam diferentes aspectos relacionados à aceitação ao trabalho na área biomédica.

As questões P5, P8 e P9 abrangiam avaliações de conteúdos teóricos.

Na questão P10, solicitou-se a sinalização da disciplina de preferência do aluno, tendo como resultado a demonstração de maior tendência à área linguística (Português ou Inglês), além de boa aceitação na área científica (Biologia, Física e Química), aceitação diminuída pela Matemática e algumas preferências isoladas, conforme explicitado abaixo (Tabela 1).

**Tabela 1.** Frequências absolutas e relativas das respostas ao questionário sobre a visita ao INCA.

| Pergunta | Número de alunos (n=34) |     |          |               | Percentual de alunos |      |          |               |
|----------|-------------------------|-----|----------|---------------|----------------------|------|----------|---------------|
|          | Sim                     | Não | Não Sabe | Não respondeu | Sim                  | Não  | Não Sabe | Não respondeu |
| P.1      | 33                      | 1   | 0        | 0             | 97,1                 | 2,9  | 0        | 0             |
| P.2      | 14                      | 20  | 0        | 0             | 41,2                 | 58,8 | 0        | 0             |
| P.3      | 17                      | 17  | 0        | 0             | 50,0                 | 50,0 | 0        | 0             |
| P.4      | 17                      | 17  | 0        | 0             | 50,0                 | 50,0 | 0        | 0             |
| P.5      | 30                      | 2   | 1        | 1             | 88,2                 | 5,9  | 3,7      | 2,9           |
| P.6      | 28                      | 4   | 0        | 2             | 82,4                 | 11,8 | 0        | 5,9           |
| P.7      | 22                      | 11  | 0        | 1             | 64,7                 | 32,4 | 0        | 2,9           |
| P.8      | 25                      | 7   | 0        | 2             | 73,5                 | 20,6 | 0        | 5,9           |
| P.10.a   | 5                       | 29  | 0        | 0             | 14,7                 | 85,3 | 0        | 0             |
| P.10.b   | 19                      | 15  | 0        | 0             | 55,9                 | 44,1 | 0        | 0             |
| P.10.c   | 6                       | 28  | 0        | 0             | 17,6                 | 82,4 | 0        | 0             |
| P.10.d   | 6                       | 28  | 0        | 0             | 17,6                 | 82,4 | 0        | 0             |
| P.10.e   | 7                       | 27  | 0        | 0             | 20,6                 | 79,4 | 0        | 0             |
| P.10.f   | 2                       | ... | ...      | ...           | 5,9                  | ...  | ...      | ...           |
| P.10.g   | 1                       | ... | ...      | ...           | 2,9                  | ...  | ...      | ...           |

Cumprir destacar que os alunos que compareceram às duas visitas apresentaram alterações de percepção quanto ao contexto da visita, como explicitado nas respostas dos questionários após a segunda visita (Tabela 2).

**Tabela 2.** Posição das respostas dos alunos na segunda visita em relação à primeira visita.

| Pergunta | Número de alunos  |                   |           |           | Proporção de alunos (n = 16) |                   |           |           |
|----------|-------------------|-------------------|-----------|-----------|------------------------------|-------------------|-----------|-----------|
|          | Sim sem alteração | Não sem alteração | Não → Sim | Sim → Não | Sim sem alteração            | Não sem alteração | Não → Sim | Sim → Não |
| P1       | 16                | –                 | –         | –         | 100                          | 0,0               | 0,0       | 0,0       |
| P2       | 6                 | 6                 | 3         | 1         | 37,5                         | 37,5              | 18,8      | 6,3       |
| P3       | 6                 | 5                 | 1         | 4         | 37,5                         | 31,3              | 6,3       | 25        |
| P4       | 8                 | 3                 | 4         | 1         | 50,0                         | 18,8              | 25,0      | 6,3       |
| P5       | 12                | 1                 | 2         | 1         | 75,0                         | 6,3               | 12,5      | 6,3       |
| P6       | 10                | 2                 | 1         | 3         | 62,5                         | 12,5              | 6,3       | 18,8      |
| P7       | 7                 | 1                 | 5         | 3         | 43,8                         | 6,3               | 31,3      | 18,8      |
| P8       | 11                | 2                 | –         | 3         | 68,8                         | 12,5              | 0,0       | 18,8      |
| P10a     | 2                 | 13                | 1         | –         | 12,5                         | 81,3              | 6,3       | 0,0       |
| P10b     | 4                 | 10                | –         | 2         | 25,0                         | 62,5              | 0,0       | 12,5      |
| P10c     | 1                 | 12                | 2         | 1         | 6,3                          | 75,0              | 12,5      | 6,3       |
| P10d     | 1                 | 10                | 3         | 2         | 6,3                          | 62,5              | 18,8      | 12,5      |
| P10e     | 2                 | 9                 | 3         | 2         | 12,5                         | 56,3              | 18,8      | 12,5      |
| P10f     | 2                 | ...               | –         | –         | 12,5                         | 87,5              | 0,0       | 0,0       |
| P10g     | ...               | ...               | 1         | ...       | ...                          | ...               | 6,3       | ...       |

Após comparação entre as duas visitas para sensibilização dos alunos, nota-se um crescente interesse pela área científica/biomédica dos 16 estudantes Surdos que compareceram a ambas as visitas. Nesse sentido, destaca-se o fato de todos os 16 alunos terem respondido “sim” à primeira pergunta (“Apreciação da visita ao Inca”).

No que tange à preferência por estudo de matérias, um dos alunos optou pela Biologia como matéria preferencial em ambas as visitas, outro aluno retirou a referida matéria do



seu rol de preferência, enquanto dois deles modificaram suas escolhas e escolheram a Biologia como disciplina de preferência após a segunda visitação.

### 3.2 DISCUSSÃO

O principal estímulo para a organiza o das visita es dos jovens alunos Surdos por meio da parceria INCA/INES foi a preocupa o quanto ao seu caminho profissional: Eles investem na forma o realmente escolhida, ou não se sentem merecedores de escolha consciente?

Os jovens Surdos aceitam a carreira que lhes   disponibilizada e não ousam seguir caminho profissional diversificado em virtude da raridade de processos inclusivos relacionados a outras carreiras ao longo de sua forma o profissional?

No presente trabalho, busca-se analisar se a preferência pela disciplina Português significa, necessariamente, que o jovem Surdo possui uma maior predile o pela carreira de Pedagogia / Letras / Libras, ou se a maior disponibilidade dessa carreira seria o real motivo que os conduz a tal escolha.

Diante das dificuldades cotidianas enfrentadas pelas pessoas Surdas,   compreensível que persistam em tais carreiras, independentemente ou em detrimento de sua real voca o.

Nesse sentido, insta destacar que os alunos surdos participantes dessa avalia o demonstraram considerável interesse sobre as atividades do INCA durante a palestra oferecida como primeira etapa da visita o. Suas perguntas foram pertinentes e demonstraram entrosamento com o tema apresentado.

Logo, o baixo percentual de preferência pela Biologia, conforme demonstrado nas respostas fornecidas via questionário, não significa, obrigatoriamente, que as pessoas surdas não apreciem essa disciplina.

Faz-se necessário analisar se a escolha por outras disciplinas, com predominância do Português e do Inglês, não estaria relacionada   perspectiva de maiores oportunidades na forma o profissional e, conseqentemente, no mercado de trabalho.

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação inicial das visitas intenciona auxiliar os alunos Surdos interessados pela carreira técnico-biomédica que, enquanto estudantes prestes a concluir o ensino médio, encontram-se na iminência de adentrar no mercado de trabalho.

Resta evidente que a introdução do jovem Surdo nessa área depende da sociedade, mas principalmente dos professores e profissionais da área de saúde. Nesse sentido, são imprescindíveis o apoio e a aplicação de métodos pedagógicos adequados e adaptados que estimulem os jovens surdos a descobrir que EXISTE, na área biomédica, um novo caminho rumo à realização pessoal e profissional.

Este trabalho marca o início de uma tentativa de traçar novos caminhos que possibilitem ao aluno surdo a diversificação de suas escolhas profissionais, valorizando suas aptidões, que serão úteis a si próprio e à sociedade.

Ademais, busca-se estimular a progressiva adequação da sociedade aos termos da Lei 13.146/2015 (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – Estatuto da Pessoa com Deficiência). O referido diploma legal, aplicável nas instituições públicas e privadas, consiste em importante mecanismo de inclusão do profissional surdo no mercado de trabalho, além de promover o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais da pessoa com deficiência, visando sua inclusão social e cidadania.

Que se apaixonem pela Biologia, pois interesse já apresentam na área biomédica.

Que venham microscopar e nos auxiliar com seus olhos de lince!

Que a pessoa Surda, jovem ou não, seja realmente integrada e realizada nas mais diversas profissões.

Todos nós estamos convocados a participar ativamente na quebra do silêncio da comunidade Surda, estimulando sua aceitação perante a sociedade e seu genuíno direito de SONHAR e REALIZAR.

## 5. AGRADECIMENTO

Ao meu amado filho Carlos Matheus, caçula, pelo apoio e solidariedade nas altas horas da madrugada.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Casa Civil. LEI 8.213 de 24 de julho de 1991 Art. 93 I; II; III; IV **que regulamenta um percentual mínimo de servidores com deficiência nas instituições**. Acesso em 11 de abril de 2019.

BRASIL. Casa Civil. Decreto Nº 9.656 de 27 de dezembro de 2018. Decreta no Art. 26 §1º **a necessidade de difusão de LIBRAS** e no §2º **a garantia de intérpretes contratados especificamente para intermediação para a pessoa Surda**. Acesso em: 11 de abril de 2019.

BRASIL. Casa Civil. Decreto Nº 5154 de 23 de julho de 2004. **Regulamenta o § 2º do artigo 36 e os artigos 39 a 41 da Lei Nº 9394/96, de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e dá outras providências**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/decreto/D5154.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/D5154.htm)>. Acesso em: 21 de março de 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei nº 9394 de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm)> . Acesso em: 21 de março de 2016.

\_\_\_\_\_. **Catálogo nacional de cursos técnicos** - 2012. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=717&id=12351&option=com\\_content&view=article />](http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=717&id=12351&option=com_content&view=article />)>. Acesso em: 21 de março de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>>. Acesso em: 21 de março de 2016.

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 11.788 de 25 de setembro de 2008. **Dispõe a lei que regulamenta o estágio**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2008/lei/l11788.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11788.htm)>. Acesso em: 21 de março de 2016.

\_\_\_\_\_. Resolução CEB Nº 04/1999. **Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a educação profissional de nível técnico**. Disponível em: <<http://deguarulhossul.edunet.sp.gov.br/profissional.htm>>. Acesso em: 21 de março de 2016.

CASTRO, R.R. Educação Pública. **A Formação profissional do aluno surdo em uma escola técnica de nível médio**. Picos/PI. Cecierj, 2019.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Projeto político pedagógico**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2005.

FALCÃO, L.A. **Surdez, Cognição Visual e Libras: estabelecendo novos diálogos**. 5ª ed. ver. e ampl. Recife: Editora do Autor, 2017.

IBGE, Instituto Nacional de Geografia e Estatística. **Surdos no Brasil**, 2018.

LORENZINI, N.M.P. **Aquisição de um conceito científico para alunos surdos de classes regulares do ensino fundamental.** Dissertação de Mestrado em Educação Científica e Tecnológica da Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

\_\_\_\_. **Movimentos surdos e os discursos sobre surdez, educação e trabalho: a constituição do surdo trabalhador.** 24ª Reunião Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (Anped), Caxambu/MG. Anais...p.135, 2001.

LUZ, R.D. **Cenas surdas: os surdos terão lugar no coração do mundo?** São Paulo: Parábola, 2013.

PAGANO, T.; ROSS, A.D.; O'NEILL, G.J. **A Program Like Any Other...Like None Other: Sustaining a Laboratory Science Technology Program for Deaf and Hard-of-Hearing Students** Journal of Science Education for Students with Disabilities v.15, n.1, p.11-25, 2011/2012.

PINTO DA SILVA, F.E. **Estudo, Capacitação e Ensino de Ciências para Jovens Surdos. Tese de Doutorado,** Programa de Pós-Graduação em Química Biológica, UFRJ, 2013.

REBECCA, W.G.; WILLMAN, A. **Amy Signs: A Mother , Her Deaf Daughter, and Their Stories-** Gallaudet press, 2012.

ROCHA S. **O INES e a Educação de surdos no Brasil.** v.1, 2ª edição, 2008.

SANTIAGO, V.A.A. **A participação de surdos no mercado de trabalho.** Anhanguera Educacional, p.1-16, 2011.

TEIXEIRA, L.A.; et al. **A expansão do rastreamento do câncer do colo do útero e a formação de citotécnicos no Brasil.** Physis Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 22 [2]: 713-731, 2012.

WESTIN, R. **Agência Senado.** Publicado em 25/4/2019 Edição 673.



## RECREAÇÃO TERAPÊUTICA: A PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE ACERCA DA IMPORTÂNCIA DESTA ATIVIDADE NO AMBIENTE HOSPITALAR

Laurita da Silva Cartaxo<sup>1</sup>, Marilena Maria de Souza<sup>1</sup>, Rogéria Mônica Seixas Xavier<sup>2</sup>, Joseph Gabriel Cardoso do Nascimento<sup>3</sup>, Raimundo Narcélio da Costa<sup>4</sup>, Romércia Batista dos Santos<sup>1</sup> e Olga Feitosa Braga Teixeira<sup>1</sup>

1. Docente da Unidade Acadêmica da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras. Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande;
2. Professora Substituta da Universidade Regional do Cariri;
3. Membro do Grupo de Pesquisa Violência e Saúde;
4. Enfermeiro do Posto de Assistência Primária a Saúde-PAPS-ETSC-UFCG.

### RESUMO

A hospitalização torna-se uma experiência difícil para as crianças, seus pais e acompanhantes, onde estes devem adaptar-se ao hospital, conviver com as normas e rotinas, com os profissionais, com a realização de procedimentos e exames. Durante a hospitalização a recreação terapêutica apresenta-se como um instrumento de intervenção utilizado como forma onde a criança constroi estratégias de enfrentamento em relação à doença, hospitalização, comunicação e resolução de conflitos. O presente estudo tem como objetivo compreender a percepção dos profissionais acerca da recreação terapêutica no ambiente hospitalar. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, como parte dos resultados de um projeto de pesquisa “Recreação Terapêutica”, realizado no Hospital Universitário Júlio Bandeira – HUJB/UFCG, na cidade de Cajazeiras-PB. Para coleta de dados foi utilizada uma entrevista semiestruturada realizada entre os meses de março a maio de 2014, com 21 profissionais do HUJB. Para analisar as falas dos participantes, foi utilizado o Discurso do Sujeito Coletivo – DSC. Os profissionais reconhecem que recreação terapêutica promove o desenvolvimento físico, psicológico, social e moral; ajuda-a perceber o que ocorre consigo, libera temores, raiva, frustração e ansiedade. Sendo assim enaltecem que as atividades lúdicas desenvolvidas melhoram o estado emocional das crianças, proporciona diversão, sentimentos de alegria, distração e interação com outras pessoas, tornando-se elementos essenciais no processo de cuidar que favorecem seu bem estar e reduzem os desconfortos provenientes da hospitalização.

**Palavras-chave:** Crianças, Recreação Terapêutica e Hospitalização.

### ABSTRACT

The process of hospitalization becomes a difficult experience for children, their parents and caregivers need to adapt to the environment of hospital and live responding the routines, rules, professionals, procedures and exams. In summary, the process becomes a challenge to be analyzed. Therapeutic recreation during hospitalization is used as an instrument for intervention, where the child builds strategies to coping the disease and conflict resolution in addition to that they have to deal with hospitalization. The aims is studie to understand the perception of professionals regarding recreation therapy in the hospital environment.

This is a descriptive exploratory study with a qualitative approach, as part of the results of a research in the city of Cajazeiras at estate of Paraíba. A project "Recreação Terapêutica" carried out at the Hospital Universitário Júlio Bandeira - HUJB / UFCG. For research was used the technic of research qualitative, the "Discurso do Sujeito Coletivo" to analyze the participants' narratives and data collection was developed by an interviews conducted between March and May 2014, with 21 professionals from HUJB. They recognize that recreation therapy promotes physical, psychological, social and moral development; It helps to realize what is happening, releases fears, anger, frustration and anxiety. They understand that playful activities developed improve the emotional state of children, provide fun, feelings of joy, distraction and interaction with other people, becoming essential elements in the care process that favor well-being and reduce discomfort of hospitalization.

**Keywords:** Children, Recreation Therapy and Hospitalization.

## 1. INTRODUÇÃO

A hospitalização de uma criança é uma experiência difícil para a mesma, para seus pais e acompanhantes. Trata-se de um evento gerador de ansiedade, devido a inúmeros fatores, dentre eles pode-se destacar: o diagnóstico não comunicado, revelação de doença grave ou crônica, distância do domicílio e familiares, procedimentos invasivos e dolorosos, falta de humanização dos profissionais e dos serviços de saúde (MELO; MARCON; UCHIMURA, 2010).

Por se tratar de um momento delicado, durante a hospitalização tanto as crianças como os familiares sofrem, por terem que se adaptar ao hospital, conviver com as normas e regras próprias do ambiente, com os profissionais, com a realização de procedimentos e exames, pois esses fatores são muito diferentes da rotina vivenciada na sua casa (COSTA; MORAIS, 2017).

No momento em que a criança é internada, ela acaba sendo afastada de seu ambiente familiar, dos amigos e de seus brinquedos, causando mudanças e por isso exigindo muitas adaptações, o que gera um grande estresse, principalmente quando o tempo de hospitalização é prolongado. Diante do exposto, a equipe de saúde deve buscar novas alternativas de cuidado, para tornar o momento de hospitalização menos doloroso e o mais próximo da rotina diária da criança (CEOLIN; ROSA; ARGENTA, 2011).

Ao cuidar de uma criança hospitalizada, os profissionais de saúde devem possuir além de habilidades técnicas e conhecimento, empatia e envolvimento entre eles e o paciente, de modo a permitir a identificação das reais demandas físicas e psicossociais da criança e, a partir disso, construir um plano de cuidados adequado à sua individualidade.

A equipe de saúde deve estar aberta a outra pessoa e aliar o conhecimento técnico e científico a uma relação de respeito e sensibilidade, através do diálogo, do toque e até mesmo brincando. Sendo assim, o lúdico pode ser considerado uma forma de cuidado diferenciado à criança, e que abrange todas estas dimensões, onde através das brincadeiras, jogos, músicas permite suprimir a lacuna existente entre os profissionais e a crianças.

Considerando que a criança exige maior atenção e cuidados, e que qualquer desestruturação em sua faixa etária interfere na qualidade de vida e em seu pleno desenvolvimento, aponta-se que a inserção das atividades lúdicas no processo de cuidar pode contribuir para a diminuição dos efeitos estressores da hospitalização e tornar a assistência prestada, consideravelmente, mais humanizada (MEDEIROS et al., 2013).

A recreação terapêutica é um instrumento de intervenção utilizado como forma da criança construir estratégias de enfrentamento em relação à doença, hospitalização, comunicação e resolução de conflitos. Através do brincar, a criança pode se expressar melhor, assim como demonstrar os seus sentimentos e resgatar a si mesma (FORTUNA, 2007).

O lúdico apresenta-se como uma estratégia que pode minimizar os desconfortos ocasionados pela internação e auxiliar no enfrentamento da doença, além de se constituir como recurso facilitador da intervenção de enfermagem, devendo ser incorporado como uma face do cuidar de crianças com câncer (LIMA; SANTOS, 2015).

Estudos revelam o lúdico como uma medida terapêutica, que promove a continuidade do desenvolvimento infantil e possibilita o restabelecimento físico e emocional, por tornar a hospitalização menos traumatizante. O brincar ainda reduz tensão, raiva, frustração, conflito e ansiedade, e funciona como atividade-meio entre a criança e o profissional, pois facilita a se atingir os objetivos anteriormente estabelecidos (BRITO et al., 2009).

Assim, ao perceber a importância das atividades lúdicas durante a hospitalização com vistas ao desenvolvimento da criança e à humanização das relações existentes na instituição, questiona-se: como os profissionais percebem o desenvolvimento de atividades lúdicas no ambiente hospitalar? Diante disso, o presente estudo tem como objetivo compreender a percepção dos profissionais acerca da recreação terapêutica no ambiente hospitalar.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, o qual faz parte dos resultados de um projeto de pesquisa “Recreação Terapêutica”, realizado no Hospital Universitário Júlio Bandeira – HUJB/UFCG, na cidade de Cajazeiras-PB. O HUJB é um hospital pediátrico, de médio porte com atendimento à população infantil, e faz dos hospitais Universitários da Rede Federal de Ensino, que beneficia 17 municípios do alto Sertão Paraibano.

Os participantes da pesquisa foram profissionais de diferentes categorias do HUJB. Utilizou-se como critério de inclusão: fazer parte do quadro de funcionários do HUJB e ter presenciado ou participado de uma ou mais atividades desenvolvidas pelo projeto à crianças internadas, em sua experiência profissional. E o critério de exclusão correspondia a: profissionais do HUJB que estavam a menos de um mês no serviço, os quais não acompanharam o desenvolvimento do projeto.

Para coleta de dados foi utilizada uma entrevista semiestruturada realizada entre os meses de março a maio de 2014, com 21 profissionais do HUJB. Para analisar as falas dos participantes, foi utilizado o Discurso do Sujeito Coletivo – DSC. Essa técnica torna mais clara uma dada representação social e o conjunto das representações que confirmam um dado imaginário. Por meio desse discurso, é possível visualizar bem mais a representação social na medida em que aparece, não sob a forma mais viva de um discurso, mas no modo como os indivíduos reais pensam. Assim, os procedimentos para a análise envolveram: a seleção das expressões-chave de cada discurso em particular, a identificação da ideia central de cada uma delas, que é a síntese do conteúdo dessas expressões, a reunião das expressões-chave referentes às ideias centrais semelhantes ou complementares, em um discurso-síntese, que é o discurso do sujeito coletivo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2006).

Para atender as questões éticas, inicialmente o projeto foi apresentado à gerência de ensino e pesquisa do HUJB a fim de obtermos a Autorização Institucional. Após aprovação institucional, o projeto será cadastrado na Plataforma Brasil para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC, sendo aprovado pelo parecer nº 555.263, cumprindo todas as exigências formais dispostas na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/MS que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).



Em seguida aprovação da pesquisa pelo CEP; a pesquisadora dirigiu-se aos participantes, que foram orientados sobre os objetivos da pesquisa, possibilidades de desistência, obedecendo ao princípio da não maleficência, esclarecendo todas as dúvidas e a entrevista será realizada após a concordância dos mesmos e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, ficando uma com o entrevistado e a outra, anexada aos dados da pesquisa.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo, atendendo os critérios de elegibilidade e contribuindo, assim, com as entrevistas, 16 profissionais da categoria de enfermagem, 01 assistente social e 04 médicos. A idade variou entre 25 a 41 anos de idade.

Levando-se em consideração a faixa etária, predomina em público jovem, e isso pode ser atribuído ao fato de que os jovens em sua maioria, com certo vigor para a realização de tarefas e ideias novas, para assim transmitir a atualização profissional, não deixando de levar em consideração a importância da experiência profissional, vivenciada para lidar com situações que surjam (PAVÃO et al., 2015).

Quanto ao tempo de experiência profissional, variou entre o tempo inferior a 1 ano até mais de 10 anos de experiência no ambiente hospitalar.

#### 3.2 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS ACERCA DA RELAÇÃO EXISTENTE ENTRE AS ATIVIDADES LÚDICAS E OS ASPECTOS EMOCIONAIS DA CRIANÇA

Foi questionado aos profissionais do HUJB se os mesmos percebiam que durante o desenvolvimento das atividades lúdicas, havia uma melhora no quadro emocional das crianças, e pode-se perceber que todos os entrevistados observaram mudanças positivas no estado emocional das crianças e adolescentes aos quais foram submetidos a algum tipo de atividade por recreação terapêutica. Isso pode ser observado no discurso abaixo:

**DSC I-** *Notável a mudança no sentido de melhorar a autoestima do paciente e favorecer o bem estar enquanto este encontra-se internado contribuindo para redução dos seus dias*

*de internamento. É certo que nem toda criança fica bem em um ambiente diferente, e deixando ela brincar fica mais fácil a aceitação do ambiente. Certamente, interagir com a criança, falar sua língua o faz com que ele se sinta mais segura e menos tensa. As atividades mudam o comportamento emocional das crianças. Interagir com as crianças e proporcionar alguns brinquedos e brincadeiras, facilita porque ajuda a criança a ter confiança, melhora o estado emocional do paciente e da acompanhante e isso ajuda muito na evolução. Sim, ajuda na melhora da criança e recuperação da patologia.*

Estudos apontam a importância de preparar a criança para a realização de procedimentos cirúrgicos e dolorosos através do brincar, desenhar e contar histórias. O brinquedo de dramatização e o brinquedo terapêutico servem para a criança, exteriorizar seus conflitos. Com tais informações a enfermeira pode reforçar ou corrigir as percepções da criança e auxiliá-la a dominar a experiência de se submeter a um procedimento estressante (PINTO; RIBEIRO; SILVA, 2005).

A atividade recreacional é parte importante do processo terapêutico da criança hospitalizada, mas é verbal e não verbal das emoções, preocupações e percepções em relação à experiência vivenciada também, parte essencial na construção, mais especificamente, na reconstrução de sua identidade. (FRANCARINI et al., 2008).

Do ponto de vista da criança ele promove o desenvolvimento físico, psicológico, social e moral; ajuda-a perceber o que ocorre consigo, libera temores, raiva, frustração e ansiedade. Ajuda a criança, ainda, a revelar seus pensamentos e sentimentos, promovendo satisfação, diversão e espontaneidade. Assim, brincando ele exercita suas potencialidades.

### 3.3 O BRINCAR DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

Ao serem indagados de como eles percebiam a brincadeira e a recreação terapêutica no processo de hospitalização das crianças e adolescentes, os participantes da pesquisa afirmaram, no DSC-II, que essa é uma experiência maravilhosa, que muito contribuem para a recuperação das crianças e mostraram a satisfação diante do projeto. Observa-se na fala abaixo:

**DSC II-** *O brincar contribui para um melhor enfrentamento da hospitalização. Entendo que é uma maneira de ficarmos mais próximos e conquistar a confiança do paciente e assim prestar uma melhor assistência. Sim, ajuda a enfermagem a ter um papel importante na sua recuperação.*

Pereira (2004), ressalta que “brincar é indispensável à saúde física, emocional e intelectual da criança, contribuindo, no futuro, para a eficiência e equilíbrio adulto”.

Durante a interação na brinquedoteca, as crianças tiveram a oportunidade de fazerem novas amizades, respeitando cada indivíduo e aprendendo a trabalhar em equipe, sendo um momento de socialização. Portanto, a brinquedoteca surge com a intenção de incentivar, motivar e estimular as crianças hospitalizadas, dando a elas a oportunidade de explorarem sua imaginação, desenvolverem suas emoções e direcionando seus pensamentos e ideias.

No ambiente hospitalar, a recreação terapêutica é utilizada para diminuir o impacto da internação e proporcionar a criança um ambiente que se aproxime com seu lar, trazendo-lhes conforto, segurança e colaborando para os enfrentamentos das adversidades.

Mesmo reconhecendo-se a importância do brincar para o desenvolvimento da criança hospitalizada, percebemos que a sistemática na assistência hospitalar ainda não é uma realidade em muitas instituições. A Lei Federal nº 11.104 de 21 de março de 2005, dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas, nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação.

Os profissionais relataram exercer ações que visam garantir o lazer das crianças hospitalizadas, tendo em vista que a criança é retirada de seu ambiente cotidiano para um ambiente em que não está habituado, podendo gerar estresse e retardar o tratamento. O brincar tem sido utilizado na assistência com a criança como um alívio das tensões, também como uma ferramenta de comunicação onde os profissionais de enfermagem podem utilizar para dar explicações, assim como receber informações da criança sobre o que ela acredita que está vivenciando durante a hospitalização, para desta forma, traçar metas para a assistência de enfermagem.

### 3.4 ATIVIDADES TERAPÊUTICAS E HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

Foi questionado aos profissionais percebem que a realização de atividades terapêuticas contribuem para a humanização da assistência e verificou-se que todos relatam que as atividades tornam o ambiente mais leve, agradável e divertido. Vejamos o discurso:

**DSC III** - *Promover a humanização, deve proporcionar ambiente agradável aos usuários para que isso reflita no processo de recuperação dos mesmos. Tem papel importante por poder proporcionar um momento divertido diante a situação que é a doença que se encontra a criança. O hospital deve disponibilizar destes meios, bem como, oferecer espaço físico adequado para realização das atividades. É fazer com que os pacientes sintam-se mais à vontade e interagir com a equipe. Participar e incentivar atividades como essas, que possibilitem a melhora do paciente internado. É de grande importância a participação do hospital e de todos os funcionários que fazem parte de casa promover a saúde física, emocional e patológica.*

O brincar no hospital surge como uma maneira que a criança encontra de resgatar as brincadeiras, que realizava em casa e na rua; expressar e desenvolver habilidades psicomotoras; resgatar sentimentos mais íntimos; vivenciar momentos alegres e prazerosos. Levando em consideração o processo da internação, sabemos que ele pode gerar impactos devastadores na vida de qualquer ser humano tornando-se importante a criação de estratégias terapêuticas a fim de promover o bem estar e atender às dimensões físicas, psíquicas, culturais, espirituais, sociais e intelectuais, favorecendo a expressão do paciente e possibilitando a humanização e valorização do sujeito inserido no contexto hospitalar (SCHWARTZ, 2005).

Segundo Motta, Enumo (2004), entre os possíveis recursos utilizados como forma de humanização no ambiente hospitalar pediátrico, encontra-se o brincar. Essa estratégia ajuda a criança a enfrentar condições estressantes durante a hospitalização e possibilita o reconhecimento do paciente infantil como um ser em sofrimento, merecedor de cuidados não apenas físicos como também de caráter psicológico, procurando promover a sua melhora, seu bem estar e valorizando o sujeito enquanto pessoa e não apenas em relação à sua doença.

Biz (2003) a este respeito acrescenta que o brinquedo representa uma nova abordagem ao cuidado à criança, tendo em vista que o hospital aparece como um ambiente hostil. Oliveira, Dias, Roazzi (2003) observam na equipe de saúde, um certo despreparo em lidar com os sentimentos que são demonstrados pela própria situação de dor, sofrimento, agressividade, o que, na maioria das vezes, leva a inadequabilidade nas formas de se tratar a criança.

Esse despreparo que os autores tanto falam, às vezes, se prende à falta de identidade e à sensibilidade dos profissionais em lidar com as crianças, por isso, a importância da humanização estar interligada com qualquer assunto que envolva o próximo.

## 4. CONCLUSÃO

De acordo com os achados desse estudo, os profissionais do hospital percebem que as atividades lúdicas desenvolvidas melhoram o estado emocional das crianças, proporcionam diversão, sentimentos de alegria, distração e interação com outras pessoas, elementos essenciais no processo de cuidar que favorecem seu bem estar e reduzem os desconfortos provenientes da hospitalização.

## 5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>.

BRITO, T.R.P.; RESCK, Z.M.R.; MOREIRA, D.S.; MARQUES, S.M. Práticas lúdicas no cotidiano de enfermagem pediátrica. Escola Anna Nery. **Revista de enfermagem**, 2009.

CEOLIN, R.; ROSA, R.C.L.; ARGENTA, C. Desenvolvendo atividades lúdicas com crianças hospitalizadas em uma unidade pediátrica. **Revista de Enfermagem**, v.6-7, n.6-7, p.283 - 290, 2010-2011.

COSTA, T.S.; MORAIS, A.C. A hospitalização infantil: vivência de crianças a partir de representações gráficas **Rev enferm UFPE**, v.11, supl.1, p.358-67, 2017.

FORTUNA, T.R. **Brincar, viver e aprender: Educação e Ludicidade no hospital**. In: In: VIEGAS, Dráuzio. (org.). Brinquedoteca hospitalar: Isto é humanização. Rio de Janeiro: WAK, 2007, p.37.

FRANCARINI, G.M.; ZILIOI, D.; SILVA, P.R.F.; SANT'ANA, R.P.M.; LIMA, R.A.G. Prescrição do dia: infusão de alegria. Utilizando a arte como instrumento na assistência à criança hospitalizada. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.6, n.5, p.27-33, 1998.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.N.C. O sujeito que fala. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.10, n.20, p.517-24, 2006.

LIMA, K.Y.N.; SANTOS, V.E.P. O lúdico como estratégia no cuidado à criança com câncer. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.36, n.2, p.76-81, 2015.

MEDEIROS, C.M.L.; LACERDA, O.R.M.; SOUZA, I.L.B.; LUCENA, A.L.R.; MARQUES, D.K.A. O lúdico no enfrentamento da hospitalização: percepção da família. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, v.11, n.2, p.116-30, 2013.

MELO, W.A.; MARCON, S.S.; UCHIMURA, T.T. A hospitalização de crianças na perspectiva de seus acompanhantes. **Rev. enferm.**, v.18, n.4, p.565-71, 2010.

PAVÃO, S.M.O.; FIORIN, B.P.A.; SILUK, A.C.P.; BREITENBACH, F.V. **Aprendizagem e acessibilidade: travessias do aprender na universidade**. 1. ed. – Santa Maria : UFSM, Pró-Reitoria de extensão.

MOTTA, A.B.; ENUMO, S.R.F. Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. **Psicol Estud.**, v.9, n.1, p.19-28, 2004.

OLIVEIRA, S.S.G.; DIAS, M.G.B.B.; ROAZZI, A. O lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas. **PsicolReflex Crit.**, v.16, n.1, p.1-13, 2003.

PEREIRA, T.S. Famílias possíveis: novos paradigmas na convivência familiar. In: - PEREIRA, Rodrigo da Cunha. (coord.). **Afeto, Ética Família e o Novo Código Civil, Belo Horizonte: Del Rey**, 2004. p.633 – 656, 685p.

PINTO, J.P.; RIBEIRO, C.A.; SILVA C.V. Procurando manter o equilíbrio para atender suas demandas e cuidar da criança hospitalizada: a experiência da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.13, n.6, p.974-81, 2005.



## VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA E OU ADOLESCÊNCIA – IMPACTOS NA SAÚDE DA MULHER ADULTA E CLIMATÉRICA

**Sandra Dircinha Teixeira Araújo Moraes<sup>1;4;5</sup>, Eli Mendes Moraes<sup>5</sup>, Angela Maggio Fonseca<sup>3;5</sup>, Vicente Bagnoli<sup>3</sup>, Jose Maria Soares Jr<sup>2</sup>, Alzira Ciampolini Leal<sup>2;5</sup>, Thalita Sabbadini Caponi<sup>4;5</sup> e Edmund C. Baracat<sup>2</sup>**

1. Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza-FSP/USP- Ambulatório Saúde da Mulher, São Paulo, São Paulo, Brasil;
2. Faculdade de Medicina da USP - Ambulatório de Ginecologia Endócrina do Hospital das Clínicas, São Paulo, São Paulo, Brasil;
3. Casa do Adolescente de Heliópolis. Programa Estadual do Adolescente, São Paulo, São Paulo, Brasil;
4. Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia de Osasco do Hospital e Maternidade Amador Aguiar, Osasco, São Paulo, Brasil;
5. Núcleo de Estudos sobre Violência e Humanização dos Serviços (NEVHAS), São Paulo, São Paulo, Brasil.

### RESUMO

As violências doméstica e sexual ocorridas na fase da infância e adolescência implicam em maior ocorrência e significância de comorbidades na mulher adulta e ou climatérica. O objetivo desta pesquisa foi avaliar os impactos na saúde da mulher adulta e na fase do climatério que sofreu violência doméstica e/ou sexual na fase de desenvolvimento (criança e adolescência). Método- Trata-se de um estudo transversal, quali-quantitativo, amostra de 265 mulheres climatéricas (entre 40 e 65 anos de idade) que demandaram um ambulatório público de um hospital de ensino de SP-Capital e haviam sofrido violência doméstica e ou sexual na fase da infância e adolescência (grupo 1), e aquelas que continuaram a sofrer estas violências na fase adulta (grupo 2). Resultados- Mulheres que sofreram violência somente na fase da infância e adolescência, 15,7% da amostra; sofreram na fase de desenvolvimento e 46,1% continuaram sofrendo violências na fase adulta. Portanto, 71,8%, quando na fase de desenvolvimento, experimentaram violência. Referente às médias das variáveis: faixa etária- a menarca ocorreu aos 12,7 anos de idade; primeira relação sexual voluntária com 20,9 anos e 46 anos a menopausa. Mulheres que sofreram violência sexual na infância e ou adolescência apresentam sobrepeso/obesidade leve, menor estatura que a média nacional das mulheres brasileiras, idade da menopausa antecipada; as que sofreram violência física a menarca antecipada ficou próximo do limite para definição de estatisticamente significativo. Foram estatisticamente significativas as associações violências sexual e psicológica e somente violência sexual com depressão, fibromialgia, e aborto espontâneo. Aquelas que sofreram violências na fase de desenvolvimento e que continuaram sofrer na fase adulta evidenciou resultados significativo ( $p=0,042$ ). Conclusão: mulheres que sofreram violência na infância e ou adolescência apresentam sobrepeso/obesidade leve, menor estatura, menopausa em idade aquém da média nacional, idade da menarca e violência física próximo do limite para definição de estatisticamente significativo.

**Palavras-chave:** Violência na Infância e Adolescência, Violência Sexual, Violência Doméstica, Menarca e Climatério.

## ABSTRAT

Domestic and sexual violence occurred in the childhood and adolescence phase, which implied a major and significant comorbidity in adult and climacteric women. The objective was to evaluate the effects on the health of the adult woman and in the climacteric phase of domestic and / or sexual violence in a phase of development (child and adolescence). **METHOD-**This is a cross-sectional, qualitative and quantitative study of a sample of 265 climacteric women (between 40 and 65 years of age) who demanded a public outpatient clinic of a SP-Capital teaching hospital and suffered domestic violence and / or sexual in the phase of childhood and adolescence (group 1), and those that continued to be developed in childhood and adolescence (group 2) .Related: women who suffered childhood in childhood and adolescence, 15.7% of the sample; and 46.1% continued to experience violence in adulthood. Therefore, 71.8%, when a development phase, experienced violence. To refer to the means of the variables: the age-to-menarche interval occurred at 12.7 years of age; first voluntary sexual intercourse with 20.9 years and 46 years the menopause. Women who have suffered sexual violence in childhood and adolescence are overweight / lightweight obese, shorter than the national average of Brazilian women, early menopause age; Violence physical violence signifies a significant statistical significance on sexual and psychological violence and carries sexual violence with depression, fibromyalgia, and spontaneous abortion. Those that suffered violence in the development phase and that continued in the adult phase showed significant results ( $p = 0.042$ ). **Conclusion:** women who suffered violence in childhood and adolescence over obesity / light obesity, lower stature, menopause in the national average age, menarche age and the male lolus near the limit for the definition of statistically significant.

**Keywords:** Violence in Childhood and Adolescence, Sexual Violence, Domestic Violence, Menarche and Climacteric.

## 1. INTRODUÇÃO

A violência contra crianças e adolescentes é um dos grandes problemas sociais e sanitários em nível mundial, ocorre em diferentes povos e culturas, e tem caráter permanente do ponto de vista epidemiológico e, portanto, com consequências futuras (KRUG, 2002; ALLSWORTH et al., 2004). Um estudo semelhante e que atualiza a pesquisa de Krug é o de Silvia et al. (2019), onde foram entrevistadas mulheres durante gravidez, no pós-parto e de seis a nove anos após o parto, que tiveram que responder perguntas sobre sua experiência de Violência por Parceiro Íntimo (VPI) e como a exposição de seus filhos à violência os influenciou. O Questionário sobre Pontos Fortes e Dificuldades (SDQ) foi completado pela mãe e professora da criança. Com isso, iniciou-se um acompanhamento de dez casos para avaliar o perfil comportamental da criança na idade escolar desde o princípio da exposição do menor a violência. Tal avaliação resultou em dados estatísticos significativos, que apontam que 60,6% de 614 crianças haviam sido expostas à VPI, os



tipos mais comuns de exposição foram durante o "pré-natal", onde as crianças foram ouvintes ou testemunhas oculares e 10,0% das crianças estavam física ou verbalmente envolvidas com VPI. As mães relataram grandes escalas de Dificuldades Totais do SDQ em 71,7% de todas as crianças expostas à VPI e professores em 59,8%. A análise de regressão logística multivariada demonstrou que o período de um a dois anos tem associação mais forte com as dificuldades comportamentais quando há exposição à VPI. A partir desses dados, concluiu-se que as crianças pequenas tem mais sensibilidade à idade da primeira exposição à VPI e ao tipo de VPI. Para que haja a redução a VPI é necessário intervir nas mulheres vulneráveis de comunidades urbanas pobres durante a gravidez e nos dois primeiros anos de vida da criança.

A violência é um dos maiores desafios impostos às autoridades de saúde pública no Brasil e no mundo, pois diariamente crianças e mulheres sofrem agressão física, sexual, psicológica e econômica, que resulta, em parte, da condição subordinada ainda vivida pela mulher na sociedade (MORAES, 2011; OLIVEIRA, 2015).

Estudos ignoram os aspectos dimensionais desses eventos traumáticos (DURRANT; FINKELHOR, 2006). Entre esses estão sua frequência, severidade ou duração que podem exercer um papel crucial tanto no impacto psicológico como no físico da pessoa vitimada (WOLFE, 2003). As violências doméstica e sexual ocorridas na fase da infância e adolescência implicam em maior ocorrência e significância de Comorbidades na mulher adulta e climatérica se comparado com o grupo controle, acarretando maior uso dos diversos serviços de saúde por parte destas mulheres (MOARES, 2012). O estudo de Thurston, R.C. et al. (2008), testou a hipótese de que mulheres expostas a abuso ou negligência na primeira fase de desenvolvimento, teriam uma maior probabilidade de relatar ondas de calor e sudorese noturna durante a transição da menopausa. Com uma investigação prospectiva de 332 mulheres em transição durante a menopausa, que aceitaram participar da pesquisa elaborada pelo Nation Mental Health Study, o estudo em questão concluiu através do Child Trauma Questionnaire que o abuso na infância e a negligência ocasionam sintomas vasomotores (quaisquer / nenhuma ondas de calor, suores noturnos) que foram reportados anualmente ao longo de oito anos. Portanto, segundo a pesquisa "Childhood abuse or neglect is associated with increased vasomotor symptom reporting among midlife women" de Thurston, R.C. et al. (2008) afirma que as sequelas dos abusos e negligências contra mulheres durante a infância podem persistir até

a fase adulta e influenciar direta ou indiretamente a ocorrência de sintomas vasomotores na meia-idade.

As principais formas de abuso na fase de crescimento e desenvolvimento são negligência, abuso físico, abuso sexual e abuso emocional. Essas formas de abuso podem ocorrer isoladamente ou em qualquer combinação. O abuso físico é responsável por aproximadamente 20% das principais formas de abuso infantil Moraes, (2012). Borges Platt, V. et al. (2016) ocorrendo com mais frequência em bebês não ambulantes e pessoas totalmente dependentes. Na Inglaterra aproximadamente 4-16% das crianças são abusadas anualmente. Embora o abuso seja mais comum em famílias carentes e de classe social baixa, muitas vezes com histórico de abuso de substâncias e tendo sido vítimas de abuso físico em suas próprias infâncias, ocorre em todos os estratos da sociedade e em todos os grupos étnicos.

Analisando dados quantitativos e qualitativos de 40 países, o levantamento realizado pelo “Out of the Shadows Index” da Revista The Economist Intelligence Unit, (2019) apoiado pelas fundações World Childhood e Oak, mostra que os dez países melhor colocados em um ranking de combate a abuso sexual infantil e exploração, segundo a metodologia do relatório estão entre os mais ricos do mundo. No entanto, apenas três deles (Reino Unido, Suécia e Canadá) têm uma pontuação acima de 75 - em uma escala que chega a 100 pontos.

Dos 40 países avaliados, o Brasil é o 11º melhor colocado, com 62,4 pontos. Nesta pontuação geral, ele está acima da média do grupo: 55,4 pontos. O documento destaca o aparato legal do país na proteção às crianças, assim como o engajamento do setor privado, da sociedade civil e da mídia no tema.

Portanto o objetivo deste estudo é avaliar os impactos na saúde da mulher adulta e também naquelas na fase do climatério, que sofreu violência doméstica e/ou sexual na fase da infância e ou adolescência.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo transversal, de abordagem quali-quantitativo, retrospectivo, com amostra de 265 mulheres climatéricas (entre 40 e 65 anos de idade) que demandaram um ambulatório público de um hospital de ensino na cidade de São Paulo, Capital, e que haviam sofrido

violência doméstica e ou sexual na fase da infância e adolescência (grupo um), e no grupo dois aquelas que continuaram a sofrer estas violências na fase adulta.

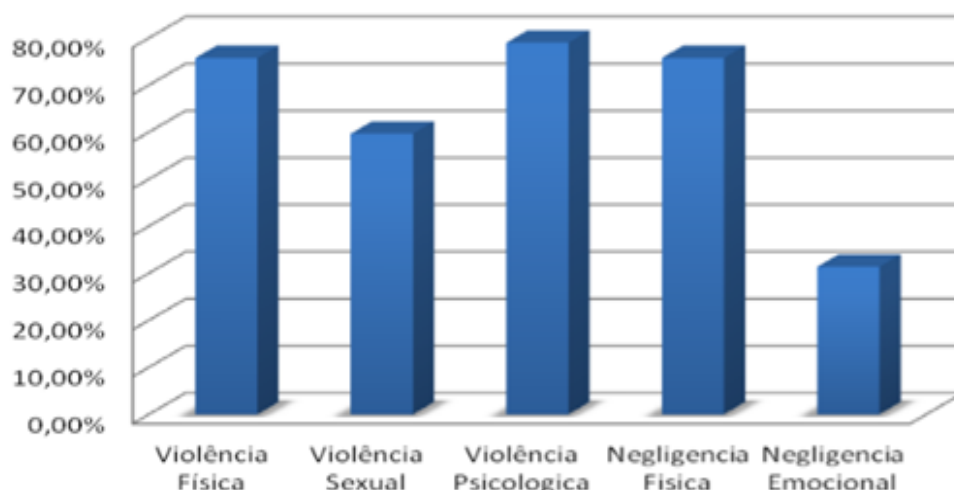
Para coleta de dados utilizou-se um questionário validado, semi estruturado, com perguntas abertas e fechadas de Moraes e Fonseca, (2011). As pacientes foram abordadas no próprio ambulatório, onde se informou o objetivo e a duração aproximada da aplicação da ferramenta de pesquisa. A participação foi voluntária na pesquisa, garantindo-lhes anonimato e sigilo. Havendo concordância em participar do estudo, o questionário foi realizado em ambiente tranquilo e acolhedor.

Realizou-se o teste de Mann Whitney para análise das variáveis: idade; peso; altura; Índice de Massa Corpórea (IMC), Pressão arterial (PA) sistólica, PA diastólica; idades da menarca, primeira relação sexual e idade da menopausa, de acordo com cada tipo de violência sofrida. Foi calculado o teste qui-quadrado em relação às variáveis: antecedentes pessoais (doenças diagnosticada e tratada há mais de 12 meses), doenças atuais (diagnosticada nos últimos 12 meses), faixa etária, medicações, raça/cor, tabagismo, fase em que sofreu violência, abortamento, se procurou o serviço de saúde na fase da violência, agente da violência, tipos de violência sofrida e suas opiniões sobre as ações dos profissionais de saúde referente ao enfrentamento destas violências. Os dados qualitativos foram tratados segundo metodologia de Bardin, 2011.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÕES**

#### **3.1 RESULTADOS**

Observou-se que 15,7%, das mulheres que participaram do estudo (Figura 1), sofreram violência somente na fase da infância e adolescência. E 46,1%, sofreram violência na fase de desenvolvimento e continuaram sofrendo na fase adulta. Portanto, 71,8%, quando na fase de desenvolvimento, experimentaram violência.



**Figura 1.** Tipo de violência sofrida. N=265.

Referente às médias das variáveis: faixa etária- a menarca ocorreu aos 12,7 anos de idade; primeira relação sexual voluntária com 20,9 anos e 46,0 anos a menopausa. A média da altura 1,55cm, sendo que a média da mulher brasileira é de 1,60m e IMC 28,95. Muitas mulheres não procuraram assistência por medo, vergonha e não acreditarem que alguém pudesse ajuda-las.

Com o teste de Mann Whitney destacam-se os resultados estatisticamente significativos entre peso da criança/adolescente e ter sofrido violência sexual ( $p=0,022$ ) e idade da menarca e violências sexual e psicológica ( $p=0,040$ ), ter sofrido violência sexual e apresentar depressão de difícil tratamento, fibromialgia, e aborto espontâneo.

Aquelas que sofreram violências na fase de desenvolvimento e que continuaram a sofrer na fase adulta foram significativas ( $p=0,042$ ), a idade da menarca e violência física ( $p=0,069$ ); próximo do limite ( $<0,05$ ) para definição de estatisticamente significativo, o que pode sugerir um aprofundamento nos estudos relacionados a essa questão.

Valores da estatística U e P segundo idade, peso, altura, IMC, Pressão arterial (PA) Sistólica e Diastólica, Idade da menarca, Idade da primeira relação sexual, Idade da menopausa, de acordo com cada tipo de violência avaliada na fase adulta (Figura 2).

| Variáveis               | Estatísticas | Todas  | Físicas | Física e psicológica | Psicológica | Sexual | Sexual e Física | Sexual e Psicológica |
|-------------------------|--------------|--------|---------|----------------------|-------------|--------|-----------------|----------------------|
| Idade                   | U            | 1329,5 | 1066    | 1911,5               | 1067,5      | 514,5  | 550             | 613                  |
|                         | P            | 0,46   | 0,335   | 0,719                | 0,496       | 0,302  | 0,459           | 0,824                |
| Peso                    | U            | 1285,5 | 1100,5  | 1876                 | 1037        | 352,5  | 571,5           | 521                  |
|                         | P            | 0,463  | 0,759   | 0,908                | 0,681       | 0,022  | 0,653           | 0,382                |
| Altura                  | U            | 1382   | 981     | 1894                 | 950         | 468    | 454             | 587                  |
|                         | P            | 0,845  | 0,294   | 0,977                | 0,335       | 0,186  | 0,15            | 0,749                |
| IMC                     | U            | 1232,5 | 1024,5  | 1718,5               | 1007,5      | 453    | 472             | 523                  |
|                         | P            | 0,303  | 0,437   | 0,382                | 0,55        | 0,148  | 0,199           | 0,391                |
| PA Sistólica            | U            | 864    | 828     | 1604,5               | 1024,5      | 433,5  | 561             | 528,5                |
|                         | P            | 0,056  | 0,163   | 0,581                | 0,941       | 0,163  | 0,796           | 0,584                |
| PA Diastólica           | U            | 904    | 957,5   | 1670,5               | 984         | 484,5  | 531             | 582,5                |
|                         | P            | 0,096  | 0,599   | 0,836                | 0,728       | 0,346  | 0,598           | 0,947                |
| Idade Menarca           | U            | 1322,5 | 885,5   | 1699,5               | 877         | 371    | 508             | 536,5                |
|                         | P            | 0,748  | 0,132   | 0,66                 | 0,198       | 0,096  | 0,375           | 0,523                |
| Idade 1ª Relação sexual | U            | 1336   | 942,5   | 1576                 | 848,5       | 394    | 505             | 540                  |
|                         | P            | 0,986  | 0,494   | 0,605                | 0,19        | 0,175  | 0,426           | 0,627                |
| Idade menopausa         | U            | 1096,5 | 942     | 1441                 | 995,5       | 512    | 520             | 310                  |
|                         | P            | 0,76   | 0,834   | 0,218                | 0,666       | 0,538  | 0,951           | 0,04                 |

**Figura 2.** Tipos de violência sofridos na fase adulta.

Mulheres submetidas à violência na infância e adolescência (58,1%), apresentaram em média 5,1 afecções; 4,6 comorbidades aquelas que sofreram violência somente durante a idade adulta. Houve associações significativas entre sofrer qualquer tipo de violência em todas as fases de suas vidas, violência sexual em qualquer fase de suas vidas e um Índice Menopausal de Kupperman-IMK categorizado como grave.

### 3.2 DISCUSSÃO

Nosso trabalho mostrou que mulheres que sofreram violência na fase de desenvolvimento apresentaram mais comorbidades na fase climatérica que o grupo controle, evidenciando que se não houver intervenção multidisciplinar adequada, somente o tempo, não cura todas as feridas e sequelas. Apresentou resultados semelhantes a um estudo canadense de Tracie et al. (2017) que apontou que o abuso infantil está relacionado a desfechos de saúde precária na mulher adulta.

Nossos achados, também foram semelhantes aos estudos de Sigurdardottir, S. e Halldorsdottir, S. (2013), demonstrando que mulheres que sofreram violência na infância

e/ou adolescência apresentaram uma saúde deficiente nas fases adulta e climatérica. Todas as mulheres descreveram grande sofrimento silencioso e reprimido em todos os aspectos da vida, e em muitas delas o abuso, na fase da pesquisa, entre 40 a 65 anos de idade, ainda lhes afeta seriamente. Spanking alega que mulheres que foram vítimas de abuso na infância e/ou adolescência, na fase adulta, geralmente, apresentam depressão, tentativas de suicídio, consumo moderado a grave de drogas ilícitas.

Ainda é possível relacionar esta pesquisa com o estudo de Thurston, R.C. et al. (2008), onde ele afirma que as sequelas dos traumas físicos e/ou psicológicos de um abuso ou negligência vividos por uma mulher, enquanto criança e/ou adolescente, podem prosseguir até a idade adulta, refletindo diretamente na menopausa, tornando uma mudança/transição; rito de passagem ainda mais complicado.

## 4. CONCLUSÃO

As violências doméstica e sexual ocorridas na fase da infância e adolescência implicam em maior ocorrência e significância de comorbidades na mulher adulta e climatérica. Mulheres que sofreram violência na infância e/ou adolescência apresentaram obesidade leve, menor estatura que a média nacional das mulheres e menopausa antecipada.

Somente o tempo não cura todas as feridas. A maioria das mulheres descreveu um sofrimento calado em todos os aspectos da vida, o abuso ainda afeta seriamente a vítima em todos os ciclos da vida. Referiram que a interferência satisfatória do profissional de saúde em janelas de oportunidade é imprescindível na ruptura do processo da violência pois se eles proporcionado abertura referentes à violência que estavam sofrendo, muito provavelmente elas teriam falado e solicitado ajuda.

A busca por compreender a relação de traumas/violências ocorridas ao longo da vida e a gênese/agravação de determinadas comorbidades, pode auxiliar no direcionamento da formação, tanto inicial quanto continuada, das diversas categorias/especialidades de profissionais que interagem no atendimento à mulher em qualquer fase da vida (MORAES, 2009, 2011) visando quebra precoce do ciclo da violência e consequentes melhorias na saúde pública.

## 5. REFERÊNCIAS

AFIFIA, T.O.; FORDB, D.; GERSHOFFC, E.T.; MERRICKD, M.; GROGAN-KAYLORE, A.; PORTS, K.A.; MACMILLANG, H.L.; HOLDENH, G.W.; TAYLORI, C.A.; LEE, S.J.; PETERS, R. Spanking and adult mental health impairment: The case forth designation of spanking as an adverse childhood experience. **Child Abuse & Neglect.**, 2017.

ALLSWORTH, J.E.; ZIERLER, S., LAPANE, K.L.; KRIGER, N.; HOGAN, J.W.; HARLOW, B.L. Longitudinal study of the inception of perimenopause in relation to lifetime history of sexual or physical violence. **J Epidemiol Community Health.**, v.58, n.11, p.938-43, 2004.

BORGES PLATT, V.; BACK CARLOS, I.; BARBIERI HAUSCHILD, D.; GUEDERT, J.M. Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. **Revista Ciência e Saúde Coletiva.**, 2016.

EPPERSON, C.N.; SAMMEL, M.D.; BALE, T.L.; KIM, D.R.; CONLIN, S.; SCALICE, S.; FREEMAN, K.; FREEMAN, E.W. Adverse Childhood Experiences and Risk for First-Episode Major Depression During the Menopause Transition. **J Clin Psychiatry.**, v.78, n.3, p.298-307, 2017.

FINKELHOR D.; ORMROD, R.K.; TURNER, H.A. **Re-victimization patterns in a national longitudinal sample of children and youth.** Crimes against Children Res.

KRUG, E.G.; DAHLBERG, L.L.; MERCY, J.A.; ZWI, A.B.; LOZANO, R. **World report on violence and health.** Geneva: World Health Organization., 2002.

MEDRANO, M.A.; BRZYSKI, R.G.; BERNSTEIN, D.P.; ROSS, J.R.; HYATT-SANTOS, J.M. Childhood abuse and neglect histories in low-income women: prevalence in a menopausal population. **Menopause.**, v.11, n.2, p.208-13, 2004.

MORAES, S.D.T.A.; FONSECA, A.M.F.; BAGNOLI, V.R.; SOARES JR, J.M.; MORAES, E.M.; NEVES, E.M.; ROSA, M.A.; PORTELLA, C.F.S.; BARACAT, E.C. Impact of domestic and sexual violence on women's health. **Journal of Human Growth and Development.**, v.22, n.2, p.253-258, 2012.

MORAES, S.D.T.A.; FONSECA, A.M.F.; SOARES JR, J.M BAGNOLI, V.R.; ARIE,W.M.Y.; BARACAT, E.C. Constrution and validation of an instrument that breaks the silences: the Impact of domestic and sexual violence on women's health, as shownduring climatericum. **Menopause**, v.1, p75, 2012.

OLIVEIRA, E.N.; VASCONSELOS, M.C.; ELOIA, S.C.; ELOIA, S.M.C.; LIMA, D.S.; LOPES, M.V.O.; NETO, F.R.G.X. Violence during childhood and adolescence: characteristics of a town in Northeast Brazil. **Adolescência e Saúde**, v.12, n.4, p.76-85, 2015.

SANTOS, F.M. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. Resenha de: [BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.] **Revista Eletrônica de Educação**, v.6, n.1, p.383-387, 2012.

SANTOS PAIS, M. "Out of the Shadows Index" da **Revista The Economist Intelligence Unit**, 2019.

SIGURDARDOTTIR, S.; HALLDORSDDOTTIS, S. Repressed and silent suffering: consequences of childhood sexual abuse for women's health and well-being. **Scand J Caring Sci**, v.27, n.2, p.422-32, 2013.

SILVA, E.P.; LUDEMIR, A.B.; LIMA, M.C.; EICKMANN, S.H.; EDMON. Mental health of children exposed to intimate partner violence against their mother: A longitudinal study from Brazil. **Child Abuse Negl**, 2019.

THURSTON, R.C.; BROMBERGER, J.; CHANG, Y.; GOLDBACHER, E.; BROWN, C.; CYRANOWSKI, J.M.; MATTHEWS, K.A. Childhood abuse or neglect is associated with increased vasomotor symptom reporting among midlife women. **Menopause.**, v.15, n.1, p.16-22, 2008.

WOLFE, D.A.; CROOKS, C.V.; LEE, V.; MCINTYRE-SMITH, A.; JAFFE, P.G. The Effects of Children's Exposure to Domestic Violence: A Meta-Analysis and Critique. **Clinical Child and Family Psychology Review.**, v.6, n.3, 2003.



## ORGANIZADORES

### Denise Jovê Cesar



Possui graduação em Educação Física pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS (1990), Mestrado em Educação pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS (2004) e Doutorado em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP (2019). É docente da Universidade Federal do Acre (UFAC). Tem experiência na área de Educação Física, com ênfase em Educação Física Escolar, atuando principalmente nos seguintes temas: Obesidade em adolescentes, Exercício Físico, Educação Física Escolar, Atividade Física e Saúde.

### Fernanda Andrade Martins



Possui graduação em Nutrição pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (2008) e mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Maringá (2011). É docente da Universidade Federal do Acre (UFAC) e doutoranda no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, na mesma instituição. Apresenta experiência na área de Nutrição e Saúde Coletiva, desenvolvendo atividades de pesquisa, ensino e extensão, principalmente nas áreas de Saúde materno-infantil, Análise nutricional de população, Epidemiologia e Saúde Pública..

### Rafaela Ester Galisteu da Silva



Possui graduação em Fisioterapia pelo Centro Universitário de Votuporanga (2004), especialização em Fisiologia e Nutrição aplicada ao Exercício pela UNIFEV (2006), Mestrado em Saúde Coletiva pela ULBRA-Canoas (2011) e Doutorado em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo –UNIFESP (2019). É docente da Universidade Federal do Acre (UFAC), atuando nas áreas de Fisiologia e Anatomia Humana.

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-65-80261-11-6



DOI: 10.35170/ss.ed.9786580261116