TÓPICOS EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Gleica Soyan Barbosa Alves
Eliene de Oliveira
(Organizadoras)

Volume **22**
Ano 2021

Editora Poisson

Gleica Soyan Barbosa Alves
Eliene de Oliveira
(Organizadoras)

Tópicos em Ciências da Saúde

Volume 22

1ª Edição

Belo Horizonte
Poisson
2021

Editor Chefe: Dr. Darly Fernando Andrade

Conselho Editorial

Dr. Antônio Artur de Souza – Universidade Federal de Minas Gerais

Msc. Davilson Eduardo Andrade

Dra. Elizângela de Jesus Oliveira – Universidade Federal do Amazonas

Msc. Fabiane dos Santos

Dr. José Eduardo Ferreira Lopes – Universidade Federal de Uberlândia

Dr. Otaviano Francisco Neves – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Dr. Luiz Cláudio de Lima – Universidade FUMEC

Dr. Nelson Ferreira Filho – Faculdades Kennedy

Msc. Valdney Alves de Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

T674

Tópicos em Ciências da Saúde - Volume 22/
Organização: Gleica Soyan Barbosa Alves,
Eliene de Oliveira, Editora Poisson - Belo
Horizonte - MG: Poisson, 2021

Formato: PDF

ISBN: 978-65-5866-061-3

DOI: 10.36229/978-65-5866-061-3

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

1.Saúde 2.Medicina 3. Enfermagem I. ALVES, Gleica
Soyan Barbosa II. OLIVEIRA, Eliene de III. Título.

CDD-610

Sônia Márcia Soares de Moura - CRB 6/1896

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

Esse e outros títulos podem ser baixados gratuitamente em www.poisson.com.br

Entre em contato pelo contato@poisson.com.br

SUMÁRIO

Capítulo 1: Desmistificando o planejamento reprodutivo para a mulher que busca a maternidade madura: Contribuições do Enfermeiro Obstetra 06

Thaís Aline Lourenço Fonseca Lauria, Simone Carneiro Freitas, Claudia Valéria Cunha

DOI: 10.36229/978-65-5866-061-3.CAP.01

Capítulo 2: Para uma vinda bem-vinda: A visita à maternidade como uma prática humanizada no Sistema Único de Saúde (SUS)..... 15

Jaqueline Batista de Oliveira Costa, Milena Ramos Alcântara, Débora Vieira Santos, Débora Cândido de Souza

DOI: 10.36229/978-65-5866-061-3.CAP.02

Capítulo 3: Amamentação no contexto do sistema prisional brasileiro: Revisão Sistemática 19

Maria Eduarda Silveira Souza Ferro, Paula Orchiucci Miura

DOI: 10.36229/978-65-5866-061-3.CAP.03

Capítulo 4: A relevância do enfermeiro capacitado na inserção do dispositivo intrauterino (DIU) para a saúde pública..... 31

Ester Torres de Carvalho, Oscar Willian de Oliveira

DOI: 10.36229/978-65-5866-061-3.CAP.04

Capítulo 5: Educação em enfermagem na Atenção Primária: Desafios em tempos contemporâneos..... 36

Maria Gabriela Andrade Feitosa, Lunna Lima Carvalho, Daniele Alves Damaceno Gondim

DOI: 10.36229/978-65-5866-061-3.CAP.05

Capítulo 6: Educação e competência profissional para a excelência na Atenção Primária à Saúde – APS: Imersão em campo de estágio, uma potência para criação de vínculo e mudança do olhar do acadêmico sobre o ser enfermeiro 42

Adriana Rubert de Aguiar, Jeferson de Moura Ferraz, Sebastian de Souza Soares, Lidiane Carvalho de Souza, Kamilla Borges Cruz

DOI: 10.36229/978-65-5866-061-3.CAP.06

Capítulo 7: Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria/RS: Espaço de participação pública..... 46

Alana Machado Zimmermann, Camila Durand Ferreira, Alejandro Lezcano

DOI: 10.36229/978-65-5866-061-3.CAP.07

SUMÁRIO

Capítulo 8: Aspectos da violência contra a pessoa idosa 52

Hélio Luiz Fonseca Moreira, Janari da Silva Pedroso

DOI: 10.36229/978-65-5866-061-3.CAP.08

Capítulo 9: Treinamento visual em crianças com Endotropia intermitente do tipo excesso de convergência: Estudo de casos 63

Maria Aldenir Faustino Dias Andrade, Veruska Cronemberger Nogueira Rebêlo, Maura Cristina Porto Feitosa, Ana Flavia Machado de Carvalho, Juçara Gonçalves de Castro, Nayana Pinheiro Machado de Freitas Coelho, Marcelino Martins, Gerda Coelho e Silva, Emilia Angela Loschiavo Arisawa, Fernando Cronemberger Miranda, Elis Fernanda Araújo Lima de Oliveira, Naiara Kássia Macedo da Silva Bezerra

DOI: 10.36229/978-65-5866-061-3.CAP.09

Capítulo 10: Prevalência de acuidade visual reduzida em alunos do primeiro ao quarto ano do Ensino Fundamental da Rede Pública Municipal de Belo Horizonte, no ano de 2018 70

Daniel Menezes Fernandes, Romullo Vinícius Dutra Menezes, Thassia Stefany Ferreira, Túlio Esteves Tormin Botelho, Vivian Nunes Alexandre Ivo de Figueiredo

DOI: 10.36229/978-65-5866-061-3.CAP.10

Capítulo 11: Análise comparativa da segurança e da eficácia na Terapia Antitrombótica dupla versus tripla em pacientes com Fibrilação Atrial (FA) submetidos a Intervenção Coronariana Percutânea (ICP)..... 79

Bernardo Vieira de Castro Silva, Cristiane de Moura, Raphael Brum Cardoso, Stella Azevedo Braga, William Antonio de Magalhães Esteves

DOI: 10.36229/978-65-5866-061-3.CAP.11

Capítulo 12: Rastreamento e prevenção dos efeitos cardiotóxicos no tratamento do Câncer de Mama 83

Ricardo Bolsson Radins, Leticia Bolsson Radins

DOI: 10.36229/978-65-5866-061-3.CAP.12

Capítulo 13: Transtornos alimentares e sua relação com a insatisfação da imagem: Uma revisão integrativa..... 88

Monique Riquele Linhares Gomes Lourenço, Gabriela Jennifer Cidreira da Silva, Karoline Honorato Brunacio, Vânia Thais Silva Gomes

DOI: 10.36229/978-65-5866-061-3.CAP.13

Autores:..... 96

Capítulo 1

Desmistificando o planejamento reprodutivo para a mulher que busca a maternidade madura: Contribuições do Enfermeiro Obstetra

Thaís Aline Lourenço Fonseca Lauria

Simone Carneiro Freitas

Claudia Valéria Cunha

Resumo: A pesquisa tem como Objeto de Estudo a contribuição do enfermeiro obstetra e ginecológico no planejamento reprodutivo da mulher que deseja engravidar após os 35 anos. Elucidando a temática, traçou-se a Questão Norteadora: Qual o papel do enfermeiro obstetra e ginecológico no planejamento reprodutivo da mulher que deseja engravidar após os 35 anos? Delimitou-se como Objetivo Geral: Compreender os sentimentos da mulher que deseja engravidar após os 35 anos e as possíveis contribuições do enfermeiro obstetra e ginecológico em seu planejamento reprodutivo. E como objetivos Específicos: Entender através de levantamento bibliográfico acerca dos sentimentos vivenciados pela mulher que deseja a maternidade após 35 anos. Metodologia: pesquisa qualitativa, descritiva não experimental, através de revisão integrativa sistemática nas bases de dados Medline, Lilacs e Bdenf. Análise dos dados: A análise dos dados mostra que a problemática discutida neste estudo é pouco discutida na literatura brasileira, levando em consideração que foram analisados artigos publicados em diferentes regiões do Brasil. A leitura minuciosa do material pesquisado permitiu elaborar duas categorias que elucidam e favorecem a compreensão da temática abordada, são elas: Categoria 1: Expectativas da Mulher contemporânea e Categoria 2: A fragilidade do Planejamento reprodutivo no Brasil. Conclusão: A pesquisa bibliográfica permitiu conhecer os elementos envolvidos no contexto da opção da mulher pela maternidade já na fase madura do seu ciclo reprodutivo, assim como algumas particularidades relacionadas ao tema, dificuldades e sentimentos, e a partir disso estruturar os motivos que eventualmente são os mais frequentes no cenário da opção pela maternidade madura. Neste contexto entende-se que é papel da equipe de saúde como um todo e principalmente pela Enfermagem Obstétrica e Ginecológica reduzir as dúvidas e medos da mulher que opta pela maternidade madura. Para tal o enfermeiro (a) deve desenvolver suas ações centradas no planejamento reprodutivo da mulher que deseja a maternidade após os 35 anos, buscando conhecimento aliado à tecnologia, necessitando investir na capacitação e sensibilização dos profissionais atuantes na área para um cuidado individualizado, humanizado. Desta forma, permitir a esclarecimentos à mulher sobre a possibilidade da maternidade após os 35 anos sem riscos para a mãe e para o bebê, para tal é necessário cuidados antes mesmo da concepção e que para isso ela pode hoje contar com avanços da ciência nesse ramo de atuação.

Palavras Chave: Planejamento familiar, Enfermagem obstétrica, enfermagem Materno Infantil e tempo para engravidar

I. INTRODUÇÃO

Trata-se de um texto reflexivo acerca da contribuição do enfermeiro obstetra e ginecológico no planejamento reprodutivo da mulher que deseja engravidar após os 35 anos. Ribeiro(2019) nos mostra que a busca pela independência faz a mulher contemporânea acumular vitórias como a sua inserção no mercado de trabalho, ampliação de sua liberdade sexual e reprodutiva, a conquista da independência financeira e dos direitos políticos. Porém a grande conquista da mulher atual é o poder de escolha. Decidir qual o melhor momento para ter filhos e quantos descendentes quer ter ou optar simplesmente por não ter filhos é, na atualidade, um direito que as mulheres conquistaram. Esse direito é resultado de uma consciência cada vez mais coletiva de que os papéis sociais relacionados historicamente com o universo feminino podem ser reavaliados e, caso seja de vontade da mulher, superados.

A luta feminina por reconhecimento e igualdade social, pode ser considerada um fator histórico. Percebemos que a mulher busca seu reconhecimento por igualdade na sociedade há muitos anos.

A busca por igualdade da mulher é percebida no contexto mundial quando em 1968, as mulheres queimaram sutiãs em lixeiras em praça pública nos Estados Unidos, na cidade de *Atlantic City* durante o movimento chamado *Women's Liberation Movement*(WLM), traduzindo para o português Movimento de Libertação Feminina.(QUIRINO, *et al* 2013).

A reflexão acerca do papel da mulher na sociedade no Brasil permite perceber uma evolução gradativa e conflitante, segundo (Quirino, *et al* 2013) a partir da década de 70 no Brasil, a participação da mulher no mercado de trabalho cresceu de forma intensa, motivado pela expansão da economia, urbanização crescente e a industrialização(QUIRINO, *et al* 2013).

Considera-se conflitante, a citação de (QUIRINO, *et al* 2013) acima, pois a realidade brasileira observada de forma empírica, mostra que as mulheres da geração que lutou por igualdade, criaram suas filhas preparando-as para o cuidado doméstico de forma que houve mudança comportamental quando ela é inserida no mercado de trabalho, porém não houve mudança cultural.

Sabe-se que o perfil do profissional atual vem sofrendo mudanças constantes que impõe dedicação ao mundo corporativo. Neste novo contexto de mudança, competitividade e grandes evoluções tecnológicas, é necessário que o profissional desenvolva novas competências para enfrentar as situações adversas do cotidiano profissional.

Neste contexto Diesel *et al* (2017) corroboram quando afirmam que nos últimos anos a velocidade das mudanças sociais, econômicas, políticas, culturais e tecnológicas tem gerado um grande impacto na vida das pessoas, nas relações estabelecidas, no trabalho e, em consequência, na vida pessoal. Considerando a inserção tardia da mulher neste mundo corporativo acredita-se que a escolha da mulher em deixar a maternidade para idades mais avançadas, justifica-se já que o mercado de trabalho cada dia mais competitivo do mundo corporativo não permitiria ausências longas do ambiente de trabalho para um possível licença maternidade, ou distrações do foco central que é a carreira. Tal fato alia-se à mulher precisar por longos anos da vida mostrar às empresas que o foco da sua vida é o trabalho afim de conseguir cargos importantes na mesma, cargos antes ocupados apenas por homens, que sempre foram vistos pela sociedade como o provedor do sustento da família, justificando qualquer ausência no âmbito familiar.

Arelado ao fato do mundo corporativo viver em constante mudança, o entendimento do papel do enfermeiro passa pela compreensão da Enfermagem como prática social historicamente determinada. Segundo Medeiros (1997) as práticas de saúde e educação não se dão de forma isolada na sociedade. Estão inseridas no contexto mais amplo da estrutura social e definem-se, fundamentalmente, pelas relações de produção vigentes na sociedade, relações estas determinadas pelas formas de apropriação dos meios de produção.

1. QUESTÃO NORTEADORA:

Qual o papel do enfermeiro obstetra e ginecológico no planejamento reprodutivo da mulher que deseja engravidar após os 35 anos?

1.1. OBJETIVOS GERAL

Compreender os sentimentos e anseios da mulher que deseja engravidar após os 35 anos e as possíveis contribuições do enfermeiro obstetra e ginecológico em seu planejamento reprodutivo de acordo com a literatura brasileira.

O presente estudo contribui para a sociedade com a mudança de paradigmas no contexto do preconceito com a maternidade após os 35 anos, classificada pela sociedade como tardia.

2. REVISÃO DE LITERATURA:

2.1. A MULHER NA BUSCA DO SEU RECONHECIMENTO PROFISSIONAL NO CONTEXTO HISTÓRICO

A Revolução Industrial pode ser considerada um marco para inserção da mulher no mercado de trabalho. Contudo a inserção no mercado de trabalho veio acompanhada de preconceito e desigualdade, pois a mulher recebia remuneração inferior á do homem, executando a mesma tarefa.

Na busca do reconhecimento e reparação de danos históricos a Mulher nos dias de hoje prioriza sua vida profissional, deixando a pessoal em segundo plano e com isso postergando o sonho da maternidade. Contudo esta mulher vivencia constantemente uma luta contra sua formação cultural, tal como pode ser vista na citação de Diaz a seguir.

Para Diaz (1999) apud Querino *et al* (2013) pág. 4

Desde o nascimento, com a descoberta do sexo do bebê, começa a ser construído culturalmente o seu papel na sociedade. As meninas, até com suas brincadeiras infantis, são educadas para serem boas donas de casa, já que brincam de casinha, de boneca, brincadeiras voltadas ao cuidado com a casa e filhos, e são ensinadas a serem dóceis passivas e dependentes.

O conflito da mulher moderna entre priorizar carreira profissional ou dedicar-se completamente a criação dos filhos como fizera seus antepassados é percebido claramente, porém pouco explorados em pesquisas científicas.

Segundo Aldrighi, (2016), as mulheres ao decidirem engravidar após os 35 anos, ou seja, mais tarde, deparam-se com um turbilhão de sentimentos contraditórios. Ao mesmo tempo em que se sentem seguras por serem emocionalmente e financeiramente mais estabilizadas, veem a insegurança do novo, pois algumas são primigestas e elas não têm a sua disposição muitas informações a respeito de sua condição de mulher gestante e madura. A falta de informação pode ser um grande desencadeador de problemas durante a gravidez. Contudo, o autor acrescenta que a informação vem de enfermeiros obstetras, acompanhada de discriminação por estes profissionais quanto a sua idade e decisão de ter postergado a maternidade, através de uma relação de autoritarismo e julgamento, causando constrangimento, insegurança, ansiedade e depressão. Sentimentos que não favorecem em nada sua condição no momento.

O autor supracitado acrescenta que atrelado aos sentimentos contraditórios da maternidade no momento de maior vigor profissional muitas mulheres sentem medo de serem substituídas no trabalho que tanto lutaram para conquistar, principalmente aquelas que ocupam cargos elevados em suas empresas e por isso optam por abrir mão da licença maternidade e com isso novos sentimentos permeiam seu interior, o sentimento de culpa por deixar seu filho sob os cuidados de terceiros.

2.2. EVOLUÇÃO DA MEDICINA EM PROL DA MATERNIDADE APÓS OS 35 ANOS E O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE S NOVAS TECNOLOGIAS

Sabemos que fisiologicamente o corpo também envelhece, as células ovulares vão ficando cada vez mais escassas, diminuindo assim a fertilidade feminina. Contudo a evolução da medicina tem contribuído brilhantemente para que a mulher seja dona do seu “*relógio biológico*”, ou seja, determinar o momento que deve acordar para a maternidade, colocando em prática o projeto de concepção e gestação.

Existem diversos métodos que auxiliam a mulher na escolha do momento certo de engravidar, independente de sua idade cronológica. Fertilização *In Vitro* (FIV) é um dos mais usados na atualidade segundo Makuch e Filleto (2010) consiste em propiciar em laboratório condições específica e favoráveis para a fertilização do ovulo pelo espermatozoide fora do corpo da mulher. Uma vez feito isto, o embrião é transferido para o corpo da mãe e espera-se que ele ali se desenvolva normalmente.

O processo de FIV apresenta etapas que são consideradas difíceis para o casal (principalmente para a mulher), que são o uso de hormônios para induzir a ovulação, testes de laboratório, exames de ultrassonografia, uso de medicamentos, anestesia, amostra de sêmen por masturbação e a ansiedade na transferência dos embriões para o útero da mãe. Cada uma das etapas gera sensação de satisfação ao passar para etapa seguinte e novamente a incerteza do que virá (MAKUCH e FILLETO, 2010).

Segundo Mascarenha e Rosa (2010) Sob essa ótica, podemos dizer que a enfermagem deve ser capacitada a articular valores, conhecimentos e habilidades no desempenho da função e que suas ações visem solucionar problemas éticos surgidos durante o exercício profissional.

É preciso que o enfermeiro no planejamento reprodutivo esteja apto a falar sobre e esclarecer quaisquer dúvidas sobre esta possibilidade da qual a mulher de 35 anos pode lançar mão para alcançar o sonho da maternidade. Este enfermeiro deve estar preparado para falar sobre o procedimento, sobre o tratamento em si que é delicado e longo e que na maioria dos casos não se obtém êxito logo na primeira tentativa. Vale deixar claro também que é uma possibilidade sim, porém cara. Havendo o tratamento pelo SUS, porém a inserção no programa é deveras criteriosa o que demanda tempo e com isso o tempo(idade) vai pesando cada vez mais.

Ainda no contexto da Fertilização *In Vitro* o enfermeiro Obstetra vem se deparando com uma cascata de dilemas éticos que tem sido um desafio constante a se superado. E é neste cenário de sentimentos contraditórios, marcado por grandes evoluções que não podem ser negadas, que surgem as questões da Bioética nos fazendo refletir sobre nossa prática, sobre as tomadas de decisão, tendo como objetivo específico as questões humanas na sua dimensão ética. Desta forma, os enfermeiros devem se adequar as novas demandas da formação ética, de modo que conciliem na prática do exercício profissional, além da ciência e da tecnologia, um embasamento ético-moral revendo valores e princípios que se adéquam à sua realidade profissional.

2.3. A MATERNIDADE APÓS OS 35 ANOS E O PAPEL DO ENFERMEIRO NA BUSCA DE ALTERNATIVAS NA REALIZAÇÃO DE UM SONHO

A mulher madura tem diversas formas de realizar o sonho da maternidade. Além dos recursos que a ciência disponibiliza para que esta mulher viabilize seu sonho da maternidade, se estes recursos não derem certo, ela tem a opção da adoção.

A adoção é um assunto delicado a ser abordado, o enfermeiro Obstetra deve entender as expectativas do casal para identificar a possibilidade de abordagem do assunto, colocando a possibilidade de a adoção ser uma forma alternativa de realizar o sonho da maternidade, quando a gestação biológica não é mais possível, ou existem poucas chances. É o que chamamos popularmente de “gestação do coração” e deve ser encarada com a mesma “magia” da espera, a expectativa em conhecer o rostinho do bebê.

Na língua portuguesa, adotar “é um verbo transitivo direto” (AURÉLIO, 2010), uma palavra genérica, que de acordo com a situação pode assumir significados diversos, como: optar, escolher, assumir, aceitar, acolher, admitir, reconhecer, entre outros. De acordo com a lei n. 12010, de 3 de agosto de 2009 no Direito Civil, é o ato jurídico no qual um indivíduo é permanentemente assumido como filho por outra pessoa ou casal (hetero ou homossexual) que não são os pais biológicos do adotado. (BRASIL, 2009)

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura Integrativa sistemática de natureza qualitativa, descritiva não experimental.

Na pesquisa não experimental o pesquisador observa o que ocorre naturalmente sem interferir de maneira alguma. Existem muitas razões para realizar um estudo não experimental. Primeiro, um número de características ou variáveis não estão sujeitas, ou não são receptivas, à manipulação experimental ou randomização. Além disso, por questões éticas, algumas variáveis não podem ou não devem ser manipuladas. Em alguns casos, variáveis independentes já aconteceram e não é possível qualquer controle sobre elas. (SOUZA *et al*, 2007.s/p).

Estudos descritivos são usados para descrever um fenômeno que não se conhece muito bem, neste tipo de pesquisa segundo Polit, (2001), o pesquisador observa, descreve e documenta os diferentes aspectos relevantes no fenômeno, não havendo manipulação de variáveis ou procura pela causa e efeito relacionados ao objeto de estudo. Portanto, pesquisa descritiva descreve o que existe de fato, determinam a frequência em que este fato ocorre e categoriza a informação.

Para Minayo (2001) A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Aplicada inicialmente em estudos de Antropologia e Sociologia, como contraponto à pesquisa quantitativa dominante, tem alargado seu campo de atuação a áreas como a Psicologia e a Educação. A pesquisa qualitativa é criticada por seu empirismo, pela subjetividade e pelo envolvimento emocional do pesquisador.

A pesquisa descritiva em observar e relatar um fenômeno, possibilitando acompanhar uma situação e, categorizando e classificando as variáveis e as observações muitas vezes, sendo um fator de suma importância na pesquisa descritiva sendo o fator dela delinear o que é, além de possuir aspectos de descrição, registro, análise e interpretação de entrevistas para a descrição organizada no assunto (MARCONI e LAKATOS, 2002). Segundo Gil (2007, p. 44), os exemplos mais característicos desse tipo de pesquisa são sobre investigações de ideologias ou aquelas que se pela qual se encaixa na análise das diversas posições em prol de um problema.

Por tratar-se de uma Revisão de literatura Integrativa o cenário da pesquisa foi as bases de dados de dados da Biblioteca Virtual de Saúde, *Medline*, *BDEF* e *Lilacs*.

A pesquisa foi realizada nas bases com os seguintes critérios de inclusão: Material disponível integralmente nas bases de dados mencionadas de forma gratuita, no idioma português ou Espanhol e publicados entre os anos de 2015 a 2019.

Foram excluídos os artigos que não abordavam tema relacionado ao objeto de estudo da pesquisa, artigos que apresentavam duplicidade nas diferentes bases de dados ou que não estavam disponíveis integralmente de forma gratuita.

Para busca dos artigos na BVS utilizou-se os descritores selecionados através de pesquisa à Terminologia DECs. Onde selecionamos os seguintes descritores: Planejamento familiar, Enfermagem obstétrica, enfermagem Materno Infantil e tempo para engravidar.

Vale ressaltar que o termo planejamento reprodutivo, atualmente utilizado não foi encontrado como descritor na BVS.

A pesquisa com o descritor “Tempo para engravidar” forneceu 2 artigos que foram analisados e descartados para a presente pesquisa por não possuírem relação com o objeto de estudo.

A pesquisa com o descritor “Planejamento familiar” forneceu 388 artigos para análise, todos os resumos desses artigos foram analisados e 8 artigos foram selecionados para compor esta pesquisa.

A pesquisa com o descritor “Enfermagem obstétrica” forneceu 362 artigos, todos os resumos desses artigos foram analisados e 3 artigos foram selecionados.

A pesquisa com o descritor “enfermagem materno infantil” forneceu 4434 artigos, após utilizados os critérios de exclusão, obtivemos 13 artigos para análise, após avaliação minuciosa, nenhum artigo foi escolhido por não possuírem relação com o objeto deste estudo.

Todos os artigos que foram analisados foram inseridos em uma tabela para melhor análise e serão apresentados na tabela abaixo.

Tabela 1: Matriz analítica

Título do artigo	Autores	Ano de publicação	Periódico	Objetivo do Estudo
A experiência de mulheres no pós-parto sobre o planejamento familiar	Santos <i>et al</i>	2019	Saúde e Pesquisa, Maringá (PR)	Analisar a experiência de mulheres no pós-parto, sobre o planejamento familiar.
Planejamento reprodutivo em casais homossexuais na estratégia saúde da família	Albuquerque <i>et al</i>	2018	Rev. APS	Problematizar a percepção do/a enfermeiro/a da ESF acerca do significado de família homoafetiva e a necessidade de planejamento reprodutivo em casais homossexuais.
Ações de educação em saúde e o planejamento familiar: um relato de experiência	Bezerra <i>et al</i>	2018	Revista Ciência Plural	Relatar as ações de educação popular em saúde desenvolvidas por estudantes de cursos da saúde, junto a profissionais de saúde da atenção primária do município de Baraúna, interior do Rio Grande do Norte.
Educação permanente em saúde como fortalecimento da enfermagem obstétrica	Lima <i>et al</i>	2018	Rev enferm UFPE on line	Destacar a importância da educação permanente em saúde para o fortalecimento da Enfermagem Obstétrica.
Ações de enfermeiras em planejamento reprodutivo na atenção primária à saúde	Flores <i>et al</i>	2017	Rev Enferm UFSM	Conhecer as ações em planejamento reprodutivo realizadas por enfermeiras na atenção primária à saúde em um município no interior do estado do Rio Grande do Sul.
Perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres em idade materna avançada	Aldrighi <i>et al</i>	2018	Rev Enferm UFSM	Descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres em idade materna avançada atendidas em 2014 em um hospital universitário do sul do Brasil.
A participação masculina no planejamento familiar	Dias <i>et al</i>	2017	HU Revista, Juiz de Fora	Conhecer os motivos pelos quais a população masculina não participa do Planejamento Familiar e compreender o significado do Planejamento Familiar para homens adultos em idade reprodutiva, casados ou em união consensual

(continuação ...)

Tabela 1: Matriz analítica

Título do artigo	Autores	Ano de publicação	Periódico	Objetivo do Estudo
Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio	Reis <i>et al</i>	2015	Rev Gaúcha Enferm	Caracterizar e analisar a assistência ao parto e ao nascimento realizada por Residentes em Enfermagem Obstétrica.
Determinantes da assistência Materno Infantil segura a luz de evidências científicas: uma revisão integrativa	Silva <i>et al</i>	2018	Revista Nursing	Observar fatores que levam a falhas no cuidado obstétrico e comprometem a segurança da gestante e do bebê.
Preparo pré-concepcional entre mulheres brasileiras e a relação com o planejamento da gravidez	Borges <i>et al</i>	2016	Rev Esc Enferm USP	Mensurar a proporção de mulheres que realizou o preparo pré-concepcional; descrever as medidas adotadas como preparo pré-concepcional; e, por fim, analisar o efeito do planejamento da gravidez e demais características sociodemográficas na realização do preparo pré-concepcional. Partimos da hipótese que o planejamento da gravidez é o principal determinante do preparo pré-concepcional, mas também que outras características sociodemográficas contribuem para sua ocorrência.
Vivência de mulheres na gestação em idade tardia	Aldrighia <i>et al</i>	2018	Rev Gaúcha Enferm	Descrever a vivência de mulheres na gestação em idade avançada
Sentimentos vivenciados por primigestas.	Nunes GS, Leite KNS, Lima TFA et al.	2018	Rev enferm UFPE on line	Desvelar os principais problemas relacionados aos sentimentos vivenciados e enfrentados pelas primigestas

Fonte: Os Autores

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS:

A análise da matriz analítica (tabela 1) permite identificarmos que a problemática discutida neste estudo sobre a gravidez na maturidade é pouco discutida na literatura brasileira, pois dos 12 artigos analisados de diferentes regiões do Brasil, apenas dois artigos abordaram integralmente a temática proposta. Contudo outros dez artigos foram analisados, pois os autores entendem que a forma como abordam as temáticas saúde da mulher e Enfermagem obstétrica, muito contribuíram para o entendimento dos sentimentos vivenciados pela mulher que busca a maternidade na idade mais avançada, assim como a importância do enfermeiro obstetra neste processo.

Após a leitura minuciosa dos doze artigos selecionados, elaboramos um resumo de cada artigo para criteriosa avaliação que tornou possível o processo de extração das ideias centrais de cada artigo e posterior categorização dos achados da literatura acerca da maternidade na idade madura e as implicações do enfermeiro obstetra, confrontando-as com o conceito coletivo da temática. Desta forma, foi necessário a construção de 2 categorias para se fazer explicar os achados da pesquisa, que serão apresentadas a seguir:

CATEGORIA 1: A MULHER MADURA

Esta categoria surgiu a partir da identificação de possíveis tentativas da literatura brasileira em caracterizar a mulher que decide postergar a maternidade. Curiosamente em países desenvolvidos, estas mulheres são de baixa escolaridade e de atividade laboral que não exige nível avançado de escolaridade. Já no Brasil o perfil das mulheres que engravidam tardiamente não corresponde ao perfil de países em desenvolvimento. São em sua maioria mulheres com nível de escolaridade elevado, e boa colocação no mercado de trabalho.

CATEGORIA 2: A FRAGILIDADE DO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO NO BRASIL

Esta categoria surgiu após percebemos que vários artigos relatam as dificuldades encontradas neste programa nas diferentes áreas brasileiras. Nas leituras dos artigos fica evidente que o planejamento reprodutivo preconizado pelo Ministério da Saúde, não é compatível com o praticado pelas ESFs (Estratégia de Saúde da Família), as mulheres em sua maioria continuam tendo gravidezes indesejadas, são mal informadas ou recebem pouca informação quanto aos métodos contraceptivos.

É possível ainda perceber a segregação quando o assunto é planejamento reprodutivo. Toda abordagem está voltada para casais heterossexuais, que não desejam engravidar, ignorando as demais parcelas da população, como casais homoafetivos ou casais heterossexuais que desejam a gravidez em diferentes fases da vida, pois as consultas dão ênfase apenas à reprodução, não abordando a sexualidade do casal.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A pesquisa bibliográfica permitiu conhecer os elementos envolvidos no contexto da opção da mulher pela maternidade madura, assim como algumas particularidades relacionadas ao tema, dificuldades e sentimentos, e a partir disso estruturar quais os motivos que eventualmente são os mais frequentes no cenário da opção pela maternidade madura. Neste contexto entende-se que é papel da equipe de saúde como um todo e principalmente pela Enfermagem Obstétrica e Ginecológica reduzir as dúvidas e medos da mulher que opta pela maternidade madura.

Para tal o enfermeiro (a) deve desenvolver suas ações centradas no planejamento reprodutivo da mulher que deseja a maternidade após os 35 anos, buscando conhecimento aliado à tecnologia, necessitando investir na capacitação e sensibilização dos profissionais atuantes na área para um cuidado individualizado, humanizado, permitindo a esta mulher ter o conhecimento de que sim é possível a maternidade tardia mas que para isso ela precisa tomar alguns cuidados e que para isso ela pode hoje contar com avanços da ciência nesse ramo de atuação. Assim, sua inserção no planejamento reprodutivo não se dará apenas como mera participante, mas como atuante e dona da decisão. Papel este que é essencial para sua autoestima proporcionando a ela o ser empoderada sobre seu corpo, seu tempo e suas escolhas.

REFERÊNCIAS

- [1] ALDRIGHI, J. D. A vivência da mulher na gestação em idade avançada. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/vivencia%20gesta%C3%A7ao%20idade%20avan%C3%A7ada.pdf>. Acesso em: 28/08/2019.
- [2] BAUMAN, Z. Os desafios da educação: aprender a caminhar sobre areias movediças. Cadernos de Pesquisa, v. 39, n. 137, maio/ago.2009.
- [3] BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS N. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: DF, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acessado em: 03/09/2019.
- [4] _____. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei N. 12.010 de 3 de agosto de 2009. Dispõe sobre adoção, altera as leis n. 8069 de 13 de Julho de 1990- ECA, 8.560 de 29 de dezembro de 1992; revoga dispositivos da lei n. 10.406 de 10 de janeiro de 2002; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12010.htm. Acesso em 15/10/2019

- [5] DIESEL, A.; Baldez, A. L. S.; Martins, S. N. Os princípios das metodologias ativas de ensino: uma abordagem teórica. Revista Thema, v. 14, p. 268-288, 2017. Disponível em: <<http://revistathema.ifsul.edu.br/index.php/thema/article/viewFile/404/295>> Acesso em: 17/01/2020.
- [6] FERREIRA, A. B. de H. Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Positivo. 2010, 2272p.
- [7] MAKUCH, M.Y.; FILETTO, J.N. Procedimentos de fertilização in vitro: experiência de mulheres e homens. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 15, n. 4, p. 771-779, out./dez. 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/artigo%20FIV.pdf>. Acessado em: 22/08/2019
- [8] MASCARENHAS, N. B.; ROSA, D. de O. S. Ensino da Bioética na formação do enfermeiro: interface com a bibliografia adotada. Acta Paul Enferm, 2010;23(3):392-8. Disponível em: <Users/User/Downloads/v23n3a13bioetica1.pdf>. Acessado em: 22/8/2019
- [9] MEDEIRO, L. C. de ; TAVARES, K.M. R. Bras. Enferm., Brasília, v. 50, n. 2, p. 275-290, abr. ljun 1 997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v50n2/v50n2a11.pdf>. Acessado em: 17/01/2020.
- [10] MELO, B. ; SOUZA, D. M.; ARAÚJO, J.C.F; SILVA, J. da P. C.; MARTINS, J.S.; SILVA, M.E. C. O papel da Mulher na sociedade Moderna machismo X Feminismo. Slide Share. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/.../artigo-o-papel-da-mulher-na-sociedade-encmoderna>. Acesso em 07 de agosto de 2019.
- [11] RIBEIRO, A. Mulher moderna. Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/sociologia/mulher-moderna.htm>. Acesso em 07 de agosto de 2019.
- [12] QUERINO, L.C. S; DOMINGUES, M. D.dos S; LUZ, R. C.da. A evolução da mulher no mercado de trabalho. E-FACEQ: revista dos discentes da Faculdade Eça de Queirós, ISSN 2238-8605, Ano 2, número 2, agosto de 2013. Disponível em:<http://e-faceq.blogspot.com.br/>. Acessado em: 22/08/2019.
- [13] SOUZA, V. D. ; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa.Rev Latino-am Enfermagem, 2007 maio-junho; 15(3) disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acessado em: 03/09/2019.
- [14] POLIT, DF; BECK CT; HUNGLER BP. Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization. 5 ed. Philadelphia: Lippincott; 2001.

Capítulo 2

Para uma vinda bem-vinda: A visita à maternidade como uma prática humanizada no Sistema Único de Saúde (SUS)

Jaqueline Batista de Oliveira Costa

Milena Ramos Alcântara

Débora Vieira Santos

Débora Cândido de Souza

Resumo: O presente trabalho tem por objetivo descrever as ações desenvolvidas com as gestantes no Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), através do projeto de extensão Para Uma Vinda Bem-Vinda do curso de Psicologia, como uma prática de humanização dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando a importância da rede de apoio por meio do incentivo profissional, familiar e social que a gestante precisa nesse período onde ocorrem diversas mudanças físicas e emocionais, o projeto teve como objetivo desenvolver ações de visita à maternidade e o workshop para as gestantes e acompanhantes, a fim de se obter informações relacionadas à maternidade. As visitas aconteceram em três dias da semana, em um horário acessível para que os acompanhantes possam participar. Deste modo, apresentou-se a maternidade e demais dependências do hospital, como Centro Obstétrico, Unidade Intermediária, Sala de Ordenha, dentre outros; a fim de que se possa conhecer o ambiente em que irão ocorrer os procedimentos relativos ao trabalho de parto e pós-parto. Compreende-se que a visita contribuiu sobremaneira para a diminuição da ansiedade dessas gestantes, pois a partir do relato das mesmas, sendo possível constatar um sentimento de maior segurança e alívio, tanto em relação às questões físicas como no que diz respeito a aspectos psicológicos. Portanto, é de suma importância a busca de informações relativas ao processo da maternidade, pois desta forma a gestante estará ciente acerca dos procedimentos que serão realizados no hospital, reduzindo consideravelmente sua ansiedade.

Palavras-Chave: Visita, maternidade, SUS, humanização.

1. INTRODUÇÃO

A gravidez é um momento único de grandes alterações que perpassam desde as fisiológicas até as relações familiares. Maldonado (1980) diz que a gravidez possui várias características de uma situação de crise que faz parte do processo normal do desenvolvimento. Entendendo crise como uma desordem momentânea de um estado de equilíbrio, a gestação, em especial para a primípara, traz esse marco de uma mudança de identidade, em que a mulher passa de um papel de filha e esposa, para o de mãe. E esse período crítico não termina com o parto, mas vai para além do parto, pois o puerpério também implica ainda mudanças fisiológicas e ocorrem modificações na rotina e relacionamento familiar.

A eficácia da visão humanizada do nascimento no setor público de saúde ainda não é total, pois existem milhares de obstáculos a serem vencidos, dificuldade de mudança de paradigmas dentro das equipes, falta de profissionais capacitados e de estrutura necessária nas maternidades, jornadas longas de trabalho, escassez de recursos, necessidade de uma rede de informações mais complexa sobre a gestação e parto que realmente reduza a insegurança das mães; etc. (SILVA; CARVALHO, 2010).

Portanto o processo de acolhimento implica transformações nas concepções e práticas de gestores, dos profissionais de saúde e das mulheres. O acolhimento remete a relação oferta-demanda (CORREA; FELICIANO; PEDROSA; SOUZA, 2017). Por isso, a importância de se ter rede de apoio, no período gestacional e pós-parto, tanto profissional, familiar como social, que trabalhe em conjunto e de forma humanizada para que a gestante e o bebê sintam-se acolhidos e possam vivenciar esse momento da melhor maneira possível.

De acordo com Brasil (2007) a visita aberta é uma proposta da Política Nacional de Humanização cujo objetivo é ampliar o acesso dos visitantes às unidades de internação, de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os diversos serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida do paciente. Diante disso, esse trabalho tem por objetivo apresentar as ações desenvolvidas com as gestantes no Hospital Universitário (HU) da UFGD através do projeto de extensão “Para Uma Vinda Bem-Vinda” do curso de Psicologia, como uma prática de humanização dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). As ações vinculadas ao projeto foram visitas à maternidade e workshop para as gestantes e acompanhantes, a fim de diminuir a ansiedade durante o processo do parto, além de obter informações relacionadas à gestação, parto e puerpério.

2. DESENVOLVIMENTO

O projeto “Para Uma Vinda Bem-Vinda” teve como uma das atividades a promoção de visitas à maternidade do Hospital Universitário (HU) que abrange toda a população da região da grande Dourados, proporcionando maior segurança e tranquilidade às gestantes através dessa ambientalização com o local e os profissionais, reduzindo a ansiedade e o medo que acompanham as grávidas durante a gestação, parto e pós-parto.

As instalações apresentadas foram: a maternidade, centro obstétrico, unidade intermediária, UTI neonatal, banco de leite e a sala de ordenha; logo após as gestantes são direcionadas ao auditório para apresentação de slides com fotos e outras informações pertinentes em que as gestantes expõem suas dúvidas e a visita era finalizada com uma foto para ser publicada na página no *Facebook* do projeto “Para uma Vinda Bem-Vinda”. Quando o número de gestante era maior que três para a visita, elas eram divididas em dois grupos para melhor aproveitamento das informações transmitidas, o grupo que apresentava a maternidade contava com duas estudantes de Psicologia da UFGD e uma enfermeira residente. Em todas as visitas a fisioterapeuta ou algum dos enfermeiros obstétricos estavam presentes quando o Centro Obstétrico era apresentado, explicava-se sobre o período do trabalho de parto, os exercícios que poderiam ser realizados para alívio das dores, além de sanar dúvidas trazidas pelas gestantes de informações que ouviram do médico ou de parente e amigos que e as deixaram preocupadas.

Outra atividade oferecida pelo projeto “Para Uma Vinda Bem-Vinda” são os workshops que foram realizados em diversos locais, em um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Unidades Básicas de Saúde (UBS), Clínica de Psicologia, além da Unidade I da universidade; sendo possível atingir com mais efetividade a população destinatária dos programas sociais, realizando nesses locais de serviços públicos, por serem mais acessíveis para essas mulheres que em sua maioria são multíparas, tendo outros filhos que exigem cuidados, além dos afazeres do lar.

A apresentação do *workshop* foi dividida em quatro etapas: uma explicação sobre a formação do bebê, mudanças físicas e emocionais; a importância do apoio na gestação; uma dinâmica sobre mitos e verdades; é elucidado sobre os tipos de parto bem como suas características e a última etapa é constituída uma atividade de relaxamento. O *workshop* foi desenvolvido em todos os momentos como uma roda de conversa, dando abertura para que as gestantes e os acompanhantes contem suas experiências. Sempre houve uma grande interação dos participantes com a equipe, muitas dúvidas eram referentes à amamentação, quando eram apresentados os mitos e verdades. As reuniões eram finalizadas com um *coffebreak*, sorteio de prêmios, entrega de lembrancinhas, proporcionando um momento descontraído para elas compartilharem experiências entre si.

3. ANÁLISE E DISCUSSÃO

Segundo Maldonado (1980) existem alguns sentimentos que são frequentes durante os três trimestres de gestação: preocupação com desenvolvimento do bebê, mudanças de humor e presença de sentimentos depressivos, devido à constante ambivalência provocada pela chegada de um novo ser que dependerá totalmente da mãe, mudando assim não só a estrutura psíquica da mãe e do pai e sim de toda família, mesmo em casos em que não se trata do primeiro filho. Deste modo a visita à maternidade tem como um de seus principais objetivos a diminuição do estado de ansiedade e medo das gestantes, sendo que grande parte destas não têm nenhum contato prévio com a maternidade do hospital, além disso, apresentam muitas dúvidas e inseguranças em relação ao processo do parto e assuntos relacionados.

Com isso, o projeto atuou no sentido de desmistificar algumas questões trazidas por elas, e informá-las a partir dos conhecimentos teóricos adquiridos, sobre os temas trazidos. Para Maldonado (1980), o parto pode ser considerado como um processo psicossomático, e suas características são influenciadas por vários aspectos do contexto sociocultural e dos fatores físicos e psicológicos da parturiente, a partir daí pode-se perceber a importância de fazer a visita, pois vê-se que além das características físicas e psicológicas próprias de cada gestante que irão influenciar no momento do parto, o ambiente é um fator de extrema relevância, e por isso, quando a mulher tem acesso à informações seguras, há maior probabilidade de sentir-se mais confiante tanto antes como durante o parto.

O entendimento que a mulher tem sobre o processo do parto, muitas vezes pode estar ligado com seus medos e com suas experiências de vida, sendo que uma das principais preocupações pode ser o medo da dor e de sofrer. Por isso, enfatiza-se a importância do preparo para esse momento e a necessidade do hospital em apresentar uma postura de acolhimento. A visita, portanto, constitui-se como uma contribuição de caráter humanizador, pois é um espaço em que as gestantes podem expor suas dúvidas e angústias, e assim são ouvidas e recebem as orientações apropriadas, além da possibilidade de familiarizar-se com o ambiente que possivelmente vão permanecer por determinado período.

As visitas ocorreram três dias por semanas na segunda, terça e quinta-feira às 18h alcançando um número de aproximadamente 80 gestantes, independente da idade ou número de gestações, e 70 acompanhantes semestralmente, a saber: o parceiro, irmão, cunhada, mãe, filha, entre outros. Deste modo, consolidou um aspecto importante abordado pelo projeto que é o apoio que a gestante precisa no decorrer da gestação e pós-parto.

Práticas como esta, a gestante pode sentir-se mais confiante, do ponto de vista fisiológico, uma vez que a visita e o acompanhante podem estimular a produção hormonal no paciente, diminuindo o seu estado de alerta e a ansiedade frente ao desconhecido, trazendo mais serenidade, confiança e, em consequência, uma resposta mais positiva aos tratamentos (BRASIL, 2007). Através das informações e orientações corretas ocorre a desmistificação de alguns temas que antes eram geradores de ansiedade e medo, e, portanto, é possível que a mulher esteja melhor preparada tanto física como psicologicamente.

Além disso, ressalta-se a importância da presença do acompanhante tanto na visita quanto durante todo o processo de parto, pois é de grande importância a gestante ter esse apoio, que é garantido desde 2005, por meio da lei nº 11.108 de 2005, conhecida como “lei do acompanhante”, em que os serviços de saúde do SUS devem permitir a presença de um acompanhante escolhido pela mulher durante todo o processo do parto (BRUGGEMANN et al, 2013).

A presença do acompanhante, do visitante, de familiar ou de representante da rede social do paciente no ambiente hospitalar é, indiscutivelmente, uma marca fundamental que pode mudar as relações de poder nas instituições de saúde, aumentando o grau de protagonismo dos usuários. Traz também uma reorientação na prática profissional, norteada na interação com o contexto de vida do paciente (BRASIL, 2007). O apoio durante o trabalho de parto por uma pessoa da rede social da mulher contribui tanto para os indicadores de saúde maternos e neonatais, como para uma maior satisfação da mulher e da família com a experiência do nascimento (BRUGGEMANN et al, 2013).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a realização do projeto foi possível perceber que as gestantes passam por várias mudanças, dentre elas há um aumento no nível de ansiedade nesse período, pois as expectativas e preocupações, em sua maioria, referem-se ao parto e puerpério. Sendo assim, percebe-se a importância da interação e o vínculo entre familiares profissionais de saúde e a valorização do apoio dos mesmos para com a gestante, trabalhando a humanização de forma que a gestante e o bebê sintam-se acolhidos e possam vivenciar esse momento da melhor maneira possível.

O projeto evidenciou a importância do profissional da Psicologia para a promoção de saúde, que é gerada através do incentivo à orientação, escuta, empatia e ajuda. O projeto proporcionou às extensionistas articulação entre a teoria e prática, mostrando-se eficiente como proposta de atuação interdisciplinar, uma vez que o psicólogo e estagiários de psicologia, além dos demais profissionais de saúde, atuam coletivamente visando promover a diminuição da ansiedade, confiança e sensações únicas vivenciadas por todos envolvidos. Além disso, trata-se de uma favorável proposta da rede HumanizaSUS em redimensionar o espaço da visita e do acompanhante no sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: visita aberta e direito a acompanhante. Brasília: Ministério da Saúde, ed. 32, 2007.
- [2] BRÜGGEMANN ET AL. A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, vol. 17, núm. 3, jul. 2013, Rio de Janeiro, Brasil.
- [3] CORREA, M. S. M.; FELICIANO, K. V. O.; PEDROSA, E. N.; SOUZA, A. I. de. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. Cad. Saúde Pública, vol.33, n.3, abr. 2017.
- [4] MALDONADO, M. T. P. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. Petrópolis, Vozes, 3ª edição, 118 p. 1980.
- [5] SILVA, T. A.; CARVALHO, K. K. S. A importância da Política Nacional de Humanização para a qualidade do sistema público de saúde brasileiro. Brasília. DF. 2010. 42f. (Monografia Graduação em Enfermagem). Universidade Católica de Brasília. Brasília, 2010.

Capítulo 3

Amamentação no contexto do sistema prisional brasileiro: Revisão Sistemática

Maria Eduarda Silveira Souza Ferro

Paula Orchiucci Miura

Resumo: A maternidade é um processo de diversas mudanças biológicas e psicológicas, e vivenciar esse processo em situação de cárcere pode apresentar ainda mais desafios. Este trabalho teve como objetivo identificar e descrever as produções brasileiras sobre o processo de amamentação dentro do sistema prisional brasileiro. Trata-se de uma revisão sistemática de literatura. Foram selecionados como descritores: “amamentação AND cárcere”; “amamentação AND sistema prisional” e “amamentação AND prisão” e as buscas foram feitas nos seguintes bancos de dados: CAPES, SciELO e Lilacs (Biblioteca Virtual de Saúde). A amostra final foi composta por oito artigos. Dentre eles, observou-se que a área da revista que mais apresentou artigos foi a Enfermagem. As temáticas mais presentes nas discussões dos artigos foram: cenário jurídico brasileiro e suas divergências com a realidade; potencialidades e limitações da amamentação no cárcere; necessidade do apoio profissional. Conclui sobre a necessidade de mais produções acadêmicas e maior visibilidade política e social sobre o tema.

Palavras-chave: amamentação, sistema prisional, encarceramento, revisão sistemática.

1. INTRODUÇÃO

A maternidade é, notoriamente, um processo de diversas mudanças biológicas e psicológicas. Contudo, enfrentar esse processo em situação de cárcere pode apresentar ainda mais desafios, principalmente no que diz respeito à relação mãe-bebê, em especial quando o momento de privação de liberdade acontece antes ou logo após o parto, sendo seus filhos então crianças pequenas e totalmente dependentes de cuidados, em especial maternos.

Segundo o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen) (Brasil, 2017), 74% das mulheres presas no Brasil são mães, uma taxa extremamente elevada que demanda discussões acerca desse assunto. Neste mesmo levantamento, também foi registrada a quantidade de 536 gestantes e 350 lactantes em unidades prisionais em todo o território nacional, o que demanda uma discussão acerca deste processo de amamentação.

Foi a partir da Lei da Execução Penal (Brasil, 1984) que alguns direitos foram assegurados, como o das mulheres em cumprimento de pena terem contato integral com seus filhos dentro do sistema prisional, viabilizando também que estes sejam dotados de berçários, seções para gestantes e creches. A Resolução CNPCP (Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária) nº 04 de 15 de julho de 2009 é a responsável por estabelecer um prazo de até um ano e seis meses de permanência do bebê com a mãe no sistema prisional, prazo além dos seis meses previsto pela LEP (na alteração realizada em 2009), visando uma permanência mais duradoura com a mãe para que esse bebê possa além de ser amamentado por mais tempo, também desenvolver-se de forma saudável e criar um vínculo com a mãe, aspectos fundamentais na primeira infância. Porém, ainda segundo o INFOPEN de 2016 (Brasil, 2017), apenas seis estados brasileiros possuíam prisões com espaço para creche, totalizando apenas 3% das unidades totais do país. É necessário citar que também através da Lei da Execução Penal (Brasil, 1984), o período de amamentação passa a ser assegurado por no mínimo seis meses de vida do recém-nascido, não podendo ser diminuído. No ano de 2018, o Supremo Tribunal Federal (STF) estendeu para todo o território nacional os efeitos da decisão da substituição da prisão preventiva pela domiciliar de todas as mulheres presas gestantes, puérperas ou mães de crianças com até 12 anos de idade e pessoas com deficiência sob sua guarda. A decisão foi proferida no Habeas Corpus Coletivo nº 143.641/SP.

De acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) (Brasil, 2002), o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) destacam que o aleitamento materno deve ser exclusivo até os seis meses de vida do bebê, enfocando sua importância e também a possibilidade desse alimento ser utilizado até os dois anos de vida da criança, sendo complementado com outros alimentos. Ou seja, essa amamentação acaba sendo garantida apenas no período em que a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que o aleitamento materno seja exclusivo, não garantindo esse direito depois disso, o que provoca uma problemática acerca da amamentação ser vista apenas como uma necessidade da manutenção da saúde física do bebê, por o leite materno ser uma importante fonte de energia e nutrientes, reduzindo doenças e mortalidade infantil, e não um momento de criação e fortalecimento de vínculos na díade mãe-bebê, como será discutido a seguir. Em relação à gestante em privação de liberdade, com base nesta Lei (Brasil, 1984), deve ser cumprido pelo Estado o acompanhamento médico durante o pré-natal e pós-parto, estendendo esses cuidados ao bebê recém-nascido. Além disso, a unidade prisional deve viabilizar e assegurar que o contato da mulher em privação de liberdade com seu filho aconteça ao menos até os sete anos de idade da criança.

Segundo Winnicott (1987/1999), a amamentação se constitui como uma vivência significativa em que o contato mãe-bebê traz uma experiência de união, satisfação e sensação de completude para os dois participantes da díade mãe-bebê, constituindo uma intimidade e vínculo através do contato entre a boca e o seio materno. Dentro desses estudos acerca da díade mãe-bebê, Winnicott (1965/1983) discute o conceito da "preocupação materna primária", que se configura como o saber da mãe em relação às necessidades de seu filho, o momento certo do que e quando ela deve prover. Esse fenômeno se qualifica como essencial, pois "sem ela não existe ninguém que esteja suficientemente identificado com o lactente para saber o que ele necessita" (p. 231). A relação afetiva que vai se consolidando entre a mãe e o bebê nos estágios iniciais de desenvolvimento é importante porque é nesse momento que a base da saúde mental dessa criança é estabelecida, envolvendo processos de maturação e condições ambientes favoráveis que auxiliem a realização desse encontro favorável, em que o ambiente - a mãe - sustenta e provê todas as necessidades da criança, sendo a amamentação uma das peças-chaves desse momento (Winnicott, 1965/1983). Ou seja, a amamentação quando ocorrida de forma satisfatória e bem sucedida, atua como dispositivo facilitador da função materna em se colocar em sintonia com o bebê, contribuindo para o desenvolvimento da percepção de mundo da criança, em que ele se deslocará do objeto materno para o mundo exterior (Costa & Locatelli, 2008).

Em um estudo realizado por Cunha, Santos e Gonçalves (2012), com um grupo de gestantes, algumas mães participantes relataram que sentem a amamentação como um espaço de vínculo entre mãe e filho, em um ato de amor, confiança e carinho. Isso não é diferente para mães em privação de liberdade, que concebem a amamentação como “um instrumento por meio do qual se sentem protegida no sentimento de autovalorização e acolhimento, que a permite perceber-se em sua plena capacidade de amamentar e de completude no desempenho de seu papel materno” (Mariano & Silva, 2018, p. 5). Também foi percebido no estudo que para essas mulheres a presença de seus filhos no ambiente prisional junto a elas representa um processo de humanização no contexto em que estão inseridas, de minimização do sofrimento e “preenchimento de lacunas emocionais e de laços afetivos que se perdem com a prisão” (Mariano & Silva, 2018, p. 4). É importante citar a existência de programas e políticas públicas, a exemplo da PNAISP (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional) de 2014, que visam garantir direitos básicos e cuidado integral, assistência à saúde, práticas humanizadas pelos profissionais de saúde, alinhados aos preceitos do SUS, incluindo a amamentação dentro do sistema prisional. Contudo, pouco se leva em consideração a importância dos vínculos (e como será feita a manutenção destes após o período de aleitamento materno) e afetividade na diáde mãe-bebê, priorizando as necessidades e a saúde física do bebê. Um exemplo disso é a previsão da Lei em que essa amamentação dentro da unidade prisional é apenas garantida no tempo em que a criança necessita exclusivamente do leite materno, como citado anteriormente.

Todo o processo de encarceramento de mulheres mães envolve principalmente preocupações, angústia e sofrimento no que diz respeito à quebra de vínculos com seus filhos, relações estas que são formadas a partir do contato direto e contínuo, assim as crianças desenvolvem o apego com suas mães/cuidadores e se sentem seguras, contudo, isso acaba não acontecendo de forma completa em uma situação de privação de liberdade (Soares, Cenci, & De Oliveira, 2016). Esse mesmo estudo discute algumas questões principais, destacando a questão dos vínculos que são enfraquecidos a partir do afastamento decorrente do processo de encarceramento. A principal angústia relatada por essas mães é o medo de que os filhos as esqueçam, principalmente por ela não estar presente nos momentos dos primeiros cuidados da criança, e no futuro (após o cumprimento da pena) elas não sejam mais uma referência para seus filhos.

Soares et al. (2016) também sinalizam a tentativa dessas mulheres de reativar essa relação e estreitar os laços a partir das visitas realizadas pelos seus filhos e familiares, buscando estar presente através desse dispositivo, mesmo estas visitas sendo insuficientes para isso. Isso demonstra uma não restrição da sua vida ao universo do confinamento, revelando uma enorme preocupação com a família e o com o mundo em que deixou antes de ser presa, principalmente em relação aos seus filhos e o medo que sentem de que eles se aproximem do mundo do crime ou de que não tenham um futuro promissor.

A problemática da maternidade dentro do sistema prisional brasileiro é uma questão que deve ser abordada e pensada como pauta de saúde pública, visto que tem crescido consideravelmente dentro do sistema prisional a violação de direitos das mulheres em privação de liberdade e seus filhos nascidos no cárcere (Ventura, Simas, & Larouzé, 2015). Pensar a saúde dessas mulheres no contexto em que estão inseridas, considerando o viés da amamentação, dentro do sistema prisional é fundamental para pensar a saúde pública e para todos/as, além de apresentar importantes contribuições para estudos em psicologia e saúde coletiva. Diante do exposto, o presente artigo teve como objetivo identificar e descrever as produções acadêmicas brasileiras que discutem o processo de amamentação dentro do sistema prisional brasileiro.

2. MÉTODO

Para se atingir os objetivos propostos, foi realizada uma revisão sistemática da literatura sobre o processo de amamentação dentro do sistema prisional no cenário brasileiro. De acordo com Vosgerau e Romanowski (2014), a revisão sistemática se apresenta como um dos tipos de revisões de síntese, que têm como objetivo identificar pesquisas que conseguiram responder o problema pesquisado, utilizando para isso critérios de inclusão e exclusão de artigo. Essa metodologia foi escolhida por se apresentar eficiente no que diz respeito à mapear e analisar as produções que discutem a temática proposta, por estabelecer descritores, bases de dados e critérios pré-definidos para a seleção de artigos que serão analisados. Como mencionado por Sampaio e Mancini (2007, p. 84), uma das vantagens dessa metodologia é permitir “incorporar um espectro maior de resultados relevantes, ao invés de limitar as nossas conclusões à leitura de somente alguns artigos”.

Foram utilizadas as bases de dados nacional *online* Portal de Periódicos da CAPES, Portal Regional da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Definiu-se três descritores para realizar a pesquisa dentro das bases de dados, sendo esses: “amamentação *AND* cárcere”, “amamentação *AND* prisão” e “amamentação *AND* sistema prisional”. Além dos descritores, foi delimitado um recorte temporal para a seleção dos artigos a serem analisados, sendo estes dos últimos dez anos (2009-2019), além da aplicação do filtro da língua portuguesa, e a partir disso, selecionando artigos produzidos no Brasil.

Após essa busca inicial, os critérios de inclusão e exclusão foram delimitadores de quais artigos seriam lidos na íntegra para o processo de análise. Esses critérios de inclusão são artigos em português disponíveis para *download* gratuito do documento na íntegra e que corresponda à pergunta de pesquisa do estudo, sendo esta “Como acontece o processo de amamentação dentro do sistema prisional brasileiro?”, ou seja, artigos que abordem a amamentação dentro do contexto do encarceramento no cenário brasileiro. Já os critérios de exclusão pensados foram: artigos de revisão sistemática (por este trabalho já apresentar a metodologia de revisão sistemática), artigos em que a pesquisa não fosse realizada no Brasil, materiais que fossem livros, teses, dissertações, textos não disponíveis na íntegra de forma gratuita e outras produções que a partir da leitura do título e do resumo não se relacionavam com o objetivo e com a temática deste estudo. A partir desses critérios, pensou-se também em incluir artigos de análise documental, que traziam dados acerca dessa temática. Também foi atentado aos artigos que apresentavam repetição interbase e interdescriptor, para que a leitura na íntegra não acontecesse de forma duplicada.

A partir desse processo de seleção, uma amostra de artigos que contemplavam esses critérios de inclusão foi definida. Estes artigos então foram lidos na íntegra e a partir da leitura foram analisados, utilizando assim a metodologia de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), em que auxiliou a elaboração e formatação de seis categorias temáticas, que são elaboradas e compostas a partir das principais temáticas e discussões apresentadas nos artigos que estudam, que discorrem sobre o processo de amamentação no contexto do sistema prisional brasileiro e seus desdobramentos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos descritores e dos filtros de idioma e de ano de publicação aplicados, foram realizadas em outubro de 2019 as buscas dos artigos nas bases de dado CAPES Periódicos, BVS e Scielo. A quantidade inicial de artigos encontrados no descritor “amamentação *AND* cárcere” em cada base de dados (CAPES, BVS e SciELO) foi de um, oito e três, respectivamente. O descritor “amamentação *AND* prisão” teve resultado inicial de cinco artigos na CAPES, oito na BVS e quatro na SciELO. Por último, o descritor utilizado “amamentação *AND* sistema prisional” teve um resultado inicial na primeira busca de cinco, quatro e um artigos, respectivamente.

Totalizando uma quantidade inicial de trinta e nove artigos a partir da busca com os três descritores nas três bases de dados, aplicando também os filtros de produções brasileiras, em língua portuguesa, publicado nos últimos 10 anos e produções acadêmicas de artigos. Assim, totalizaram-se 11 artigos na CAPES, 20 produções na BVS (Biblioteca Virtual de Saúde) e 8 na SciELO. A partir dessa busca inicial e levando em conta esses resultados, foi feita a leitura dos títulos e resumos, considerando todos os critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos, restaram 8 artigos para a leitura na íntegra. Essas informações podem ser visualizadas no fluxograma abaixo.

Figura 1 – fluxograma das primeiras etapas da revisão sistemática

Com o objetivo de descrever e caracterizar esses oito artigos que foram lidos na íntegra para análise, é possível conceber algumas informações. Primeiramente, quanto à data de publicação destes, o ano em que teve mais artigos publicados dentre os oito da amostra foi 2015, compondo três artigos. O ano de 2018 teve dois artigos publicados e 2017, 2014 e 2011, apenas um artigo publicado em cada ano. Essa produção maior de artigos nos últimos anos pode ter acontecido pelo crescimento das mulheres gestantes e mães nas penitenciárias, bem como por conta da Lei nº 11.942, de 28 de maio de 2009 que dá uma nova redação ao art. 83 da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984, que garantia berçário nos espaços penais para que as mulheres em privação de liberdade possam cuidar de seus filhos. Então, a partir de 2009, a Lei da Execução Penal (Brasil, 1984) passa a também garantir em sua nova redação a amamentação desses bebês por no mínimo seis meses.

Em relação à quantidade de autores/as em cada artigo, três artigos eram da autoria de três pesquisadores/as, dois artigos com seis autores/as, os outros três artigos se dividiram em um com dois autores/as, outro com quatro e um com cinco autores/as. Observa-se que todos artigos foram elaborados com dois ou mais autores, o que revela o trabalho em parceria e/ou equipe entre os pesquisadores.

Sobre as universidades as quais os/as autores/as das produções acadêmicas estavam vinculados, apresentou-se de maneira bastante diversa, sendo sete (Universidade de São Paulo, Universidade de Pernambuco, Universidade Federal de Pernambuco, Instituto Federal de Pernambuco, Universidade Federal do Pará, Universidade Paranaense e Universidade Estadual de Campinas) com um artigo de autores/as vinculados a cada uma destas instituições e apenas a Universidade Federal do Rio de Janeiro apresentou dois artigos com autores/as vinculados a ela, inclusive, sendo os/as mesmos/as autores/as. Destas sete instituições, seis são públicas e uma privada, isso aponta para uma maior produção acadêmica e desenvolvimento de pesquisas nas instituições públicas de ensino.

Quanto às regiões, observou-se publicações de pesquisadores do Nordeste (3), Norte (1), Sudeste (4) e Sul (1), dados interessantes considerando que as produções não ficaram concentradas apenas no Sudeste, além de apontar para o interesse de pesquisadores de diferentes regiões do país em estudar o tema do presente trabalho. Esses dados dialogam com a pesquisa de Macedo e Dimenstein (2011), em que o autor e a autora pesquisam e discutem a respeito do aumento de instituições de ensino superior nas regiões do

Brasil, trazendo os dados de que de 1997 para 2006, Norte e Nordeste aumentaram 297% e 307,92% no número de instituições de ensino superior, respectivamente. Consequentemente, aumenta-se o número de grupos de pesquisa e produções acadêmicas.

Também é possível observar os dados em relação ao gênero dos/as autores/as dos artigos. Cinco artigos apresentaram uma autoria mista, entre homens e mulheres, sendo em cada um deles apenas um autor homem. As outras três produções apresentaram autoria somente de mulheres. A grande maioria, 84% do total dos/as autores/as dos oito artigos, são mulheres, sendo 27 mulheres autoras e apenas 5 homens, de um total de 32 autores/as em todos os artigos. Esses dados parecem apontar para uma concentração de mulheres pesquisando e publicando sobre amamentação em contexto de cárcere. A reflexão que surge a partir desses dados é do por que isso está acontecendo, já que a amamentação, sendo um dos cuidados primários, se configura como um processo que engloba não só a mulher lactante e o bebê, mas sim onde o papel do companheiro e da rede familiar são tão importantes e se configuram como dispositivos facilitadores do processo e estabelecimento da vinculação familiar e da diáde mãe-bebê e do desenvolvimento da maturidade emocional (Winnicott, 1965/2011). Ou seja, é uma temática que deveria ser estudada não somente por mulheres pesquisadoras, mas também por homens, que também são atores dentro desse momento da vida de toda a família.

Partindo para o panorama do método utilizado nesses artigos, este se apresentou de forma bastante variada de acordo com cada produção. Dois artigos utilizaram o método de formação de grupos e entrevista (Mariano & Silva, 2018; Monteiro et al., 2011), dois da entrevista semiestruturada (Guimarães et al., 2018; Dalmácio, Da Cruz, & Cavalcanti, 2014) e um da entrevista semidirigida com análise de conteúdo (Fochi, Higa, Camisão, Turato, & Lopes, 2017) e dois da pesquisa bibliográfica e/ou documental (Ventura et al., 2015; Simas, Ventura, Baptista, & Larouzé, 2015). Um último artigo, então, utilizou-se de um método um pouco diferente, fazendo um apanhado histórico e atual da situação das mulheres que são mães no cárcere no contexto brasileiro, se apropriando de informações, legislação e dados para discutirem a respeito (Calhiari, Santos, & Brunini, 2015). Dessa forma, é possível observar que na metodologia qualitativa a entrevista foi o instrumento mais elegido para o desenvolvimento das pesquisas, por se tratar de um protocolo que objetiva a comunicação verbal e “consiste em um tipo de interação com objetivos específicos, que visa a compreensão de como os sujeitos percebem e vivenciam determinada situação ou evento que está sendo focalizado” (Fraser & Gondim, 2004, p. 140), ou seja, valoriza a fala e a experiência individual daquele sujeito, no caso, a amamentação vivenciada por essas mulheres e como elas percebem e sentem esse momento.

A respeito das revistas em que os oito artigos foram publicados, as áreas destas se dividiram entre saúde pública, psicologia, direito e história e ciências sociais, todas com um artigo dos oito da amostra publicado em cada uma. Já as revistas da área de enfermagem, totalizaram quatro artigos publicados em revistas dessa área, o que sugere uma abordagem maior do tema na perspectiva da saúde. É possível então perceber uma baixa produção em revistas de psicologia, sendo que é uma área que discute o processo de amamentação de forma a valorizá-lo em relação ao processo de desenvolvimento emocional da criança, como parte do desenvolvimento emocional do bebê e a sua relação com o ambiente, como Winnicott (1990, p. 132) pontuou que “o desenvolvimento saudável do bebê não é uma questão de verificação do peso, mas uma questão de desenvolvimento emocional”.

Sobre a Qualis destas revistas, pela classificação da CAPES, elas se apresentaram da seguinte forma: a única com Qualis A1 foi a Revista Direito GV, partindo para Qualis A2 apresentou-se o Caderno de Saúde Pública e a Texto Contexto Enfermagem (que teve dois artigos dos oito da amostra publicados nesta). A única revista com Qualis B1 foi a Revista Eletrônica de Enfermagem. Já as revistas com Qualis B2, foram as que apresentaram maior quantidade, sendo elas a Revista de Enfermagem UFPE online, Psicologia Argumento e Revista Brasileira de História e Ciências Sociais. Dessa forma, pode-se perceber que estas produções estão todas publicadas em revistas com Qualis igual ou acima de 2 de acordo com a classificação da CAPES, o que garante um alcance maior destas pesquisas em âmbito nacional e internacional.

A partir da leitura na íntegra dos artigos que compuseram a amostra final, foram construídas seis categorias temáticas. Com essas categorias, objetivou-se abordar os principais temas trabalhados e estudados nos artigos lidos, que serão discutidas a seguir.

3.1. CENÁRIO JURÍDICO BRASILEIRO ACERCA DA AMAMENTAÇÃO NO SISTEMA PRISIONAL

Dois artigos (Simas et al., 2015; Ventura et al., 2015) se propuseram a fazer uma investigação documental a respeito da legislação, políticas públicas e decisões judiciais a respeito da maternidade dentro do sistema prisional brasileiro, abarcando temáticas como amamentação. Pode-se perceber que os/as autores/as são os mesmos nos dois artigos, revelando um interesse nesse assunto. Para introduzir alguns dispositivos legais que abordam o tema, o estudo de Ventura et al. (2015) traz em pauta a Resolução CNPCP (Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária) nº 04, de 15 de julho de 2009, citada anteriormente.

Esse período previsto pela Resolução (Brasil, 2009), pode-se estender até mais seis meses para que a separação aconteça de forma gradual, amenizando o sofrimento que esse rompimento de vínculo provoca. Além do tempo de permanência com a mãe, ela também regula o lar de destino após o processo de separação e a presença de berçários e estrutura física adequada para mãe e filho dentro do sistema prisional. Essa Resolução (Brasil, 2009), junto com as disposições da LEP (1984), “seriam as regras federais específicas direcionadoras para a atuação e normatização por todos os demais entes federativos” (Ventura et al., 2015, p. 613).

Contudo, observa-se na pesquisa documental de Ventura et al. (2015), uma divergência dessas previsões da lei, quando encontram-se uma baixa quantidade de normas jurídicas sobre o tema, configurando uma falta de iniciativa legislativa, resultado em um cenário desfavorável a respeito da garantia de direitos das mulheres mães em privação de liberdade. Esse fato é reforçado pelos resultados da outra pesquisa, de Ventura et al. (2015), que analisou as decisões judiciais do Supremo Tribunal Federal (STF) e do Supremo Tribunal de Justiça (STJ), em que foram encontradas apenas doze e cinco decisões, respectivamente, que discutiram sobre filho(a), amamentação, prisão domiciliar e maternidade. Segundo os/as autores/as, esse resultado “sugere existência de dificuldades de acesso à justiça por parte das mulheres presas e seus filhos, bem como a invisibilidade social da questão” (p. 566).

Dentre essas decisões, a maioria se configurava como pedido de prisão domiciliar, com a justificativa de gravidez de alto risco, necessidade de cuidados especiais (como caso de deficiência, por exemplo) por parte do bebê ou a criança ser menor de sete anos. Dentre essas dezessete decisões encontradas nos Tribunais Superiores, onze foram negadas, com a maioria das justificativas sendo pela pena das mulheres ser por crime de tráfico de entorpecentes, “com base em entendimento de não ser possível conceder liberdade provisória nos crimes hediondos e aos a eles equiparados” (p. 558). Isso reforça um cenário de predileção da Justiça Brasileira em utilizar-se do discurso de manutenção da segurança em detrimento do direito de amamentação e cuidados maternos oferecidos e essenciais à criança.

3.2. DIVERGÊNCIAS ENTRE AS NORMAS E A REALIDADE

A discussão desta categoria centra-se nas divergências encontradas entre a realidade de mulheres em privação de liberdade, a partir de pesquisa documental ou de seus relatos concedidos aos estudos. Sete artigos (Monteiro et al., 2011; Dalmácio et al., 2014; Simas et al., 2015; Ventura et al., 2015; Calhiari et al., 2015; Fochi et al., 2017; Guimarães et al., 2018) abordaram questões que dialogam com essa temática.

Primeiramente, a discussão trazida por Calhiari et al. (2015) ilustra bem como se constitui os sistemas prisionais brasileiros: instituições hierárquicas, verticais, que ferem a dignidade humana, objetivando unicamente processos de disciplinamento e correção, se agravando no caso do encarceramento feminino, em que as mulheres sofrem punição duplamente, tanto pela privação de liberdade quanto por “estigmas e preconceitos do tradicionalista sistema patriarcal, que se caracteriza por acentuar as desigualdades sociais e o poder diferenciado do gênero masculino em relação ao feminino” (p. 399).

Apresentaram-se relatos de estabelecimentos prisionais precários, ambientes insalubres, que não atendiam ao que as normas previam de uma estrutura física adequada para a permanência de uma criança no sistema prisional, nem dos cuidados demandados. Berçários superlotados, alimentação precária, atenção médica precária, poucas unidades prisionais com creches, ou seja, as unidades prisionais não viabilizam o desenvolvimento infantil dessas crianças que possuem seu direito assegurado de permanência com suas mães pela jurisprudência brasileira, como apresentado anteriormente. Esses ambientes não preparados para mães e bebês geram uma vulnerabilidade maior dessa parcela da população encarcerada.

Uma questão incisiva é a respeito da amamentação, que como Monteiro et al. (2011) destacou, a amamentação é assegurada pela jurisprudência brasileira, através de normas e diplomas legais,

favorecendo a permanência dos filhos das mulheres privadas de liberdade com elas dentro do sistema prisional, viabilizando condições para isso, contudo, isso nem sempre é assegurado, sendo a realidade bem distante do que é previsto na jurisprudência brasileira. Além disso, os artigos também trazem relatos da amamentação ser vista unicamente como benefício para a criança, ou seja, sua função ser exclusivamente a alimentação e nutrição infantil, excluindo todos os benefícios psicológicos e também físicos para a mãe. Como abordado por Guimarães et al. (2018), isso reforça que a amamentação é unicamente um direito da criança, que “mulheres teriam perdido o direito de exercer a maternidade e, consequentemente, de amamentar seus filhos, em razão do crime praticado” (p. 6).

A partir disso, essa mesma pesquisa de Guimarães et al. (2018) traz que a amamentação torna-se então um exercício impositivo, em que a organização prisional apropria-se do ato e do bebê como instrumento punitivo, ameaçando retirar a criança dos cuidados da mãe privada de liberdade caso o aleitamento materno não esteja sendo feito, ou esteja sendo feito através de outros leites (o que provoca muitos estabelecimentos prisionais proibirem o uso de leites industrializados/suplementos lácteos sem ser por recomendação médica) ou por mal comportamento da mulher dentro do sistema prisional. Configura-se, então, como uma forma de violência a privação da díade mãe-bebê do processo e do direito à amamentação e criação de vínculos.

3.3. IMPORTÂNCIA DA AMAMENTAÇÃO E DA PERMANÊNCIA DO FILHO COM A MÃE

Quatro estudos (Monteiro et al., 2011; Dalmácio et al., 2014; Fochi et al., 2017; Mariano & Silva, 2018) abordaram essa temática. Essas pesquisas trouxeram que a presença do/a filho junto à mãe, mesmo que dentro de uma conjuntura não tão favorável, apresenta-se de forma positiva, em que a criança tem o poder de abrandar a pena da mãe, diminuindo sofrimento, provocando sentimentos positivos, principalmente no que concerne ao ato de amamentar, se configurando também como uma estratégia de proteção para a mãe e para a criança. O estudo de Monteiro et al. (2011), que trata sobre o aleitamento materno no sistema penitenciário, traz em seus resultados uma percepção positiva das mães, que relataram “sentimentos de alegria, satisfação, elevada autoestima materna por reclusas que passaram por experiências em amamentação” (p. 1975).

A amamentação e a presença do/a filho/a com a mãe são trazidos pelo estudo de Dalmácio et al. (2014) como processos positivos e fundamentais tanto para a mãe quanto para o bebê, além desse contato ser de grande importância na primeira infância, possibilitando um desenvolvimento infantil saudável e uma construção afetiva, evitando prejuízos futuros físicos e psíquicos para ambos. O mesmo estudo pontua que é possível observar que os prejuízos (físicos, psíquicos, emocionais, etc) da separação precoce desses dois são muito maiores do que os prejuízos que a permanência de um bebê em um ambiente inadequado para sua presença, como é o caso das unidades prisionais. Além disso, os textos trazem que a presença da criança junto à mãe e dentro da unidade, promove uma sensação de bem-estar, de conforto e alegria, tendo a potência de suavizar a pena e os efeitos negativos que a vida no cárcere provoca no dia-a-dia dessas mulheres. Isso é confirmado pela pesquisa de Mariano e Silva (2018), que traz relatos das mães de que vale a pena manter o bebê junto a si, amamentando, dando cuidado, carinho, apesar de todos os fatores que se opõem à esse exercício pleno dentro do sistema prisional brasileiro.

3.4. SENTIMENTOS CONFLITANTES

Apesar da presença do/a filho/a com a mãe no sistema prisional apresentar-se de forma positiva em alguns relatos, também aparecem sentimentos conflitantes a respeito de manter ou não a criança com ela no sistema prisional pelo período dos primeiros seis meses de vida da criança, como previsto pelos dispositivos legais. Assim, três artigos (Monteiro et al., 2011; Fochi et al., 2017; Mariano & Silva, 2018) abordaram essas angústias.

Os apontamentos de Monteiro et al. (2011) ilustram bem esses sentimentos conflitantes de manter ou não a criança junto a si, apresentando os aspectos positivos e negativos da decisão de manter a criança pelo período de seis meses como previsto pelos dispositivos legais, o que impacta diretamente na decisão de amamentar ou não a criança. Os aspectos negativos seriam o fato de que o sistema prisional é um ambiente insalubre, inadequado e não preparado para a permanência de uma criança, sendo violento, com brigas e desentendimentos entre as mulheres apenadas, submetido às regras e normas alheias às vontades da mãe e do bebê.

Em contrapartida, manter a criança consigo também seria um facilitador da criação de vínculos, a criança não iria para cuidados de outros familiares de forma tão precoce, a mãe conseguirá cuidar de perto e não sentirá saudades e vazio pela ausência da criança. Manter a criança junto a si também irá privá-la do convívio com a família, com o pai e irmãos (se houver), submetendo a criança a um ambiente com recursos escassos, como pontuado por Mariano e Silva (2018). Todos esses processos geram sentimento de culpa nessa mãe. Segundo Fochi et al. (2017), as mulheres gestantes e mães no sistema prisional sentem-se culpadas por não conseguirem exercer a maternidade e o processo de amamentação de forma adequada, também confinando dessa forma seu filho a partir da sua escolha de manter ou não o/a filho/ a junto a si.

Esse conflito da tomada de decisão também é presente quando a criança já está sendo amamentada, quando a instituição orienta que o desmame seja realizado, pois o dia que a criança irá embora do sistema prisional (em média, próximo aos seis meses de vida) está se aproximando. O estudo de Mariano e Silva (2018) pontua esses conflitos que as mães vivenciam. O desmame se caracteriza como um processo não abrupto, ao mesmo tempo que se configura como uma privação do leite materno exclusivo pelo período de seis meses, como recomendado pela Organização Mundial de Saúde. As mães no estudo trazem que o desmame seria um prenúncio da retirada do filho e consequente sofrimento para ambos, contudo, seria uma estratégia positiva para que ela estivesse presente no início da inserção de outros alimentos para a criança, evitando mais um sofrimento dela não estar presente nesse processo (já que isso aconteceria de qualquer forma após a saída da criança), sendo algo não abrupto e gradual, evitando assim mais prejuízos e sofrimento para a criança.

3.5. A SEPARAÇÃO APÓS O PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO

A chegada da separação da criança é algo inevitável, visto que os dispositivos legais preveem (e executam, em sua maioria) a permanência de seis meses após o parto da criança com a mãe dentro da unidade prisional. Assim sendo, quatro artigos (Dalmácio et al., 2014; Fochi et al., 2017; Guimarães et al., 2018; Mariano & Silva, 2018) abordaram a temática da separação. De modo geral, nos artigos ela foi tratada completamente como algo doloroso, carregada de medo de perder o amor e a guarda do filho e culpa por não poder prover à criança os primeiros cuidados, além de mais tempo de amamentação. O estudo de Mariano e Silva (2018) traz isso de forma abrangente. Como citado anteriormente, o desmame configura-se como o primeiro sinal de que a separação acontecerá, e nesse momento, na expectativa da separação, o sofrimento dessa mãe se revela. Diante disso, a mãe se esforça para que nada os separe prematuramente, como “evitando que ele adoça e seja levado para cuidados médicos e, mantendo uma boa conduta na relação com as demais presas para que não haja motivos para a retirada da criança da unidade” (Mariano & Silva, 2018, p. 6).

A saída da criança também configura-se como uma perda concreta da rotina que se tinha com seu/sua filho/a, dos sentimentos positivos que preenchiam seu dia-a-dia, sendo substituídos pelo “desespero, angústia, carência e solidão, sentimentos que a levam a prever a perda da coragem e força para enfrentar o cárcere” (Mariano & Silva, 2018, p. 6).

3.6. IMPORTÂNCIA DO APOIO PROFISSIONAL

Para lidar com todas essas questões emergentes e anteriormente discutidas a respeito da amamentação e seus desdobramentos, a importância do apoio profissional se torna ainda mais necessário. Dessa maneira, cinco artigos (Monteiro et al., 2011; Dalmácio et al., 2014; Calhiari et al., 2015; Fochi et al., 2017; Guimarães et al., 2018) pontuaram a necessidade do suporte profissional no que concerne à informação, apoio e educação em saúde de uma equipe multiprofissional que possa garantir suporte às nutrizes encarceradas.

A informação a respeito da amamentação representa o principal suporte que deve ser ofertado às nutrizes em privação de liberdade, para que esse processo seja realizado de maneira completa, sem ser imposto pela organização que se utiliza de dispositivos punitivos e não educativos. Dalmácio et al. (2014) trazem uma informação preocupante ao citarem que as mulheres reconhecem a “amamentação como um direito, entretanto, não tem conhecimento de nenhuma lei que possa lhe garantir o seu efetivo cumprimento” (p. 66).

O estudo de Guimarães et al. (2018) traz a importância da amamentação ser encorajada, com informações adequadas, suavizando os efeitos negativos que a organização prisional têm perante às detentas. O estudo

também relatou conflitos das reclusas com os/as profissionais, que possuem uma abordagem invasiva, centrada no modelo biomédico, vendo a mãe unicamente como fonte do leite para a criança e não como também pessoa que se beneficia do processo de aleitamento materno. Essas condições geram estresse, prejudicando a prática da amamentação.

Em contrapartida, Guimarães et al. (2018) trouxeram em seu estudo relatos de satisfação das mulheres com os profissionais de assistência psicossocial (psicólogos/as e assistentes sociais), que fornecem suporte adequado no que concerne ao aleitamento materno, orientando, informando, encorajando a mulher à ser participante ativa nesse processo. Quanto aos/as profissionais da psicologia no sistema prisional, Calhiari et al. (2015) trazem que “os profissionais Psi que adentrem as instituições penitenciárias devem engajar-se em garantir a potencialização dos direitos das mulheres, muitas vezes aviltada por um sistema opressor” (p. 402).

Em linhas gerais, três artigos (Monteiro et al., 2011; Dalmácio et al., 2014; Fochi et al., 2017) trazem de forma incisiva a necessidade de atenção à saúde física e psíquica dessas mulheres, de assistência multiprofissional, com informações sobre a amamentação e seus benefícios tanto para a mãe quanto para o bebê, o encorajamento da participação ativa da mulher nesse processo e não só como provedora do leite para a criança, com profissionais que reconheçam questões que atravessam essas mulheres, promovendo saúde, gerando conhecimento e apoio, e assim rompendo violências, objetivando uma potencialização desse processo e de vínculos materno-infantis mais fortalecidos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do mapeamento das produções acadêmicas sobre amamentação no sistema prisional brasileiro e as informações aqui apresentadas, foi possível perceber algumas características convergentes e divergentes entre elas. Todas as produções colhidas para a amostra final são publicações recentes, a maioria com menos de cinco anos, mesmo tendo como um dos critérios de seleção as produções acadêmicas com até dez anos de publicação. São também produções que se concentram nas regiões Nordeste, Norte e Sudeste, apontando para o interesse dos pesquisadores sobre essa temática nestas regiões. A respeito do método utilizado nestas produções, elas dividiram-se em entrevista/formação de grupos e pesquisa documental e bibliográfica, sendo metade dessas produções publicadas em revistas da área de Enfermagem e a outra metade dividindo-se em outras áreas (Saúde, Psicologia, Direito e História e Ciências Sociais). Todas as revistas em que estes artigos estavam publicados foram classificadas pela CAPES com Qualis igual ou acima de 2.

Foi possível perceber uma amostra reduzida de artigos que se dispõem a discutir o processo de amamentação no sistema prisional, sendo esta uma limitação deste trabalho. Pode-se pensar em uma discussão recente, que está sendo iniciada, e que deve ser levada em consideração para discutir a saúde e compreender como esse processo se constrói entre essas mulheres em privação de liberdade e seus bebês.

Sobre o conteúdo observado nos artigos, é evidente a necessidade de políticas públicas que garantam o direito à amamentação dentro do sistema prisional, efetivando o que a legislação brasileira prevê para essas mulheres em privação de liberdade e seus/suas filhos/as. Os artigos também trazem algumas questões relacionadas ao sofrimento e dificuldades que elas encontram após o parto e permanência no sistema prisional, como a difícil decisão de manter ou não a criança junto a si, a pouca estrutura no ambiente prisional, os processos violentos de encarceramento e doloroso momento de separação, reforçando a importância do apoio familiar e profissional que perpassa toda essa trajetória, que muitas vezes não são instruídos para orientar e cuidar dessas mulheres. Contudo, os artigos também trazem aspectos positivos desse momento: a vinculação mãe-bebê se reforça, ela pode cuidar de seu/sua filho/a, amamentá-lo, além dos artigos trazerem que a criança que permanece na unidade prisional com a mãe durante o período de amamentação traz alegria e esperança, abrandando o sofrimento da pena que está sendo cumprida.

Os artigos concluem que as mulheres estão vivenciando um momento delicado de suas vidas, lidando com a maternidade dentro de um contexto que acaba sendo invisibilizado, assim necessitam ainda mais aparato jurídico e da saúde, para que elas possam exercer a maternidade de forma plena e saudável. Observa-se também a importância de mais artigos e estudos que trabalhem e discutam a maternidade, proporcionando uma escuta das falas dessas mulheres, observando suas vivências, pontuando como a legislação brasileira visa a realização efetiva da amamentação no sistema prisional, colocando em pauta a necessidade de políticas públicas e educação em saúde para que essas normas sejam efetivadas,

garantindo uma visibilidade e viabilização efetiva de um sistema e de profissionais que possam apoiar e efetivar esse processo físico e psíquico tão importante, entre a mãe nutriz e o bebê lactente.

REFERÊNCIAS

- [1] Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições.
- [2] Brasil. (2017). Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. Recuperado de <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/relatorios-sinteticos/infopen-jun-2017-rev-12072019-0721.pdf>.
- [3] Brasil. (2002). Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/guiaaliment.pdf>.
- [4] Brasil, República Federativa do Brasil. (1984). Lei de execução Penal. Lei nº 7210 de 11 de julho de 1984. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17210.htm.
- [5] Brasil. (2014). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. Recuperado de <http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Cartilha-PNAISP.pdf>.
- [6] Calhiari, E. A., Santos, L. R. S., & Brunini, B. C. C. B. (2015). De algozes a vítimas: dos direitos cegos e nulos à mulher gestante em situação de cárcere. *Psicologia Argumento*, 33(82), 393-409. <http://dx.doi.org/10.7213/psicol.argum.33.082.A005>.
- [7] Costa, P. J., & Locatelli, B. M. E. S. (2008). O processo de amamentação e suas implicações para a mãe e seu bebê. *Mental*, 6(10), 85-102. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272008000100006.
- [8] Cunha, A. C. B., Santos, C., & Gonçalves, R. M. (2012). Concepções sobre maternidade, parto e amamentação em grupo de gestantes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 64(1), 139-155. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-52672012000100011&lng=pt&nrm=iso.
- [9] Dalmácio, L. M., Da Cruz, E. J. S., & Cavalcante, L. I. C. (2014). Percepções de mães encarceradas sobre o direito à amamentação no sistema prisional. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, 6(11), 54-72. Recuperado de <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10547>.
- [10] Fochi, M. do C. S., Higa, R., Camisão, A. R., Turato, E. R., & Lopes, M. H. B. M. (2017). Vivências de gestantes em situação de prisão. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 19. <https://doi.org/10.5216/ree.v19.46647>.
- [11] Fraser, M. T. D., & Gondim, S. M. G. (2004). Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia*, 14(28), 139-152. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2004000200004>.
- [12] Guimarães, M. L., Guedes, T. G., De Lima, L. S., Morais, S. C. R. V., Javorski, M., & Linhares, F. M. P. (2018). Promoção do aleitamento materno no sistema prisional a partir da percepção de nutrizes encarceradas. *Texto Contexto Enfermagem*, 27(4). <https://doi.org/10.1590/0104-07072018003030017>.
- [13] Macedo, J. P., & Dimenstein, M. (2011). Expansão e Interiorização da Psicologia: Reorganização dos Saberes e Poderes na Atualidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(2), 296-313. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000200008>.
- [14] Mariano, G. J. S., & Silva, I. A. (2018). Significando o amamentar na prisão. *Texto Contexto Enfermagem*, 27(4), 1-11. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018000590017>.
- [15] Monteiro, E. M. L. M., Silva, A. R. S., Do Nascimento, C. A. D., Maia, A. F. L. P., Araújo, P. D. A., & Dos Santos, S. M. (2011). Aleitamento materno no sistema penitenciário. *Revista Enfermagem UFPE on line*, 5(8), 1970-1978. <https://doi.org/10.5205/reuol.1262-12560-1-LE.0508201121>.
- [16] Sampaio, R. F., & Mancini, M. C. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(1), 83-89. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552007000100013>.
- [17] Simas, L., Ventura, M., Baptista, M. R., & Larouzé, B. (2015). A jurisprudência brasileira acerca da maternidade na prisão. *Revista Direito GV*, 11(2), 547-572. <https://doi.org/10.1590/1808-2432201524>.
- [18] Soares, I. R., Cenci, C. M. B., & De Oliveira, L. R. F. (2016). Mães no cárcere: percepção de vínculo com os filhos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 16(1), 27-45. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v16n1/v16n1a03.pdf>.

- [19] Ventura, M., Simas, L., & Larouzé, B. (2015). Maternidade atrás das grades: em busca da cidadania e da saúde. Um estudo sobre a legislação brasileira. *Caderno de Saúde Pública*, 31(3), 607-619. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00092914>.
- [20] Vosgerau, D. S. R., & Romanowski, J. P. (2014). Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. *Revista Diálogo Educacional*, 14(41), 165-189. <https://doi.org/10.7213/dialogo.educ.14.041.DS08>.
- [21] Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação*. (Irineo Constantino Schuch Ortiz, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1965).
- [22] Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana*. (Davi Litman Bogomoletz, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1988).
- [23] Winnicott, D. W. (1999). *Os bebês e suas mães*. (Jefferson Luiz Camargo, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1987).
- [24] Winnicott, D. W. (2011). *A família e o desenvolvimento individual*. (Marcelo Brandão Cipolla, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965).

Capítulo 4

A relevância do enfermeiro capacitado na inserção do dispositivo intrauterino (DIU) para a saúde pública

Ester Torres de Carvalho

Oscar Willian de Oliveira

Resumo: Este estudo bibliográfico descritivo com abordagem qualitativa objetiva demonstrar a relevância do enfermeiro capacitado na inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU) para a saúde pública, através do planejamento familiar e saúde reprodutiva realizados na Consulta de Enfermagem (CE). Baseando-se em parecer, resoluções, leis, manuais e trabalhos acadêmicos os quais trazem como resultados a aptidão do enfermeiro em exercer consulta clínica, prescrever e inserir o DIU através da CE, em contraposição ao Parecer CFM nº21/13 o qual relata que tal procedimento não é uma conduta livre de riscos, destacando que a incumbência é tão somente médica. Em discussão, é notório que não há interdição regular a fim de que o enfermeiro após a capacitação determinada na Resolução COFEN - 358/2009 proceda a inserção do DIU na esfera da saúde pública, visto que, a interrupção da inserção por enfermeiros, provoca uma continência aos direitos reprodutivos das mulheres. Conclui-se que, nada obsta o enfermeiro ser participante na efetuação das condutas do planejamento familiar, inexistindo qualquer impedimento para a inserção do DIU pelo enfermeiro capacitado no âmbito da saúde pública.

Palavras-chave : Enfermeiro, Capacitação, Dispositivo Intrauterino, Sistema Único de Saúde.

1. INTRODUÇÃO

O ingresso e a utilização de meios contraceptivos possuem resultados positivos nas áreas de saúde sexual e reprodutora de homens e mulheres, visto que, age na profilaxia de gravidez não planejada e, por conseguinte, na diminuição de morbidade e mortalidade materna e abortos inseguros. O Sistema Único de Saúde (SUS) atende a 80% da população brasileira, sendo aproximadamente 150 milhões de pessoas, dispondo de inúmeras variedades de meios contraceptivos, abrangendo aqueles reversíveis de extensa durabilidade, tal como o Dispositivo Intrauterino (DIU) (GONZAGA et al., 2017).

A aceitação do DIU vem expandindo e os estudos mais contemporâneos exibem que os DIU mais atuais, medicados com cobre ou com levonorgestrel, são seguros e altamente eficazes. O Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre é um sublime meio contraceptivo altamente eficiente, de extensa longevidade, reversível, e instituído através de um pequeno e flexo mecanismo de polietileno coberto de cobre, que é introduzido no interior do útero para prevenir a gestação. É um procedimento elementar, hábil e sem resultados transversos sistêmicos, podendo ser manejado pela maioria das mulheres, inclusive lactantes e múltiparas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O enfermeiro, seguidamente a capacitação e exercendo o ordenado na Resolução COFEN - 358/2009, encontra-se capaz de efetuar atendimento clínico, preceituar e introduzir o DIU. Para ser implementado o DIU, na Atenção Básica, o Protocolo da Atenção Básica “Saúde das Mulheres”, aconselha a execução do planejamento familiar e saúde reprodutiva apresentando informações, condicionantes e o cotidiano referente a implementação e manuseio do DIU e outros meios, podendo ser reorganizado de acordo com realidade municipal empregada dentro da Consulta de Enfermagem (CE) (NÚCLEO DE TELESSAÚDE SANTA CATARINA, 2018).

O objetivo deste diligente estudo é demonstrar a relevância do enfermeiro capacitado na inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU) através do planejamento familiar e saúde reprodutiva realizados dentro da Consulta de Enfermagem (CE), no âmbito da saúde pública.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo bibliográfico descritivo com abordagem qualitativa. O levantamento de literatura foi efetuado por meio da base de dados Scientific Eletronic Libraly Online (Scielo), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em resoluções, leis, manuais e trabalhos acadêmicos relacionados ao tema. Definiram como palavras-chave conforme a plataforma de Descritores de Ciências da Saúde (DeCS): Enfermeiro, Capacitação, Dispositivo Intrauterino e Sistema Único de Saúde.

Respeitaram-se os direitos autorais das literaturas, utilizados neste estudo. Como critérios de inclusão foram, artigos publicados entre os anos de 2010 a 2020, e resoluções e leis de acordo com o ano em que foram sancionadas, contendo pelo menos dois dos descritores e serem publicados em Língua Portuguesa. E como critérios de exclusão foram literaturas que não possuíam ênfase na área, relação com o tema e disposição na íntegra.

3. RESULTADOS

Em 1993 por intermédio da Resolução nº159/1993 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a CE foi retratada como uma atuação exclusiva do enfermeiro, onde é utilizado elementos de recursos científicos para reconhecer episódios de saúde/doença, prescrições e implantação de ações de enfermagem que cooperem para a promoção, prevenção, proteção em saúde, reabilitação do indivíduo, família e da coletividade; fundamentando-se nos princípios de universalidade, equidade, resolutividade e integralidade nas intervenções de saúde (COFEN, nº159/1993).

Esta resolução se baseia pelo histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição, implementação do cuidado/assistência e evolução de enfermagem. Ainda em seu Art.1º, estabelece que em todos os níveis de assistência em saúde, sendo em organizações públicas ou privadas, a consulta de enfermagem é de caráter obrigatório ser prosseguida na assistência de enfermagem (COFEN, nº159/1993).

O enfermeiro, após realizar a capacitação e cumprir com o que está determinado na Resolução COFEN - 358/2009, encontra-se habilitado em exercer consulta clínica, prescrever e inserir o DIU. Para suceder a inserção o DIU, na Atenção Básica, o Protocolo da Atenção Básica “Saúde das Mulheres”, preconiza a

realização do planejamento familiar e saúde reprodutiva apontando esclarecimentos, restrições e o dia a dia relacionado a instalação e manejo do DIU e outros meios, conseguindo ser transformado conforme a vivência municipal aplicada a partir da Consulta de Enfermagem (CE) (COFEN, 2009).

Com suporte na Resolução COFEN nº358/2009, o Protocolo de Atenção Básica – Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016), coloca em evidência que a *“Inserção de DIU pode ser realizada por médico (a) e enfermeiro (a). O enfermeiro após treinamento e cumprindo a resolução citada anteriormente, está apto a realizar consulta clínica e a prescrever e inserir o DIU como ações intraconsulta”* (COFEN, 2009).

Após 50 anos de desenvolvimento, o Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre ressurte atualmente como o método contraceptivo reversível mais utilizado no mundo: aproximadamente 170 milhões de usuárias, excedendo a pílula contraceptiva que possui por volta de 110 milhões de usuárias, de acordo com referências da Organização Mundial de Saúde (OMS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Figura 1 – DIU de cobre

Fonte: Multi Cirúrgica (2020).

4. DISCUSSÃO

Com base na Resolução COFEN - 358/2009, o enfermeiro, após realizar a capacitação e cumprir com o que está determinado na resolução, acha-se apto de exercer consulta clínica, prescrever e inserir o DIU. Para ocorrer a inserção do DIU, na Atenção Básica, o Protocolo da Atenção Básica “Saúde das Mulheres”, propõe o cumprimento do planejamento familiar e saúde reprodutiva apontando esclarecimentos, restrições e o dia a dia relacionado a instalação e manejo do DIU e outros meios, conseguindo ser transformado conforme a vivência municipal aplicada a partir da Consulta de Enfermagem (CE) (COFEN, 2009).

Todavia, o Conselho Federal de Medicina (CFM) transmitiu o Parecer CFM nº 21/13, referente a introdução de DIU por enfermeiros, manifestando que, a inserção do dispositivo intrauterino em clientes da Programa Saúde da Família, por enfermeiros, não é uma conduta livre de riscos. Ou seja, que a introdução do DIU é uma técnica invasiva, o qual possui capacidade, até mesmo de causar abertura uterina, tal como, pelo perigo mencionado anteriormente, abster-se de ser posicionado até o fundo, situando-se em local inadequado. Destacam que a incumbência é tão somente médica, o qual não deve ser permitida e/ou passada à pessoa não capacitada, conforme explanado no art. 2º, Capítulo III, da Resolução CFM nº 1.931/09 – Código de Ética Médica, que determina ser interdito ao médico “outorgar a outros profissionais práticas ou atribuições privativas da atividade médica”, para endireitar eventualidades possivelmente existente. Assim finalizando, que a inserção do dispositivo intrauterino é ato privativo do médico (CRM, 2013).

Por outro lado, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) colocou em evidência que a cessação da inserção do DIU por enfermeiros(as) bem como obstetrizes não possui respaldo em normas técnicas e institui uma continência aos direitos reprodutivos das mulheres brasileiras, principalmente das que necessitam puramente do Sistema Único de Saúde (SUS). Fortificam que enfermeiras(os) e obstetrizes são habilitados em proceder a consulta de enfermagem no âmbito da saúde sexual e reprodutiva possuindo ênfase no planejamento reprodutivo, inexistindo impedimento científico e legal para a inserção do Dispositivo Intrauterino por tais profissionais (COREN, 2019)).

Em conformidade, o Manual Técnico de Assistência em Planejamento Familiar em sua 4ª edição no ano de 2002 reporta, de maneira irrestrita, à eventualidade de profissionais de saúde efetuarem a inserção do DIU. Isto é, não especifica o encargo das inúmeras categorias profissionais da saúde que agem no sistema

de atendimento à usuária de métodos contraceptivos. Tal processo conjectura fundamentos que condescendem a qualificação prática, capacidades e ações do profissional para contentar as necessidades contraceptivas da mulher, começou-se a explorar a implementação do DIU pelo enfermeiro instrumento do atendimento pelo Ministério da Saúde (MS), sob os preliminares legais do exercício profissional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Segundo o Parecer CTAS N°14-2015 do COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) a inserção do DIU é um método invasivo e complexo, exercido na esfera da consulta clínica, onde poderá originar-se requisição de exames de complementação e prescrição medicamentosa. O profissional enfermeiro é habilitado para proceder consulta clínica, e a prescrever e realizar a inserção do DIU, bem como, atividades intraconsulta (COFEN, 2015). Por esta razão, o Protocolo de Atenção Básica – Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016), aponta com suporte na Resolução COFEN - 358/2009 que a *“Inserção de DIU pode ser realizada por médico (a) e enfermeiro (a). O enfermeiro após treinamento e cumprindo a resolução citada anteriormente, está apto a realizar consulta clínica e a prescrever e inserir o DIU como ações intraconsulta”* (COFEN, 2009).

A Lei 7498/86 do Exercício Profissional em seu Artigo 11º diz que: O Enfermeiro desempenha todos os serviços de enfermagem, concernindo-lhe: I – exclusivamente: (...) i) Consulta de Enfermagem e prescrição de medicações definidas em planejamentos de saúde pública e em rotina fixada pela corporação de saúde. Com relação à requisição de exames de rotina e de complementação por enfermeiros, atividade característica do atendimento clínico, apesar de o texto da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem não estar claro com relação a tal feito, a compreensão sistemática não ocasiona nenhuma incerteza, quando estudado o ordenado no inciso II do Art. 8º do Decreto nº 94.406/1987, que regulamenta a Lei nº 7.498/1986. Não há nenhuma diretriz que desautorize o devido procedimento (COFEN, 1986).

Substanciado pela Resolução COFEN nº 195/1997, em seu Art. 1º, que determina que o Enfermeiro pode requisitar exames de rotina e de complementação durante o desempenho de seu exercício trabalhista. Tal Resolução foi declarada legal, por unanimidade da Sexta Turma do Tribunal Regional Federal da 2ª Região, em 2010 (COFEN, 1997).

Vale ressaltar que consoante ao Parecer CTAS 14-2015, o mesmo alega que a Portaria n. 1101, do Ministério da Saúde (MS), de 12 de junho de 2012, que determina que os critérios de assistência do SUS, define como competência de produtividade para o enfermeiro 03/consultas/hora e para o médico 04/consultas/hora, sem haver diferenciação a respeito da consulta nova e a consulta de continuidade. Ou seja, a consulta cumprida pelo enfermeiro em comparação com a realizada pelo médico, vai possibilitar ao paciente esclarecer suas dúvidas com mais calma e pausadamente, pois o mesmo terá 20 minutos de consulta com enfermeiro, uma vez que com o médico teria apenas 15 minutos (COFEN, 2015).

Levando em consideração o objetivo do Ministério da Saúde (MS) de estender a proposta do DIU para a população brasileira, e atestada a praticabilidade técnica e regular de o enfermeiro suceder a consulta clínica, prescrever medicações e requisitar exames de complementação e rotineiros, nada impede que este profissional seja capaz de envolver-se, de maneira profusa e irrestrita, na aplicação das atividades de planejamento familiar, constituintes da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (COFEN, 2019).

5. CONCLUSÃO

Mediante ao declarado, é notório que não há interdição regular a fim de que o Enfermeiro proceda a inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU) na esfera da saúde pública, posto que evidencia acentuada pertinência para o procedimento, contanto que o próprio se apresente corretamente capacitado e hábil a efetuar o devido procedimento conforme o determinado pela Resolução COFEN - 358/2009. Portanto, de acordo com o fundamento apontado, a interrupção da inserção do DIU por enfermeiros provoca uma continência aos direitos reprodutivos das mulheres, visto que o profissional dispõe de praticabilidade técnica e lícita para proceder o atendimento clínico, preceituar medicamentos e requisitar exames adicionais e de rotina, nada impossibilita que enfermeiro seja participante, de maneira extensa e ilimitada, na efetuação das condutas de planejamento familiar, constituintes da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, inexistindo assim, impedimento científico e legal para a inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU) pelo enfermeiro capacitado, no âmbito da saúde pública.

REFERÊNCIAS

- [1] CFM (Conselho Federal de Medicina). Parecer nº21/13. Conselho Federal de Medicina, 2013. Disponível em: <http://old.cremetj.org.br/anexos/ANEXO_PARECER_CFM_21.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2020.
- [2] COFEN. Lei Nº 7.498/86 de 25 de Junho de 1986. Conselho Federal de Enfermagem, 1986. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em: 20 jul. 2020.
- [3] COFEN. Decreto nº 94.406/1987. Conselho Federal de Enfermagem, 1987. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html>. Acesso em: 11 ago. 2020.
- [4] COFEN. Resolução COFEN nº159/1993 - Revogada pela Resolução COFEN nº 544/2017. Conselho Federal de Enfermagem, 1993. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 06 jun. 2020.
- [5] COFEN. Resolução COFEN - 195/1997. Conselho Federal de Enfermagem, 1997. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1951997_4252.html>. Acesso em: 20 jul. 2020.
- [6] COFEN. Resolução COFEN - 358/2009. Conselho Federal de Enfermagem, 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 19 jul. 2020.
- [7] COFEN. Parecer CTAS Nº14 - 2015. Conselho Federal de Enfermagem, 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/parecer-ctas-no-14-2015_35342.html>. Acesso em: 17 jul. 2020.
- [8] COFEN. Cofen se manifesta sobre a suspensão da inserção do DIU por Enfermeiros. Conselho Federal de Enfermagem, 2019. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/cofen-e-abenfo-se-manifestam-sobre-a-suspensao-da-insercao-do-diu-por-enfermeiros_76570.html>. Acesso em: 20 jul. 2020.
- [9] GONZAGA, V.A.S.; BORGES, A.L.V.; SANTOS, O.A.; ROSA, P.L.F.S.; GONÇALVES, R.F.S. Barreiras organizacionais para disponibilização e inserção do dispositivo intrauterino nos serviços de atenção básica à saúde. Rev. Esc. Enferm. USP Anal., v. 51, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100465>. Acesso em: 25 maio. 2020.
- [10] MARANHA, N.B.; SILVA, M.C.A.; BRITO, I.C. A Consultade Enfermagem no Cenário da Atenção Básica e a Percepção dos Usuários. ACADEMUS: Rev. Cien. Da Saúde. v. 2, n.1, 2017. Disponível em: <<https://smsrio.org/revista/index.php/revista/article/view/246>>. Acesso em: 03 jun. 2020.
- [11] MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual Técnico de Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico. v. 4, n. 40. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2020.
- [12] MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Cadernos de Atenção Básica: Saúde sexual e Saúde reprodutiva. v. 1, n. 26, Brasília: MS, 2010. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf>. Acesso em: 27 maio. 2020.
- [13] MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres, Brasília: MS, 2016. Disponível em: <http://www.as.saude.ms.gov.br/wpcontent/uploads/2016/05/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2020.
- [14] MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Esclarecendo mitos sobre o DIU de cobre. Blog da Saúde: Promoção da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/52406-esclarecendo-mitos-sobre-o-diu-de-cobre>>. Acesso em: 17 maio. 2020.
- [15] MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Manual Técnico Para Profissionais de Saúde: DIU com Cobre T Cu 380 A, Brasília: MS, 2018. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/12/manual_diu_08_2018.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2020.
- [16] NÚCLEO DE TELESSAÚDE DE SANTA CATARINA. A Inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU) na atenção básica pode ser realizada pelo enfermeiro?. BVS: Atenção Primária em Saúde., ID: sof-37629, 2018. Disponível em: <<https://aps.bvs.br/aps/a-insercao-do-dispositivo-intra-uterinodiu-na-atencao-basica-pode-ser-realizado-por-enfermeiro/>>. Acesso em: 25 maio. 2020.
- [17] SOUZA, P.A.; BATISTA, R.C.R.; LISBOA, S.F.; COSTA, V.B.; MOREIRA, L.R. Percepção dos Usuários da Atenção Básica acerca da Consulta de Enfermagem. Rev. Mineira. De Enf. v. 17.1, 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/575>>. Acesso em: 06 jun. 2020.

Capítulo 5

Educação em enfermagem na Atenção Primária: Desafios em tempos contemporâneos

Maria Gabriela Andrade Feitosa

Lunna Lima Carvalho

Daniele Alves Damaceno Gondim

Resumo: Entendemos a comunicação como coadjuvante das principais formas de sobrevivência humana desde os primórdios. Sendo assim, o presente estudo surgiu como manifestação do anseio pela compreensão dos desafios em educação de saúde na atenção primária, no que tange a realidade da facilidade de troca de informações por recursos tecnológicos. O enfermeiro, enquanto educador, é instrumento essencial do saber em saúde, ainda que não sendo o único. Visto que o paciente, enquanto ser social e crítico, pode e deve buscar mais de uma fonte em nome do seu autocuidado. Ideia correta reforçada a partir do surgimento e disseminação de inverdades sobre saúde nas mais diversas plataformas na internet. Pois na pós-modernidade, assim como, rapidamente, pode-se encontrar revistas e artigos científicos provenientes de outro continente, o conhecimento empírico ganhou mais voz. No tocante saúde, essa disseminação oferece riscos letais e reitera o pensamento da saúde como construção, onde pacientes e profissionais não só escutam, como falam.

Palavras-chave: Educação em saúde, tecnologia, comunicação, atenção primária.

1. INTRODUÇÃO

Com o crescimento do número de usuários da internet e a facilidade de acesso à informação, o compartilhamento de notícias falsas tem crescido e a educação em saúde, que deveria ser um diálogo entre profissionais e pacientes tem perdido espaço para o conhecimento empírico entre pacientes. Além disso, se tornou um hábito prejudicial preferir buscar receitas com ingredientes duvidosos que ir à unidade básica de saúde. Já que, em muitos casos, fica distante. Geralmente, somente após várias tentativas de buscas por recomendações de cunho duvidoso e o quadro ter se agravado, o paciente procura um profissional. Consequentemente, esse tipo de comportamento tem gerado mais riscos, gastos e debilitações.

O presente trabalho visa entender os desafios do enfermeiro na atenção primária como um agente da promoção de saúde, visto que ela é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde, e recomendar outros olhares e métodos sobre o processo de educação em saúde frente às fake News.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Fora adotado o método qualitativo de pesquisa. Os dados coletados foram obtidos através de pesquisas bibliográficas. Utilizaram-se livros, revistas e artigos especializados em história da enfermagem, história da comunicação e da educação em Saúde no Brasil. Além da busca pelo embasamento em leis e portarias brasileiras para uma melhor compreensão do processo da educação de saúde pela enfermagem e seus desafios atuais.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1. PROCESSO HISTÓRICO DA COMUNICAÇÃO

Faz-se necessário destacar o período da pré-história e consequentemente a evolução humana. De acordo com Bordenave (1982, p.24): “Qualquer que seja o caso, o que a história mostra é que os homens encontraram a forma de associar um determinado som ou gesto a certo objeto ou ação. Assim nasceram os signos, isto é, qualquer coisa que faz referência à outra coisa ou idéia, e a significação, que consiste no uso social dos signos.”

Os sons emitidos eram grunhidos que com o homem moderno os músculos da laringe se ajustam, proporcionando a fala. E a comunicação também se apresentou através de pinturas rupestres como diz Anne Marie Pessis em Imagens da Pré-História:

Considerar a pintura rupestre como expressão de modos de comunicação abriu caminho para se conhecerem as culturas da Pré-História. ... A possibilidade de representar graficamente o mundo sensível é resultado, em parte, da capacidade da espécie humana de tomar distância em relação a ela mesma, posicionar-se em relação aos outros e ter como consequência do processo de evolução uma consciência reflexiva.

É indispensável o entendimento das diversas formas de comunicação e a necessidade de explorá-las para uma melhor interação e adquirir um feedback com grande excelência. Na sociedade suméria, na região mesopotâmica, a escrita teve início por volta de 4.000 a.C., quando os templos e palácios eram o centro da sociedade. Cerca de 500 anos depois (3.500 a.C.), já havia sido criado outro sistema de registro, baseado em marcas, na forma de cunha. Foi a origem da escrita cuneiforme. Ela era feita, principalmente, em placas de argila. Os povos da mesopotâmia usavam a escrita, principalmente, para registrar cobranças de impostas, estoques de alimentos, guerras e batalhas, mitos, feitos dos reis e crenças religiosas. Pouquíssimos mesopotâmicos conheciam a escrita cuneiforme. Geralmente, quem escrevia eram os escribas. (Jefferson Evandro Machado Ramos Graduado em História pela Universidade de São Paulo - USP 1994.)

Em sua origem, o rádio surgiu como um substituto do telégrafo, sendo, por isso, conhecido inicialmente como sem-fio. Esse aparelho rudimentar era usado nos navios para transmissões telegráficas em código. Em 1916, houve uma revolta pela independência da Irlanda e os revoltosos, de forma pioneira, usaram o sem-fio para transmitir mensagens. Essa foi à

primeira utilização que se conhece do rádio moderno. Marshall McLuhan (1979, p. 342).

3.2. OS PRIMEIROS PASSOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

Segundo o Ministério da Saúde foi no Rio de Janeiro, em 1924 que houve o primeiro Pelotão de Saúde em uma escola estadual, pouco tempo depois adotaram o modelo no Distrito Federal.

Logo após o surgimento do rádio, um novo meio de comunicação, foi favorável para educação em saúde. A Era de Ouro do Rádio foi o período meados dos anos 30 até o final dos anos 50, ele reinava como meio de comunicação. Em 1937 no mês de dezembro em São Paulo pesquisa apontava que 60% dos lares possuíam 1 aparelho de rádio! No Brasil, um milhão! O decreto lei 21.11 fixava limite de 10% da programação para a publicidade. A Rádio Sociedade foi doada por Roquete Pinto ao Ministério da Educação e Cultura, devido à pressão ocorrida pela concorrência, com a condição de manter o compromisso da emissora com a educação. Transmitindo um mundo irreal o rádio permanecia ligado o dia todo nos lares, os ouvintes viviam suas fantasias numa mistura de risos lágrimas, pois havia uma programação variada, apresentava radionovela, musicais, notícias e programas humorísticos de auditórios e muitas variedades. Parece hilário, mas foram às transmissões radiofônicas e sua irrerealidade que nos fez pensar numa realidade do mundo lá fora. É correto dizer que o rádio contribuiu para nossa feitura como nação. O Rádio no Brasil tornou-se o mundo na sala do Brasileiro grande passo a comunicação. Em sua formação o povo Brasileiro contou com a rádio Nacional foi para o povo Brasileiro o canal de formação e informação e com isso podemos dizer que nos anos 1940 e 1950, a Rádio Nacional foi a globo de hoje, ou dizer que a globo de hoje é a rádio Nacional do passado. Com pesquisas feitas pelo IBOPE em 1944 apontavam 70% da audiência, e a Rádio Tupi 10% (em segundo lugar). Sozinha a Rádio Nacional fatura 12 milhões a mais que a Tupi em 1947, 50 milhões. A rádio tinha em 1950, 10 maestros, 124 músicos, 33 locutores, 44 cantoras, 95 radio atores, 18 produtores, 5 repórteres, 24 redatores, 240 funcionários administrativos, 8 diretores. Rádio Nacional (PRE-8) a mais importante emissora do Brasil, era privada e foi por Getúlio Vargas estatizado em 1940, para ser usada no regime em prol da política no caso, o Estado, Novo para o controle Social. A diferença era notável com o apoio do governo e com o recurso em dinheiro, isso fez toda a diferença nesta fase áurea do rádio no Brasil.

A educação em saúde tradicional, inicialmente chamada de Educação Sanitária, surge no Brasil a partir da necessidade do Estado brasileiro de controlar as epidemias de doenças infectocontagiosas que ameaçavam a economia agroexportadora do país durante a República Velha, no começo do século XX. Nesse período a população brasileira era atingida por doenças como a varíola, febre amarela, tuberculose e sífilis, que estavam relacionadas às péssimas condições sanitárias e socioeconômicas em que o povo vivia (1-2)

Através dos meios de comunicação dispostos naquele período obteve-se auxílio a propagação da informação de todas as doenças. É de grande relevância explanar aqui sobre a importância dos meios de comunicação na disseminação de informações necessárias a saúde da população brasileira. Os primeiros passos foram durante o período da república velha que iniciou e se intensificou o processo de educação em saúde no Brasil. E que desde o início do século XX até os dias atuais houve grandes mudanças como a educação em saúde em massa, pois os meios de comunicação evoluíram e estão sempre em constante mudanças devido a tecnologia.

3.3. O ENFERMEIRO COMO COLABORADOR DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A Carta de Ottawa (1986), registro da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, declara que a promoção de saúde é uma ação conjunta e que engloba toda a sociedade. Assim, as condições de saúde da mesma estão sob responsabilidade não só dos profissionais e instituições de saúde, mas de todos os membros. O documento ainda ressalta a importância do desenvolvimento de habilidades pessoais como forma de trazer autonomia do indivíduo relacionada a sua saúde e reitera:

É essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência, o que inclui o enfrentamento das doenças crônicas e causas externas. Esta tarefa deve ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros

espaços comunitários. As ações devem se realizar através de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, bem como pelas instituições governamentais (CARTA DE OTTAWA, 1986)

O Sistema Único de Saúde dispõe desde 19 de novembro de 2013 da Política Nacional de Educação Popular, que tem como princípios: diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada de conhecimento, emancipação e compromisso com a construção do projeto democrático e popular. Visto que os indivíduos não são mais vistos como pessoas que apenas usufruem dos serviços curativos de saúde. E sim como seres que, em suas particularidades, fazem parte da construção do saber em saúde.

Já a Declaração de Alma-Ata reitera que a partir da praticidade e tecnologias cientificamente embasadas que os cuidados primários devem ser fundamentados. No que tange deveres mínimos, a educação entra como um dos principais termos para a sua realização.

3.4. OS DESAFIOS FRENTE A PÓS-MODERNIDADE

Com o avanço da tecnologia muitas estratégias de propaganda não mudaram, afirma Cuzcano:

Os fenômenos de comunicação e informação dos últimos anos marcaram a tendência do discurso subjetivo e emocional, assim como o Dicionário Oxford chamou a palavra 'pós-verdade' (pós-verdade em inglês) como palavra do ano em 2016 e para definir como um adjetivo relacionado a circunstâncias em que os objetivos influenciam menos na formação da opinião pública do que aqueles que apelam à emoção e à realização pessoal (Oxford-Dictionaries, 2016). Portanto, segundo Oxford, o adiamento funciona quando as pessoas preferem fazê-lo por suas suspeitas e emoções ao invés da verdade objetiva (CUZCANO, 2020)

Além do repasse de informações a comercialização tornou-se realidade virtualmente:

Para os investidores das empresas norte-americanas que desenvolveram a Internet, o que interessava era o lucro. Berners-Lee, que desejava manter a Internet aberta, livre e sem proprietários, diferente- mente dos demais ramos dos Meios de Co- munição de Massa conhecidos até então, acreditava no potencial global do novo meio e o transformou, segundo a revista Time, de “um sistema de comunicações poderoso que somente a elite poderia usar (...) em um meio de comunicação de massa” (KRAEMER, 2009).

Atualmente, a internet é a forma de comunicação mais utilizada pelas pessoas para compartilhamento de notícias instantaneamente. A Agência Brasil aponta que três a cada quatro brasileiros possui acesso a internet. Com isso, surgem maiores desafios para o profissional da enfermagem, pois através do compartilhamento de informações as pessoas não têm preocupação do conhecimento da fonte de tais mensagens.

Quando se trata de saúde isso se torna um desafio na contemporaneidade, pois o enfermeiro terá que utilizar estratégias de acordo com a realidade em que as pessoas estão inseridas e aplicar também tais ferramentas para poder combater os fake News e o conhecimento empírico. Há de se mencionar que quando as pessoas utilizam de “receitas da internet”, “chás milagrosos”, acabam desenvolvendo efeitos adversos e causando um problema grave. Posteriormente é que se busca equipe multidisciplinar que possui conhecimentos teóricos e científicos para tentar mudar o quadro daquele paciente. A comunicação é um processo importante, todavia na contemporaneidade tem um desafio para o profissional enfermeiro da atenção primária, sendo este o protagonista principal dentro da área da saúde em disseminar educação sobre tal. Além do desafio frente a realidade das rotinas consideradas normais, o cenário pandêmico de isolamento por consequências da COVID-19 evidenciou a seriedade no que tange o perigo das informações erradas para o paciente. Visto que a maior parte dos pacientes deixaram de frequentar as unidades básicas de saúde. Tagliabule reafirma:

As notícias incompletas ou incorretas veiculadas pelos meios de comunicação de massa e retrabalhadas nas redes sociais também chamaram a atenção para possíveis erros de algumas estruturas hospitalares. Em alguns casos, isso significará que os pacientes relutarão em ir a hospitais ou centros médicos com medo de se tornarem vítimas

de erros médicos ou de correrem um risco maior de contágio. Os profissionais de saúde, sujeitos ao risco de PTSD, podem ter um fardo psicológico adicional, pois podem sofrer ações judiciais movidas por parentes de vítimas de COVID-19, que os acusarão de não terem realizado terapias para seus entes queridos que os meios de comunicação de massa descreveram como eficazes, mas que eram realmente experimentais. (TAGLIABUE, 2020)

4. ANÁLISE E RESULTADOS

Entende-se que a educação em saúde necessita tomar novos rumos no Brasil, começando pela inclusão dos profissionais de saúde nos mesmos meios que os propagadores de fake News se utilizam. Além do que, é de extrema necessidade ressaltar o incentivo a maior acessibilidade nas portas de entradas do Sistema Único de Saúde. Seja por meio de mensagens, folhetos, visitas, palestras, ligações ou criações de grupos comunitários nas redes sociais, é importante manter o vínculo com os pacientes e estabelecer uma relação de confiança.

Não significa que os profissionais do cuidar devam abandonar o modelo teórico que norteia seu trabalho, mas precisam ouvir a opinião alheia e fazer com que seus conhecimentos se voltem para as reais necessidades dos indivíduos, considerando que são sujeitos de sua própria história, portanto, desempenham um papel de agência em suas vidas, percebendo e agindo a partir de suas vivências na vida coletiva. (LANGDON, 2009).

5. CONSIDERAÇÕES

Conclui-se que a educação é um processo que envolve não só o enfermeiro, mas toda a sociedade. As notícias falsas que atualmente circulam ligeiramente são provas disso e o profissional de enfermagem, mesmo que em realidade pequena, deve ser um combatente através das tecnologias disponíveis, criando um vínculo para que além de credibilidade profissional obtenha a confiança dos pacientes. Credibilidade esta, que assume responsabilidades vitais, expostas no pensamento de Cuzcano no que tange a aceitação de informações através do espelho emocional. Pois, assim como as notícias falsas vão de encontro com os anseios dos pacientes, devemos adotar as mesmas estratégias para o bem e o avanço da formação do ser crítico e do saber em saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] Kwamoto EE. Enfermagem comunitária. São Paulo: EPU; 1995.
- [2] Andrade LOM. SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento. São Paulo: Hucitec; 2001.
- [3] ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA. Portaria N° 2.761 - 19/11/2013. [S. l.], 19 nov. 2013.
- [4] BRASIL tem 134 milhões de usuários de internet. In: VALENTE, Jonas. Brasil tem 134 milhões de usuários de internet. [S. l.], 26 maio 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-05/brasil-tem-134-milhoes-de-usuarios-de-internet-aponta-pesquisa>
- [5] COMPETÊNCIA DOS ENFERMEIROS NA ATUAÇÃO COMO EDUCADOR EM SAÚDE, [S. l.], p. 1-10, 6 nov. 2008.
- [6] CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata, URSS. DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA [...]. [S. l.: s. n.], 1978.
- [7] CONTIJO, Silvana. Livro de Ouro da Comunicação. [S. l.: s. n.], 2004.
- [8] CUZCANO, Alonso. Disinformation y Misinformation, Posverdad y Fake News: precisiones conceptuales, diferencias, similitudes y yuxtaposiciones. INSTITUTO DE INVESTIGACIONES BIBLIOTECOLÓGICAS, [S. l.], p. 42, dez. 2020.
- [9] DE AGUIAR, Ronaldo Conde. Almanaque da Rádio Nacional. [S. l.: s. n.], 2007.
- [10] KRAEMER ABREU, Karen Cristina. História e usos da internet. BOCC-Biblioteca Online de Ciências da Comunicação, [s. l.], p. 1-9, 2009.
- [11] LANGDON, E. J. (2009). Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon. Rev Bras Enferm, 62 (2), 323-6

- [12] NOVEMBRO DE 1986 (Ottawa- Canadá). CARTA DE OTTAWA: PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. Não tem , [s. l.], 21 nov. 1986.
- [13] PESSIS, Anne Marie. Imagens da Pré-História. [S. l.: s. n.], 2003.
- [14] TAGLIABUE, F., Galassi, L. & Mariani, P. The “Pandemic” of Disinformation in COVID-19. SN Compr. Clin. Med. 2, 1287–1289 (2020).

Capítulo 6

Educação e competência profissional para a excelência na Atenção Primária à Saúde – APS: Imersão em campo de estágio, uma potência para criação de vínculo e mudança do olhar do acadêmico sobre o ser enfermeiro

Adriana Rubert de Aguiar

Jeferson de Moura Ferraz

Sebastian de Souza Soares

Lidiane Carvalho de Souza

Kamilla Borges Cruz

Resumo: O objetivo deste capítulo é relatar a experiência vivenciada por uma estagiária de enfermagem de 8º semestre de enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA), em uma ESF.

Palavras- chave: Educação, vínculo, enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

As mudanças no modelo de atenção à saúde evidenciados a partir da promulgação da Constituição Brasileira apontam para a reorganização dos serviços de saúde. Implantada com o propósito de atender os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e fortalecer o modelo de atenção à saúde então proposto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) surge neste contexto e manifesta-se num cenário de mudanças no modelo de atenção à saúde. O modelo preconiza uma equipe de caráter multiprofissional que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área, pretendendo-se que a unidade de saúde da família constitua a porta de entrada ao sistema local e o primeiro nível de atenção, o que supõe a integração à rede de serviços mais complexos (BRASIL, 2012).

Em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF), elaborado com o propósito de reorganizar a prática de atenção básica no âmbito individual e coletivo, centrada na família e comunidade, por meio de ações de prevenção de agravos e de promoção, proteção, reabilitação e manutenção da saúde. Este Programa foi criado para se vincular com outras esferas de atenção à saúde, objetivando oferecer uma atenção básica integral apropriada a melhorias na qualidade de vida da população, apreciando os aspectos sociais e subjetivos da vulnerabilidade em saúde, superando o modelo biomédico voltado à atenção curativa e direcionando-se para a promoção da saúde (BEZERRA, 2015).

O PSF então passou a ser chamado de ESF, pois o termo programa remete a uma atividade com início, desenvolvimento e fim, ao contrário da estratégia de organização da Atenção Básica, que não prevê conclusão (PNAB, 2017).

A ESF trabalha de forma a garantir a prestação da assistência integral e contínua de boa qualidade à população, elegendo a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento a saúde (BRASIL, 2011; ROCHA et al., 2014).

Desde seu início, a ESF apresentou um crescimento significativo, comprovando a participação de gestores estaduais e municipais em seus princípios. A ESF é um projeto dinamizador do SUS no Brasil, entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. A equipe é composta por no mínimo por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. Cabe à ESF dar solução a 80% dos problemas de saúde apresentados pela população e sua assistência deverá ser contínua e qualificada, melhorando os indicadores de saúde, reorganizando o sistema (BRASIL, 2011).

Conforme Brasil (2012), cada equipe de ESF deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 2.000, respeitando critérios de equidade para essa definição, propondo-se que o número de pessoas por equipe analise o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2012).

No atendimento da ESF, o êxito está associado à dinâmica do trabalho em equipe e a interação organizada entre os indivíduos com competências e habilidades particulares, conforme ressaltam Shimizu e Júnior (2012). Complementam Backes et al. (2012) que a equipe multiprofissional assegura a continuidade do cuidado, tendo influência significativa e positiva na transformação da qualidade de vida e situação da saúde do usuário do serviço e comunidade.

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência vivenciada por uma estagiária de enfermagem de 8º semestre de enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA), em uma ESF.

2. MÉTODO

O estágio curricular do 8º Semestre da FISMA pode acontecer na atenção básica e se desenvolve ao longo de um semestre, por 20 horas semanais, o que permite que o acadêmico tenha uma ampla vivência e imersão no local de estágio, integração com equipe multiprofissional, conhecimento do território e criação de vínculo com usuários. Este estagiário é acompanhado diretamente pela enfermeira da Unidade e indiretamente por uma coordenadora de estágio da instituição de ensino semanalmente.

A ESF Vitor Hoffmann, cenário desta vivência, localiza-se na zona oeste da cidade de Santa Maria e tem como mantenedora a Prefeitura Municipal.

Esta é uma equipe simples com odontologia modalidade I, tem sua área de abrangência 6 microáreas contabilizando cerca de 2000 famílias cadastradas e mais ou menos 8.000 pessoas no território. O trabalho da equipe é realizado de maneira multidisciplinar e organizado conforme necessidades da população. A Unidade funciona com atendimento agendado, organizado por demanda e possui acolhimento em tempo integral, trabalha com a população desde o nascer até o morrer passando por todas as fases de vida, de forma integrada, olhando a família inserida em um território pulsante. Trabalha também com grupos de saúde, promoção de saúde na escola, além de visitas domiciliares. O serviço recebe estagiários dos núcleos de enfermagem, medicina, psicologia e odontologia além de possuir contato direto com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com diferentes profissionais que possibilitam um cuidado e olhar para o paciente de forma integral.

3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na Unidade, como acadêmica, realizei atividades de consulta de enfermagem, imunizações, administração de medicamentos, verificação de sinais vitais, controle de glicemia, realização de curativo, coleta de citopatológico para prevenção do colo uterino, atendimentos a gestantes / puérperas.

Dentre as atividades desenvolvidas, tive a oportunidade de trabalhar no atendimento sistemático ao hipertenso e diabético que acontece semanalmente nas sextas-feiras na unidade. Neste atendimento temos a oportunidade de avaliar as condições de saúde do paciente, solicitar exames para controle, além de prestar orientações de mudança do estilo de vida como preconizado pelos Cadernos de Atenção Básica, uso correto dos medicamentos. As doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes mellitus são de grande impacto epidemiológico, trazendo alto custo para os serviços de saúde, representando importantes fatores de risco para o agravamento das doenças cardiovasculares e uma das principais causas de morbimortalidade na população brasileira (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011).

Outra atividade importante que atuei foi na vacinação aos soldados que ingressaram no Exército no ano de 2018, no Campo de Instrução de Santa Maria (CISM). A administração das doses foi feita àqueles que necessitavam devido ausência de registro como também para aqueles que estavam com o calendário vacinal atrasado, objetivando o controle, a eliminação e a erradicação das doenças imunopreveníveis. Segundo o Ministério da Saúde, a vacinação é uma importante aliada à saúde, ajudando na prevenção de doenças e auxiliando a evitar surtos. Graças às vacinas, diversas doenças puderam ser erradicadas ou tiveram sua incidência drasticamente reduzida, diminuindo a morbidade e a mortalidade de várias patologias. (SILVA JUNIOR, 2013).

A ESF também participa do Programa Saúde na Escola (PSE), que atuei juntamente com a Enfermeira e Agente Comunitária de Saúde da Unidade, com avaliação oftalmológica nas crianças através da escala optométrica de Snellen. Aqueles que possuíam alguma variabilidade ocular são encaminhados para o serviço de referência do programa e os pais são comunicados a partir da escola com agendamento no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), onde se localiza um contêiner itinerante oftalmológico, que faz exames mais detalhados, auxiliando também na confecção dos óculos para os que necessitarem. Os óculos são entregues posteriormente na escola, o que melhora o processo de ensino aprendizagem.

O PSE é uma política interministerial do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, instituído em 2007, estendido aos educandos de todas as escolas da educação pública básica do país, tanto estaduais como municipais que aderiram ao programa. Este se dá com a interação das Equipes de Saúde da Atenção Básica com as Equipes de Educação, no planejamento, execução e monitoramento de ações de prevenção, promoção e avaliação das condições de saúde dos educandos. (BRASIL, 2011).

4. CONCLUSÕES

Este estágio foi de grande importância na minha caminhada acadêmica, e com certeza será lembrado na minha vida profissional. Tive a oportunidade de ter contato direto com os pacientes podendo ouvi-los, orientá-los, além de desenvolver atividades práticas. Também tive a oportunidade de visualizar e aprender sobre a atuação gerencial do enfermeiro dentro de uma Unidade Básica de Saúde.

Executei vários procedimentos, ficando assim mais fácil relacionar as teorias vistas em sala de aula com a prática, tendo total liberdade para tirar dúvidas e acrescentar conhecimento.

Percebi que o conhecimento científico é de extrema importância como também o estudo contínuo e pesquisas são fundamentais. Foi muito importante poder estar junto à enfermeira e poder acompanhar toda sua rotina de trabalho.

Este estágio colaborou muito para o meu aprendizado, desde a relação com os membros da unidade até os pacientes. Pude constatar a importância da atenção que deve ser dada a todos, tratar com respeito e educação faz com que se sintam importantes e bem recebidos.

Concluí que o estágio foi um desafio, contribuindo assim, para o meu crescimento, reconhecendo que ainda é preciso estudar muito e adquirir novos conhecimentos para somar com as experiências no processo de ensino-aprendizagem.

Destas aulas práticas levo a certeza de que a calma, a liderança e a iniciativa além de conhecimentos científicos, práticos e técnicos, são fundamentais para que o enfermeiro possa tomar decisões rápidas e concretas. E que o trabalho em equipe, a comunicação e uma boa gerência são de extrema importância para o melhor andamento da Unidade, colaborando com isso, para o melhor atendimento aos pacientes e evitar possíveis conflitos.

REFERÊNCIAS

- [1] BACKES, D. S.; BACKES, M. S.; ERDMANN, A. L.; BUSCHER, A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1): 223-30, 2012.
- [2] BEZERRA, A. K. F. Sistematização da assistência de enfermagem na atenção à criança na Estratégia Saúde da Família. Dissertação (Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2015.
- [3] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488 de 21 de Outubro de 2011. Apresenta a Política Nacional de Atenção Básica como prioridade da Rede de Atenção à Saúde, orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 15 abr. 2018.
- [4] ____ Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>>. Acesso em: 16 abr. 2018.
- [5] OLIVEIRA, K. C. S.; ZANETTI, M. L. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. *Rev Esc Enferm USP*, 2011; 45 (4): p. 862-8.
- [6] ROCHA, B. S.; ZATTA, L. T.; MORAIS, M. A.; SILVA, M. A.; LIMA, M. G. Protocolo de enfermagem na atenção à saúde da família no Estado de Goiás. Goiás-GO, 2014.
- [7] SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa. 40 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma conquista da Saúde Pública brasileira. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 22, n. 1, Brasília, mar. 2013.

Capítulo 7

Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria/RS: Espaço de participação pública

Alana Machado

Zimmermann

Camila Durand Ferreira

Alejandro Lezcano

Resumo: O presente capítulo tem como objetivo descrever as dinâmicas da participação social no Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria (CMS), analisando as trajetórias dos conselheiros em organizações da sociedade civil e no sistema político. Buscou-se classificar os temas mais discutidos para, desta forma, compreender o seu impacto social. Para esses objetivos, realizaram-se entrevistas com os conselheiros; análises de atas e do Regimento Interno; aplicação de um questionário socioeconômico; participações nas reuniões do conselho.

Palavras-chave: Conselho; Conselheiros; Democracia; Participação.

1. INTRODUÇÃO

Com a redemocratização brasileira, na década de 1980, ocorre uma mudança de atitude de organizações sociais – que, na década de 1970, foi caracterizada por um confronto direto com o Estado. No momento pós-autoritário, o associativismo urbano pauta-se menos pelo embate e mais pela negociação com o Estado; menos pela ação coletiva pública e contestatória e mais pela construção de mecanismos participativos; menos pela militância e mais pela ocupação de cargos de representação e gestão (LUCHMAN, 2002). Nessa perspectiva, uns dos principais momentos de atuação dos movimentos sociais juntos aos canais formais de representação política foi o processo de elaboração da Constituição Brasileira de 1988, a qual permitiu a consolidação e a abertura dos canais de participação e afirmou a possibilidade de formas de democracia direta. Foi esse marco que possibilitou a implementação, em diferentes níveis de governo, de Conselhos de Políticas Públicas, com representantes do governo e da sociedade civil, em áreas como Saúde, Educação, Assistência Social, Criança e Adolescente. Também foram elaboradas as Leis Orgânicas Estaduais e Municipais – sem as quais não haveria repasse de recursos do nível federal para os níveis estadual e municipal (TEXEIRA; ALBUQUERQUE, 2006). A formação desses canais participativos permitiu a criação do CMS santa-mariense.

2. METODOLOGIA

Dagnino (2011) propõe uma abordagem teórico-metodológica que visa compreender de forma mais profundas os trânsitos e as relações entre sociedade civil e Estado. Tal proposta se baseia nas trajetórias individuais ou nos trânsitos de dirigentes e ativistas entre ambas as esferas de atividade, um fenômeno frequente nas democracias latino-americanas.

Baseados nessa perspectiva realizaram-se, entre os anos 2016 e 2017, 15 entrevistas que objetivam compreender as relações dos conselheiros com diversas organizações sociais e sua atuação no conselho. Ainda no ano de 2016 foi aplicado um questionário socioeconômico que visa constituir um perfil do conselheiro de saúde santa-mariense. Para compreender a dinâmica do funcionamento do Conselho, foram realizadas observações nas assembleias que ocorrem geralmente a cada duas semanas. Também, foram analisadas 17 atas de reuniões a fim de encontrar as principais pautas e assuntos debatidos.

3. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

A década de 1970 foi um marco no desenvolvimento da ideia de sociedade civil e do associativismo plural autônomo. As explicações para este novo associativismo relacionaram-se à configuração autoritária da ditadura cívico-militar. Nesse contexto, um novo associativismo combativo irrompe na esfera pública, denunciando injustiças e lutando pela democracia (AVRITZER, 2006). Movimentos como da Reforma Sanitária e de grande mobilização da sociedade pela reforma do sistema de saúde formaram a 8ª Conferência Nacional da Saúde, em 1986, consolidando uma nova política de saúde democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como princípios essenciais para a reforma do setor (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Estes movimentos foram os que possibilitaram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos Conselhos de Saúde em rede nacional, estadual e municipal, que ocorre após a entrada em vigor da Constituição Federal de outubro 1988 – a qual estabelece como direito de todos os cidadãos e dever do Estado o acesso à saúde – e das leis subsequentes, Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica de Saúde) e Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, aquela que corresponde à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e essa que dispõe sobre a participação voluntária da sociedade civil no desenvolvimento e fiscalização das políticas públicas de saúde.

Em Santa Maria, a primeira instituição participativa instituída na área da saúde – embrião do atual CMS – foi a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CISM), que possibilitava, desde então, a participação organizada da sociedade civil. No ano de 1991, a CISM foi substituída pelo Conselho Municipal de Saúde.

A Lei 3.355, de 19 de setembro de 1991, cria o Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria (CMS/SM). Nela, classifica-se o Conselho como deliberativo na “formação, controle e avaliação das políticas de saúde do município”, bem como nos aspectos econômicos e financeiros. Isso o diferencia dos demais conselhos, sendo o da saúde o único a deliberar sobre o orçamento. E o artigo 2º estabelece as competências a serem cumpridas pelo conselho, como:

deliberar sobre políticas locais de Saúde que venham melhorar a qualidade de atendimento integral segundo as prioridades estabelecidas pelo CMS; assegurar a universalidade e garantir o acesso igualitário ao serviço de saúde à população; programar, acompanhar e avaliar a execução do orçamento do Fundo Municipal de Saúde; a formulação, controle e fiscalização dos serviços prestados à saúde, tanto públicos como privados, reduzindo e ampliando, de acordo com as necessidades apresentadas no Plano Municipal de Saúde e nos termos aditivos a este, e de acordo com a disponibilidade orçamentária; instituir debates sobre a saúde, procurando, sempre respeitar os planos de saúde existentes, bem como atualizar a política da saúde, baseado em diretrizes estabelecidas pela Conferência Municipal de Saúde; entre outras funções (Lei 3.355 de 1991).

O conselho municipal de saúde de Santa Maria possui um Regimento Interno referente às suas atribuições de atividades. Tal regimento estabelece que haja o número máximo de 52 entidades, com a possibilidade de ampliação mediante reunião extraordinária, como estabelece o §2º do artigo 4º. Atualmente, há 36 conselheiros titulares e 33 suplentes. Sendo que do governo apenas participam dois representantes: a atual secretária municipal de saúde e uma funcionária indicada por ela. A legislação atual visa estabelecer uma representação paritária de 50% de usuários do sistema, o 50% restante se subdivide em 25% de representantes dos trabalhadores de saúde e, os outros 25%, entre governo e prestadores de serviços.

Conforme o regimento interno, “os pedidos de assento das entidades, independente do grupo a que pertençam, serão formalizados em documentos próprios e encaminhados à Mesa Diretora e submetidos à homologação pela Plenária do Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria” (Regimento Interno de 23 de junho de 2016, criado pela Lei Municipal nº 3.355/1991). O CMS, atualmente, representa as seguintes entidades: 11 representantes de associações, 7 representantes de sindicatos, 8 de conselhos profissionais e locais, um representante da Central Única dos Trabalhadores, 3 representantes de hospitais, 3 representantes de instituições formadoras, 2 representantes de pastorais e 1 representante do governo (da Secretaria Municipal de Saúde).

Quadro 1 – Composição do CMS

Segmento	Tipo de Entidade	Quantidade
Governo/Entidades Formadoras (5)	Secretaria Municipal	1
	Instituições de Ensino Superior	3
	Hospital	1
Prestadores de Serviços de Saúde (4)	Pastoral	1
	Hospital	2
	Associações	1
Trabalhadores de Saúde (9)	Conselhos Regionais Profissionais	5
	Sindicatos	1
	Associações Profissionais	3
Usuários dos Serviços de Saúde (18)	Associações Comunitárias	4
	Sindicatos	7
	Pastoral	1
	Conselhos	3
	Associações	3

Fonte: Construção dos autores.

O Capítulo V do Regimento Interno trata das comissões permanentes, sendo que são “Comissões Permanentes Obrigatórias do CMS: Comissão Técnica (COMTEC); Comissão de Análise e Acompanhamento do Fundo Municipal de Saúde (CAAF) e Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST)” (Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria/Regimento Interno, Capítulo V Art. 15 § 1º). No CMS de Santa Maria, além dessas comissões existem a Comissão de Fiscalização de Unidades e

Serviços, Comissão de Saúde Mental e Comissão de Comunicação e Educação Permanente. Cada entidade pertencente deve participar obrigatoriamente de pelo menos uma comissão permanente.

O funcionamento do órgão está sendo garantido pelo esforço de conselheiros, em sua maioria idosos, mas que contam com a participação de pessoas em atividade profissional. As informações levantadas são referentes a 21 conselheiros municipais, com a aplicação de um questionário socioeconômico. Nele, identificou-se uma porcentagem alta de conselheiros experientes, sendo que 22% pertencentes ao conselho há mais de 7 anos; 5% de 5 a 7 anos. A maior porcentagem, de 38%, participa entre 1 a 3 anos, 24% participam a menos de um ano. Além dos dados do referido questionário as entrevistas revelaram que muitos conselheiros têm uma longa trajetória, entre 16 a 25 anos de participação no CMS.

Existe um equilíbrio em relação à participação em outros conselhos: 12 não participam e 9 participam. Outro ponto de equilíbrio foi com relação ao sexo, sendo 11 do sexo masculino e 10 do sexo feminino. A idade dos conselheiros varia entre 26 anos e idade máxima de 73 anos, também existe um grande número de conselheiros com mais de 50 anos, correspondendo a 71,4% dos que responderam o questionário, constatando-se novamente a experiência dos conselheiros em atividade. Em relação à participação em partidos políticos, é possível afirmar que a maioria (67%) não participa. Os partidos mais citados são o PT e PDT, seguidos de PSDB e PC do B.

Em relação à participação em associações, foi verificado que 17 conselheiros participam delas, sendo a maioria, 81%. Nas entrevistas, 13 dos 14 entrevistados afirmaram participar em movimentos de associações, ONGs e sindicatos. Desta forma predomina um perfil de ativo membro de associações, com trânsito no mundo associativo, pois desde o início das carreiras profissionais optaram por participar em grupos organizados para a luta por direitos.

4. ATIVIDADE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE EM 2016 E 2017

Em 2014 o Regimento Interno sofreu alterações com a intenção de reorganizar aspectos considerados incompletos, que já necessitavam de uma nova forma de funcionar. Uma modificação importante refere-se à paridade da Mesa Diretora¹ - que no antigo regimento funcionava como um núcleo de coordenação (composto por 6 pessoas) sem a figura do presidente, o que não possibilitava colocar a paridade prevista, já que esta só pode ser cumprida com números múltiplos de 4 (2 usuários, 1 trabalhador de saúde, 1 prestador de serviço/entidade formadora). Com a mudança se formalizou a paridade, e se modificou a forma de coordenar.

Outra alteração importante é a vigência da obrigatoriedade de cada entidade estar atuante nas comissões internas, sendo exigido um número determinado de presenças tanto nas assembleias abertas como nas reuniões das comissões. Isso tem como objetivo que o trabalho de conselheiro não se limite a opiniões e discussões nas sessões, e sim ao empenho em exercer o controle social de forma abrangente.

Para a maioria dos conselheiros, o CMS viveu em 2016 uma fase de aperfeiçoamento no que diz respeito ao seu funcionamento, pois foram realizadas melhorias em sua organização, bem como um estreitamento na relação entre o conselho e a gestão de saúde.

Nos relatos, foi observado que em muitos momentos ocorreu uma relação bastante conflituosa entre o CMS e Executivo Municipal. Nas deliberações, muitas vezes, a representante da Secretaria de Saúde entrou em desacordo com membros do CMS. Esse fato dificultou o andamento de algumas políticas públicas sugeridas pelo Conselho e pela própria sociedade. Nesse sentido, conselheiros mencionam a dificuldade dos secretários em compreender o papel do conselho na gestão de saúde, ignorando o trabalho realizado por tal órgão. Entretanto, apesar das divergências, também os entrevistados destacam que existiu a busca, por parte da gestão municipal de Cezar Schirmer (2008-2016), de estar presente no conselho para o melhor debate entre as partes.

Alguns conselheiros relataram que a gestão municipal coordenada por Valdeci Oliveira (2001-2008) se destacou por ter bons secretários de saúde, que conheciam de maneira abrangente as atividades do conselho. Para eles, nesse período, verificava-se uma parceria fluida entre a gestão e o Conselho, pois os secretários, antes de assumir na gestão, já estavam envolvidos com a área da saúde. Também, muitos entrevistados afirmam que, a partir de 2008, houve um distanciamento entre o governo e o CMS, que

¹ A Mesa Diretora é quem administra o CMS, coordena as reuniões, supervisiona as atividades dos conselheiros, entre outros atributos. É composta por um presidente, vice-presidente, um secretário e um secretário substituto.

ocasionou o enfraquecimento deste último, já que o controle social não estava conseguindo atuar diante das tomadas de decisões da gestão.

Quadro 1 - Relação da gestão municipal anterior a 2008 e o Conselho Municipal de Saúde em Santa Maria.
Respostas:

Entrevistado 2: Em relação ao Prefeito: “ele respeitava mais o conselho. Ele recebia mais, trocava mais ideias, e isso ninguém pode negar”.

Entrevistado 5: “A entrada do Valdeci, ele foi um dos autores da lei, lá da criação do conselho, então também foi mais fácil do conselho trabalhar, então eram pessoas que tinham abertura para isso, e o conselho cresceu muito naquela época, cresceu muito de 1998 a 2008. Quando o Valdeci saiu e as pessoas que eram secretárias, porque até o prefeito não conta muito, mas o secretário de saúde sim, mas as pessoas que foram secretárias no governo dele foram todas que de uma forma ou de outra tinham uma ligação com o conselho, então isso favoreceu para que o conselho se tornasse muito forte, ele tinha o poder de decisão sobre tudo, nada deixava de passar no conselho.”

Entrevistado 11: “No governo do Valdeci, ele trabalhava mais as políticas públicas, a questão da humanização era muito trabalhada.”

Fonte: Construção dos autores.

A secretária municipal é responsável pelo registro das deliberações de forma escrita, transcrevendo a gravação das reuniões ordinárias e extraordinárias, colocando os pontos de pauta considerados mais relevantes. Essas atas foram analisadas para verificar os principais tópicos discutidos pelos conselheiros, e a partir deles foram criadas categorias analíticas. Assim, foram analisadas 17 atas, sua maioria do ano de 2016 e algumas de 2017.

Buscaram-se os principais assuntos tratados nas reuniões e, conseqüentemente, em quais aspectos do controle social o órgão está atuando mais. A pauta mais recorrente refere-se à função fiscalizadora do CMS e se vê a apresentação de relatórios que retratam visitas às unidades básicas de saúde, e uma cobrança do CMS com a gestão na busca de solucionar problemas encontrados nos lugares de atendimento aos usuários do SUS. Tal função tem como objetivo manter o funcionamento dos órgãos de saúde de acordo com as legislações que os organizam/regem.

Alguns exemplos tratados nas reuniões são: denúncia de más condições de trabalho; cobrança indevida de exames; visitas às unidades básicas de saúde; fiscalização dos serviços de saúde; e denúncias recebidas por profissionais da saúde, por usuários de saúde e até mesmo por conselheiros são levadas à plenária, que discute e tenta encontrar soluções e tomar medidas resolutivas. Na verificação de 17 atas do CMS referentes a reuniões ordinárias e extraordinárias, nota-se presente em 7 delas pautas ligadas à função fiscalizadora do Conselho Municipal de Saúde.

5. CONCLUSÃO

Constatou-se que o CMS de Santa Maria é constituído por conselheiros de longa militância social, sendo que alguns participaram da criação do mesmo, e inclusive da Reforma Sanitária na década de 1970. Observando-se, assim, experiência na função exercida por eles, por muitos anos de prática e exercício do serviço. Isso permite que muitos conselheiros estejam familiarizados com as políticas públicas de saúde do município, além de terem participado de outros projetos anteriores ao CMS. Ao mesmo tempo, essa característica tem como contrapartida uma baixa mobilidade de alguns conselheiros que permanecem desde a sua criação.

Também se comprovou que o CMS promove uma importante função fiscalizadora, pois é umas das atividades mais recorrentes nas reuniões. Em relação aos vínculos associativos, verificou-se que a maioria dos representantes mantém vínculos com diversas associações, mas não com partidos políticos.

REFERÊNCIAS

- [1] AVRITZER L. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. Opin. Publica vol.14 nº.1 Campinas, 2008.
- [2] BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>
- [3] BRASIL. Lei nº 3.355 de 19 de setembro de 1991. Cria o Conselho Municipal de Saúde como órgão deliberativo e fixa normas para a Conferência Municipal de Saúde. Disponível em: <<https://camara-municipal-da-santa-maria.jusbrasil.com.br/legislacao/542543/lei-3355-91>>
- [4] BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>
- [5] BRASIL. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e da outras providências. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm>
- [6] CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA. Reimento Interno. Aprovado na Reunião Extraordinária ocorrida em 23 de junho de 2016.
- [7] DAGNINO, E. A disputa pela construção democrática em América Latina. São Paulo: Paz e Terra, 2006.
- [8] JUNIOR, Carlos Alberto da Cruz Azambuja. Redes Sociais e Participação Política: um estudo de caso no Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria/RS. Porto Alegre: UFRGS, 2009.
- [9] PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. História, Ciência, Saúde – Manguinhos, 2014.
- [10] TEIXEIRA; ALBUQUERQUE. Emergência do OP (Orçamentos Participativos: projetos políticos, partilha de poder e alcance democrático. 2006.

Capítulo 8

Aspectos da violência contra a pessoa idosa

Hélio Luiz Fonseca Moreira

Janari da Silva Pedroso

Resumo: O presente trabalho tem como principal objetivo, abordar, em linhas gerais, diversos aspectos da violência contra as pessoas idosas, e o sistema de proteção integral instituído pelo Estado brasileiro para eliminar todas as formas de discriminação e prevenir a violência que às afetam. Apesar da tendência mundial a um padrão etário cada vez mais envelhecido, a violência se manifesta de diversas formas nos processos interativos cotidianos, constituídos nos espaços sociais, sejam eles públicos ou privados, tais como no domicílio, nas instituições de longa permanência, nos logradouros, nas instituições policiais e judiciais. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de natureza qualitativa, fundada em diversas fontes de evidência, tais como a pesquisa da literatura correlata ao tema, a análise de uma audiência preliminar realizada em Juizado Especial Criminal, e o levantamento das ocorrências realizadas na Delegacia de Proteção ao Idoso (DPID), entre os anos de 2012 a 2018, no município de Belém/PA.

Palavras-chave: Violência, Pessoa Idosa, Sistema de Proteção Integral, Inclusão Formal.

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como principal objetivo, abordar, em linhas gerais, a violência contra as pessoas idosas e o sistema de proteção integral constituído pelo Estado brasileiro para eliminar todas as formas de discriminação e a violência que às afetam, em uma sociedade que caminha para a um padrão etário cada vez mais envelhecido.

Os estudos sobre o envelhecimento humano têm concebido essa categoria como um processo natural, dinâmico, que, associado aos fatores de ordem social, econômica e cultural, produzem modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente (Debert, 1999; Azevedo, Azevedo, Istoe, 2018; Zimmerman, 2007; Freitas, Queiroz, Souza, 2010; Limont, 2011). Essas modificações trazem consigo limitações físico-motoras, sensoriais, sociais e emocionais que incidem sobre a autonomia e a liberdade do indivíduo, tornando-o susceptível à dependência de cuidados e de suporte familiar no domicílio, visto que muitas vezes podem evoluir para dependência parcial ou total (Caramano, Scharftein 2010).

Dessa forma, a pessoa idosa ainda é associada a imagem estereotipada de um indivíduo socialmente degradado, ante a sua fragilidade física, a redução de sua capacidade produtiva, o comprometimento cognitivo, a perda da autonomia e da juventude (Camarano, 2014; Cabral e Silva, 2017). Assim, constituiu-se o paradoxo entre a longevidade desejada e seus problemas derivados, pois, além da degradação natural do corpo, o envelhecimento produz mudanças status ontológico do indivíduo, que repercutem de forma variada na sua vida social e afetiva (Elias, 2001).

No Brasil, as pesquisas que abordam a violência contra o idoso, evidenciaram que altos índices de violência e a degradação identitária das pessoas idosas, comumente representadas como “velhas”, “dependentes”, “doentes” e “improdutivas” são vetores que geram insegurança e indignidade ao processo de envelhecimento humano (Cabral, Silva, 2017, Minayo, Coimbra Jr., 2002, Minayo, 2005, 2006). Essa violência se manifesta de diversas formas nos processos interativos cotidianos, constituídos nos espaços sociais, sejam eles públicos ou privados, tais como no domicílio, nas instituições de longa permanência, nos lares, nas instituições policiais e judiciais.

A violência contra a pessoa idosa é uma questão de saúde pública, pois, afeta a saúde individual e coletiva, gerando para as vítimas sentimento de tristeza e sensação de insegurança ante a sua vulnerabilidade contextual (Minayo, 2004, 2006). Ela possui dimensões jurídica, política, ideológica e econômica. Assim, ao abordar a violência contra o idoso, a autora concebe a violência como um meio de aniquilamento de outrem, ou de sua coação direta ou indireta, causando-lhes danos físicos, mentais e morais, constituídos nos processos interativos cotidianos, e nas relações interpessoais, grupais e intergrupais, nas relações de classes, de gênero, ou institucionais.

No mesmo sentido, A OMS (2002) define violência contra o idoso como uma ação ou omissão ou omissão, voluntária ou involuntária, de natureza física ou psicológica que resulta em sofrimento desnecessário, produz lesão ou dor, afetando negativamente a qualidade de vida financeira ou material da pessoa idosa. Este tipo de violência consubstancia uma violação dos direitos humanos, incluindo-se o abuso físico, sexual, psicológico, financeiro e material; o abandono, a negligência, os maus tratos, bem como a perda de dignidade e respeito.

Nessa perspectiva, inclui-se como violência os maus-tratos, o abandono, a injúria, às agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringindo sua liberdade ou, ainda, isolá-la do convívio social, a ameaça; abuso financeiro aos idosos, o abuso sexual, a lesão corporal, e ameaça. Ou seja, abrange todas as formas de violência identificadas e tipificadas nas ocorrências da Delegacia de Proteção ao Idoso. Razão pela qual, nesse trabalho, adotou-se essa concepção ampla de violência.

Para enfrentar a banalização das várias formas de violência contra a pessoa idosa, o Estado brasileiro a reconheceu com uma categoria de indivíduo vulnerável e constituiu, legalmente, um sistema de proteção integral para promover a autonomia, integração e participação efetiva da pessoa idosa à sociedade.

Ocorre, porém, que constituição de um sistema protetivo especial, consubstanciado em textos normativos de pouca eficácia, por si só, é insuficiente para efetivar essa integração ou consolidar o respeito e a dignidade da pessoa idosa. A equação deste problema exige um esforço coletivo, e o desenvolvimento de ações de médio e longo prazo com a participação de todos os níveis governamentais, dirigidos à elaboração de planos locais e políticas nacionais, com dotação orçamentária, dirigidas a conter e prevenir a banalização da violência contra essas pessoas.

Segundo dados do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, entre 2016 e 2018, o disque 100 recebeu 103.219 denúncias de algum tipo de violência praticada contra pessoas idosas, sendo 32.632 em 2016, 33.133 em 2017, e 37.454 em 2018².

Em um levantamento realizado pelos autores na Delegacia de Proteção Idosos (DPID), no município de Belém/PA, entre 2012 e 2018, constatou-se que esta Delegacia recebeu 4.092 denúncias de algum tipo de violência praticada contra as pessoas idosas na Grande Belém, por meio do Disque Anônimo (100 e 181). No mesmo período foram realizados, ainda, 1.065 registros de ocorrências, emanados de demanda espontânea ou encaminhada por outras instituições, tais como a OAB/PA e o Ministério Público do Estado, totalizando 5.157 ocorrências, das quais resultaram 2.973 diligências, 851 Termos Circunstanciados de Ocorrência, 105 Inquéritos Policiais, e 99 Medidas Protetivas³.

Indubitavelmente, o ordenamento jurídico brasileiro assegura às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o direito à segurança, à liberdade, e à inclusão familiar e social. Todavia, os estudos empíricos desenvolvidos por pesquisadores de diversas áreas do conhecimento científico, evidenciaram que, no plano da concreção, há um grande descompasso entre os avanços jurídicos prescritos no sistema de proteção integral da pessoa idosa, consubstanciados em molduras normativas, e a realização desse direito, expressa por meio das ações efetivas, desenvolvidas pelo Poder Público para promover a assimilação de suas demandas e prevenir a violência contra as pessoas idosas.

Deste modo, o presente artigo tem como principal objetivo, abordar, em linhas gerais, violência contra a pessoa idosa, com base pesquisa bibliográfica, no levantamento das ocorrências registrada da Delegacia de Proteção ao Idoso, entre os anos 2012 e 2018, e na análise de uma audiência realizada em um Juizado Especial Criminal, em decorrência de um TCO. Tal qual outras pesquisas, o estudo concluiu que a dignidade, a inclusão e a proteção não se realizam por meio da formalização de direitos e garantias sociais abstratas, genericamente partilhadas por todas as pessoas idosas abrangidas pelo sistema jurídico positivo, mas à forma como elas se tornam visíveis e são representadas no espaços sociais e institucionais, visibilidade essa que se desdobra na possibilidade real de serem vistas e ouvidas, com espaço para a enunciação de determinadas necessidades continuamente obstruídas, tais como a necessidade de não serem lançadas ao abismo do esquecimento, ou de serem representadas como uma carga social.

A partir da década de 80, observa-se uma série de discursos oficiais dirigidos a ressignificar a imagem da pessoa velha, representando-a como uma pessoa saudável, ativa, consciente da outorga de seus direitos, resistente às ações discriminatórias e apta a enfrentar criativamente o conjunto de mudanças sociais que redefinem a experiência do envelhecimento. No entanto, essa imagem, expressa em termos como terceira idade, melhor idade, envelhecimento bem sucedido ou envelhecimento ativo não alcança igualmente todas as pessoas que se encontram nesse estágio da vida.

2. METODOLOGIA

O presente trabalho caracteriza-se como uma pesquisa bibliográfica, de natureza qualitativa (Haguet, 1999) e foi produzido a partir de múltiplas fontes de evidências, com base na literatura pesquisada, no levantamento das ocorrências registrada da Delegacia de Proteção ao Idoso, entre os anos 2012 e 2018, e na análise de uma audiência realizada em um Juizado Especial Criminal, em decorrência de um TCO. O levantamento de dados na DPID foi realizado entre março e junho de 2019, e o acesso as ocorrências foi gentilmente autorizado pela Delegada Titular, a qual permitiu não só o acesso aos dados, mas também acompanhar audiências de mediação realizadas no Setor Social.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial, com múltiplas dimensões, que variam segundo o universo cultural e o contexto no qual se processa. Nos países desenvolvidos, esse processo ocorreu paralelamente ao crescimento econômico, à elevação da qualidade de vida e à redução das desigualdades sociais. Nas últimas duas décadas, esse fenômeno ganhou maior importância nos países em desenvolvimento, com o aumento acelerado da população de pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos (D'Alencar, 2005; Camarano, 2014). De acordo com o novo relatório das Nações Unidas,

² Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2019/junho/balanco-anual-do-disque-100-registra-aumento-de-13-em-denuncias-de-violacoes-contra-a-pessoa-idosa>. Acesso em 20/01/2020.

³ Dados levantados na Delegacia de Proteção ao Idoso.

“The 2019 Revision of World Population Prospects”, publicado pela Divisão de População do Departamento da ONU de Assuntos Econômicos e Sociais, a população mundial deverá crescer em 2 bilhões de pessoas nos próximos 30 anos, passando dos atuais 7,7 bilhões de indivíduos para 9,7 bilhões em 2050 (ONU, 2019), sendo que, o declínio da fecundidade e o aumento da longevidade, conduzem o mundo para o aumento da população de idosos.

O Brasil segue essa mesma tendência. De acordo com estimativas elaboradas pelo IBGE, o número de pessoas idosas deverá aumentar nas próximas décadas, pois a diminuição das taxas de natalidade e o aumento da expectativa de vida geram a elevação do número de pessoas idosas no país. Segundo dados da pesquisa “Características Gerais dos Domicílios e dos Moradores 2018”, realizada pelo citado Instituto, a população brasileira com 60 anos de idade ou mais cresceu 26% entre os anos de 2012 e 2018. Em contrapartida, a população de até 13 anos decresceu em 6%. Por volta do ano de 2050, estima-se que a população brasileira será de aproximadamente 215 milhões de habitantes, e haverá, no Brasil, 73 idosos para cada 100 crianças (IBGE, 2018). De acordo com a mesma pesquisa, a população paraense está em trajetória de envelhecimento. Estima-se que a população de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos passará dos atuais 764 mil idosos para 2,7 milhões de idosos em 2060.

A tutela jurisdicional e a violência contra o idoso constituíram objeto de estudo de pesquisadores das diversas áreas do conhecimento, tais como Direito, Psicologia, Saúde e Sociologia. Em seus trabalhos Minayo, Coimbra Jr. (2002), Minayo (2005, 2006) abordaram diversos temas relativos à proteção do idoso nos quais apresenta dados sobre mortalidade e morbidade em idosos brasileiros por causas externas no período 1980/1998. Realizou, ainda, profícua revisão da literatura nacional e internacional sobre a violência contra o idoso, dimensionando a violação de seus direitos, sua dignidade, bem como o desprezo a sua experiência e sabedoria.

Diversos estudos que abordam o envelhecimento e a violência praticada contra o idoso no Brasil evidenciaram que ela é constituída nos processos interativos desenvolvidos no próprio ambiente domésticos, cujos principais agressores são pessoas do convívio íntimo da vítima, em sua maioria os filhos e netos. Constataram, ainda, que se destacam a ocorrência de ameaça, apropriação indébita, danos materiais, lesão corporal e maus-tratos, principalmente contra às idosas⁴.

4. OS REGISTROS DE VIOLÊNCIA NA DPID

No desenvolvimento do presente estudo, constatou-se que no estado do Pará, há significativa incidência de violência contra a pessoa idosa. Ante a esse quadro, em 18/04/2012, por meio da Portaria n.º 105/2012 da Delegacia Geral de Polícia Civil do Estado do Pará, foi criada a Delegacia de Proteção ao Idoso (DPID) para atuar especificamente no combate e prevenção à violência contra a pessoa idosa. Ela é a única que existe no estado, e atende somente as demandas da Região Metropolitana de Belém (RMB)⁵. Subordinada à Divisão Especializada no Combate aos Crimes Discriminatórios (DECD), suas principais atribuições são apurar crimes contra o idoso, sem prejuízo da ação de outras unidades policiais, e mediar conflitos relativos à discriminação etária, abuso físico, maus tratos, abuso psicológico, sexual, financeiro, o abandono, apropriação de bens e proventos, negligência e autonegligência.

A DPID funciona de segunda a sexta, de 8h às 12h. É composta por uma delegada titular, duas assistentes sociais, um escrivão, cinco investigadores e um técnico administrativo. Essa unidade especializada atende as demandas espontâneas, às geradas pelo Disque Anônimo (181 e 100), e às encaminhadas por outras instituições, tais como o Ministério Público do Estado e a OAB/PA. As demandas que chegam à DPID são variadas e nem todas configuram crimes. As mais graves, em geral, são relativas à violência física, psicológica e sexual, injúria, calúnia, difamação. Quando as demandas configuram crimes tipificados no Código Penal, o procedimento inquisitorial pode ser instaurado nas delegacias circunscritas ao bairro onde ocorreu o crime.

Entre 2012 e 2018 a DPID recebeu 4.092 denúncias de algum tipo de violência praticada contra as pessoas idosas no Estado do Pará, por meio do Disque Anônimo, das quais resultaram 2.973 diligências, e 1.138 visitas domiciliares para averiguar as denúncias, conforme se observa na tabela abaixo.

⁴ Nesse sentido foram os estudos desenvolvidos por Garbin, Joaquim e Rovida (2016); Abath; Leal; Melo Filho, (2012), Mascarenhas, Andrade et al (2012), Rocha (2018), entre outros.

⁵ A RMB é composta por 7 municípios: Belém, Ananindeua, Marituba, Benevides, Castanhal, Santa Bárbara, e Santa Izabel. Em 2018, sua população totalizava 2.491.052 habitantes, segundo estimativa do IBGE (2010). Todavia, mais de 85% das ocorrências são provenientes de Belém e Ananindeua.

Tabela 1 - Denúncias anônimas recebidas (disque 181 e disque 100)

Denúncias	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Recebidas	85	463	438	565	777	942	822	4.092
Diligenciadas	60	182	310	468	654	624	675	2.973
Visitas domiciliares	18	83	124	137	230	366	180	1.138

Fonte: Delegacia de Proteção ao Idoso - DPID

No mesmo período foram realizados, ainda, 1.065 registro de ocorrência, emanadas de demanda espontânea ou encaminhada, totalizando 5.157 ocorrências. Entre 2012 e 2018, na DPID foram instaurando 854 Termos Circunstanciados de Ocorrências (TCO), e 105 Inquéritos Policiais (IPL). Foram decretadas, ainda, 99 Medidas Protetivas (MP) e realizadas 7 prisões em flagrantes.

Tabela 2 - Procedimentos policiais

Procedimento	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
TCO	96	139	59	123	141	166	130	854
IPL	22	20	15	20	7	6	15	105
MP	10	8	6	5	9	29	32	99
Flagrante	4	2	0	1	0	0	0	7
Total	132	169	80	149	157	201	177	1.065

Fonte: Delegacia de Proteção ao Idoso – DPID

A DPID é composta por uma delegada titular, duas assistentes sociais, um escrivão, cinco Investigadores e um técnico administrativo. Essa unidade especializada atende as demandas espontâneas, as geradas pelo Disque Anônimo (181 e 100), e as encaminhadas por outras instituições, tais como o Ministério Público do Estado e a OAB/PA. As demandas que chegam à DPID são variadas e nem todas configuram crimes. As mais graves, em geral, são relativas à violência física, psicológica e sexual, injúria, calúnia, difamação. Quando as demandas configuram crimes tipificados no Código Penal, o procedimento inquisitorial pode ser instaurado nas delegacias circunscritas ao bairro onde ocorreu o crime.

Entre 2012 e 2018 a DPID recebeu 4.092 denúncias de algum tipo de violência praticada contra as pessoas idosas no Estado do Pará, por meio do Disque Anônimo, das quais resultaram 2.973 diligências, conforme tabela abaixo.

Tabela 3 - Denúncias anônimas recebidas (disque 181 e disque 100)

Denúncias	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	TTotal
Recebidas	85	463	438	565	777	942	822	4.092
Diligenciadas	60	182	310	468	654	624	675	2.973

Fonte: Delegacia de Proteção ao Idoso - DPID

Os dados acima indicam a importância do Disque Denúncia Anônimo como um serviço público que pode contribuir com o desenvolvimento e execução de Política de Segurança dirigida a contenção e repressão da violência contra à pessoa idosa. No Pará, esse serviço existe no Pará desde 2006, está disponível à população, por meio do Disque Denúncia 181, 24 horas por dia, e integra vários órgãos que compõem o Sistema de Segurança Pública do Estado, enquanto o Disque Direitos Humanos (Disque 100) é um serviço da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, inaugurado em 2003, vinculado à Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos, que recebe demandas relativas a violações de Direitos Humanos em todo território nacional.

Entre 2012 e 2018 foram realizados, ainda, 1.065 registros de ocorrências, emanadas de demanda espontânea ou encaminhada, totalizando 5.157 ocorrências. No mesmo período na DPID foram realizados 1.062 procedimentos, sendo 851 Termos Circunstanciados de Ocorrências (TCO), instaurados 205 Inquéritos Policiais (IPL), decretadas 99 Medidas Protetivas (MP) e realizadas 7 prisões em flagrantes.

Tabela 4 - Procedimentos policiais

Procedimento	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
TCO	96	139	59	121	140	166	130	851
IPL	22	20	15	20	7	6	15	105
MP	10	8	6	5	9	29	32	99
Flagrante	4	2	0	1	0	0	0	7
Total	132	169	80	147	156	201	177	1.062

Fonte: Delegacia de Proteção ao Idoso - DPID

No desenvolvimento da pesquisa foi possível evidenciar que em 988 das ocorrências levantadas, 499 foram tipificadas injúria e a discriminação, e 268 eram referentes a ameaça, perturbação da tranquilidade e do sossego.

Tabela 5 – Tipificação das ocorrências

Tipificação da ocorrência	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Injúria e discriminação	115	116	28	63	61	69	47	499
Ameaça, perturbação da tranquilidade e do sossego	0	8	15	47	56	78	64	268
Abandono, deixar de prestar assistência, básica	5	19	2	5	6	6	2	45
Apropriação de bens, proventos ou pensão;	27	31	11	7	4	3	4	87
Lesões corporais	2	3	3	8	4	15	12	47
Expor a perigo a integridade física e a saúde, ou submeter a condições desumanas.	13	15	2	0	1	3	8	42
Total	162	192	61	130	132	174	137	988

Fonte: Delegacia e Proteção ao Idoso

Para enfrentar a banalização das várias formas de violência contra a pessoa idosa, o Estado brasileiro a reconheceu com uma categoria de indivíduo vulnerável e constitui, legalmente, um sistema de proteção integral para promover a autonomia, integração e participação efetiva da pessoa idosa à sociedade.

Ocorre, porém, que constituição de um sistema protetivo especial, consubstanciado em textos normativos de pouca eficácia, por si só, é insuficiente para efetivar essa integração ou consolidar o respeito e a dignidade da pessoa idosa. A equação deste problema exige um esforço coletivo, e o desenvolvimento de ações de médio e longo prazo com a participação de todos os níveis governamentais, dirigidos à elaboração de planos locais e políticas nacionais, com dotação orçamentária, dirigidas a conter e prevenir a banalização da violência contra as pessoas idosas.

5. O SISTEMA DE PROTEÇÃO INTEGRAL E A SIMBÓLICA INCLUSÃO SOCIAL

Juridicamente, a vulnerabilidade é concebida como “uma cláusula geral da tutela da pessoa humana”, pois, ante a determinadas fragilidades qualquer ser humano é vulnerável (Barboza, 2009). Todavia, a autora destaca que, em razão de circunstâncias particulares que potencializam a fragilidade e o desamparo, há grupos de pessoas que se encontram em situação de maior vulnerabilidade, diferenciando-se das demais, razão pela qual necessitam de tutela concreta específica, por meio de um sistema protetivo dirigido particularmente às suas demandas, com o fim de promover a igualdade formal, consecutória do princípio da Dignidade da Pessoa Humana. Entre esses grupos se incluem as pessoas idosas, que possuem vulnerabilidades específicas, caracterizadas por diversos fatores, tais como as alterações físicas originadas do processo natural de envelhecimento, a diminuição do poder econômico, perda de papéis sociais, a exclusão do mercado de trabalho, além do tratamento negligente, que, por vezes, recebem da família, da sociedade, e do próprio Estado (Barboza, 2009).

O sistema de proteção integral, edificado pelo Estado brasileiro para promover a autonomia, integração e participação efetiva da pessoa idosa na sociedade, constitui um microssistema de proteção jurídica que

ampliou e consolidou a matéria jurídica relativa à dignidade da pessoa humana e os direitos a elas correlatos, incluindo normas de direito previdenciário, civil, processual civil e penal, cujos principais pilares são a Lei da Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), articulados à Constituição Federal (BRASIL, 1988). Entretanto, a realização dos direitos e a manutenção das garantias jurídicas atribuídas às pessoas idosas dependem de condições institucionais que permitam suas implementações. Inexistindo essas condições, restam apenas compromissos simbólicos, formalizados em atos solenes, que objetivamente pouco contribuem para efetivar a inclusão social e superar os problemas colocados no âmbito da relação entre o envelhecimento e as representações sociais da velhice, visto que, essas formalizações solenes discrepam das condições de existência material vivenciadas por grande parte da população idosa deste país, particularmente, àquelas internadas e, não raramente, esquecidas nas Instituições de Longa Permanência.

No dia 19 de abril de 2018, em mais uma solenidade normativa, o Estado brasileiro institui o ano de 2018 como o “Ano de Valorização e Defesa dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa, em alusão à Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos”, por meio da Lei nº 13.646, composta por um artigo. A principal finalidade da lei era, naquele ano, realizar palestras e eventos sobre o tema, divulgação da Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos por meio de material educativo e campanhas publicitárias, incentivar no âmbito de todas as esferas públicas ações de valorização da pessoa idosa, e, por fim, esclarecer e sensibilizar a população acerca dos direitos da pessoa idosa (Brasil, 2018).

O microssistema de proteção integral das pessoas idosas possui uma dimensão obscura, consubstanciada nas representações sociais da velhice, ofuscada nas formas usuais de exposição das demandas levadas às delegacias de idosos, ao Ministério Público ou ao Poder Judiciário, pois raramente podem ser atendidas pelo aparato institucional a que se encontram vinculadas, nos termos prescritos nesse sistema protetivo.

Assim, por exemplo, no primeiro semestre de 2015, durante uma audiência preliminar realizada em Juizado Especial Criminal, João da Silva⁶, 53 anos, foi informado que havia um Termo Circunstanciado de Ocorrência (TCO), no qual constava que fora acusado de causar lesões corporais múltiplas contra seu irmão, José da Silva, uma pessoa idosa de 62 anos. Segundo os relatos expostos na audiência, os irmãos eram solteiros, moravam sós, em bairro periférico da capital paraense. O conflito era anterior às agressões, visto que o acusado morava “na casa dos fundos”, construída em um terreno herdado por eles. Em sua narração, a vítima declarou que procurou a justiça para assegurar a sua tranquilidade e ter paz, pois o irmão frequentemente o incomodava com “suas bebedeiras” e a escuta de músicas com volume do som muito alto. Declarou ainda que o irmão o ameaçava e o desrespeitava todas as vezes que reclamava desses comportamentos.

Na audiência preliminar, a fala da vítima transcendeu os limites da mera descrição dos fatos, pois em sua memória narrativa restaurou o sofrimento, a insegurança, bem como a sensação de ser vítima potencial de mais uma lesão contra a sua integridade física e a sua saúde ante a sua incapacidade física de opor resistência ao irmão agressor.

O acusado reconheceu parcialmente a acusação, mas pediu desculpas à vítima alegando que “foi sem querer (...)”, que estava de cabeça quente e não conseguiu se controlar naquele dia”. Após esses relatos, o agressor foi repreendido, as partes foram formalmente conciliadas e o processo foi suspenso condicionalmente por seis meses sem o julgamento do mérito. Por fim, a audiência foi encerrada, concluindo-se mais um serviço de pacificação social mediado pelo Poder Judiciário. Dessa forma, resolveu-se mais um processo, mas não se resolveu necessariamente os conflitos intersubjetivos constituídos na esfera familiar, uma vez que, concretamente, nos termos da conciliação a memória e os sentimentos da vítima foram reduzidos a mais um caso que transitou na esteira do judiciário.

Nesse caso, deve-se observar que quando recorreu à mediação do poder judiciário para equacionar os conflitos mantidos com o irmão, aquela pessoa idosa mobilizou uma série de valores, sentimentos e representações sobre a tutela jurisdicional do idoso que transitam em diferentes esferas da vida social (Abric, 2001). Todavia, embora em movimento, a sua sensibilidade não foi impelida pelas normas jurídicas, doutrina ou jurisprudência ritualizados na relação constituída naquele processo, mas tão somente para assegurar o direito de viver com tranquilidade, ter paz e não ser vítima de mais um ato de violência patrocinado pelo irmão.

⁶ Para preservar a identidades dos indivíduos que compuseram a relação processual, os nomes foram alterados, pois, mais importante que nomes, são os sentidos postos em movimentos no curso da audiência.

Nesse caso, cabe observar que tanto na audiência narrada como em outros processos que transitam nas linhas produtivas de decisões judiciais, os fatos apurados assumem significados complexos que envolvem valores e sentidos nem sempre percebidos à primeira análise, demandando um recorte para além da racionalidade jurídico-positiva, recolocando a justiça criminal como campo estruturado de forças e espaço público de enunciação e produção de sentidos (Bourdieu, 1989), visando entender como os fatos se condensam e ganham significados diversos nos juizados criminais e fora deles.

O rito jurídico e a rememoração na audiência preliminar revelaram o conflito e a diferenciação entre vítima e acusado que denotam uma descompensação de fatores físicos e psicológicos decorrentes do processo de senescência. Nesse processo, há o constrangimento da ruptura de um relacionamento familiar, em que a memória da paz exsurge não só como sentimento de insegurança, mas como ação concreta que denuncia ao poder estatal a violência da qual fora vítima para assegurar concretamente sua proteção contra os abusos promovidos pelo irmão agressor.

Nesse caso, deve-se observar que, “em mais um caso”, o sistema de proteção integral dirigido a punir e prevenir a violência contra a pessoa idosa foi reduzido a mera abstração, enquanto o fetichismo formal (Pachukanis, 1988) ganhou vida na rotinização das práticas judiciais. Na audiência preliminar, as cisões sociais constituídas em uma sociedade fraturada foram momentaneamente superadas, o diverso e o fragmentário foram unificados por meio da coerência jurídica, expressa na suspensão condicional do processo. Assim, o Direito foi destituído de seu conteúdo sociológico, antropológico e psicológico, enquanto a violência praticada contra a vítima perdeu suas referências de tempo, espaço e história.

Para o acusado, a audiência desvelou um modo peculiar de elaboração da memória. O passado se realizou como atos impensados, perdoados e que supostamente não serão mais repetidos. Portanto, devem ser esquecidos. Para a vítima, perpassou a mensagem de um vazio de segurança, a sensação de injustiça e perda da paz. Restou a ela a insegurança não resolvida e a submissão à violência praticada pelo irmão, reforçada pela suspensão do processo, determinada judicialmente por um interlocutor que possui poder e legitimidade para mediar o conflito, bem como imputar sentido e eficácia simbólica à decisão judicial (Bourdieu, 1989), diga-se de passagem, que não deve ser discutida, mas cumprida.

A violência, agressão, maus-tratos, abusos contra os idosos são expressões referentes a processos interativos interpessoais, de grupos, de classes, de gênero, ou ainda institucionais, que causam danos físicos, psicológicos e morais às pessoas. Por conseguinte, caracteriza-se como um fenômeno de natureza biopsicossocial, cuja compreensão deve ser contextualizada, dimensionando seus aspectos psicossociais (Zimmerman, 2007).

Nessa perspectiva, não faz muito sentido suspender o processo sem conhecer a dinâmica comportamental do agressor e o contexto relacional no qual a violência é constituída, uma vez que em seus processos interativos ambos se afetam circularmente (Silva, Dias, 2016). O desconhecimento dessa dinâmica resulta em decisões judiciais que se expressam muito mais como produto da rotinização da atividade judiciária, que revela apenas a camada mais tênue do substrato social, a partir do qual emergem os elementos mais complexos e dinâmicos de concreção da organização social na qual se insere a lógica da proteção integral da pessoa idosa.

Para Geertz (2012) o Direito se expressa como uma forma específica de imaginar a realidade, uma forma de ver o mundo semelhante à ciência, à religião, arte ou senso comum. Todavia, a especificidade do Direito está no instrumental e conjunto de práticas desenvolvidas no cotidiano da administração das disputas e dos conflitos sociais que essa forma própria de ver o mundo impõe aos que a ela são subordinados.

Para esse autor, no entanto, a decisão judicial reflete um modo de imaginar a realidade. Todavia, os caminhos que levam as conexões entre o Direito e as representações culturais são complexos e nem sempre coincidentes. No julgamento de uma lide, por exemplo, a adoção do princípio da igualdade entre juiz e as partes envolvidas no conflito de pretensões juridicamente opostas converte, por meio da ficção jurídica, a relação vertical em relação horizontal, obscurecendo a existência de desiguais, por serem concebidos como colaboradores no processo em julgamento. Dessa forma, juízes, defensores e promotores ao servirem de mediadores de uma realidade que não é a sua perdem de vista o sentido de opressão inscrito no trabalho que realizam.

6. A INCLUSÃO SOCIAL E LÓGICA NEOLIBERAL

A inclusão social das pessoas idosas não é inviabilizada pela falta de direitos e prerrogativas jurídicas, mas em virtude da posição que ocupam no espaço social, atravessado pela lógica neoliberal. O neoliberalismo

não se reduz, tão somente, a um modelo econômico, porquanto, constituiu uma nova racionalidade, sustentada no individualismo extremado, propagador de discursos que reprimem todas as ações dirigidas à proteção dos direitos e garantias fundamentais, particularmente das pessoas mais vulneráveis. A sua influência se estende ao nível mais íntimo das relações sociais, abrangendo o Estado, a sociedade civil e a vida de cada indivíduo. Isso significa que o sistema de proteção integral compreende apenas parte de uma sociedade na qual determinados indivíduos aparecem como atores sociais, efetivos ou em potencial e outros estão, *a priori*, excluídos desse domínio, tais como as pessoas idosas. Portanto, a inclusão social desses indivíduos, com base no reconhecimento oficial de seus direitos é fragilizada, tornando-se praticamente impossível ante a força avassaladora da fantasia neoliberal, que nega a realidade e reproduz práticas legitimadoras de um sistema social excludente (Biagini, Peychaux, 2016).

Assim, ao invés de sublinhar o caráter contingente e artificial de sua emergência, o SPIPI produz um conjunto de prescrições normativas que delineiam os contornos de uma organização social simbolicamente equânime, unificada em suas diferenças sociais, econômicas e políticas, por meio da criação de categorias universais, como dignidade da pessoa humana, igualdade e vulnerabilidade, enquanto, concretamente, às representações sociais da velhice se mantêm, reproduzem e naturalizam a estigmatização das pessoas idosas, particularmente, as mais vulneráveis.

O vínculo entre a exclusão e o envelhecimento constitui-se, então, no contexto das representações sociais da velhice, baseadas em um processo de ancoragem e objetivação de ideias apriorísticas, determinantes da percepção da experiência sensível, o qual delimita o que pode ser visto e compreendido partir das imagens e ideias ancoradas no senso comum (Moscovici, 2015), tais como as de juventude, beleza, e sucesso, amplamente difundidos pelo mercado. Por conseguinte, as representações da velhice constituem um dos pilares sobre o qual se soergue um sistema valorativo que sustenta a configuração específica das relações sociais que envolvem as pessoas idosas. Isso porque, ao conhecer a realidade social, os indivíduos não recebem passivamente as impressões imediatas, provenientes do mundo exterior, respondendo tão somente aos estímulos externos, eles a conhecem a medida em que agem sobre ela (Abric, 2001). Portanto, velhice configura-se como uma experiência que possui dimensões individuais, sociais e culturais.

A exclusão das pessoas idosas evidencia, em primeiro plano, a constituição de uma sociedade fraturada, que fraciona a comunidade entre os que podem exercer seus direitos e os que são relegados às margens do espaço político, social e econômico, estabelecendo a antinomia de dois mundos, um ideal, no qual as pessoas idosas são concebidas como vulneráveis, revestidas de tutela especial que lhes proporcionam a igualdade formal e, outro, o real, no qual elas são excluídas por serem marcadas com as cicatrizes da velhice.

Dessa forma, não adianta recorrer, tão somente, às instâncias estatais, tais como à Delegacia do Idoso, ao Ministério Público, ou ao Poder Judiciário, fundado em promessas simbólicas tipificadas no sistema de proteção integral da pessoa idosa, para promover a assimilação de suas demandas, visto que, na lógica neoliberal, fundante das políticas públicas implementadas na sociedade brasileira, a fala dos velhos já está comprometida e sua visibilidade continua plotada no espaço destinado aos esquecidos, cuja precariedade da alocação é ancorada em uma série representações da velhice, que circulam no senso comum, úteis para desenhar fronteiras, manter uma determinada disposição de corpos e, paralelamente, obscurecer a exposição de suas necessidades coletivas.

O *caput* do art. 230 da Constituição Federal (Brasil, 1988) consagrou o princípio da solidariedade social ao impor à família, à sociedade e ao Estado o dever de amparar as pessoas idosas. Esse princípio é concebido como uma categoria ética e moral projetada no mundo jurídico que expressa um vínculo afetivo, que impõe a todas as pessoas deveres de cooperação, assistência, amparo, ajuda e cuidado em relação às outras (Tartuce, 2017). O parágrafo primeiro do mesmo dispositivo, estabeleceu que os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares. No mesmo sentido, o art. 3º, V do Estatuto do Idoso (Brasil, 2003) dispõe que o atendimento ao idoso deve ser realizado preferencialmente por sua própria família, exceto aquelas que não possuem ou carecem de condições.

Essas normas tutelam o direito das pessoas idosas de serem mantidas sem seus núcleos familiares, conservando seus vínculos afetivos. Retirá-las desse núcleo só é admissível juridicamente em situações excepcionais de extrema necessidade. Todavia, em um contexto social no qual a família e o Estado não assumem as demandas das pessoas idosas, que exigem cuidados especiais, incluindo-se atenção física, psicológica e social, de forma integrada, a relação originária entre essas normas e sua real efetivação, configura-se como uma inclusão que exclui, ancorada em uma ordem jurídica, política e cultural que sustenta a possibilidade de colocar os vulneráveis no limbo, confinados em espaços políticos socialmente desvalorizados. Isso significa, então, que o direito de permanecer no núcleo familiar está submerso em

uma dissimulação jurídica, com acentuado efeito de legitimação social. Não é por acaso que cresce a procura por ILPIs, pois internar as pessoas idosas em abrigo se torna uma opção para que possam ter cuidados e um lugar seguro para viver (Camarano & Scharfstein, 2010). Assim, o sistema de proteção integral é representado pelo legislador como evidência de inclusão social das pessoas idosas, entretanto, para quem não compartilha concretamente dessa inclusão, ele se realiza como uma ilusão neoliberal.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência contra às pessoas idosas é um dos grandes dilemas colocados em âmbito mundial. No Brasil, a violência tem feito milhares de vítimas, cujos principais agressores são pessoas que convivem cotidianamente com os idosos, compartilhando o ambiente doméstico. Os estudos sobre a violência contra pessoa idosa na sociedade brasileira constaram que, os altos índices de violência e a degradação identitária delas, são fatos geradores de insegurança e indignidade ao processo de envelhecimento humano.

Para conter a banalização da violência no país e exclusão social da pessoa idosa, o Estado brasileiro a converteu em sujeito de direito vulnerável e edificou um sistema de proteção integral. Indubitavelmente, a constituição de um sistema jurídico prescritivo dirigido a tutela integral da pessoa idosa que atenda suas demandas é importante para consignar a existência do direito dessa população, em contínuo crescimento, pois, gera para o estado, para a família e para a sociedade, em geral, o dever de promover o envelhecimento condigno para todos idosos. Entretanto, criar prescrições normativas com pouca eficácia, subsumidas a lógica da reprodução ampliada do capital, e muita solenidade política não é o caminho mais adequado para enfrentar a violência e a degradação identitária da pessoa idosa.

A equação desse problema exige um esforço coletivo e o desenvolvimento de ações de médio e longo prazos, com a participação de todos os níveis governamentais dirigidos à elaboração de planejamentos locais e a políticas nacionais, com dotação orçamentária, dirigidas a conter e a prevenir a banalização da violência contra a pessoas idosa. Nesse contexto, as ações educativas, em todos os níveis, dirigidas a cultivar o respeito pelas pessoas idosas são de fundamental importância, como bem sintetizou o Papa Francisco, ao recordar o dia mundial de conscientização da violência à pessoa idosa: “Onde não há cuidado com os idosos, não há futuro para os jovens”.

REFERÊNCIAS

- [1] ABATH, M. B.; LEAL, M. C. C., MELO FILHO, D. A. Atores associados à violência doméstica contra a pessoa idosa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(2), 305-314, 2012 Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232012000200013&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 20/03/2020.
- [2] ABRIC, J. C. *Prácticas sociales y representaciones*. México: Ediciones Coyoacán - Filosofía y Cultura Contemporánea nº. 16, 2001.
- [3] AZEVEDO, D. P. G. D.; AZEVEDO, R. S. C. (2018) Envejecimiento y longevidad: interfaces biológicas, psicológicas y sociales. In: ISTOE, R. S. C.; MANHÃS, F. C.; SOUZA, C. H. M. (Org.). *Envelhecimento humano em processo*. Campos dos Goytacazes, RJ: Brasil Multicultural, 2018. p. 72-85.
- [4] BARBOZA, H. H. Vulnerabilidade e cuidado: aspectos jurídicos. In: OLIVEIRA, G.; PEREIRA, T. S. (coordenadores) *Cuidado e vulnerabilidade*. São Paulo: Atlas, 2009, p. 106-118.
- [5] BIAGINI, H. E.; PEYCHAUX, D. F. *O Neoliberalismo e a ética do mais forte*. Nova Petrópolis: Nova Harmonia, 2016
- [6] BOURDIEU, P. *O Poder Simbólico*. Lisboa/Rio de Janeiro: Difel/Bertrand Brasil, 1989.
- [7] BRASIL (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988. Disponível em: www.legjur.com.br Acesso em 12/06/2019.
- [8] BRASIL (1994). Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do idoso. Disponível em: www.legjur.com.br Acesso em 12/06/2019.
- [9] BRASIL (2003). Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: www.legjur.com.br Acesso em 12/06/2019.
- [10] BRASIL (2018). Lei nº 13.646, de 9 de abril de 2018. Institui o Ano de Valorização e Defesa dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa, em alusão à Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos. Disponível em: www.legjur.com.br Acesso em 12/06/2019.

- [11] CABRAL, B. E. S. L.; SILVA, K. R. Imagens de si, imagens do outro: construção de identidades e alteridade entre idosos. In: D'ALENCAR, R. S. (Org.). A representação social na construção da velhice. Ilhéus/BA: Editus, 2017.
- [12] CAMARANO, A. A. (2014). Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento. In: CAMARANO, A. A. (Org.). Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento. Rio de Janeiro: Ipea (pp. 627-654). Disponível em : www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_regime_demograficopdf. Acesso em 27/02/2019.
- [13] CAMARANO, A. A.; SCHARFTEIN, E. A. Instituições de Longa Permanência para Idosos: abrigo ou retiro? In Camarano, A. A. (Org.). Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010 Disponível em: www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf. Acesso em 27/02/2019.
- [14] D' ALENCAR, R. S. Punidos por envelhecer . Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento. Porto Alegre, v. 8, p. 67-81, 2005. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/4775/2682>. Acesso em 20/02/2020.
- [15] GARBIN, C. A. S.; JOAQUIM, R. C.; ROVIDA, T. A. S.; GARBIN, A. J. I. Idosos vítimas de maus-tratos: cinco anos de análise documental. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, 2016; 19(1):87-94. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n1/pt_1809-9823-rbgg-19-01-00087.pdf. Acesso em: 20/02/2020.
- [16] GEERTZ, C. O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa. (12ª ed.) Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.
- [17] HAGUETTE, T. M. F. Metodologias Qualitativas na Sociologia. (6ª ed.) Petrópolis: Vozes, 1999.
- [18] IBGE. Fundação Instituto de Geografia e Estatística. (2018). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Características gerais dos domicílios e dos moradores 2018. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101654_informativo. Acesso em 28/03/2019.
- [19] MASCARENHAS, M. D. M.; ANDRADE, S. S. C. A.; NEVES A. C. M.; PEDROSA, A. A. G.; SILVA, M. M. A.; MALTA, D. de C. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2010. Ciência e Saúde Coletiva. Vol. 17, nº 9. Rio de Janeiro, set/2012. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900014. Acesso em 12/02/2020.
- [20] MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR, C. E. A. Entre a Liberdade e a Dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. IN: MINAYO, Maria C. de S., COIMBRA JR., Carlos E. A. (org.) Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/d2frp/pdf/minayo-9788575413043.pdf>. Acesso em: 23/03/2019.
- [21] MINAYO, M. C. S. Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.
- [22] MINAYO, M. C. S. Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria. Brasília: SEDH, 2005. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_livros/18.pdf>. Acesso em: 23/03/2019.
- [23] _____. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2006. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf>
- [24] ONU (2019). United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Revision of World Population Prospects: Volume I: Comprehensive Tables. Disponível em: <https://population.un.org/wpp/> Acesso em: 10/11/2019.
- [25] PACHUKANIS, E. B. Teoria geral do direito e marxismo. São Paulo: Editora Acadêmica, 1988.
- [26] ROCHA, R. C.; CÔRTEZ, M. C. J. W.; DIAS, E. C.; GONTIJO, Eliane Dias. Violência velada e contra idosos em Minas Gerais- Brasil: análise de denúncias e notificações. Rev. Saúde Debate. 2018, v. 42, n. Especial 4, p. 81-94. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe4/0103-1104-sdeb-42-spe04-0081.pdf>>. Acesso em: 14 de junho de 2019.
- [27] SILVA, C. F. S. DIAS, C. M. S. B. Violência contra idosos na família: motivações, sentimentos e necessidades do agressor. Psicologia: Ciência e Profissão, 36(3): 637-652, 2016. Disponível em: [s://www.scielo.br/pdf/pcp/v36n3/1982-3703-pcp-36-3-0637.pdf](http://www.scielo.br/pdf/pcp/v36n3/1982-3703-pcp-36-3-0637.pdf). Acesso em 20/03/2020.
- [28] TARTUCE, F. Manual de Direito Civil (7ª ed.). São Paulo: Editora GEN, 2017
- [29] ZIMERMAN, G. I. Velhice: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: ArtMed, 2007

Capítulo 9

Treinamento visual em crianças com Endotropia intermitente do tipo excesso de convergência: Estudo de casos

Maria Aldenir Faustino Dias Andrade

Veruska Cronemberger Nogueira Rebêlo

Maura Cristina Porto Feitosa

Ana Flavia Machado de Carvalho

Juçara Gonçalves de Castro

Nayana Pinheiro Machado de Freitas Coelho

Marcelino Martins

Gerda Coelho e Silva

Emilia Angela Loschiavo Arisawa

Fernando Cronemberger Miranda

Elis Fernanda Araújo Lima de Oliveira

Naiara Kássia Macedo da Silva Bezerra

Resumo: As alterações visuais em crianças interferem na sua qualidade de vida, uma vez que a visão é um dos sentidos mais importantes para o desenvolvimento psicossocial. O excesso de convergência em crianças leva a inabilidade da visão para manter a fusão sem esforço. A insuficiência de convergência leva ao aparecimento de sintomas como cefaleias, fotofobia, lacrimejamento e retardo nas aquisições de habilidades motoras. O treinamento visual promove a correção dos movimentos anormais e deficiências motoras oculares. Assim objetivou-se analisar os efeitos de um protocolo de treinamento visual em crianças com endotropia intermitente do tipo excesso de convergência. Tratou-se de uma pesquisa experimental do tipo estudo de caso com abordagem quali-quantitativa. Os sujeitos da pesquisa foram quatro crianças de ambos os gêneros com idade entre quatro e dez anos com diagnóstico de endotropia. A pesquisa foi realizada nos domicílios das crianças em Teresina – PI. Na ocasião, realizou-se uma avaliação contendo dados de identificação e exame optométrico, este realizado por um optometrista. Para identificar o grau da endotropia, realizou-se testes como: motilidade ocular, acuidade visual, cover teste, ponto próximo de convergência antes de iniciar o tratamento. Os mesmos foram repetidos após às dez sessões como forma comparativa de pré e pós tratamento. Os sujeitos da pesquisa foram submetidos a um protocolo de tratamento com exercícios oculomotores durante dez sessões, com três encontros semanais de quarenta minutos. Os valores em graus de prismas (Δ) da endotropia das crianças estudadas antes e após tratamento visual com os exercícios oculomotores, demonstrou uma média de ganho em graus de 7, 25 Δ . Foi possível observar que os desvios oculares das crianças não afetaram a acuidade visual das mesmas. Os exercícios oculomotores influenciaram o grau da endotropia acometida pelo excesso de convergência das crianças melhorando os desvios apresentados pelas mesmas.

Palavras-chave: Endotropia; Ortóptica; Reabilitação Visual.

1. INTRODUÇÃO

A visão é um dos sentidos mais importantes no desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida, desempenhando um papel fundamental para o estímulo à comunicação e desempenho de ações. O sistema visual sofre uma evolução desde o nascimento até cerca de 12 anos de idade, quando o olho cresce e se desenvolve (CHAVES, 2002).

Até aos 2 anos de idade, a aprendizagem visual se desenvolve rapidamente, é nesta idade que se desenvolve a percepção de profundidade binocular a três dimensões (estereopsia). A fusão e a estereopsia são as habilidades que permitem aos olhos trabalharem como um só. Caso o olho seja privado de estímulo durante o seu desenvolvimento, a visão estaciona ou regride, podendo apresentar graus extremos de baixa acuidade visual (GEBRAEL, 2006).

Os movimentos oculares podem ser divididos em monoculares e binoculares. Movimento monocular é o movimento de cada olho separadamente, ocluindo o outro. A esse movimento damos o nome de ducção. São denominadas adução, abdução, supradução e infradução. Movimento binocular são movimentos simultâneos dos olhos. A esses movimentos damos os nomes de versão e vergência. Versões são os movimentos oculares na mesma direção e no mesmo sentido. Vergências são movimentos disjuntivos, lentos, em que os olhos se movem na mesma direção, mas em sentido inverso. A única com propósito binocular é a convergência (SOUZA, 2011).

O estrabismo consiste em qualquer desvio do alinhamento binocular, ou seja, ocorre quando as fóveas não estão simétricas em relação ao objeto que é focalizado pelo olhar. A classificação é de acordo com a direção do desvio em relação ao objeto de fixação (SPALTON; HITCHINGS; HUNTER, 2006).

Excesso de convergência se caracteriza por apresentar endoforia em visão de longe dentro dos intervalos de normalidade, endoforia de perto elevada e descompensada, relação de acomodação elevada e intervalos de divergência de perto insuficientes. O excesso de convergência é um dos problemas mais comuns dos encontrados nos estrábicos na prática clínica (SHEIMAN, 1996; DUANES, 2008; BORRAS et al., 2000).

Excesso de divergência é uma condição onde existe uma maior quantidade de exoforia de longe do que de perto. A amplitude de vergência funcional é a extereopsia quando estão em forias e é anormal quando estão em tropias. A acuidade visual é igual em ambos os olhos, geralmente este tipo de esotropia ocorre em míopes e se caracteriza pela elevada exoforia em visão de longe e elevada reserva de divergência em visão de perto (SHEIMAN; WICK, 2014).

Há necessidade de se reconhecer precocemente o desvio e tratá-lo, a fim de preservar e garantir desenvolvimento adequado da visão, recuperar a visão binocular, estabelecer o paralelismo ocular e impedir a instalação de alterações psíquicas. A depender da causa, o tratamento pode ser clínico, óptico, cirúrgico ou misto (SOUZA-DIAS; GOLDCHMIT, 2011).

Alguns testes são importantes na avaliação da movimentação binocular dentre eles destacam-se: Cover test ou teste da cobertura- é utilizado para a verificação de estrabismos ou de heteroforias, através da “quebra” da fusão pela oclusão de um dos olhos, que deve, também, ser feita de maneira alternada. Se o paciente tiver uma heteroforia (endoforia ou exoforia), quando os olhos forem ocluídos alternadamente, o olho que está descoberto vai realizar um pequeno movimento para fixar a mira, fato que pode ocorrer, também, quando o olho dominante for ocluído. Já nos estrabismos, a oclusão de um dos olhos será seguida de um movimento do outro, para fora ou para dentro, a menos que haja supressão ou que o olho não tenha visão (RODRIGUES, 1996).

A terapia visual permite obter as máximas capacidades visuais e um melhor rendimento nas atividades com grandes componentes visuais como a escrita, leitura, trabalhos com visão próxima. Permite também reorganizar e treinar o sistema em pacientes com alterações mono ou binoculares produzidas por deficiências ou maus hábitos. Requer um trabalho dedicado nas etapas mono e binoculares (BORRAS, 2000).

O tratamento deve focar-se em trabalhar: campos esféricos acomodativos monoculares, campos de distância monoculares, campos de distância binoculares, amplitudes de vergências, saltos de vergência, integrar acomodação e motilidade e, por último buscar visão de profundidade cômoda com a máxima efetividade do sistema. O tratamento dura, geralmente, entre cinco e dez sessões, e cada sessão dura cerca de trinta minutos, pois sessões muito longas geram cansaço e pouca efetividade do treinamento (MONTROYA, 2012).

O treinamento monocular busca a manutenção de fixação, a melhora da acuidade visual, a motilidade ocular, a acomodação e a flexibilidade, assim como evitar contraturas e igualar o potencial e a flexibilidade acomodativa, além de estimular e fortalecer os movimentos espaciais e de fixação (MONTTOYA, 2012).

O treinamento binocular também funciona como técnica antissupressiva com a qual se deve ensinar o paciente a utilizar o olho com maior déficit, mesmo os dois estando abertos, buscando assim uma visão simultânea para trabalhar a fusão. Assim haverá uma transmissão de informação, apesar de um dos olhos estar suprimido (MONTTOYA, 2012).

As endotropias intermitentes em crianças podem comprometer a qualidade de vida logo na primeira infância interferindo de forma considerável em seu aprendizado, principalmente no período escolar, quando a visão é fundamental para a aquisição da habilidade de leitura, neste sentido o treinamento visual foca a aquisição das máximas capacidades visuais, buscando assim um melhor rendimento nas atividades com grandes componentes visuais como a escrita, leitura e trabalhos com visão próxima. Assim objetivou-se analisar os efeitos de um protocolo de treinamento visual em crianças com endotropia intermitente do tipo excesso de convergência.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Para a execução do presente estudo, foram aplicados todos os princípios éticos das normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução 466/12, após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP (466/2014) da Faculdade Integral Diferencial – FACID. Os responsáveis pelos participantes da pesquisa foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE após serem explicados todos os procedimentos que iriam ser realizados e informados sobre os objetivos do estudo e terem suas dúvidas esclarecidas. A pesquisa só foi iniciada após autorização dos pais para realização da pesquisa em seus domicílios, onde foi realizada a coleta de dados.

Tratou-se de uma pesquisa experimental do tipo estudo de caso, com abordagem quali-quantitativa. Foi realizada nos domicílios das crianças em Teresina – PI. Os sujeitos da pesquisa foram crianças de ambos os gêneros com idade entre quatro e dez anos com diagnóstico de estrabismo escolhidos de forma não aleatória nas escolas públicas estaduais e municipais de Teresina. O diagnóstico de estrabismo deu-se através do *cover test*, realizado por um optometrista e mensurado em primas (Δ). O estudo contou com uma amostra de quatro crianças.

Os critérios de inclusão foram crianças que nunca passaram por treinamento visual nem foram submetidos a procedimento cirúrgico oftalmológico, com idade entre quatro e dez anos, de ambos os gêneros. Os critérios de exclusão foram crianças que tinham um grau de estrabismo elevado, que necessitavam de cirurgia imediata ou que apresentavam estrabismo de origem neurológica.

Os dados foram coletados no período de abril e maio de 2014. No primeiro contato foi realizada uma avaliação contendo dados de identificação da criança e exame optométrico, este realizado por um optometrista. No exame optométrico foram realizados testes para verificar o grau de estrabismo através do *cover test*; a motilidade ocular para saber se era ET ou XT através do resultado do desvio apresentado no *cover test* e acuidade visual, realizado com a tabela de Snellen, antes do tratamento e ao final da décima sessão.

Foram avaliadas 500 crianças em escolas da rede pública estadual e municipal de ensino, e destas, 20 apresentaram resultados positivos nos testes, sendo verificada a presença de endotropia. Devido a problemas na localização das crianças, ao preenchimento incompleto do endereço e recusa dos pais em aceitação ao tratamento, 16 crianças foram excluídas da pesquisa, restando quatro que constituíram a amostra.

Os sujeitos da pesquisa foram, então, submetidos a um protocolo de tratamento com exercícios oculomotores durante 10 sessões, com três encontros semanais de quarenta minutos. O protocolo de tratamento foi dividido em três etapas:

Na primeira etapa, os sujeitos foram acomodados no ambiente de coleta, e foram orientados a realizarem auto alongamentos de todo o corpo para relaxamento muscular global. Após o relaxamento foram orientados a realizar o empalmar e piscar os olhos. O empalmar foi realizado durante dois minutos, a criança era instruída a esfregar as mãos até provocar um leve aquecimento e em seguida colocá-las em concha sobre os olhos, em seguida, foram orientadas a piscar vagarosamente, apertando levemente as pálpebras (Figura 1).

Figura 1 - Auto alongamento e empalmar

Na segunda etapa, os sujeitos realizaram massagens ao redor dos olhos para melhorar a circulação local, seguidas de exercícios lentos de balanço da cabeça e pescoço, como se estivessem dizendo “não”. Posteriormente ao olharem para direita foram instruídos a fixar em um ponto e piscar, em seguida, repetiram o exercício olhando para esquerda.

Ainda na segunda etapa, foram orientados a olhar para cima sem tirar a cabeça do lugar, indo ao máximo que conseguissem, depois olhar para baixo, para a direita e para esquerda, posteriormente, olhar em diagonal, fazendo uma esfera com os olhos, o mais redondo que conseguissem, primeiro para o lado direito, e depois para o esquerdo, executando assim exercícios multidirecionais do globo ocular e alongando toda musculatura oculomotora (Figura 2). Por último, os sujeitos foram instruídos a desenhar um oito bem grande, o máximo que conseguiram, sem forçar a vista, para um lado e depois para o outro, de olhos fechados.

Figura 2 - Exercícios multidirecionais do globo ocular

(Fonte: <http://info.abril.com.br>)

Na terceira etapa foi realizado o fortalecimento da musculatura comprometida pelo endotropia do tipo excesso de convergência, respeitando o desvio apresentado pela criança, se a mesma tivesse uma ET o reto lateral seria estimulado, pois se trata de um desvio convergente com ação excessiva do reto medial; se fosse XT o reto medial que seria estimulado, haja visto a ação excessiva do reto lateral configurando um desvio divergente.

Para trabalhar os retos laterais ou retos mediais, baseado no desvio apresentado pelas crianças, foram realizados exercícios oculomotores com duas cartelas de esferas e uma vareta de bolas construída especialmente para o tratamento, a utilização desses instrumentos foi embasada nos estudos de Melo e Dias (2011). Os exercícios oculomotores foram realizados para os olhos trabalharem juntos, essencial no tratamento do estrabismo. Foram realizadas três séries com três repetições cada, no intervalo de uma para a outra eram realizadas as manobras do empalmar e o piscar dos olhos como forma de relaxamento.

Uma das cartelas possuíam esferas de mesmo tamanho separadas em intervalos de cinco cm, uma com esferas na cor azul escuro e a outra em vermelho escuro. A outra possuía esferas de tamanhos variados também separadas em intervalos de cinco cm. A técnica consistiu em fixar individualmente o olhar em

cada esfera, iniciando pela mais próxima ao olho e ir distanciando o olhar sequencialmente até a esfera mais distante, e posteriormente retornar o exercício da esfera mais distante até a mais próxima ao olho, a cartela era posicionada paralela ao olho acometido e no sentido contrário ao desvio apresentado pela criança (Figura 3).

Figura 3 - Exercícios com cartela de esferas

A vareta foi construída com um fio metálico de 50 cm contendo esferas coloridas de mesmo tamanho e base com um cano de plástico. A vareta foi posicionada paralela ao lado do olho acometido, no sentido contrário ao desvio apresentado, e os sujeitos foram instruídos a fixarem o olhar em uma esfera de cada vez, nomeando sua coloração e trazendo-a em direção a si e depois fazendo o movimento oposto, como mostra a figura 4.

Figura 4 - Exercícios com vareta

Os dados foram organizados em planilhas e analisados através da estatística descritiva e traduzidos em gráficos e quadros, utilizando o programa Office Excel 2010.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi constituída de quatro crianças com média de idade de 6,75 anos sendo a mínima de quatro anos e a máxima oito anos. Não houve prevalência quanto ao gênero, sendo que duas eram do gênero masculino e duas do feminino.

Apesar do estrabismo ser facilmente identificável, pesquisas que tratem da distribuição do estrabismo na população em geral não são conhecidas; as pesquisas existentes são relativas a segmentos de faixas etárias específicas, sendo a maioria infantil, realizadas em amostras de conveniência. Embora alguns estudos incluam todas as faixas etárias, estes são retrospectivos e realizados utilizando dados de indivíduos atendidos em consultório, não se tratando de amostras probabilísticas (MATSUO et al., 2007).

Kac et al. (2007) analisaram 935 prontuários do ambulatório de motilidade ocular extrínseca no ano de 2005. Os pacientes foram avaliados quanto à idade, gênero e tipo de desvio apresentado na posição primária do olhar atendidos no período citado. Na amostra do estudo, 509 sujeitos eram do gênero feminino (54,44%) e 426 do gênero masculino (45,56%), a faixa etária que apresentou maior porcentagem de desvios foi de 6 a 10 anos com 206 casos correspondendo a 29,68% no total. Esses achados demonstram existir um percentual equilibrado entre homens e mulheres mesmo havendo predominância maior no gênero feminino, percebe-se que o público infantil foi o que mais apresentou desvios, portanto sendo as crianças mais acometidas com o estrabismo.

A figura 5 traz os valores em graus (Δ) do estrabismo das crianças estudadas, antes e após tratamento fisioterápico com os exercícios oculomotores, demonstrando que a média de ganho em graus foi de 7, 25 Δ .

Os exercícios oculomotores influenciaram o grau do estrabismo das crianças, melhorando os desvios apresentados pelas mesmas.

Figura 5 - Grau de estrabismo em prismas (Δ) das crianças estudadas antes e após tratamento

Quanto a classificação dos desvios das crianças estudadas houve prevalência total de endotropias. Já em relação a acuidade visual das crianças estudadas, no presente estudo 100% dos avaliados apresentaram acuidade visual igual a um (20/20), resultados encontrados com a utilização da tabela de Snellen, sendo classificados com boa acuidade visual, tanto no início do tratamento como após as dez sessões, demonstrando que o estrabismo das crianças não afetou a acuidade visual das mesmas.

Gebrael (2006) realizou uma intervenção clínica em uma criança de seis anos de idade, com hipótese diagnóstica de ambliopia por estrabismo no olho direito e erro de refração desigual entre os olhos, utilizando exercícios propostos pelo método de autocura como recursos terapêuticos oculares. A avaliação oftalmológica, após a intervenção, aferiu visão normal no olho esquerdo, redução de 2 graus de miopia no olho direito e eliminação do estrabismo, com melhora consequente do quadro ambliope.

De acordo com Kac et al. (2007) o número de desvios convergentes se sobrepõem aos desvios divergentes, concordando com a grande maioria dos estudos europeus e americanos que o mesmo encontrou, os autores ao realizarem identificação da frequência dos desvios oculares em pacientes encaminhados ao ambulatório de motilidade ocular extrínseca do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, no ano de 2005, correlacionando sexo e faixa etária, além de comparar com os dados disponíveis na literatura verificaram que o número de desvios convergentes concentrou aproximadamente 62% do total de desvios encontrados.

Foi observada uma evolução na adesão dos sujeitos que participaram da pesquisa à intervenção com os exercícios, inicialmente os sujeitos permaneceram mais tempo realizando alguns exercícios como o empalmar, a automassagem facial, os exercícios multidirecionais que a princípio demonstravam dificuldade, permanecendo inquietos e agitados. Posteriormente o vínculo terapêutico foi percebido, devido à confiança estabelecida com os sujeitos e família, melhorando a receptividade ao tratamento.

4. CONCLUSÃO

Pôde-se verificar que os exercícios obtiveram desempenho satisfatório na redução do grau da endotropia, pois houve redução significativa da quantidade de prismas, ou seja, foi necessário menor grau refrativo dos prismas para se alcançar o correto alinhamento dos olhos no público pesquisado.

O uso de exercícios oculomotores desponta como uma ferramenta nova que pode auxiliar os profissionais do ramo ortóptico a tratar os desalinhamentos da visão, principalmente em crianças menores, visto que, estas, por ainda estarem em desenvolvimento do seu campo visual têm uma maior probabilidade de resposta positiva ao tratamento.

Notou-se, assim, a importância do treinamento visual, pois muitas vezes devido à grande capacidade de força da musculatura ocular extrínseca os desvios intermitentes passam despercebidos, causando alterações que poderiam ser evitadas com simples intervenções, ressalta-se que os testes para sua identificação são de fácil acesso e apresentam resultados confiáveis. No entanto, estudos futuros com uma amostra maior, são necessários para comprovar a eficácia dos exercícios oculomotores.

REFERÊNCIAS

- [1] BORRAS et al. Visión binocular - diagnóstico y tratamiento. Alfaomega. Edicions UPC. 2000.
- [2] CHAVES, N. A saúde dos seus olhos: luz, escuridão e movimento. Rio de Janeiro: Imago, 2002.
- [3] DUANE'S OPHTHALMOLOGY. Atlas of ophtalmology. cd-room 1. EUA; Lippincott-Raven, 2008.
- [4] GEBRAEL, T. L. R. Atendimento de uma criança com ambliopia em terapia ocupacional: contribuição do método meir schneider de autocura (self-healing). Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCAR, v. 14, n. 2, p. 1-9. 2006.
- [5] KAC, M. J. et al. Frequência dos tipos de desvios oculares no ambulatório de motilidade ocular extrínseca do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. Arq Bras Oftalmol., São Paulo, v. 70, n. 6, p.939-942. 2007.
- [6] MATSUO T. et al. Detection of strabismus and amblyopia and amblyopia in 1.5- and 3-year-old children by a preschool vision-screening program in Japan. Acta Med Okayama, v. 61, n. 1, p: 9-16. 2007.
- [7] ELO, A.; DIAS, A. Fisioterapia Ocular. 2011. Disponível em <<http://fisioterapiaocular.blogspot.com.br/>> Acesso em 27 mai. 2013.
- [8] MONTOYA, M.C. Terapia y entretenimiento visual: uma vision integral. Bogotá: Universidad de la Dalle, 2012.
- [9] RODRIGUES, M.L.V. Semiologia oftalmológica. Medicina, Ribeirão Preto, 29: 54-60, jan./mar. 1996.
- [10] SHEIMAN, M.; Tratamiento clínico de la visión. Madri: Lusán, 1996.
- [11] SHEIMAN, M.; WICK, B. Clinical manegement of binocular vision. four edition. Lippincott, USA, 2014.
- [12] SOUZA D. Os estrabismos. Guanabara Koogan. 2011.
- [13] SOUZA-DIAS, C.; GOLDCHMIT, M. Os estrabismos: teoria e casos comentados. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- [14] SPALTON, D. J.; HITCHINGS, R. A.; HUNTER, P. A. Atlas de oftalmologia clínica. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

Capítulo 10

Prevalência de acuidade visual reduzida em alunos do primeiro ao quarto ano do Ensino Fundamental da Rede Pública Municipal de Belo Horizonte, no ano de 2018

Daniel Menezes Fernandes

Romullo Vinícius Dutra Menezes

Thassia Stefany Ferreira

Túlio Esteves Tormin Botelho

Vivian Nunes Alexandre Ivo de Figueiredo

Resumo: JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Um número expressivo de crianças ingressa no ensino fundamental sem ter sido avaliado para detecção de uma possível deficiência visual. Neste sentido, a escola se torna um cenário ideal para prevenção e detecção de anormalidades da visão. Por meio da tabela optométrica de Snellen, o método mais utilizado a partir dos 4 anos de idade, profissionais de saúde e/ou professores, auxiliam na identificação de crianças com suspeita de baixa acuidade visual oferecendo oportunidade para encaminhar essas crianças ao atendimento especializado. Considerando este cenário, o presente estudo visa realizar triagem de crianças em escolas municipais de Belo Horizonte a fim de identificar aquelas com redução da acuidade visual, e assim, aproximá-las de um possível diagnóstico de erro refrativo, contribuindo para a prevenção de cegueira bem como auxiliando na detecção epidemiológica desses distúrbios. MÉTODO: Estudo epidemiológico transversal a partir da realização de testes de acuidade visual por meio da tabela optométrica de Snellen em alunos do ensino fundamental, especificamente naqueles que estiverem cursando do 1º ao 4º ano de escolas municipais de Belo Horizonte. Além da coleta de dados para determinar incidência de deficiências visuais nessa faixa etária e grupo específico, serão realizadas intervenções por meio do encaminhamento das crianças com exames alterados ao serviço especializado (Instituto Mineiro de Olhos – IMOL). A escolha das escolas envolve vários quesitos, como o fato de esta instituição ser pública, não ter, preferencialmente, acesso prévio ao teste de acuidade visual na instituição; disponibilidade e aceitação pelo diretor. A aplicação do teste será feita por 08 alunos do curso de Medicina da Universidade de Itaúna e para registro dos dados será utilizado um questionário.

Palavras-Chave: “Baixa Acuidade Visual”, “Escolares”.

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Um número expressivo de crianças ingressa no ensino fundamental sem ter sido avaliado para detecção de uma possível deficiência visual. Razões para tal são: o baixo investimento do poder público em ações voltadas para o diagnóstico de afecções oculares no recém-nascido, como a catarata congênita e a retinopatia da prematuridade; dificuldade para diagnóstico e tratamento precoces de estrabismo e ambliopia; formação médica com pouco enfoque nos cuidados e prevenção dos problemas visuais; grau de escolaridade dos familiares, condições socioeconômicas e precariedade de conhecimento quanto aos distúrbios visuais.¹

Neste sentido, a escola se torna um cenário ideal para prevenção e detecção de anormalidades da visão. No ambiente escolar, professores podem suspeitar de patologias oculares diante da criança que se queixa de cefaléia, tonturas após leitura ou intolerância a luz. Além disso, essas crianças podem manter certa insistência para sentarem-se próximas ao quadro; também pode haver em suas escritas omissão de letras, linhas e números.¹ O reconhecimento deste comportamento bem como o registro dessas informações contribuem não apenas para melhora no rendimento escolar, mas também a qualidade de vida da criança.

Muitos métodos foram desenvolvidos para avaliar a visão da criança sendo a tabela optométrica de Snellen o método mais utilizado a partir dos 4 anos de idade. Efetuado por profissionais de saúde e/ou professores, auxilia na identificação de crianças com suspeita de baixa acuidade visual oferecendo oportunidade para encaminhar essas crianças ao atendimento especializado.¹ Investir em ações de prevenção, como essa, representa um custo muito menor para a sociedade se considerarmos o grande número de indivíduos portadores de cegueira evitável, diagnosticados tardiamente, no Brasil. Além disso, contribui-se para o processo de socialização e desempenho das atividades diárias das crianças, melhorando sua autonomia e autoconfiança. Portanto, a aplicação do teste de acuidade visual implica diretamente no futuro bem estar da criança com maiores possibilidades de adequada integração na sociedade.

Segundo recomendação da Organização Mundial da Saúde em seu encontro global sobre miopia realizado em março de 2015 na Austrália, estudos epidemiológicos devem ser fomentados afim de esclarecer a distribuição de erros de refração por faixa etária em pessoas de até 25 anos. Por conseguinte, a triagem de crianças com redução da acuidade visual em escolas municipais de Belo Horizonte aproximará as crianças de um possível diagnóstico de erro refrativo, contribuindo para a prevenção de cegueira bem como auxiliando na detecção epidemiológica desses distúrbios. Esperamos também que, por meio de dados epidemiológicos, esta pesquisa contribua para futuros investimentos em estudos que abordem novas possibilidades de tratamento para alta miopia em crianças, doença ocular esta mais comum em todo o mundo acometendo cerca de 2,56 bilhões de pessoas até 2020. O uso da atropina para tal finalidade, por exemplo, é a terapia mais promissora, porém que ainda necessita de ampla investigação em nosso meio.⁵

Há poucas políticas de saúde pública na região metropolitana visando identificar crianças com baixa acuidade visual. Como vantagem desse estudo, muitas crianças de escolas municipais de Belo Horizonte que nunca participaram de uma triagem oftalmológica terão esse acesso. Este estudo também oferece oportunidade de conscientização de pais e professores acerca da importância de exames oftalmológicos periódicos e cuidados oculares das crianças. Salienta-se que este estudo não oferece riscos para as crianças, porém pode haver dificuldades quanto ao processo de autorização dos pais. Neste sentido, podemos encontrar as seguintes dificuldades: falha na comunicação entre professores e alunos quanto à entrega do documento de consentimento dos pais, bem como perda deste documento, falha na resposta dos pais, alunos faltosos ou não colaborativos.

Estudos epidemiológicos em Belo Horizonte acerca deste tema são escassos em base de dados científicos. Ao realizar busca na base de dados do Google Acadêmico com os termos “acuidade visual” e “Belo Horizonte”, foi encontrado um estudo transversal realizado em 2015 com 1452 escolares de 5 a 19 anos, do ensino público de Belo Horizonte/MG. Com um percentual de 10,33% crianças apresentando acuidade visual reduzida, houve a possibilidade de atendimento médico oftalmológico para estas. Das crianças que compareceram a consulta com especialista, 72,5% tiveram indicação de correção visual. O diagnóstico mais relacionado a prescrição de óculos foi o astigmatismo miópico simples e composto⁴. Com esse alto índice de baixa acuidade visual, o estudo citado reafirma a necessidade de mais estudos nesse sentido visando otimizar o processo de identificação dessas crianças e seu tratamento mais adequado. Por isso, o atual estudo, visa dar continuidade a este projeto, porém restringindo a faixa etária para escolares de primeira a quarta série bem como limitando o grupo a ser triado: alunos de escolas municipais. Tais alterações visam reduzir a alta taxa de abstenção visualizada no estudo anterior bem como oferecer

assistência mais efetiva e eficaz a longo prazo para as crianças que farão acompanhamento com oftalmologista.

Por fim, o objetivo desse estudo é promover grande ação social na cidade de Belo Horizonte, com a qual crianças que nunca tiveram acesso ao teste de acuidade visual serão triadas e, aquelas com valores anormais, terão acesso direto ao oftalmologista. A partir disso, será feito a coleta de dados epidemiológicos.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Identificar e analisar a prevalência de acuidade visual diminuída em estudantes da 1ª a 4ª série do ensino fundamental da rede pública municipal de Belo Horizonte, bem como encaminhar essas crianças para o especialista.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Aplicar teste de acuidade visual com base na Escala de Snellen; Levantar o percentual de prevalência de defeitos visuais nessa faixa etária; Verificar a prevalência de escolares utilizando correção óptica por ocasião do teste de acuidade visual; Comparar a acuidade visual corrigida e não corrigida; analisar e classificar as informações segundo sexo, série e acesso a assistência médica. Alunos que demonstrarem baixa acuidade visual (visão inferior a 0,7 ou 20/30 em ao menos um dos olhos) serão encaminhados para exame oftalmológico completo; conscientizar a comunidade acerca da importância da visita regular ao oftalmologista, além de estimular a prevenção da saúde visual.

3. ESTADO DA ARTE

A OMS define cegueira como a acuidade visual com a melhor correção óptica no melhor olho pior do que 20/400 e deficiência visual grave como acuidade visual corrigida no melhor olho como sendo de 20/200 (inclusive) a 20/400. A acuidade visual é o indicador clínico mais utilizado para avaliar a qualidade da visão e, portanto, é fundamental na determinação da prevalência de deficiência visual.¹ Neste sentido, considerando que 95% dos problemas oftalmológicos podem ser evitados ou minorados com promoção de saúde e assistência, estudos populacionais para determinar a prevalência de baixa acuidade visual devem contribuir para dimensionar a magnitude do problema e de suas principais causas, apontando ações necessárias para mudar esta realidade.²

De acordo com o censo de 2014 do Conselho Brasileiro de Oftalmologia, o estado de Minas Gerais apresenta 1.883 oftalmologistas para atender uma população de 15.044.137 habitantes, e, portanto, há um profissional para cada 7.989 habitantes. Apenas em Belo Horizonte podem ser encontrados 866 profissionais, responsáveis pelo atendimento de 2.479.165 habitantes, o que perfaz uma relação de um oftalmologista para cada 2.863 habitantes. Aliado a carência destes especialistas, nos deparamos com a alta prevalência de problemas oftalmológicos. Entre as crianças em idade escolar, vinte por cento apresenta algum problema oftalmológico. Além disso, em cada 1000 escolares, 100 são portadores de erro de refração sendo que 5% delas apresentam redução da acuidade visual para menos de 50% de visão normal.² Levando esses dados em consideração, percebe-se que a abordagem da saúde ocular da criança é ainda precária e perfaz uma situação alarmante na qual o futuro profissional e desempenho pessoal dessas crianças podem ser severamente afetados.

Como exemplo disso, estudo realizado em Juiz de Fora sugeriu associação entre baixa acuidade visual (AV) e baixo rendimento escolar. Depois de recrutar 222 estudantes, eles passaram por uma triagem visual onde 31% deles obteve acuidade visual alterada no olho direito e 29,8% deles teve acuidade visual alterada no olho esquerdo. Na amostra estudada, dos alunos com AV dentro da normalidade, 89,5% tiveram rendimento escolar considerado satisfatório, no entanto, entre aqueles com AV alterada, apenas 75% apresentaram tal rendimento ($p=0,015$).⁶ Com base nos resultados encontrados, conclui-se que o tempo entre detecção e tratamento deve ser o mais breve e precoce possível. Assim a probabilidade de correção do problema aumenta e as possíveis sequelas no aprendizado e socialização da criança são minimizadas.

Outro ponto importante da triagem de acuidade visual em crianças é o fato de que a ambliopia e o estrabismo podem ser responsáveis por até metade dos casos de defeitos de refração em escolares aos 7 anos de idade. No entanto, para que seja possível a prevenção e detecção precoce dessas patologias, o tratamento deve ser feito por volta dos 4 a 5 anos. A abordagem dessa faixa etária requer profissionais mais experientes e devidamente treinados uma vez que inúmeros recursos lúdicos podem ser necessários na criança não alfabetizada. Atualmente, o presente grupo de autores não apresenta condições gerais para tal aplicação, e por isso, sugerimos que estudos sejam desenvolvidos especificamente nesta faixa etária a fim abordar tais patologias.⁷

Quanto as causas de acuidade visual reduzida nessa faixa etária, estudos realizados no Brasil sugerem que o erro refracional é a principal causa, seguido por ambliopia e estrabismo.^{8,9} Assim, nossa principal hipótese dos resultados esperados, baseado nos estudo brasileiros, é a relação causal entre erro refracional e baixa acuidade visual como sendo a predominante. Como consequência, se a hipótese por comprovada, o acesso ao oftalmologista para devida prescrição de lentes ópticas promoverá considerável melhoria na qualidade de vida da maior parte da nossa amostra.

4. PLANO DE TRABALHO E CRONOGRAMA DE SUA EXECUÇÃO

PERÍODO	TAREFA
Primeiro mês	Impressão de todos os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido; Seleção das escolas e esclarecimento do projeto; Agendamento com a direção das escolas dos dias de realização da pesquisa. Impressão de todos os questionários.
Segundo ao Quinto mês	Coleta dos dados.
Sexto mês	Análise dos resultados e nova revisão de literatura. Redação e elaboração de artigos e divulgação em eventos científicos

5. MATERIAL E MÉTODOS

5.1. MATERIAL

- Questionários (Folhas A4)
- Canetas
- Tabela de Snellen
- Oclutor Ocular

5.2. MÉTODOS

Estudo epidemiológico transversal a partir da realização de testes de acuidade visual por meio da tabela optométrica de Snellen em alunos do ensino fundamental, especificamente naqueles que estiverem cursando do 1º ao 4º ano de escolas municipais de Belo Horizonte. Além da coleta de dados para determinar incidência de deficiências visuais nessa faixa etária e grupo específico, serão realizadas intervenções por meio do encaminhamento das crianças com exames alterados ao serviço especializado (Instituto Mineiro de Olhos – IMOL). Será organizada uma lista contendo todas as escolas municipais de Belo Horizonte, sendo realizado posteriormente um sorteio para a escolha das instituições. As escolas serão escolhidas aleatoriamente mediante sorteio após aprovação do projeto pela secretaria municipal de educação de Belo Horizonte. Além disso, é necessário que o diretor das escolas sorteadas se mostre favorável à aplicação do teste, com prioridade para aquelas instituições em que não houve a realização de teste de acuidade visual previamente. A escolha dessa faixa etária se relaciona com o início da alfabetização, em que dificuldades oftalmológicas implicariam em impedimento para o ideal desenvolvimento escolar, por isso consideramos importante abordá-la. Além disso, crianças em fase inicial da alfabetização teriam mais facilidade em responder ao teste, sem necessidade de habilidades lúdicas e mais aplicadas vistas na oftalmologia de faixas etárias mais jovens. Além disso, Belo Horizonte foi a cidade escolhida devido a facilidade de acesso aos centros oftalmológicos, onde podemos oferecer acompanhamento em um centro oftalmológico de referência. Também visamos incentivar a continuidade

de pesquisas nessa população escolhida, como por exemplo, propondo estudo clínico randomizado com míopes diagnosticados neste estudo para aplicação de Atropina, droga estudada no mundo inteiro, porém ainda pouco estudada no Brasil.

O teste de acuidade visual será realizado por meio da escala optométrica de Snellen, a qual muitos estudos tem sugerido como limiar para triagem visual o valor 0,7⁷. Para aplicação do teste, os alunos de medicina passarão por um processo preparatório um mês antes do referido processo, por meio do auxílio do orientador do projeto, será estudado a técnica de preenchimento do formulário de cada aluno, suas peculiaridades, e sua abrangência. Enquanto isso, ao contatar os diretores, prestaremos todos os esclarecimentos sobre o estudo disponibilizando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Questionário (ANEXO 1 e 2) que deverá ser assinado pelos pais neste período.

Para o cálculo amostral foi utilizada a seguinte fórmula⁸:

$$n \geq \frac{(Z\alpha)^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

Onde:

n = tamanho da amostra.

Zα = grau de confiança; na tabela de curva normal α = 0,05 = 1,96, α = 0,01 = 2,56.

p = proporção de doentes. Baseado em literaturas anteriormente estudadas ou quando não se conhece essa proporção, considera-se que p = 0,5.

q = proporção de não doentes, sendo que q = 1 – p.

d = erro máximo admitido pelo pesquisador; normalmente de 2 a 5%.

Na maioria das literaturas estudadas, a prevalência de baixa acuidade visual na faixa etária estudada no Brasil é de aproximadamente 14%. Dessa maneira esse valor foi utilizado para o cálculo amostral.

Adotando-se um intervalo de confiança de 95%, isto é Zα = 1,96, e um erro de 5% tem que o tamanho da amostra deve ser maior ou igual que 185,01 crianças, considerando p = 0,14 e q = 0,86. A fim de minimizar erros amostrais, o valor obtido foi multiplicado por 10%, resultando então em, aproximadamente, 205 estudantes.

Quanto à aplicação dos testes de acuidade visual são necessários alguns procedimentos. O local de realização da técnica deve ser calmo, bem iluminado e sem ofuscamento. A luz deve vir por trás ou dos lados da pessoa que vai ser submetida ao teste, evitando que a luz incida diretamente sobre a tabela optométrica de Snellen. Essa tabela deve ser colocada numa parede a uma distância de aproximadamente cinco metros da pessoa a ser examinada. Além disso, é preciso verificar se as linhas de optótipos correspondentes a 0,8 a 1,0 estão situadas ao nível dos olhos da criança examinada.

Para a adequada compreensão do teste é essencial que o examinador explique e demonstre à criança o que será feito. Em seguida, deve-se colocar o examinado próximo à Tabela de Snellen e pedir-lhe que indique a direção para onde está voltado cada optótipo. É importante que o estudante examinado cubra o olho sem comprimi-lo e mesmo com o oclutor mantenha os dois olhos abertos.

Durante a execução da técnica aqueles estudantes que usarem óculos serão examinados com e sem as lentes corretivas. Os optótipos podem ser apontados por objeto em posição vertical passando-o em cima e repousando abaixo do optótipo. O exame deve ser iniciado com os optótipos maiores, continuando a sequência de leitura até onde a pessoa consiga enxergar sem dificuldade. A medida da acuidade visual sempre deve ser realizada primeiramente no olho direito, com o esquerdo devidamente coberto com o oclutor. Atenção especial deve ser dada à anotação dos dados para evitar a troca de dados do olho direito com o olho esquerdo. Os resultados da triagem serão anotados em ficha padronizada (ANEXO 3). O examinador deve mostrar pelo menos dois optótipos de cada linha e se o examinado tiver alguma dificuldade em determinada linha, mostrar um número maior de sinais da mesma linha. Caso a dificuldade persista, é necessário voltar à linha anterior¹⁰.

A acuidade visual a ser registrada será o número decimal ao lado esquerdo da última linha em que a pessoa consiga enxergar mais da metade dos optótipos. Exemplo: numa linha com 6 optótipos, o examinado deverá enxergar no mínimo 4. Todos os alunos que não atingirem 0,7 devem ser retestados. Valerá o resultado em que a medida da acuidade visual foi maior. É comum ocorrer erros na primeira medida. Caso o estudante não consiga identificar corretamente o optótipo maior, deverá ser anotado Acuidade Visual como menor que 0,1 ($<0,1$) ¹⁰.

Além da avaliação da acuidade visual serão realizados testes de oclusão para detecção de estrabismos. Esses testes consistem em oclusão e desocclusão ocular seletivas, bem como oclusão alternada. O exame permite identificar heterotropias (*cover test*) e heteroforia (*uncover test*), analisando a movimentação ocular durante o teste. Na preparação do teste o paciente deve posicionar-se adequadamente, permanecendo imóvel, em ambiente com pouca luz, com a cabeça alinhada ao eixo axial e fixando o olhar no infinito (aproximadamente 6 metros). Durante a realização da técnica na suspeita de heterotropia de um olho, deve-se ocluir o olho oposto e observar se há desvio. Para avaliar heteroforia, oclui-se o olho sob suspeita e observa-se se há movimento de refixação (olho desviado sob o oclisor).

Em relação a interpretação do teste, quando o olho oposto à oclusão movimentar-se para refixar a imagem, haverá heterotropia. Quando o olho ocluído (desviado sob o oclisor) movimentar-se à refixação, haverá heteroforia. É comum encontrar algum grau de desvio latente, uma vez que poucas pessoas são realmente ortofóricas ¹¹.

Quando o exame de triagem mostrar uma acuidade visual abaixo de 0,7 os pais ou responsáveis da criança receberam um comunicado esclarecendo a necessidade de submeter a criança a um exame oftalmológico completo. Para a realização do exame oftalmológico mais específico foi realizada uma parceria com o Instituto Mineiro de Olhos (IMOL), para onde as crianças que apresentarem alterações na triagem serão encaminhadas sem custos para os pais ou responsáveis.

A finalidade deste estudo é então levantar a prevalência de acuidade visual abaixo de 0,7 (população de risco), bem como a presença de estrabismos e em um segundo momento, encaminhar essas crianças ao serviço de oftalmologia vinculado a este projeto. Todas as crianças com teste de acuidade visual alterado terão oportunidade de visita ao oftalmologista para exame oftalmológico completo e diagnóstico. Nesta etapa também buscamos aconselhar os pais sobre a importância do tratamento e acompanhamento oftalmológico das crianças.

REFERÊNCIAS

- [1] Nakami RC, Zin A, Belfort JR. Oftalmologia pediatria. São Paulo. ROCA, 2010. ISBN: 978-85-7241-855-3 Censo de 2014. Conselho Brasileiro de Oftalmologia.
- [2] Constanti FU, Costa MS, Salgado MB, Bastos CLFM, Benchimol E. Projeto de oftalmologia sanitária escolar. Rev Bras Oftalmol 1998;47:307-10.
- [3] Ribeiro GB, Coelho ALD, Chaves PHP, Macedo RL, Silva TAB. Avaliação oftalmológica de crianças de escolas públicas de Belo Horizonte/MG: um panorama acerca da baixa acuidade visual. Rev. bras.oftalmol.[Internet]. 2015;74(5): 288-291. <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7280.20150059>.
- [4] THE IMPACT OF MYOPIA AND HIGH MYOPIA. Report of the Joint World Health Organization–Brien Holden Vision Institute Global Scientific Meeting on Myopia University of New South Wales, Sydney, Australia 16–18 March 2015.
- [5] Toledo CC, Paiva APG, Camilo GB, Maior MRS, Leite ICG, Guerra MR. Detecção precoce de deficiência visual e sua relação com o rendimento escolar: study in A. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]. 2010; 56(4): 415-419. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302010000400013>.
- [6] Kara-José N, Temporini ER. Avaliação dos critérios de triagem visual de escolares de primeira série do primeiro grau. Rev Saúde Pública 1980;14:205-14.
- [7] Maletta, C.H.M. *Bioestatística: saúde pública*. Belo Horizonte Editora Independente, 4ª Ed, 2009, 464p.
- [8] Preslan MW, Novak A. Baltimore Vision Screening Project. Ophthalmol 1996;103(1):105-9.
- [9] Projeto Olhar Brasil: triagem de acuidade visual : manual de orientação / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.
- [10] FACULDADE DE MEDICINA DA USP. Programa Educacional de Oftalmologia. São Paulo: Merck Sharp & Dohme, 2008.
- [11] Lopes GJA, Casella AMB, Chuí CA. Prevalência de acuidade visual reduzida nos alunos da primeira série do ensino fundamental das redes pública estadual e privada de Londrina-PR, no ano de 2000. Arq Bras Oftalmol 2002;65:659-64.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Instituição: Universidade de Itaúna

Projeto de pesquisa: Prevalência De Acuidade Visual Reduzida Em Alunos Do Primeiro ao Quarto Ano Do Ensino Fundamental Da Rede Pública Municipal De Belo Horizonte, No Ano De 2018

Pesquisadores: Cristiane de Moura, Daniel Menezes Fernandes, Júlia Carvalho Barbosa, Thassia Stefany Ferreira, Túlio Esteves Tormin Botelho, Vanessa Diniz Nogueira.

Seu filho (a) está convidado(a) a participar de uma pesquisa científica que tem como objetivo detectar a prevalência déficit visual nos alunos do primeiro ao quarto ano do ensino fundamental da rede pública municipal de Belo Horizonte, bem como encaminhar as crianças com acuidade visual reduzida para serviço especializado de oftalmologia (Instituto Mineiro de Olhos – IMOL).

A participação é voluntária. Você responderá ao questionário que está sendo entregue. Em qualquer momento você poderá desistir de participar da pesquisa sem qualquer prejuízo ou constrangimento. As perguntas são de caráter pessoal e você não será constrangido (a) de nenhuma forma. Todas as informações obtidas pelos exames oftalmológicos e pelos questionários são confidenciais e serão usados apenas para cumprir os objetivos do estudo.

Não será pago nenhum valor em função de sua participação nem será dado qualquer ajuda de custo, do mesmo modo que participar da pesquisa não acarretará em nenhum custo ou despesa para o(a) participante.

Você poderá entrar em contato conosco para esclarecimento de eventuais dúvidas, bem como se informar acerca dos resultados da pesquisa, através da pesquisadora responsável, Ana Cristina Nogueira Rodrigues Pestana, pelo email anacristina.pestana@gmail.com

Eu, _____, portador do RG nº _____ declaro ter sido informada de forma adequada sobre o presente projeto de pesquisa descrito acima e concordo em autorizar que meu filho(a) participe como voluntário (a).

Assinatura: _____

Grau de parentesco com a criança: _____

Data ____/____/____

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO

1. Nome da criança _____
2. Idade: _____ 3. Sexo: Feminino () Masculino ()
4. Escola: _____
1. Ano escolar: _____
2. Já realizou alguma avaliação oftalmológica anteriormente: Sim () Não ()

Se sim, o exame foi normal ou alterado? _____

Qual foi o motivo da avaliação anterior? _____

3. Faz uso de óculos? Sim () Não ()
4. Apresenta alguma queixa oftalmológica? Sim () Não ()

Se sim, marque quais são as queixas.

- a. () lacrimejamento ao ver TV ou ler
- b. () secreção nos olhos
- c. () olho vermelho
- a. () aperta ou arregala os olhos para enxergar melhor
- e. () aproxima-se muito da TV ou do papel ao ler
- a. () afasta objetos para ver ou ler
- g. () apresenta inclinação da cabeça
- a. () visão embaçada
- i. () sensibilidade excessiva a luz
- a. () visão dupla
- b. () dores de cabeça
- c. () desvio ocular/ olho “vesgo”
9. Na escola assenta mais a frente para enxergar o quadro? Sim () Não ()
10. Há na família casos de estrabismo, glaucoma, catarata ou retinopatias? Quais e em qual familiar?

-
11. O pai ou a mãe usa óculos? Se sim, qual a causa?
-

ANEXO 3

FICHA PARA REGISTRO DO RESULTADO DA TRIAGEM

1. Nome da criança: _____
2. Escola: _____
3. Idade: _____
4. Ano escolar: _____
5. Sexo: _____
6. Como acha que enxerga? Bem () Mal () Não sabe ()
7. Usa óculos ou lente de contato? Sim () Não ()

Se não, passe para a pergunta número 10

8. Acuidade visual no olho direito com óculos ou lentes de contato: _____
9. Acuidade visual no olho esquerdo com óculos ou lentes de contato: _____
10. Acuidade visual no olho direito sem óculos ou lentes de contato: _____
11. Acuidade visual no olho esquerdo sem óculos ou lentes de contato: _____
12. Data da entrevista: ____/____/____
13. Entrevistador: _____

Observações:

Capítulo 11

Análise comparativa da segurança e da eficácia na Terapia Antitrombótica dupla versus tripla em pacientes com Fibrilação Atrial (FA) submetidos a Intervenção Coronariana Percutânea (ICP)

Bernardo Vieira de Castro Silva

Cristiane de Moura

Raphael Brum Cardoso

Stella Azevedo Braga

William Antonio de Magalhães Esteves

Resumo: Objetivo: comparar segurança e a eficácia das terapias antitrombóticas dupla e tripla no manejo do paciente com fibrilação atrial pós intervenção coronariana percutânea. Método: Revisão sistemática da literatura analisando cinco artigos quanto a ocorrência de sangramentos maiores e menores e prevenção de eventos tromboembólicos das terapias antitrombóticas dupla e tripla a longo prazo em pacientes com fibrilação atrial.

Palavras-chave: fibrilação atrial, intervenção coronariana percutânea, terapia antitrombótica.

1. INTRODUÇÃO

Cerca de 33.5 milhões de indivíduos são afetados mundialmente com fibrilação atrial (FA). Desses, aproximadamente 5 a 10% serão submetidos a intervenção coronariana percutânea (ICP) (GOLWALA HB, et al., 2018). Existe dificuldade em balancear a prevenção de eventos tromboembólicos e o risco de sangramento nos regimes terapêuticos propostos aos pacientes com FA submetidos a ICP (CANNON CP, et al., 2017).

A terapia antitrombótica tripla (TAT), composta de aspirina mais um inibidor de P2Y₁₂, associada a um antagonista da vitamina K é o padrão para pacientes com FA submetidos a ICP (CANNON CP, et al., 2017). Novas abordagens surgiram como resposta a taxa de sangramentos elevada relacionada a administração da terapia tripla, entre as quais foi proposta a terapia antitrombótica dupla (DAT) com uso de um inibidor de P2Y₁₂ em combinação a um anticoagulante oral (CANNON CP, et al., 2017). Mesmo com novos estudos, o regime antitrombótico mais eficaz e seguro para os pacientes com FA submetidos a ICP ainda são incertos (LOPES RD, et al., 2019).

2. OBJETIVO

Revisar na literatura a segurança e a eficácia das terapias antitrombóticas dupla (um antiplaquetário e um anticoagulante) e tripla (dois antiplaquetários e um anticoagulante) no manejo do paciente com fibrilação atrial pós intervenção coronariana percutânea.

3. MÉTODOS

O estudo consiste em uma revisão literária que busca comparar a segurança e eficácia das terapias antitrombóticas duplas e triplas em pacientes com FA submetidos a ICP. Foi realizada uma busca na base de dados PubMed, a partir dos descritores “atrial fibrillation” e “percutaneous coronary intervention”, que resultou em 1.135 artigos. Filtros de estudo randomizado e controlado, metanálise e data da publicação nos últimos 5 anos foram os critérios de inclusão, sendo 60 artigos recrutados. Estudos que não tivessem relação com o questionamento central deste estudo foram excluídos. A partir da leitura dos resumos, foram selecionados 5 artigos.

4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Nesta revisão, dos 5 artigos científicos selecionados 3 são estudos randomizados e controlados e 2 são metanálises. Os principais resultados dos estudos randomizados e controlados são demonstrados na tabela a seguir (Tabela 1).

Tabela 1 - Apresentação dos estudos randomizados e controlados selecionados, de acordo com o título, tipo de estudo e resultados.

Título	Tipo de Estudo	Resultados
Prevention of Bleeding in Patients with Atrial Fibrillation Undergoing PCI – ESTUDO PIONEER	Ensaio clínico multicêntrico randomizado e aberto	Em pacientes com FA submetidos a ICP, a terapia com rivaroxabana, em dose baixa e associada a um inibidor de P2Y ₁₂ , revelou menor taxa de sangramento clinicamente significativo em relação a terapia com antagonista da vitamina K e dupla antiagregação plaquetária (DAPT). A eficácia em prevenir eventos cardiovasculares maiores (ECVM's) foi similar nos grupos randomizados, embora o estudo não tenha sido capaz de garantir conclusões sobre a eficácia.
Dual Antithrombotic Therapy with Dabigatran after PCI in Atrial Fibrillation – ESTUDO RE-DUAL	Estudo multicêntrico e randomizado	Em pacientes com FA submetidos a ICP, a DAT com dabigatran e um inibidor de P2Y ₁₂ , revelou menor risco de sangramento em relação ao grupo de pacientes em TAT com varfarina, um inibidor de P2Y ₁₂ e aspirina. A terapia dupla não se mostrou inferior a tripla quanto a eficácia na prevenção de eventos tromboembólicos.
Antithrombotic Therapy after Acute Coronary Syndrome or PCI in Atrial Fibrillation – ESTUDO AUGUSTUS	Ensaio clínico randomizado, multicêntrico, fatorial 2x2 (aberto duplo-cego)	Em pacientes com FA submetidos a ICP ou após síndrome coronariana aguda, aqueles randomizados para terapia antitrombótica dupla, que incluía apixabana e um inibidor de P2Y ₁₂ sem associação a aspirina, resultou em menos sangramento e menos hospitalizações em relação aqueles em uso de terapia com inibidor de P2Y ₁₂ e antagonista da vitamina K, aspirina ou ambos, sem diferenças significativas na incidência de eventos isquêmicos.

Fonte: GIBSON CM, et al., 2016; CANNON CP, et al., 2017; LOPES, RD, et al., 2019

As metanálises que avaliaram esses artigos também incluíram outros estudos, entre eles o WOEST. Esse foi o primeiro estudo prospectivo a avaliar a segurança da TAT versus DAT em pacientes que necessitam de anticoagulação a longo prazo, submetidos a ICP, e seus resultados já haviam demonstrado o risco aumentado de sangramento ao ser administrada a terapia tripla (GOLWALA HB, et al., 2018).

4.1. AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA E EFICÁCIA

No estudo AUGUSTUS, a terapia antitrombótica tripla, composta por um antagonista da vitamina K (AVK) associado a DAPT, foi relacionada a um aumento significativo da taxa de sangramento quando comparada a outras combinações. A terapia dupla com apixabana, medicamento da classe dos novos anticoagulantes orais (NOAC's), associada a um inibidor de P2Y12, foi considerada a combinação mais segura (KUNO T, et al., 2019).

Em metanálise que avaliou os artigos anteriores a publicação do estudo AUGUSTUS, já havia sido encontrada uma redução de 47% na taxa de sangramento maior ou menor, de acordo com o escore TIMI (thrombolysis in myocardial infarction) nos pacientes em uso de TAD, comparado aos pacientes em terapia tripla (GOLWALA HB, et al., 2018).

Ao compararem a eficácia da DAT e TAT na prevenção de eventos tromboembólicos, apesar das metanálises avaliarem estudos heterogêneos, não foram encontradas inconsistências significativas, o que permite a conclusão de que não há diferença relevante na eficácia entre a terapia antitrombótica dupla e tripla (KUNO T, et al., 2019).

5. DISCUSSÃO

O manejo de pacientes com fibrilação atrial submetidos a intervenção coronária percutânea é um desafio na prática médica. O uso da terapia tripla é comum, com um em cada quatro pacientes idosos com fibrilação atrial que tiveram quadro de infarto agudo do miocárdio recebe terapia tripla.

Apesar da terapia antitrombótica tripla poder minimizar o risco de trombose de stent e eventos isquêmicos, está associada a um maior risco de sangramento fatal e não fatal. Além disso, ao reduzir a duração da terapia tripla, não há substancialmente uma redução do risco de sangramento (CANNON CP, et al., 2017). Alguns dos estudos mais relevantes sobre o assunto são: WOEST, RE-DUAL, PIONEER e AUGUSTUS. Os três primeiros mostraram redução da taxa de sangramentos na terapia antitrombótica dupla em relação à terapia tripla. O estudo AUGUSTUS, publicado em 2019, confirma os resultados dos estudos anteriores e demonstra maior segurança da apixabana em relação aos antagonistas da vitamina K. O clopidogrel foi o inibidor da P2Y12 mais usado nos estudos. Dentre as limitações encontradas nos estudos, estão: o financiamento por indústrias farmacêuticas (RE-DUAL, PIONEER e AUGUSTUS), a curta duração de seguimento dos pacientes e a pequena amostragem (WOEST: 563 participantes). Além disso, os estudos não foram suficientes para afirmar qual a melhor combinação de medicamentos que devem ser incluídos na terapia antitrombótica dupla e tiveram pouca capacidade para avaliar a eficácia das terapias, fato que abre margens para novas pesquisas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há uma tendência a estratégia de terapia antitrombótica dupla em pacientes com FA submetidos a ICP, devido aos achados de maior segurança quanto a sangramentos e de eficácia similar a TAT. Ainda se fazem necessários estudos maiores para que seja definida qual a melhor combinação de fármacos no manejo desses pacientes e até que isso seja estabelecido, a escolha deve ser considerada ao se avaliar o risco de complicações isquêmicas e hemorrágicas individuais dos pacientes.

REFERÊNCIAS

- [1] CANNON C.P. et al. Dual Antithrombotic Therapy with Dabigatran after PCI in Atrial Fibrillation. The new England journal of medicine, 2017; v. 377, n. 16, p. 1513-1524.
- [2] GIBSON C.M. et al. Prevention of Bleeding in Patients with Atrial Fibrillation Undergoing PCI. The new England journal of medicine, 2016.
- [3] GOLWALA H.B. et al. Safety and efficacy of dual vs. triple antithrombotic therapy in patients with atrial fibrillation following percutaneous coronary intervention: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. European Heart Journal, 2018.
- [4] KUNO T. et al. Meta-analysis of Antithrombotic Therapy in Patients with Atrial Fibrillation Undergoing Percutaneous Coronary Intervention. The American Journal of Cardiology, 2019.
- [5] LOPES R.D. et al. Antithrombotic Therapy after Acute Coronary Syndrome or PCI in Atrial Fibrillation. The new England journal of medicine, 2019.

Capítulo 12

Rastreo e prevenção dos efeitos cardiotóxicos no tratamento do Câncer de Mama

Ricardo Bolsson Radins

Leticia Bolsson Radins

Resumo: Os efeitos cardiotóxicos do tratamento quimioterápico com antraciclinas vêm sendo amplamente estudado, visando pesquisar técnicas de rastreo e prevenção, que levem a diminuição da incidência desses efeitos. Este estudo teve como objetivo realizar uma revisão da literatura, com enfoque nos métodos de prevenção e rastreo, que visem diminuir a cardiotoxicidade causada pelas antraciclinas. Para isso, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados PubMed, Embase e Web of Science, utilizando descritores relacionados ao tema. O aumento da incidência da cardiotoxicidade causada pelas antraciclinas evidenciou a importância da avaliação inicial com anamnese, exame físico, eletrocardiograma, ecocardiograma e marcadores bioquímicos nos pacientes que irão realizar tratamento quimioterápico com esses medicamentos. A aplicação dos antraciclicos de forma lenta, em doses menores e lipossomais demonstraram reduzir os efeitos cardiotóxicos. A prevenção com Dexrazoxano, perda de peso, mudanças dietéticas e evitar tabagismo e consumo de álcool também demonstraram ser medidas preventivas eficazes.

Palavras-chave: Cardiomiopatia; Cardiotoxicidade; Dexrazoxano; Neoplasias mamárias.

1. INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a segunda neoplasia maligna mais frequente no mundo, sendo a mais prevalente nas mulheres. Com o envelhecimento da população, a introdução da mamografia de rastreo e o aumento da sobrevida dos pacientes, a incidência desta patologia vem crescendo ainda mais. É uma doença com elevada taxa de mortalidade, principalmente quando diagnosticada em estágios avançados, sendo considerada um grave problema de saúde pública.

O tratamento do câncer de mama depende de diversos fatores, tais como presença de invasão metastática e a positividade de receptor hormonal. A escolha do esquema de tratamento deve ser individualizada, tendo em conta fatores relacionados ao doente e à doença. O arsenal terapêutico do tratamento do câncer de mama é extenso, incluindo: cirurgias conservadoras ou radicais, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia (com tamoxifeno ou inibidores da aromatase) e o uso de anticorpo anti-HER2 (trastuzumab). (WAKS E WINER, 2019)

A quimioterapia, seja como adjuvante ou neoadjuvante, é parte essencial dos diversos esquemas de tratamento utilizados. Recentemente, o desenvolvimento de novos medicamentos quimioterápicos e o uso de técnicas precisas de radioterapia contribuíram significativamente para o aumento da sobrevida no câncer de mama (DESANTIS ET AL., 2017). Em paralelo a isso, porém, houve aumento dos efeitos cardíacos adversos provocados por essas novas terapias (YEAH ET AL., 2016).

As antraciclina, como a doxorubicina, daunorubicina e epirubicina, são componentes essenciais para diversos esquemas de quimioterapia no câncer de mama. A doxorubicina, primeira droga da classe das antraciclina a ser usada na prática clínica, atua inibindo a topoisomerase II, o que impede a replicação e induz a apoptose das células malignas. Além disso, impedem a transcrição do RNA e a replicação do DNA e levam ao estresse oxidativo das células malignas, pois promovem liberação de radicais livres que levam a dano no DNA e morte celular (CORREMANS ET AL., 2018).

Estas drogas, em seu espectro de ação, combatem não só as células malignas, mas também as células normais, levando ao aparecimento de efeitos adversos. Dentre esses efeitos, destacam-se as complicações cardiovasculares, tais como hipertensão, insuficiência cardíaca congestiva e bradicardia. O surgimento dessas complicações implica diretamente na qualidade de vida do paciente e no sucesso terapêutico do tratamento proposto.

Com objetivo de pesquisar formas de prevenção à cardiotoxicidade causada pelas antraciclina, diversos estudos, com diferentes delineamentos, têm sido realizados nos últimos anos. As medidas analisadas, sejam farmacológicas ou não farmacológicas, são pesquisadas quanto ao efeito cardioprotetor, sendo assim avaliadas possíveis associações ao tratamento das pacientes em uso de antraciclina.

2. METODOLOGIA

O objetivo dessa revisão é avaliar a cardiotoxicidade causada pelo tratamento do câncer de mama com quimioterápicos da classe das antraciclina, com ênfase nos métodos de rastreo e prevenção.

Para isso, foi realizada uma pesquisa nas seguintes bases de dados: MEDLINE/PubMed, Embase, Cochrane Library, LILAC) e Web of Science utilizando descritores: *((Breast Neoplasms) OR Breast Tumor) OR Breast Cancer) OR Mammary Cancer)) AND (Cardiotoxicity) OR Anthracyclines) OR Doxorubicin) OR Adriamycin))*.

A questão focada neste estudo foi: “Como prevenir e rastrear a cardiotoxicidade causada pelos quimioterápicos da classe das antraciclina utilizados no tratamento do câncer de mama”. Os artigos selecionados foram todos lidos na íntegra e as informações relacionadas ao tema foram extraídas e comparadas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os efeitos cardiotóxicos clássicos na classe das antraciclina são cumulativos e dose-dependentes, sendo este o principal fator de risco para o desenvolvimento de complicações cardiovasculares. Um ensaio clínico randomizado, por exemplo, avaliou a incidência de cardiotoxicidade utilizando doses de 400, 500 e 550mg/m², encontrando incidências de 5,16 e 26%, respectivamente (SWAIN ET AL., 2003). Em pacientes que fazem uso de doses acima de 400 mg/m² de superfície corpórea, por exemplo, há risco de desenvolvimento de fibrose e perda de função cardíaca. Outros fatores de risco para o desenvolvimento de

cardiotoxicidade são: idade maior que 70 anos, sexo feminino, doença cardíaca prévia, injeção rápida da medicação e radioterapia ou uso de outros agentes citotóxicos associados (ADÃO ET AL., 2013).

A incidência de cardiotoxicidade vem aumentando nos últimos anos, sendo que os dados na literatura variam bastante, dependendo dos critérios de inclusão usado nos estudos. Divesos estudos avaliaram a incidência de cardiotoxicidade precoce causada pelo tratamento oncológico e utilizaram o consenso das Sociedades Europeia e Americana de Imagiologia para caracterizar disfunção cardíaca induzida por terapêutica oncológica (redução da FEVE >10% até um valor <53% usando ecocardiograma transtorácico). As incidências encontradas nesses estudos foram de 16% (TANG ET AL., 2016), 18% (TRYFONIDIS ET AL., 2017) e 20,7% (KOTWINSKI ET AL., 2016).

O desenvolvimento dessas complicações pode determinar a interrupção do tratamento quimioterápico, implicando no insucesso em obter cura ou no controle insatisfatório do câncer. A cardiotoxicidade induzida pelas antraciclina pode ser dividida em: aguda, subaguda, crônica ou tardia (MATSUBARA E FERREIRA, 2005). A toxicidade aguda é um evento que ocorre durante o tratamento e pode não manifestar sintomas. Dificilmente implica na suspensão do tratamento, pois é geralmente reversível e não grave. A cardiotoxicidade subaguda é uma situação rara, que ocorre dias a semanas após a quimioterapia e apresenta-se em forma de miocardite ou pericardite.

A toxicidade crônica se desenvolve semanas a meses após o fim do tratamento e está intimamente relacionada com a dose total que o paciente recebeu. Ela se apresenta com quadro clássico de insuficiência cardíaca, sendo que a manifestação clínica vai depender da extensão do dano causado e da capacidade compensatória do paciente. Já a tardia ocorre anos após o término do tratamento e pode levar a arritmias, alteração de condutividade e até insuficiência cardíaca.

Considerando a alta prevalência de complicações cardiovasculares nos pacientes que fazem uso de antraciclina, é imperativo que estes pacientes sejam avaliados do ponto de vista cardiovascular no início do tratamento (PLANA ET AL., 2014). Esta avaliação objetiva estabelecer um padrão cardiovascular basal e excluir pacientes com insuficiência cardíaca. A avaliação deve incluir anamnese e exame físico minucioso, que identifiquem fatores de risco para cardiotoxicidade. Os níveis basais de troponinas devem ser obtidos para futuras comparações, pois estudos demonstram que este é um biomarcador sensível e específico de injúria miocárdica nos pacientes em uso de doses elevadas de drogas cardiotoxícas (ADÃO ET AL., 2013).

A avaliação do ritmo cardíaco e a detecção de sinais de isquemia, por meio da realização de eletrocardiograma, é indicada para todos os pacientes que irão realizar tratamento com antraciclina. Além disso, exames de imagem cardíaca devem ser realizados para quantificar a função ventricular, sendo o ecocardiograma transtorácico com estudo *doppler* completo inicialmente indicado (KALIL ET AL., 2011). Trata-se de um exame de baixo custo, fácil acesso e caráter não invasivo, que possibilita a avaliação da função sistólica e diastólica, das valvas cardíacas e do pericárdio. Caso o ecocardiograma evidencie FEVE < 50%, não é recomendado o início do tratamento com drogas com elevado potencial de cardiotoxicidade. Em casos duvidosos, a ressonância magnética cardíaca pode ser indicada (KARANTH ET AL., 2005).

A monitorização de cardiotoxicidade durante ou após o tratamento, nos pacientes tratados com antraciclina está relacionada a diversos fatores, tais como a idade do paciente, a dose de radiação utilizada e a dose cumulativa de antraciclina. A FEVE, avaliada por ecocardiograma, é o índice mais utilizado para monitorização de função cardíaca durante o tratamento (KALIL ET AL., 2011). Este parâmetro, contudo, pode subestimar a lesão cardíaca, devido à capacidade do miocárdio de se adaptar, mantendo a FEVE normal mesmo na presença de disfunção miocárdica. Com isso, novos métodos de monitorização vêm sendo estudados para este fim. A biópsia endomiocárdica surge como o exame de maior sensibilidade e especificidade na detecção e monitorização dos efeitos adversos provocados pelas antraciclina (PLANA ET AL., 2014).

A prevenção da cardiotoxicidade é de suma importância nos pacientes em que o tratamento com antraciclina é indicado, sendo que podem ser utilizadas medidas não farmacológicas e medidas farmacológicas para este fim. Mudanças de estilo de vida, tais como perda de peso, dieta balanceada e abstinência de álcool ou tabaco demonstraram benefício na prevenção da cardiotoxicidade (CRUZ ET AL., 2016). Estudos em animais evidenciam que a prática regrada de atividade física aumenta a reserva cardíaca e leva a diminuição da cardiotoxicidade dos antracíclicos. Diversos estudos têm sido realizados em humanos, avaliando diferentes populações e práticas, objetivando estabelecer efeito cardioprotetor do exercício físico (MAIA ET AL., 2017).

Um artigo de revisão comparou 20 ensaios clínicos que analisaram o efeito do exercício aeróbico com relação à cardiotoxicidade causada pela Doxorubicina e os resultados obtidos indicaram que os exercícios podem exercer efeito protetor das funções cardíacas, podendo servir como terapia complementar (MAIA ET AL., 2017). Os mecanismos envolvidos nesse efeito protetor, contudo, se mostraram controversos e relacionados a mecanismos hipotéticos, e, com isso, concluiu que mais estudos na área seriam necessários (MAIA ET AL., 2017). Da mesma forma, outro estudo demonstrou efeitos benéficos da prática de exercícios físicos controlados nos desfechos sintêmicos, tais como débito cardíaco, frequência cardíaca e sintomas psicológicos (KIRKHAM ET AL., 2017). Esse estudo, porém, também não evidenciou efeitos relevantes nos desfechos ecocardiográficos ou nos biomarcadores cardíacos circulantes.

Estudos evidenciaram que a infusão contínua e lenta de antraciclina, em comparação a infusão rápida intravenosa, diminui consideravelmente o dano cardíaco sem diminuir a eficácia da droga, resultando em menos casos de insuficiência cardíaca (LIPSHULTZ ET AL., 2012). Além disso, a aplicação de doses menores de antraciclina reduz a injúria cardíaca (CORREMANS ET AL., 2018). A substituição das antraciclina convencionais por lipossomos também demonstrou reduzir a toxicidade, já que devido ao seu tamanho, o lipossomo não consegue atravessar as junções comunicantes do coração e de outros tecidos saudáveis (CORREMANS ET AL., 2018).

O estresse oxidativo tem papel claro e determinante na cardiotoxicidade por antraciclina. Com isso, diversos estudos e pesquisas têm focado em drogas propriedades antioxidantes. Dentre elas, destaca-se o Dexrazoxano (DRZ), único agente cardioprotetor aprovado pela FDA para cardiotoxicidade induzida por antraciclina. Ensaios clínicos demonstram que o DRZ reduziu a incidência de insuficiência cardíaca, sendo evidenciado efeito cardioprotetor (CRUZ ET AL., 2016; CORREMANS ET AL., 2018). O uso do DRZ foi alvo de discussões no meio científico por supostamente comprometer a eficácia antineoplásica e aumentar a incidência de tumores secundários e infecção. Porém, os últimos estudos evidenciaram que o DRZ é um cardioprotetor eficiente e um medicamento bem tolerado (CRUZ ET AL., 2016; EMA, 2017).

Outros medicamentos com papel antioxidante foram pesquisados, como a N-acetilcisteína, coenzima Q10, combinações de vitaminas E e C e L-arnitina, mas não apresentaram efeito cardioprotetor nos estudos apresentados (ADÃO ET AL., 2013; CRUZ ET AL., 2016). Os betabloqueadores, com destaque para o carvedilol, também são responsáveis por conferir cardioproteção. O Carvedilol demonstrou redução importante na redução da incidência de miocardiopatia induzida por antraciclina, além de atuar preservando a função sistólica e a função diastólica.

Os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) e os antagonistas do receptor da angiotensina (BRA), também demonstraram propriedades cardioprotetoras, ao limitar a remodelação do ventrículo esquerdo, reduzir a apoptose e o stress oxidativo. (CORREMANS ET AL., 2018). Em adultos tratados com altas doses de antraciclina, estas classes revelaram eficácia na prevenção da insuficiência cardíaca e na redução do declínio da FEVE.

4. CONCLUSÃO

Nesse estudo ficou evidente que com o desenvolvimento de novos tratamentos para o câncer de mama e o consequente aumento na sobrevida dos pacientes houve também aumento na incidência de pacientes com efeitos cardiotóxicos, principalmente aqueles causados pelo tratamento quimioterápico com o uso de antraciclina.

Com isso, cresce a importância da avaliação cardiovascular desses pacientes no início do tratamento quimioterápico, com fim de rastreio e, também, a monitorização dos mesmos durante e após o fim do tratamento. Anamnese, exame físico minucioso, eletrocardiograma, ecocardiograma e marcadores bioquímicos são métodos amplamente utilizados para esse fim.

Diversos métodos de prevenção, farmacológicos e não farmacológicos, têm sido alvo de estudo nos últimos anos, visando a diminuição da incidência de efeitos cardiotóxicos causados pelas antraciclina. O Dexrazoxano foi o fármaco que teve seu efeito cardioprotetor comprovado e demonstrou boa tolerabilidade, podendo então ser associado ao tratamento quimioterápico com antraciclina. Os betabloqueadores, os IECA e os BRA também demonstraram benefícios na cardioproteção.

Dentre as medidas não farmacológicas, a aplicação da medicação de forma mais lenta, em menores doses e na forma lipossolúvel demonstraram reduzir a cardiotoxicidade causada pelas antraciclina. O benefício do exercício físico para a cardioproteção em humanos ainda não é bem estabelecido, carecendo de novos estudos com populações e desenhos específicos para comprovação de sua eficácia.

REFERÊNCIAS

- [1] ADÃO, Rui et al. Cardiotoxicidade associada à terapêutica oncológica: mecanismos fisiopatológicos e estratégias de prevenção. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, [s.l.], v. 32, n. 5, p.395-409, maio 2013. Elsevier BV.
- [2] CHATTERJEE, Kanu et al. Doxorubicin Cardiomyopathy. *Cardiology*, [s.l.], v. 115, n. 2, p.155-162, 2010. S. Karger AG.
- [3] CORREMANS, Raphaëlle et al. Update on pathophysiology and preventive strategies of anthracycline-induced cardiotoxicity. *Clinical And Experimental Pharmacology And Physiology*, [s.l.], v. 46, n. 3, p.204-215, 30 out. 2018. Wiley.
- [4] CRUZ, Margarida; DUARTE-RODRIGUES, Joana; CAMPELO, Manuel. Cardiotoxicidade na terapêutica com antraciclina: estratégias de prevenção. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, [s.l.], v. 35, n. 6, p.359-371, jun. 2016. Elsevier BV.
- [5] DESANTIS, Carol E. et al. Breast cancer statistics, 2017, racial disparity in mortality by state. *Ca: A Cancer Journal for Clinicians*, [s.l.], v. 67, n. 6, p.439-448, 3 out. 2017. Wiley.
- [6] EMA. Questions and answers on Cardioxane (dexrazoxane, poder for solution for injection, 500 mg). In. Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP). 2017.
- [7] KALIL FILHO, R. et al. I Diretriz Brasileira de cardio-oncologia da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 96, n. 2, p. 01-52, 2011.
- [8] Karanth NV, Roy A, Joseph M, de Pasquale C, Karapetis C, Koczwara B. Utility of prechemotherapy echocardiographical assessment of cardiac abnormalities. *Support Care Cancer*. 2010 Dec 15.
- [9] KIRKHAM, A.a. et al. Protective effects of acute exercise prior to doxorubicin on cardiac function of breast cancer patients: A proof-of-concept RCT. *International Journal Of Cardiology*, [s.l.], v. 245, p.263-270, out. 2017. Elsevier BV.
- [10] KOTWINSKI, Paul et al. Body Surface Area and Baseline Blood Pressure Predict Subclinical Anthracycline Cardiotoxicity in Women Treated for Early Breast Cancer. *Plos One*, [s.l.], v. 11, n. 12, 2 dez. 2016. Public Library of Science (PLoS).
- [11] LIPSHULTZ, S. E. et al. Continuous Versus Bolus Infusion of Doxorubicin in Children With ALL: Long-term Cardiac Outcomes. *Pediatrics*, [s.l.], v. 130, n. 6, p.1003-1011, 19 nov. 2012. American Academy of Pediatrics (AAP).
- [12] MAIA, Tauan Nunes et al. Cardiotoxicity of Doxorubicin Treatment and Physical Activity: A Systematic Review. *International Journal Of Cardiovascular Sciences*, [s.l.], p.70-80, 2017. GN1 Genesis Network.
- [13] PLANA, Juan Carlos et al. Expert Consensus for Multimodality Imaging Evaluation of Adult Patients during and after Cancer Therapy: A Report from the American Society of Echocardiography and the European Association of Cardiovascular Imaging. *Journal Of The American Society Of Echocardiography*, [s.l.], v. 27, n. 9, p.911-939, set. 2014. Elsevier BV
- [14] SWAIN, Sandra M.; WHALEY, Fredrick S.; EWER, Michael S.. Congestive heart failure in patients treated with doxorubicin. *Cancer*, [s.l.], v. 97, n. 11, p.2869-2879, 19 maio 2003. Wiley.
- [15] TAN, Timothy C.; SCHERRER-CROSBIE, Marielle. Cardiac Complications of Chemotherapy: Role of Imaging. *Current Treatment Options In Cardiovascular Medicine*, [s.l.], v. 16, n. 4, 13 fev. 2014.
- [16] TANG, Qi et al. Speckle tracking echocardiography predicts early subclinical anthracycline cardiotoxicity in patients with breast cancer. *Journal Of Clinical Ultrasound*, [s.l.], v. 45, n. 4, p.222-230, 2 dez. 2016.
- [17] TRYFONIDIS, Konstantinos et al. Cardiac safety, efficacy, and correlation of serial serum HER2-extracellular domain shed antigen measurement with the outcome of the combined. *Breast Cancer Research And Treatment*, [s.l.], v. 163, n. 3, p.507-515, 21 mar. 2017. Springer Nature.
- [18] VAN DALEN, Ec; KREMER, Lcm. Cardioprotective interventions for cancer patients receiving anthracyclines. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, [s.l.], 22 jul. 2002. John Wiley & Sons, Ltd.
- [19] WAKS, Adrienne G.; WINER, Eric P.. Breast Cancer Treatment. *Jama*, [s.l.], v. 321, n. 3, p.288-300, 22 jan. 2019. American Medical Association (AMA).
- [20] YE, Edward T. H.; CHANG, Hui-ming. Oncocardiology—Past, Present, and Future. *Jama Cardiology*, [s.l.], v. 1, n. 9, p.1066-1072, 1 dez. 2016. American Medical Association (AMA)

Capítulo 13

Transtornos alimentares e sua relação com a insatisfação da imagem: Uma revisão integrativa

Monique Riquele Linhares Gomes Lourenço

Gabriela Jennifer Cidreira da Silva Karolin

Honorato Brunacio

Vânia Thais Silva Gomes

Resumo: Objetivo: correlacionar a insatisfação corporal como preditor no desenvolvimento de transtornos alimentares. Metodologia: Trata-se de uma revisão de literatura. Os estudos foram selecionados a partir das bases de dados Lilacs, Scielo e Medline, as palavras-chaves utilizadas foram: insatisfação da imagem corporal, transtornos alimentares e comportamento alimentar. Incluiu-se estudos completos em língua portuguesa, inglesa e espanhola, publicados entre 2006 a 2018 e que estavam diretamente relacionados ao tema proposto. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão selecionou-se 10 estudos. Resultados: A média amostral foi de 636 estudantes, com prevalência para o sexo feminino. No que se refere aos instrumentos mais utilizados para avaliação da imagem corporal, 50% (4) utilizaram o Questionário de checagem corporal (BSQ); 50% (5) Teste de atitudes alimentares (EAT-26); 10% (1) Teste de atitudes alimentares para crianças (ChEAT). Conclusão: Conclui-se que o grau de insatisfação corporal desempenha papel expressivo no desenvolvimento de transtornos alimentares, sobretudo entre o gênero feminino em idade jovial e em adolescentes, onde a suscetibilidade é aumentada associando-se as diversas mudanças ocorridas durante a transição para vida adulta

Palavras-chave: Insatisfação da imagem corporal; Transtornos alimentares; Comportamento alimentar.

1. INTRODUÇÃO

Reprovar a autoimagem ou ter insatisfação corporal é comumente observado em ambos os sexos e em todos os ciclos da vida. A insatisfação corporal tem se revelado um grave problema de saúde, considerando a sua fisiopatologia multifatorial, associada às práticas deletérias para perda de peso, como restrição alimentar severa e exercícios físicos exagerados, estando a insatisfação corporal intimamente relacionada a outras práticas prejudiciais para a saúde, como tabagismo e atos sexuais inseguros. Além disso, comprovou-se que a insatisfação corporal é predominante no gênero feminino, e sofre influência de fatores econômicos devido às correlações com reduzida participação educacional e social, comprometimento dos níveis de confiança e desempenho e diminuição da capacidade cognitiva (FREITAS; JORDAN; HUGHES, 2017).

O conceito de insatisfação corporal é amplamente discutido na literatura, é consenso que a avaliação negativa do corpo, abrange a forma, musculosidade, tônus muscular e peso. As consequências incluem danos fisiológicos e psicológicos, promovendo alterações do comportamento alimentar, dismorfia muscular e obesidade. São inúmeras as ferramentas disponíveis para a detecção e medição da insatisfação corporal como questionários, entrevistas, exame físico e comportamental (TALBOLT; CASS; SMITH, 2018).

A insatisfação com a imagem corporal está relacionada com tentativas de perder peso, comer anormal, resultando em agravos na qualidade de vida associada à saúde física. Os grupos mais propensos para desenvolver estes distúrbios são mulheres que vivem com companheiro, idosos, pessoas sedentárias, mulheres brancas, aqueles com baixa escolaridade, mulheres com depressão, pessoas com baixa autoestima e obesos. No que se refere ao gênero, as mulheres estão mais sujeitas do que os homens, devido aos fatores culturais e sociais (LEITE et al. 2018). Frequentemente encontrado em mulheres, a insatisfação com a imagem corporal pode se desenvolver em qualquer fase da vida.

Associados a insatisfação da imagem corporal, os transtornos alimentares (TA) são considerados alterações psiquiátricas e somáticas que alteram o comportamento alimentar, causando severos prejuízos à saúde, constituindo assim um problema de saúde pública, impactando diretamente na qualidade de vida do indivíduo. Diferente dos outros transtornos psiquiátricos, os TA são multissistêmicos, e comprometem todos os sistemas biológicos do corpo (GALMICHE et al. 2019). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), classifica-se os TA em Anorexia Nervosa (AN) como comportamento alimentar extremamente restrito e magreza extrema, Bulimia Nervosa (BN) como presença de episódios de compulsão e purgação, e o Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA), semelhante a BN, está associado a depressão, ansiedade e obesidade.

Apesar de não ser oficialmente identificada como transtorno alimentar, a ortorexia nervosa trata-se de uma obsessão por uma alimentação saudável, estando relacionada com a insatisfação da imagem corporal, com o intuito inicialmente do indivíduo atingir o estado “ideal” de saúde por meio de dietas, entretanto, à longo prazo desenvolve-se distúrbios alimentares, podendo causar a desnutrição, diminuição do convívio social e má qualidade de vida (KOVEN et al. 2015). A complicação ocorre quando a obsessão começa a impedir o indivíduo de realizar atividades que considerava prazerosas, inibindo a sua capacidade de participação na sociedade cotidiana.

Crianças e adolescentes têm demonstrado ser um importante grupo de risco para o comer transtornado, estudos recentes demonstraram a vulnerabilidade deste grupo, dado as intensas modificações psicossociais e biológicas envolvidas neste ciclo da vida. Visto que os comportamentos alimentares e as preocupações corporais dos pais influenciam na maneira como os filhos se alimentam. A insatisfação com a imagem corporal dos pais está associada de forma positiva com a pressão para comer, a insatisfação corporal das mães está correlacionada com alimentação restritiva. Além disso, estudos apontam que a bulimia das mães está associada à restrição da alimentação das filhas, sugerindo uma propensão destas também desenvolverem o distúrbio (WEBB; HAYCRAFT, 2018).

Preocupações com a imagem corporal abrangem componentes atitudinais distintos, tais como sintomas depressivos, ansiosos, restrição alimentar e prática de exercícios demasiadamente. Além disso, a averiguação excessiva do corpo também é comum entre indivíduos com transtornos alimentares. A repulsa corporal é outra característica de insatisfação corporal, caracterizada por circunstâncias em que há recusa para ser pesado ou preferência por roupas folgadas. Esses comportamentos têm sido descritos como psicopatologia central, evidenciando as mudanças no peso e na forma, podendo configurar a compulsão alimentar ou exacerbar o descontrole de uma alimentação restritiva, promovendo assim, mudanças prejudiciais à saúde psicobiológica do indivíduo (LINARDON et al. 2018). A insatisfação com a imagem corporal está relacionada com a raça, sexo, idade e fatores culturais e sociais. Com base na incidência e prevalência dos transtornos alimentares, assim como, as repercussões danosas à saúde da

população, este estudo teve como objetivo correlacionar a insatisfação corporal como preditor no desenvolvimento de transtornos alimentares.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, é um método que permite a síntese de conhecimento e a inclusão da aplicação de resultados de estudos significativos na prática cotidiana (SOUZA; SILVA, CARVALHO, 2010). No presente estudo, foram descritos e discutidos, de forma ampla, o seguinte tema: correlação da insatisfação da imagem corporal no desenvolvimento de transtornos alimentares, visto que esta revisão permite sintetizar os estudos já concluídos e obter conclusões a partir de um tema de interesse. As pesquisas foram realizadas por meio de buscas nas bases de dados LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências Sociais e da Saúde), Scielo (*Scientific Eletronic Library OnLine*) e Medline (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*).

Utilizou-se as palavras-chave: insatisfação da imagem corporal, transtornos alimentares e comportamento alimentar. Como critérios de inclusão usaram-se: estudos completos em língua portuguesa, inglesa e espanhola, publicados entre 2006 a 2018 e que estavam diretamente relacionados ao tema proposto. E, como critérios de exclusão utilizou-se: trabalhos publicados em anais de congressos; estudos incompletos e artigos publicados antes de 2006.

De acordo com a Figura 1, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 10 artigos para compor a amostra do estudo, 10. Foram encontrados no total 932 estudos, sendo 380 no Lilacs, 250 no Scielo e 302 na Medline, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão restaram 21 estudos do Lilacs, 16 do Scielo e 17 da Medline, totalizando 54 estudos. E, após análise das pesquisas excluiu-se: 30 por não estarem relacionados diretamente ao tema proposto do estudo e 14 por repetição, configurando apenas 10 estudos.

Figura 1. Seleção de artigos incluídos no estudo.

Fonte: Autoria própria.

3. RESULTADOS

Dos artigos incluídos na pesquisa, 5 (50,0%) estavam na língua inglesa e 5 (50,00%) em português. Quanto ao ano de publicação, 10% (1) dos estudos foram publicados no ano de 2018, 10% (1) em 2017, 10% (1) em 2016, 30% (3) em 2015, 10% (1) em 2010, 10% (1) em 2007, 10% (1) em 2006. A média amostral foi de 636 estudantes, com prevalência para o sexo feminino. No que se refere aos instrumentos mais utilizados para avaliação da imagem corporal, 40% (4) utilizaram o Questionário de checagem corporal (BSQ); 50% (5) Teste de atitudes alimentares (EAT-26); 10% (1) Teste de atitudes alimentares para crianças (ChEAT).

Observou-se que apenas 10% (1) investigou o consumo alimentar através do questionário de frequência alimentar para correlacionar com os transtornos alimentares. No que se refere à composição corporal

70% (7) utilizaram o índice de massa corporal para classificar o estado nutricional dos participantes do estudo, apenas 10% (1) avaliou através das pregas cutâneas.

A Tabela 1 evidencia a relação dos artigos inseridos neste estudo, com exposição de dados como: autor e ano, objetivo do estudo e número amostral. A Tabela 2 evidencia a relação dos artigos conforme metodologia empregada no estudo e os resultados obtidos. Esta forma de organização dos estudos facilita a visualização de informações básicas de cada um dos artigos utilizados para a síntese de informações relacionadas ao tema abordado, sumarizados por ordem cronológica.

Os resultados demonstram que dos artigos incluídos, 7 (70%) indicam a presença de insatisfação corporal, em média aproximadamente 40,9% dos indivíduos avaliados no total dos estudos incluídos, apresentaram a insatisfação em graus variáveis de leve a grave. Quanto aos transtornos alimentares, 4 (40%) apontaram a presença de risco de desenvolvimento de transtorno alimentar, sendo que destes 2 (2%) sugere que a insatisfação corporal atue como preditor, 3(3%), demonstram que em média 20,16% dos indivíduos apresentaram riscos de baixo a alto de desenvolvimento de TA. A associação entre a insatisfação com a imagem corporal e os transtornos alimentares foram evidenciadas em 6 (60%) dos estudos, com relação ao estado nutricional 2 (20%) dos estudos demonstram que mesmo em estado de eutrofia, há a presença da insatisfação corporal, outros 2 (20%), apontam significativa associação entre IMC e imagem corporal, ainda 1(1%) relatava o uso de drogas antiobesidade em indivíduos com IMC adequado.

Tabela 1. Estudos utilizados para a confecção da pesquisa, segundo autor e ano, objetivo do estudo e número amostral.

ESTUDO	AUTOR (ano)	OBJETIVO DO ESTUDO	NÚMERO AMOSTRAL
E1	SILVA et al. 2018.	Explorar a relação entre insatisfação com a imagem corporal e padrões alimentares pelo estado antropométrico em adolescentes.	1496 estudantes.
E2	CECON et al. 2017.	Verificar a influência do sobrepeso e alteração na percepção da imagem corporal durante a triagem de transtornos alimentares.	2.123 estudantes com idades entre 10 a 19 anos.
E3	TORAL et al. 2016.	Avaliar a prevalência de comportamentos de risco relacionados a transtornos alimentares e a satisfação com a imagem corporal de nutricionistas brasileiros e estudantes de graduação em Nutrição.	427 estudantes de nutrição e 318 nutricionistas.
E4	BATISTA et al. 2015.	Analisar a prevalência de insatisfação corporal, checagem do corpo, influência da mídia e comportamento alimentar em estudantes de cursos da área da saúde da cidade de Juiz de Fora – MG.	207 estudantes de graduação.
E5	MEIRELES et al. 2015.	Analisar a validade de construto, consistência interna e reprodutibilidade do Questionário de Mudança Corporal (QMC).	439 estudantes com idades entre 13 e 22 anos
E6	REIS; JUNIOR; PINHO, 2014.	Identificar fatores associados ao risco de transtornos alimentares entre acadêmicos da área de saúde.	200 estudantes de graduação com idade média de 23 anos.
E7	MARTINS et al. 2011.	Avaliar o uso de drogas antiobesidade entre estudantes de uma universidade pública	664 estudantes com idade média de 23 anos
E8	MARTINS et al. 2010.	Identificar a prevalência de insatisfação com a imagem corporal e de sintomas de anorexia e bulimia em adolescentes do sexo feminino.	258 estudantes do sexo feminino com idades entre 11 a 13 anos.
E9	BRAGA; MOLINA; CADE, 2007.	Identificar o perfil nutricional e as expectativas dos adolescentes em relação a mudanças no perfil nutricional.	43 estudantes com idades entre 13 a 17 anos
E10	BOSI et al. 2006.	Identificar a autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição no município do Rio de Janeiro	193 estudantes do sexo feminino

Legenda: E: Estudo. Fonte: Autoria própria.

Tabela 1. Estudos utilizados para a confecção da pesquisa, segundo metodologia usada e os resultados.

ESTUDO	METODOLOGIA	RESULTADOS
E1	Questionário de checagem corporal (BSQ); IMC (peso e estatura); Ingestão alimentar (Questionário de frequência alimentar).	A insatisfação com a imagem corporal foi identificada em 19,5% dos adolescentes. Três padrões alimentares foram identificados: (1) o padrão ocidental foi composto por alimentos do tipo <i>fast food</i> ; (2) o padrão tradicional composto de óleos, frango, peixe, ovos, produtos cárneos processados; e (3) o padrão restritivo era composto de granola, raízes, vegetais e frutas. Entre os adolescentes com sobrepeso / obesidade, os dados indicaram associação negativa de discreta insatisfação com a imagem corporal e moderada imagem corporal insatisfação com o padrão alimentar ocidental.
E2	Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26); Teste de Atitudes Alimentares para Crianças (ChEAT); Estudo Investigatório Bulímico de Edimburgo (BITE); IMC (peso e estatura).	A prevalência de triagem de transtornos alimentares foi de 11,4% (n = 242) para os 2.123 jovens avaliados. O excesso de peso esteve presente em 21,1% (n = 447) dos estudantes, sendo mais prevalente na fase inicial da adolescência, que apresentou níveis de distorção de imagem 56,9% (n = 740) e insatisfação de 79,3% (n = 1031). A insatisfação corporal foi considerada como um fator de risco, aumentando em mais de 13 vezes a chance de transtorno alimentar.
E3	Questionário de checagem corporal (BSQ); Teste de atitudes alimentares (EAT-26).	Mais de 50,0% das mulheres estavam insatisfeitas com a imagem corporal, mas a insatisfação grave foi mais prevalente entre os estudantes (26,7% versus 16,0%). Não houve diferença na prevalência de teste EAT positivo entre os dois grupos. Alunos com EAT positivo tiveram mais chance de insatisfação corporal. Alunos da graduação em Nutrição e nutricionistas tendem a desenvolver atitudes sugestivas de um transtorno alimentar e estarem insatisfeitos com sua imagem corporal.
E4	Questionário de checagem corporal; Teste de atitudes alimentares (EAT-26) Questionário Sociocultural para a Aparência; Questionário de Checagem Corporal para homens e mulheres (BSQ).	Em relação à insatisfação corporal, para o sexo feminino, 79,4% (135) foram classificadas como livres de insatisfação. Para o sexo masculino, 100% (41 indivíduos) estavam classificados como livres de insatisfação. A partir do EAT-26, verificou-se que 24,1% (41) das mulheres apresentavam risco para transtornos de conduta alimentar (EAT-26>20). Para os homens, apenas 2,4% (1) possuía comportamentos alimentares deletérios à saúde. Com relação à influência midiática, observou-se que ambos os sexos se sentiram pressionados a adotarem o padrão de corpo exposto pela mídia.
E5	Utilização do IMC. Aplicação do Questionário de insatisfação corporal Escala de Silhuetas Questionário de mudança corporal.	Constatou-se que entre o sexo feminino o índice de insatisfação corporal é maior. Verificou-se que os avaliados não distinguem a diferença entre hipertrofia e tonicidade. Assim como o QMC revelou-se um excelente instrumento para avaliação psicométrica de adolescentes.
E6	Questionário investigativo sobre o perfil nutricional; Teste de Atitudes alimentares (EAT-26); IMC (peso e estatura).	Observou-se que 4,0% apresentaram alto risco de desenvolverem transtornos alimentares, 21,0% baixo risco e 75,0% não apresentaram risco. As variáveis “percepção do corpo inadequada”, “prática de dieta”, “ausência do café da manhã” e “lanches nos intervalos” foram associadas com fatores de risco de transtorno alimentar. A prevalência de fatores de risco para transtorno alimentar foi de 34,4% nos universitários que apresentaram o estado nutricional inadequado.
E7	Questionário investigativo sobre o uso de drogas. Antropometria (peso corporal, estatura, circunferência da cintura- CC e do quadril). Índice de Massa Corporal (IMC) Razão cintura quadril (RCQ)	6,8% dos estudantes já usaram alguma droga para perda de peso, não houve diferença estatística entre os sexos. Embora as médias de IMC, CC e circunferência do quadril tenham sido significativamente maiores ($p < 0,05$) nos universitários que faziam uso ou referiram uso anterior de drogas antiobesidade, a proporção de estudantes que referiu uso de drogas antiobesidade classificados como normais pelo IMC foi de 47%.
E8	Questionário de checagem corporal (BSQ); Teste de atitudes alimentares (EAT-26); IMC (peso e estatura); Adiposidade corporal (dobra cutânea tricipital e subescapular).	A prevalência de insatisfação com a imagem corporal foi de 25,3% e a de sintomas de anorexia e bulimia foi de 27,6%. A insatisfação com a imagem corporal apresentou associação com o estado nutricional, sendo que as adolescentes com excesso de peso apresentaram maior insatisfação (razão de chances = 2,64).
E9	Questionário investigativo sobre a mudança no perfil nutricional; Antropometria (peso e estatura), IMC.	A maioria (86%) dos adolescentes foi classificada como eutrófica e revelou descontentamento com o corpo e grande preocupação com a beleza. Resultados evidenciaram a importância dada à estética, como principal motivo para desejarem mudanças. Foram relatadas dificuldades no que diz respeito ao controle alimentar e à realização de atividade física.
E10	Questionário de checagem corporal (BSQ)IMC: (peso e estatura)	A prevalência de universitárias com distorção grave da imagem corporal foi de 6,2% (IC 95%; 3,2%-10,6%). Observou-se associação estatisticamente significativa entre o BSQ e o índice de massa corporal (IMC) categorizado.

Legenda: E: Estudo. Fonte: Autoria própria.

4. DISCUSSÃO

O padrão de beleza globalizado tem sido descrito por diversos autores como ditadura do corpo magro e essa imposição afeta cada vez mais a sociedade, com maior impacto no sexo feminino, desde a adolescência até a velhice. Atrelado ao desenvolvimento do padrão magro de beleza está o aumento da incidência de insatisfação corporal (IC) e transtornos alimentares (TA).

Detectar o transtorno alimentar é uma tarefa difícil e deve ser feita de forma multidisciplinar. A preocupação com a autoimagem, peso e formato corporal, podem ser considerados sintomas de TA e a distorção da imagem, assim como a imagem negativa estimulam a baixa estima, depressão e ansiedade, facilitando a adesão de comportamentos alimentares e físicos, compulsivos e/ou transtornados. (DAMASCENO et al., 2005)

A distorção da imagem corporal é amplamente descrita na literatura como um agravante no desenvolvimento de TA: em um estudo com 745 mulheres estudantes e profissionais da nutrição, Toral et al. (2016) observou que estudantes e profissionais relacionados a nutrição estão mais suscetíveis a autoavaliação corporal severa. Atribui-se a este fato a soma da pressão social pelo corpo magro como “cartão de visitas”. Considerando a profissão exercida, os resultados demonstram que 50% do total da amostra apresentam-se insatisfeitas com a imagem corporal, sendo 26,7% com grave insatisfação corporal. O mesmo estudo aponta ainda que os indivíduos classificados com IC tendem a ter pontuação positiva e elevada quando submetidos ao Teste de Atitudes Alimentares (EAT), evidenciando a associação entre a insatisfação corporal e transtornos alimentares.

A suscetibilidade dos profissionais da saúde, tem demonstrado grande relevância em todo mundo. De acordo com Duran et al. (2011), observa-se comportamento de risco para TA em 2,5% no Japão, 22,8% no Paquistão, 23,1% na Colômbia em estudantes de medicina, e em 4% dos estudantes de enfermagem 4,0% na Índia. No Brasil, um estudo transversal realizado no Rio de Janeiro avaliou 189 mulheres estudantes de medicina e os resultados demonstram que 45,5% da amostra apresenta comportamento de risco ou anormais para TA. Ressalta-se que, ao comparar os resultados de prevalência com os resultados pesquisados em indivíduos de outros cursos da saúde na mesma instituição, os pesquisadores observaram que a prevalência de comportamento de risco ainda é maior no curso de medicina, considerando que em educação física detectou-se 26,3%, em nutrição 32,6% e em psicologia 26,3% (BOSI et al., 2014).

Ainda de acordo com o estudo realizado por Bosi et al. (2014), que também avaliou a insatisfação corporal, nota-se que a IC está presente em 27,7% da amostra de forma grave ou moderada e 82,3% deseja perder peso, mesmo estando com peso adequado conforme o índice de massa corporal (IMC). Se comparados, os cursos de educação física, nutrição e psicologia apresentaram prevalências similares, ou seja, mesmo em condições eutróficas, existe a presença da IC, sugerindo uma super estimação do peso e autoimagem distorcida. O IMC apresenta uma intensa relação com a percepção da IC, influenciando negativamente a autoimagem: estudos recentes sugerem que o IMC elevado está condicionado a índices elevados de IC. Evidencia-se também que este parâmetro pode influenciar alterações do comportamento alimentar, onde a permissão incondicional do comer está atrelada ao IMC. (PAANS et al., 2018)

A imagem corporal trata-se de uma concepção multidimensional, envolvendo a autopercepção individual, podendo sofrer a influência familiar, da mídia e do convívio social na satisfação ou insatisfação do indivíduo em relação ao seu corpo, de maneira direta e indireta (MOEHLECKE et al., 2020). Segundo o estudo realizado por Alvarenga et al. (2010), há pessoas que chegam ao extremo estabelecendo procedimentos de checagem corporal com o intuito de verificar se os seus corpos estão adequados aos padrões estabelecidos pela sociedade, demonstrando que grande parte da insatisfação corporal é em virtude dos estereótipos de beleza cada vez mais inatingíveis. O comportamento de checagem corporal entre as mulheres com idade média de 22 anos atinge 47,1%, sendo que 48,8% das mesmas apresentam aumento da absorção do ideal padrão de beleza imposto pela mídia, notando-se que a influência dos meios de comunicação exerce extrema pressão sobre esses indivíduos (BATISTA et al. 2018).

Observa-se que os distúrbios alimentares obtêm a maior taxa de mortalidade entre todos os transtornos de saúde mental, como observado na anorexia nervosa (AN) que se aproxima de 6% por década (GIBSON et al. 2019). Os grupos de riscos são cada vez maiores e os resultados deste estudo demonstram que além dos profissionais e estudantes de saúde predominantemente feminino, os adolescentes de ambo os sexos são altamente vulneráveis a distorção da imagem corporal, elevando assim as probabilidades de desenvolverem o comer transtornado. (CIAMPO; CIAMPO, 2010)

Nesse contexto, Martins et al. (2010) buscaram estabelecer uma relação entre o estado nutricional, a insatisfação da imagem corporal e os sintomas de anorexia e bulimia, encontrando a prevalência de AN de 25,3% e da bulimia de 27,6% em uma amostra de 166 adolescente na faixa etária de 11 a 13 anos de idade. Cerca de 25,3% da amostra também apresentam insatisfação corporal, contudo 68,8% das adolescentes apresentam peso normal. Ressalta-se que os resultados apontam que o aumento do IMC está associado a insatisfação corporal, o que corrobora com os resultados obtidos neste estudo, entretanto o autor não encontrou associação significativa entre IC e os sintomas de TA em adolescentes, possivelmente pelo fato da IC estar presente nesse ciclo da vida por diversos outros fatores.

Recentemente, um estudo realizado em Minas Gerais com 2.123 indivíduos de 10 a 19 anos concluiu que a IC é um importante fator de risco, elevando em 13 vezes a chance e o rastreamento de TA nesse público (CECON et al., 2017). Sugere-se então que a ausência dos sintomas de TA encontrados por Martins et al. (2010) não anula as chances do comer transtornado em adolescente com insatisfação corporal, porém serve como alerta para a complexidade do diagnóstico de TA neste ciclo da vida.

Diante do exposto, entende-se que a IC é um preditor com grande potencial de influência no comportamento alimentar, a forma física é agravante da autoimagem e apresenta-se distorcida da realidade na maioria dos indivíduos. A excessiva pressão social regada pela ditadura do corpo magro, a fase da vida e a área de atuação profissional, exerce influência na autopercepção. Tendo em vista que indivíduos com IMC normal tendem a se considerar acima do peso, e insatisfeitos, mesmo em estado de eutrofia, sugere-se que a distorção da imagem corporal atue como preditor para TA, promovendo alterações do comportamento alimentar, e subsidiando atitudes extremas correlacionadas a alimentação e atividade de física. A IC tem demonstrando-se um grave problema de saúde psicológica com repercussões biológicas e físicas.

5. CONCLUSÃO

Conclui-se que o grau de insatisfação corporal desempenha papel expressivo no desenvolvimento de transtornos alimentares, sobretudo entre o gênero feminino em idade jovial e em adolescentes, onde a suscetibilidade é aumentada associando-se as diversas mudanças ocorridas durante a transição para vida adulta, com a grande relevância de mais análises visando a diminuição desses casos. Os estudantes inseridos no âmbito da saúde e beleza também estão suscetíveis a esse risco, no qual a principal causa da insatisfação corporal deve-se aos padrões de beleza cada vez mais inalcançáveis, em uma busca desenfreada para conseguir atingi-los. No entanto, a associação desses indivíduos com a alimentação carece de estudos mais aprofundados, a fim de facilitar o diagnóstico, evitar a normalização do comer transtornado e consequentemente minimizar o predomínio dos casos que são cada vez mais recorrentes.

REFERÊNCIAS

- [1] BATISTA, A. et al. Dimensão atitudinal da imagem corporal e comportamento alimentar em graduandos de educação física, nutrição e estética da cidade de Juiz de Fora – MG. *Rev. Educ. Fís/UEM*, v. 26, n. 1, p. 69-77, 2015.
- [2] BOSI, M. L. M. et al. Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. *Jornal Bras. Psiquiatr.*, v. 55, n. 2, p. 108-113, 2006.
- [3] BRAGA, P. D.; MOLINA, M. C. B.; CADE, N. V. Expectativas de adolescentes em relação a mudanças do perfil nutricional. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 5, p. 1221-1228, 2007.
- [4] CECON, R. S. et al. Overweight and Body Image Perception in Adolescents with Triage of Eating Disorders. *The Scientific World Journal*, v. 10, n. 4, p. 1-6, 2017.
- [5] CIAMPO, Luiz Antonio del; CIAMPO, Ieda Regina Lopes del. Adolescência e imagem corporal. *Adolescência e Saúde: REVISTA OFICIAL DO NÚCLEO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO ADOLESCENTE / UERJ*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 55-59, dez. 2010.
- [6] DAMASCENO, V. O. et al. Imagem corporal e corpo ideal. *R. Bras. Ci. e Mov.*, v. 10, n. 4, p. 81-94, 2005.
- [7] DURAN, Shirley Sáenz et al. Hábitos y Trastornos Alimenticios asociados a factores Socio-demográficos, Físicos y Conductuales en Universitarios de Cartagena, Colombia. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, [S.L.], v. 4, n. 3, p. 193-204, out. 2011. Instituto de Salud Carlos III/BNCS/SciELO Espana. <http://dx.doi.org/10.4321/s1699-695x2011000300003>.
- [8] FREITAS, C.; JORDAN, H.; HUGHES, E. K. Body image diversity in the media: A content analysis of women's fashion magazines. *Health Promot J Austral.*, v. 47, n. 4, p. 1-6, 2017.

- [9] GIBSON, Dennis et al. Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Psychiatric Clinics Of North America*, [S.L.], v. 42, n. 2, p. 263-274, jun. 2019. Semanal. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.009>.
- [10] GALMICHE, Marie et al. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American Journal Of Clinical Nutrition*, [S.L.], v. 109, n. 5, p. 1402-1413, 26 abr. 2019. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>.
- [11] MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS. Porto Alegre: American Psychiatric Association - Artmed, v. 5, 2014. Disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2020.
- [12] MOEHLECKE, Milene et al. Self-perceived body image, dissatisfaction with body weight and nutritional status of Brazilian adolescents: a nationwide study. *Jornal de Pediatria*, [S.L.], v. 96, n. 1, p. 76-83, jan. 2020. Semanal. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2018.07.006>.
- [13] KOVEN, Nancy et al. The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, [S.L.], p. 385-386, fev. 2015. Semanal. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.2147/ndt.s61665>.
- [14] LEITE, H. M. et al. Shift work, sleep duration, and body image dissatisfaction among female workers in southern Brazil. *Arch Womens Ment Health*, v. 54, n. 10, p. 1-10, 2018.
- [15] LINARDON, J. et al. Do body checking and avoidance behaviours explain variance in disordered eating beyond attitudinal measures of body image? *Eat Behav.*, v. 7, n. 32, p. 7-11, 2018.
- [16] MARTINS, C. R. et al. Insatisfação com a imagem corporal e relação com estado nutricional, adiposidade corporal e sintomas de anorexia e bulimia em adolescentes. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v. 32, n. 1, p. 19-23, 2010.
- [17] MARTINS, M. C. C. et al. Uso de drogas antiobesidade entre estudantes universitários. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v. 57, n. 5, p. 570-576, 2011.
- [18] MEIRELES, J. F. et al. Avaliação psicométrica do Questionário de Mudança Corporal para adolescentes. *Cad. Saúde Pública*, v. 3, n. 11, p. 2291-2301, 2015.
- [19] PAANS, N. P.G. et al. Contributions of depression and body mass index to body image. *Journal Of Psychiatric Research*, v. 103, n. 10, p. 18-25, 2018.
- [20] REIS, J. A.; JÚNIOR, C. R. S.; PINHO, J. Factors associated with the risk of eating disorders among academics in the area of health. *Rev Gaúcha Enferm.*, v. 35, n. 2, p. 73-78, 2014.
- [21] SILVA, R. C. R. et al. Body image dissatisfaction and dietary patterns according to nutritional status in adolescents. *Jornal de Pediatria*, v. 10, n. 2, p. 1-7, 2018.
- [22] SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*, v. 8 n.1, p. 102-106, 2010.
- [23] TALBOT, D.; CASS, J.; SMITH, J. Visual Body Scale for Men (VBSM): Validation of a new figural rating scale to measure perceived-desired body discrepancy in men. *J Clin. Psychol.*, v. 10, n. 4, p. 1-19, 2018.
- [24] TORAL, N. et al. Eating disorders and body image satisfaction among Brazilian undergraduate nutrition students and dietitians. *Archivos latino americanos de nutrición*, v. 66, n. 2, p. 19-134, 2016.
- [25] WEBB, J. B.; HAYCRAFT, E. Parental body dissatisfaction and controlling child feeding practices: A prospective study of Australian parent-child dyads. *Eat Behav.*, v. 28, n. 32, p. 1-6, 2018.

Autores

GLEICA SOYAN BARBOSA ALVES (ORGANIZADORA)

Farmacêutica (UFAM - 2013), mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia (UFAM - 2016) professora assistente da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e Coordenadora do Curso de Engenharia Sanitária do Instituto de Ciências Exatas e Tecnologia (ICET). Tem experiência na área de Microbiologia, Epidemiologia, Biologia Molecular e Controle de Qualidade de Alimentos e Medicamentos.

ELIENE DE OLIVEIRA (ORGANIZADORA)

Graduada em Odontologia pela Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes (2017) e em Enfermagem pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas - FUNORTE (2011). Especialista em Saúde da Família. Especialista em Educação a Distância. Servidora pública efetiva no cargo de Odontólogo na Prefeitura Municipal de Montes Claros/MG. Docente na Escola Técnica de Saúde do Centro de Educação Profissional e Tecnológica da Unimontes. Professora supervisora do Estágio em Saúde da Família do curso de Odontologia da FUNORTE. Possui experiência em Saúde Coletiva/Saúde da Família.

ADRIANA RUBERT DE AGUIAR

Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva.

ALANA MACHADO ZIMMERMANN

Estudante de ciências sociais (UFSM).

ALEJANDRO LEZCANO SCHWARZKOPF

Possui doutorado (2015) em Sociologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e mestrado pela Universidade Federal de Santa Maria (2008). Integra o corpo de docentes do Colégio Politécnico da UFSM. Participa do Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional e Tecnológica Mestrado Acadêmico em Educação Profissional e Tecnológica (UFSM). Tem experiência de pesquisa em sociológica política, com ênfase nos temas da cidadania, instituições participativas e sociedade civil.

ANA FLAVIA MACHADO DE CARVALHO

Graduação em Fisioterapia pela Universidade Estadual da Paraíba (1996) Dr^a em Engenharia Biomédica. Professora efetiva da Universidade Estadual do Piauí e da Faculdade Facid Wyden. Fisioterapeuta concursada do estado, lotada no HGV na UTI desde 2006. Tem experiência na área de Fisioterapia, com ênfase em SAÚDE PÚBLICA, DOCÊNCIA DO ENSINO SUPERIOR, NEUROPEDIATRIA E PNEUMOFUNCIONAL. Atuando principalmente nos seguintes temas: fisioterapia, estratégia ventilatória protetora, síndrome do desconforto respiratório agudo, técnica respiratória e reabilitação neuro infantil.

BERNARDO VIEIRA DE CASTRO SILVA

Acadêmico do curso de Medicina da Universidade de Itaúna (UI)

CAMILA DURAND FERREIRA

Advogada, graduada no curso de Direito da Universidade Franciscana (UFN) - Santa Maria/RS. Acadêmica do curso de Ciências Sociais/Bacharelado da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Foi bolsista no Projeto de Pesquisa e Extensão "Instituições Participativas na cidade de Santa Maria" do Colégio Politécnico (UFSM). É Pós-Graduada em Direito Administrativo e Gestão Pública pela Fundação Escola Superior do Ministério Público (FMP). Participante do Grupo de

Pesquisa Núcleo de Estudos do Comum (NEC) registrado junto à Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e ao CNPQ.

CLAUDIA VALERIA CUNHA FIGUEIREDO

Doutoranda em Enfermagem e Biociências- UNIRIO Mestre em Desenvolvimento local - UNISUAM
Coordenação de Curso de Pós Graduação em Enfermagem Obstétrica e Ginecologia – UNISUAM
Docente do Centro Universitário Augusto Motta – UNISUAM Coordenação de educação continuada-
Hospital Estadual Eduardo Rabello Enfermeiro Especialista em Métodos Dialíticos

CRISTIANE DE MOURA

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade de Itaúna (UI)

DANIEL MENEZES FERNANDES

Acadêmico de Medicina do quinto ano da Universidade de Itaúna e futuro Ortopedista.

DANIELE ALVES DAMACENO GONDIM

Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro Universitário Estácio da Amazônia

DÉBORA CÂNDIDO DE SOUZA

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). Residente em saúde materno-infantil pelo Hospital Universitário da Grande Dourados (HU - UFGD).

DÉBORA VIEIRA SANTOS

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). Pós graduanda em Psicologia Hospitalar pela Faculdade Venda Nova do Imigrante (FAVENI).

ELIS FERNANDA ARAÚJO LIMA DE OLIVEIRA

Possui graduação em Fisioterapia pela Faculdade Integral Diferencial - FACID/DeVry (2014). Especialista em Fisioterapia Hospitalar pela Faculdade Inspirar. Atualmente é Fisioterapeuta - Empregada Pública Federal da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), atuando na Unidade de Reabilitação do Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros- HUUNIVASF e Docente do curso de Fisioterapia da Faculdade São Francisco de Juazeiro-BA. É preceptora de Ensino do curso de Fisioterapia da Universidade de Pernambuco- UPE.

ESTER TORRES DE CARVALHO

Estudante Graduanda em Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem

GABRIELA JENNIFER CIDREIRA DA SILVA

Graduanda em Nutrição pela Faculdade Anhanguera de São José dos Campos

GERDA COELHO E SILVA

Doutoranda em Engenharia Biomédica pela Universidade do Vale do Paraíba-UNIVAP-SP, Mestre em Engenharia Biomédica pela -UNIVAP-SP (2006), graduação em Fisioterapia pela Universidade de Fortaleza (1997); aperfeiçoamento em Auditoria em Serviços de Saúde pela Universidade de Ensino de Ribeirão Preto-UNAERP-SP (2003); especialização em Fisioterapia no Sistema Músculo-esquelético (2004). Professora no curso de Especialização em Fisioterapia Dermatofuncional no

Instituto Latu Sensus-Teresina-PI. Professora pesquisadora voluntária na Faculdade de Ciências Médicas - FACIME - UESPI desde outubro de 2015.

HELIO LUIZ FONSECA MOREIRA

Professor de Direito Penal do Instituto de Ciências Jurídicas/UFPA. Pós-doutor em Psicologia Social pelo PPGP da Universidade Federal do Pará (UFPA, 2019), Pós-doutor em Psicologia (2020), doutor em Ciências Sociais (UFPA, 2007), mestre em Sociologia (UFPA, 2002), Especialista em Educação e Problemas Regionais (UFPA, 1993), bacharel em Direito (UFPA, 1999), bacharel em Ciências Sociais (UFPA, 1990). Possui, ainda, experiência nas áreas Direito Processual Penal, Sociologia e Metodologia da Pesquisa. Desenvolve estudos nas seguintes linhas pesquisa: "Direito e Representações Sociais" e "Análise de decisões judiciais em estudo de casos".

JANARI DA SILVA PEDROSO

Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia/UFPA. Pesquisador produtividade do CNPq. Pós-doutor em Psicologia (Universidade Católica de Brasília), doutor em Ciências: Desenvolvimento Sócioambiental (NAEA/UFPA, 2003), mestre em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido pelo (NAEA/UFPA, 1999), Especialista Rorschach pela Sociedade Rorschach de São Paulo, (SRSP, 2003), Bacharel em Psicologia e Formação de Psicólogo pela Universidade da Amazônia (UNAMA, 1994). Coordena o laboratório de desenvolvimento e saúde (LADS). Participa da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP), no Grupo de Trabalho: Família, Processos de Desenvolvimento e Promoção da Saúde.

JAQUELINE BATISTA DE OLIVEIRA COSTA

Doutora em "Educação: Psicologia da Educação" pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC/SP (2011; Mestre em Educação: "Formação de Professores" pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho de Presidente Prudente - UNESP/SP (2004). Formada em Pedagogia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho de Presidente Prudente (2000) e graduada em Psicologia pelo Centro Universitário da Grande Dourados (UNIGRAN) (2019). Atua como Professora Adjunta do Curso de Graduação e Pós-Graduação (Mestrado) em Psicologia na Universidade Federal da Grande Dourados - UFGD, (Dourados/MS).

JEFERSON MARTINS

Bacharelado em enfermagem.

JUÇARA GONCALVES DE CASTRO

Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade Estadual da Paraíba (1996) e graduação em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba (1994). Atualmente é estatutário do Governo do Estado do Piauí, professor titular da Faculdade Integral Diferencial- FACiD/Wyden e Chefe do Serviço de Fisioterapia da Assembleia Legislativa do Piauí. Tem experiência na área de Fisioterapia atuando principalmente nos seguintes temas: Comunidade, Reabilitação, Cicatrização, Fisioterapia dermatofuncional, Pré e pós operatório de cirurgia plástica. Possui mestrado em Engenharia Biomédica pela Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP), 2016.

KAROLINE HONORATO BRUNACIO

Mestra em Ciências pelo programa de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sendo a área de concentração Epidemiologia. Possui graduação em Nutrição pela mesma instituição. Atualmente é coordenadora do curso de graduação em Nutrição na Faculdade Anhanguera de São José dos Campos.

LETÍCIA BOLSSON RADINS

Acadêmica de Medicina - UFN

LIDIANE CARVALHO

Enfermeira especialista em obstetrícia.

LUNNA LIMA CARVALHO

Acadêmica do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro Universitário Estácio da Amazônia

MARCELINO MARTINS

Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade Federal de Pernambuco (1971). Mestre em Engenharia Biomédica pela UNIVAP (2010). Doutorando em Engenharia Biomédica pela Universidade Camilo Castelo Branco (UNICASTELO), São José dos Campos - SP. Professor Assistente da Universidade Estadual do Piauí (UESPI). Foi Presidente do CREFITO-14 (Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - 14). Tem experiência na área de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, com ênfase em Fisioterapia Traumatológica-Ortopédica Funcional.

MARIA ALDENIR FAUSTINO DIAS ANDRADE

Possui qualificação técnica em optometria pelo Conselho Nacional de Óptica e Optometria de Goiânia (2005), graduação em fisioterapia pela FACID (2014). Pós graduação em andamento em Ortóptica com ênfase em reabilitação visual pela FASUP. Atualmente exerce a função de técnica em optometria como autônoma e tem experiência na área de Fisioterapia com ênfase em Fisioterapia Ocular.

MARIA EDUARDA SILVEIRA SOUZA FERRO

Psicóloga graduada pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

MARIA GABRIELA ANDRADE FEITOSA

Acadêmica do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro Universitário Estácio da Amazônia

MAURA CRISTINA PORTO FEITOSA

Doutora em Engenharia Biomédica-Univap (2016) Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade Estadual da Paraíba (2004) e Mestrado em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Piauí (2011). Especialista em Fisioterapia Neurológica e Docência do Ensino Superior. Tem experiência na área de Fisioterapia, com ênfase em Fisioterapia Neurológica e Saúde da Mulher. Atualmente é Professora Adjunto II e foi Coordenadora do curso de Fisioterapia na Universidade Estadual do Piauí (UESPI) (2019-2020) bem como Conselheira Suplente do CREFITO-6 (2010).

MILENA RAMOS ALCÂNTARA

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). Pós graduanda em Psicologia Puerperal pela Faculdade Venda Nova do Imigrante (FAVENI).

MONIQUE RIQUELE LINHARES GOMES LOURENÇO

Graduada em Estética e Imagem Pessoal pela Universidade Norte do Paraná, graduanda em Nutrição pela Faculdade Anhanguera de São José, onde também participa da Iniciação Científica

(comportamento alimentar de mulheres submetidas a procedimentos estéticos), e Pós Graduanda em Biologia Celular e Molecular pela Faculdade Dom Alberto

NAIARA KÁSSIA MACEDO DA SILVA BEZERRA

Graduada em Fisioterapia pela Faculdade Integral Diferencial - Devry (2014), Especialização em Fisioterapia Neurológica pela Estácio de Teresina (2016) e Fisioterapia Respiratória pela Faculdade Cidade Verde - FCV (2018), Mestrado em Ciências pela Universidade Federal do Vale do São Francisco - UNIVASF (2019). Fisioterapeuta da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH, vinculada à Unidade de Reabilitação, lotada na UTI adulto do Hospital Universitário da UNIVASF. Atualmente, é Professora do Curso de Fisioterapia da Faculdade São Francisco de Juazeiro (FASJ).

NAYANA PINHEIRO MACHADO DE FREITAS COELHO

Graduação em Fisioterapia pela Universidade de Fortaleza- UNIFOR (1998), Mestrado em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Piauí - UFPI (2007) e Doutorado em Engenharia Biomédica pela Universidade do Vale do Paraíba - UNIVAP (2013). Docente da Universidade Estadual do Piauí, Adjunto III/Dedicação Exclusiva. Atualmente é Pro Reitora de Ensino de Graduação da UESPI, Membro da Coordenação da ABENFISIO - PI e integrante do Banco de Avaliadores do SINAES/BASIS como Avaliadora de Curso de Graduação pelo INEP/MEC.
.

OSCAR WILLIAN DE OLIVEIRA

Enfermeiro Pós Graduando em Obstetrícia, Coordenador de Curso Técnico

PAULA ORCHIUCCI MIURA

Professora Adjunta do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), vinculada ao programa de Mestrado em Psicologia da UFAL. Mestre em Psicologia Social (PUC-SP), Doutora em Psicologia Clínica (PUC-SP) com estágio de doutorado no Serviço de Violência Familiar do Hospital Psiquiátrico de Coimbra e Pós-doutorado em Psicologia Clínica (USP).

RAPHAEL BRUM CARDOSO

Acadêmico do curso de Medicina da Universidade de Itaúna (UI)

RICARDO BOLSSON RADINS

Médico Residente em Medicina Interna - Hospital São Vicente de Paulo

ROMULLO VINICIUS DUTRA MENEZES

Estudante de medicina do quinto ano da Universidade de Itaúna, diretor da liga de oftalmologia da mesma e idealizador do projeto.

SEBASTIAN SOARES

Bacharelado em Psicologia.

SIMONE CARNEIRO FREITAS

Enfermeira (Centro Universitário Augusto Motta) Especialista em Neonatologia e Pediatria (Universidade Celso Lisboa) Pós graduanda em Enfermagem Obstetra e ginecológica (Centro Universitário Augusto Motta)

STELLA AZEVEDO BRAGA

Acadêmico do curso de Medicina da Universidade de Itaúna (UI)

THAÍS ALINE LOURENÇO FONSECA LAURIA

Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro . Enfermeira da Secretaria de Saúde do Município de Itaguaí/ RJ , responsável pelo serviço de Educação continuada do HMSFX. Docente do curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta. Atua como professora convidada no curso de pós graduação em enfermagem Obstétrica e Ginecológica do Centro Universitário Augusto Motta.

THASSIA STEFANY FERREIRA

Médica pela Universidade de Itaúna.

TÚLIO ESTEVES TORMIN BOTELHO

Estudante do quinto ano de medicina da Universidade de Itaúna, diretor da Liga de Oftalmologia da mesma e entusiasta da inovação científica.

VÂNIA THAIS SILVA GOMES

Graduada em Nutrição pelo Centro Universitário UniFacema (2015). Doutora em Engenharia Biomédica pela Universidade do Vale do Paraíba. Especialista em Nutrição Clínica, Metabolismo, Prática e Terapia Nutricional pela Faculdade Futura (2018); Especialista em Fisiologia do Exercício Aplicada à Clínica pela Universidade Federal de São Paulo (2018). Integrante do grupo de pesquisa "Impactos das Tecnologias nas Ciências da Saúde - ITESC I" da Universidade Federal do Espírito Santo (certificado pelo CNPq). Atua principalmente na área de Alimentos e Nutrição (ênfase na análise físico-química dos alimentos) e Nutrição Clínica (ênfase em oncologia pediátrica, autismo na infância e mucosite oral). Atualmente é professora efetiva do Departamento de Medicina da Universidade de Gurupi (UNIRG).

VERUSKA CRONEMBERGER NOGUEIRA REBELO

Possui graduação em Fisioterapia (UNIFOR), Pós-Graduada em Fisioterapia Traumatológica ortopédica (COFFITO), Recursos Humanos (AESPI), Gerontologia Social (UFPI), Acupuntura (ABACO). Mestrado e Doutorado em Engenharia Biomédica (UNIVAP). Docente Adjunta da Universidade Estadual do Piauí-UESPI. Está vinculada ao Grupo de Pesquisa de Biofotônica e Termografia Clínica e Experimental com linha de pesquisa em Fisioterapia Clínica no Laboratório de Biofotônica e Termografia Clínica (CNPQ/UESPI) e no Grupo de Pesquisa da Univap. Revisora ad hoc de projetos apresentados à Coordenação de Pesquisa PIBIC- UESPI.

VIVIAN NUNES ALEXANDRE IVO DE FIGUEIREDO

Médica pela Universidade de Itaúna e atualmente residente de Dermatologia.