



# TEMAS INTERDISCIPLINARES SOBRE QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE

Vol. II

**RAMON MISSIAS-MOREIRA  
MARIA JOSÉ NOGUEIRA  
CARLOS LARANJEIRA  
ISABEL BICO  
[Organizadores]**



# TEMAS INTERDISCIPLINARES SOBRE QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE

Vol. II

**RAMON MISSIAS-MOREIRA  
MARIA JOSÉ NOGUEIRA  
CARLOS LARANJEIRA  
ISABEL BICO  
[Organizadores]**

2.<sup>a</sup> Edição - Copyrights do texto - Autores e Autoras

Direitos de Edição Reservados à Editora Terried

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.



O conteúdo dos capítulos apresentados nesta obra são de inteira responsabilidade d@s autor@s, não representando necessariamente a opinião da Editora.

Permitimos a reprodução parcial ou total desta obra, considerado que seja citada a fonte e a autoria, além de respeitar a Licença Creative Commons indicada.

### ***Conselho Editorial***

Adilson Cristiano Habowski - ***Currículo Lattes***

Anísio Batista Pereira - ***Currículo Lattes***

Adilson Tadeu Basquerote Silva - ***Currículo Lattes***

Alexandre Carvalho de Andrade - ***Currículo Lattes***

Cristiano Cunha Costa - ***Currículo Lattes***

Celso Gabatz - ***Currículo Lattes***

Denise Santos Da Cruz - ***Currículo Lattes***

Emily Verônica Rosa da Silva Feijó - ***Currículo Lattes***

Fernanda Monteiro Barreto Camargo - ***Currículo Lattes***

Fredi dos Santos Bento - ***Currículo Lattes***

Fabiano Custódio de Oliveira - ***Currículo Lattes***

Guilherme Mendes Tomaz dos Santos - ***Currículo Lattes***

Leandro Antônio dos Santos - ***Currículo Lattes***

Lourenço Resende da Costa - ***Currículo Lattes***

Marcos Pereira dos Santos - ***Currículo Lattes***

## Dados de Catalogação na Publicação (CIP)

TEMAS INTERDISCIPLINARES SOBRE QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE Vol. II [livro eletrônico] / Organização: Ramon Missias-Moreira; Maria José Nogueira; Carlos Laranjeira; Isabel Bico. -- 2. ed. -- Alegrete, RS : Editora TerriED, 2023.

PDF-

ISBN 9 7 8 - 6 5 - 8 4 9 5 9 - 2 5 - 5

1. Qualidade de vida 2. Saúde 3. Saúde Coletiva  
4. Interdisciplinar 5. Ciências da Saúde

CDD-370-1

23-147990

### Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde Coletiva 614.1



10.48209/978-65-84959-25-5



**TERRIED**

*www.terried.com*

*contato@terried.com*

*(55) 99656-1914*

# SUMÁRIO

**PREFÁCIO – Profa. Dra. Alejandra Rodriguez Torres (UAEMEX).....10**

## CAPÍTULO 1

**TRABALHO NA MINERAÇÃO, RISCOS OCUPACIONAIS E SEUS EFEITOS NA SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR.....13**

*Dalila Sousa Lopes, Ramon Missias-Moreira, Lilia Iêda Chaves Cavalcante*

doi: 10.48209/978-65-84959-25-X

## CAPÍTULO 2

**A EXPERIÊNCIA DE SINTOMAS E A QUALIDADE DE VIDA NA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA.....38**

*Isabel Bico, Susana Mendonça, Ermelinda Caldeira*

doi: 10.48209/978-65-84959-25-0

## CAPÍTULO 3

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM OBESIDADE EM PACIENTES COM AFECÇÕES CARDIOVASCULARES.....62**

*Nívia Samara Dantas de Medeiros, Rayonara Medeiros de Azevedo, Maria Luiza de Araújo Guedes, Natália da Silva Morais, Jéssica Dantas de Sá Tinôco, Maria Isabel da Conceição Dias Fernandes*

doi: 10.48209/978-65-84959-25-1

## CAPÍTULO 4

**ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO EM SAÚDE PARA O COMBATE DA OBESIDADE EM ADULTOS JOVENS.....80**

*Beatriz Coelho da Luz, Paloma Esthefany Bezerra Martins, Maria Júlia Gomes de Araújo Costa, Tatiane do Nascimento Galvão, Ingrid de Carvalho Oliveira, Isabel Feitosa dos Santos, Samily Juany Nascimento Araujo, Andréa Marques Sotero*

doi: 10.48209/978-65-84959-25-2

## CAPÍTULO 5

**CONTROLE METABÓLICO E FATORES DE INFLUÊNCIA EM ADOLESCENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 1 : SCOPING REVIEW.....88**

*Maria José Nogueira, Delfina Teixeira, Carla Santos, Joana Coelho, Madalena Mota, Rita Fernandes*

doi: 10.48209/978-65-84959-25-3

## CAPÍTULO 6

**OS BENEFÍCIOS DA TERAPIA ASSISTIDA COM EQUINOS PARA A QUALIDADE DE VIDA DE PRATICANTES.....102**

*Cintia Francyne de Paula, Juliano de Paula, Maurício Wisniewski, Lara Simone Messias Floriano, Suellen Vienscoski Skupien*

doi: 10.48209/978-65-84959-25-4

## CAPÍTULO 7

**QUALIDADE DE VIDA DE PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS NO EXERCÍCIO DA DOCÊNCIA DURANTE O DISTANCIAMENTO SOCIAL DA COVID-19.....113**

*Gilmar Antoniassi Junior, Luciana de Araújo Mendes Silva, Eva Mendes Monteiro*

doi: 10.48209/978-65-84959-25-6

## CAPÍTULO 8

**RISCOS PSICOSSOCIAIS E CAPITAL PSICOLÓGICO POSITIVO NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.....130**

*Vanessa Yadira Lopes, Carlos Laranjeira*

doi: 10.48209/978-65-84959-25-7

## CAPÍTULO 9

<b>SUPLEMENTOS ALIMENTARES DIRECIONADO PARA IDOSOS.....</b>	<b>143</b>
---	------------

*Maria Luiza Marchiori Visintin Formigoni, Paulo Henrique da Silva Santos, Raul Santiago Rosa, Cristina Kaori Suzuki, Gabriel Matavelli Nicolini Teixeira, Antonio Domenico Alves Monteiro, Suzana Caetano da Silva Lannes*

doi: 10.48209/978-65-84959-25-8

## CAPÍTULO 10

<b>GERONTOPSICOMOTRICIDADE E A PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO EM CONTEXTO INSTITUCIONAL.....</b>	<b>166</b>
---	------------

*Ana Pereira, Luis Leitão, João Queirós, Jorge Soares*

doi: 10.48209/978-65-84959-25-9

## CAPÍTULO 11

<b>DETERMINANTES PSICOSSOCIAIS DA INTENÇÃO DE REDUZIR O CONSUMO DE SAL EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....</b>	<b>179</b>
---	------------

*Mailson Marques de Sousa , Simone Helena dos Santos Oliveira*

doi: 10.48209/978-65-84959-25-A

## CAPÍTULO 12

<b>QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE: O DESAFIO DAS ORGANIZAÇÕES NA PANDEMIA DE COVID-19.....</b>	<b>194</b>
---	------------

*João Pinheiro de Barros Neto, Jonas William Barros Godoy, Caio Eduardo Doná Araujo*

doi: 10.48209/978-65-84959-25-B

## CAPÍTULO 13

**PRODUÇÕES IMAGINÁRIAS, EMOÇÕES E AFETOS VIVIDOS  
PELAS PACIENTES COM ENDOMETRIOSE.....218**

*Michele Saray Bonfim, Denise Machado Duran Gutierrez*

doi: 10.48209/978-65-84959-25-C

## CAPÍTULO 14

**INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS  
CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO HOSPITALAR:  
SCOPING REVIEW.....242**

*Delfina Teixeira, Maria José Nogueira, Silvia da Costa Fernandes, Andreia dos  
Santos Pinto, Filipa de Oliveira Fernandes, Paula Solange de Jesus Pinto da Silva,  
Vítor da Silva Valente*

doi: 10.48209/978-65-84959-25-D

## CAPÍTULO 15

**O BEM-ENVELHECER DA PELE: ANTIOXIDANTES  
NANOENCAPSULADOS COMO ESTRATÉGIA COSMÉTICA  
WELL-AGING.....258**

*Letícia Marques Colomé, Eduardo André Bender, Maria Eugênia Lima Cardoso,  
Bethânia Saldanha Gonçalves, Pedro Santos da Silva, Luana Menezes Silva*

doi: 10.48209/978-65-84959-25-E

## CAPÍTULO 16

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM  
PACIENTES FIBROMIÁLGICOS: PESQUISA BASEADA EM  
EVIDÊNCIAS.....278**

*Ana Lydia Vasco de Albuquerque Peixoto, Kristiana Cerqueira Mousinho*

doi: 10.48209/978-65-84959-25-F

## CAPÍTULO 17

<b>ARTETERAPIA COMO RECURSO TERAPÊUTICO NO ATENDIMENTO COM PESSOAS IDOSAS.....</b>	<b>294</b>
--	------------

*Gilmar Antoniassi Junior, Vânia Cristine de Oliveira, Rosa Marcia Rodrigues Braga*

doi: 10.48209/978-65-84959-25-G

## CAPÍTULO 18

<b>INTEGRAÇÃO DOCENTE E DISCENTE NAS ATIVIDADES TEÓRICO-PRÁTICAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM DA DISCIPLINA DE AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL EM TODOS OS CICLOS DA VIDA.....</b>	<b>317</b>
--	------------

*Palloma de Oliveira Saraiva Bezerra, Jéssica Vitória Couto Muricy, Jeniffer Ailane Nunes Torres, Michele Vantini Checchio Skrapec, Matheus Sobral Silveira, Andréa Marques Sotero*

doi: 10.48209/978-65-84959-25-H

<b>SOBRE OS ORGANIZADORES E AS ORGANIZADORAS.....</b>	<b>328</b>
---	------------

<b>SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES.....</b>	<b>330</b>
---	------------

## **PREFÁCIO**

El presente libro es el resultado de una colaboración colectiva de investigadores y docentes que tienen como eje el estudio y problematización la calidad de vida en diferentes escenarios, contextos y colectivos desde miradas cuantitativas como cualitativas.

El mérito de esta obra se encuentra en la recopilación de trabajos originales con propuestas metodológicas que van desde estudios de revisión, estudios de intervención y relatos de experiencia lo cual permite tener contrastaciones sobre el trato investigativo en torno a la calidad de vida, sus aproximaciones y la retroalimentación a esta área revelando propuestas y acciones concretas, estimulando la reflexión sobre los temas desarrollados así como dejando abierta la posibilidad establecer líneas de investigación futuras.

Dentro de la obra es posible identificar las aportaciones que dejan los diferentes autores con respecto a la calidad de vida y contextos de trabajos específicos como mineros, profesores y trabajadores del área de la salud, en cuyas investigaciones se puede observar las implicaciones para la salud física, mental, social, familiar, etc. Estos escritos dejan clara la necesidad de develar cómo las nuevas formas de organización del trabajo, sus exigencias productivas, la explotación e intensificación ilimitada del trabajo, crean condiciones de vulnerabilidad que merecen atención por parte de autoridades institucionales (sector salud, escuelas, hospitales, empresas) y del Estado a fin de alcanzar una Calidad de Vida tanto en su dimensión objetiva como subjetiva.

La exploración de la Calidad de Vida en personas con diferentes enfermedades, otorga aportaciones relevantes rescatando percepciones, significados, necesidades físicas y espirituales, así como los retos que los profesionales de la salud deben considerar para potencializar la intervención multi e interdiscipli-

naria. Tal es el caso de los pacientes con cáncer quienes viven la enfermedad y la proximidad con la muerte generando experiencias individuales que pueden servir para futuras estrategias de intervención. Desde el campo de la enfermería se demuestra la importancia del acompañamiento a pacientes con obesidad y enfermedad cardiovascular con énfasis en la educación nutricional y promover la actividad física. Dentro de estos capítulos se puede conocer la experiencia en torno a una propuesta de una escuela ambulatoria de obesidad y nutrición desarrollada por profesores y alumnos de la Universidad de Pernambuco evidenciando las necesidades sociales, emocionales y económicas a considerar al momento de atender los problemas de obesidad en los adultos jóvenes. Situación semejante se describe en las experiencias rescatadas del abordaje terapéutico en adolescentes con diabetes mellitus tipo 1, cuyo éxito de control metabólico y Calidad de Vida están relacionados directa e indirectamente con factores individuales, familiares, de redes de apoyo, etc. Un reto que enfrenta todo profesional de la salud está en relación con el apego a tratamientos dietéticos específicos como es la disminución de la ingesta de sal, que a su vez está relacionado con variables psicosociales que requieren ser estudiadas y consideradas en las estrategias motivacionales de autocuidado. Continuando en el terreno de los significados y representaciones, la exploración de estos son necesarios cuando se trata de conocer los miedos, la tristeza y frustración que acompaña a la enfermedad, tal es el caso de la endometriosis, donde además existe una doble carga de sentimientos si consideramos la parte de las implicaciones reproductivas, aspecto relevante a considerar en la Calidad de Vida. Otro reto a considerar para los profesionales de la salud son los síntomas crónicos como es el dolor, situación que se ejemplifica en la fibromialgia, en donde las prácticas complementarias en salud (acupuntura y otras técnicas) contribuyen a mejorar la capacidad funcional de quienes la padecen. Todos estos trabajos denotan la importancia de considerar los aspectos subjetivos y objetivos de la enfermedad que determinan la Calidad de Vida.

Algunos otros rubros a considerar en esta obra guardan relación con el ejercicio, la alimentación, los buenos hábitos de cuidado que son elementos cruciales en el desarrollo del ser humano. El capítulo que habla sobre la terapia asistida con equino rescata la evidencia de estudios a favor del beneficio físico, psicomotor y de rehabilitación. El ejercicio como programa de intervención en situaciones particulares como los procesos de envejecimiento es de importancia a considerar en las instituciones de salud a fin de disminuir riesgos como las caídas en la población adulta mayor. El arte es otro elemento a considerar en uno de los capítulos de este libro a través del cual se puede conseguir un bienestar sobre todo en personas adultas mayores, socializando y expresando los descubrimientos de su proceso de envejecimiento valorizando estos cambios y dignificando esta etapa.

La pandemia de Covid nos ha dejado grandes retos y experiencias personales y colectivas, situación que podemos observar en algunos de los capítulos que tuvieron como marco contextual la pandemia. Sin embargo, es posible observar los mecanismos de creatividad y resiliencia para superar las restricciones que amerita la contención de la enfermedad, lo cual contribuye para futuras estrategias y modelos de respuesta en situaciones sanitarias de aislamiento.

El libro en general es muy amigable con el lector, cada uno de los capítulos aporta elementos sustanciales que pueden interferir de manera positiva o negativa en la Calidad de Vida y que exigen ser consideradas dada la realidad contemporánea actual, que emana como un reto, una necesidad social, exigida y condicionada desde la propia polarización del sistema sociopolítico imperante que se reproduce a nivel social, lo que demanda ajustes a las exigencias nacionales y los sistemas de valores inherentes a cada sociedad e individuo .

***Profa. Dra. Alejandra Rodríguez Torres***  
***Universidad Autónoma del Estado de México - UAEMEX***

doi: 10.48209/978-65-84959-25-X

---

## **CAPÍTULO 1**

---

# **TRABALHO NA MINERAÇÃO, RISCOS OCUPACIONAIS E SEUS EFEITOS NA SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR**

**Dalila Sousa Lopes  
Ramon Missias-Moreira  
Lilia Iêda Chaves Cavalcante**

## INTRODUÇÃO

O trabalho é parte indissociável da vida humana e seus modos de organização podem produzir saúde ou desequilíbrios geradores de sofrimento físico e psíquico (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2007). Os fatores psicossociais do trabalho compreendem, de acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), aspectos relativos às condições do ambiente de trabalho, o modo como os trabalhadores conseguem atender às demandas do contexto laboral, suas necessidades e expectativas, até aspectos extra laborais, como elementos pessoais e cultura. Tais fatores têm sido considerados prioritários no olhar para o mundo do trabalho contemporâneo tendo em vista que os desfechos em saúde, desempenho e satisfação do trabalhador se delineiam a partir das nuances dessa interação (FERNANDES; PEREIRA, 2016; PEREIRA *et al.*, 2020).

A mineração é uma atividade econômica de significativa importância para o cenário mundial. Não obstante, é considerada pela OIT como uma das indústrias mais perigosas do mundo, em que a ocorrência de desastres, acidentes ocupacionais e o desenvolvimento de doenças implicam em prejuízos à saúde do trabalhador e em consequências econômicas para a sociedade (ILO, 2017). De acordo Minayo (2004), o processo de situar o operário em seu contexto no “chão da mina” não se limita a trabalhar a subjetividade operária, mas analisar todos os envolvidos no processo produtivo, bem como integrar conhecimento teórico à prática social. As relações de produção devem ser entendidas quando se estabelecem conexões com a vida social, política e econômica. Estão presentes nesse contexto riscos químicos, físicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais que acompanham, em alguma medida, cada uma das etapas do processo de trabalho.

Compreende-se, dessa maneira, que um ambiente de trabalho circundado por estressores físicos ou psicossociais tem o potencial de trazer prejuízos à saúde mental do trabalhador na mineração (CONSIDINE *et al.*, 2017). A convivência

constante com o risco, além de provocar insegurança à saúde física do trabalhador, gera desgaste emocional e apreensão diante da ameaça à vida e capacidade laboral (MAITI, 2012). Trabalhar em ambientes insalubres, com estrutura física inadequada, recursos insuficientes ou precários, somado a rotinas de trabalho exaustivas e pouca valorização são fatores estressores que desencadeiam condições como ansiedade, depressão, além de aumentar a vulnerabilidade do trabalhador para a ocorrência de acidentes (MOULIN; MORAES, 2010; SOARES et al, 2018; SOUSA et al, 2015).

As condições de saúde mental contribuem significativamente para a carga global de doenças, levando a incapacidade, perda de saúde e anos potenciais de vida em indivíduos (WHITEFORD et al., 2010). São observados consideráveis custos econômicos diretos e indiretos para a sociedade, serviços de saúde e empregadores, queda de produtividade e renda, além dos custos considerados intangíveis, referentes ao sofrimento vivenciado por pessoas com transtornos mentais e seus familiares (CHRISTENSEN et al., 2020).

Dessa forma, os contextos de trabalho se apresentam como ambientes propícios e necessários para se abordar a problemática da saúde mental, considerando a sua influência tanto nos fatores desencadeantes quanto nas consequências observadas (CONSIDINE et al., 2017). Investigar a relação entre saúde mental e o trabalho na mineração pode permitir sinalizar indicadores comuns nesse contexto e identificar fatores modificáveis passíveis de intervenção, a fim de subsidiar a construção de respostas efetivas aos problemas observados e a elaboração de estratégias pertinentes por meio de políticas de saúde e dos empregadores, com vistas à prevenção de agravos e promoção de saúde e segurança aos trabalhadores.

Nesse sentido, a presente investigação teve como objetivos (a) realizar uma revisão sistemática para analisar a relação entre o trabalho na mineração e

a saúde mental e (b) compreender se essa relação promove entraves no desenvolvimento das atividades laborais.

## **MÉTODO**

Existem muitos caminhos para refletir-se sobre a produção de determinado conhecimento em alguma área. Nesta investigação, a opção foi por revisão de literatura, a partir da qual pode-se traçar um panorama dessa produção e explorar os caminhos possíveis para novas construções e propostas de pesquisa (SOUSA et al., 2018). Para a sistematização do estudo, foram feitas pesquisas nas bases de dados PubMed e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) de publicações dos últimos 10 anos (2010-2020). A coleta dos dados foi realizada em outubro de 2020. Como critérios de inclusão foram selecionados os artigos em inglês ou português, que tratassem sobre a relação entre saúde mental e riscos do trabalho entre trabalhadores da mineração e com acesso completo gratuito. Foram excluídos artigos em outros idiomas e que não estivessem disponíveis na íntegra.

Na base de dados PubMed foram realizadas combinações com os seguintes descritores, selecionados de acordo com o Medical Subject Headings 2020 (MeSH): “Mental Health”, “Stress, Psychological”, “Occupational Exposure”, “Risks”, “Mining” e “Miners”, sendo encontradas 100 produções. Na BVS foram combinados os descritores de acordo com os Descritores de Ciência da Saúde (DeCs) da BVS, a saber: “Saúde Mental”, “Estresse Psicológico”, “Riscos Ocupacionais”, “Mineração” e “Mineradores”, encontrando-se 11 publicações. Os descritores utilizados foram combinados utilizando-se o operador booleano AND.

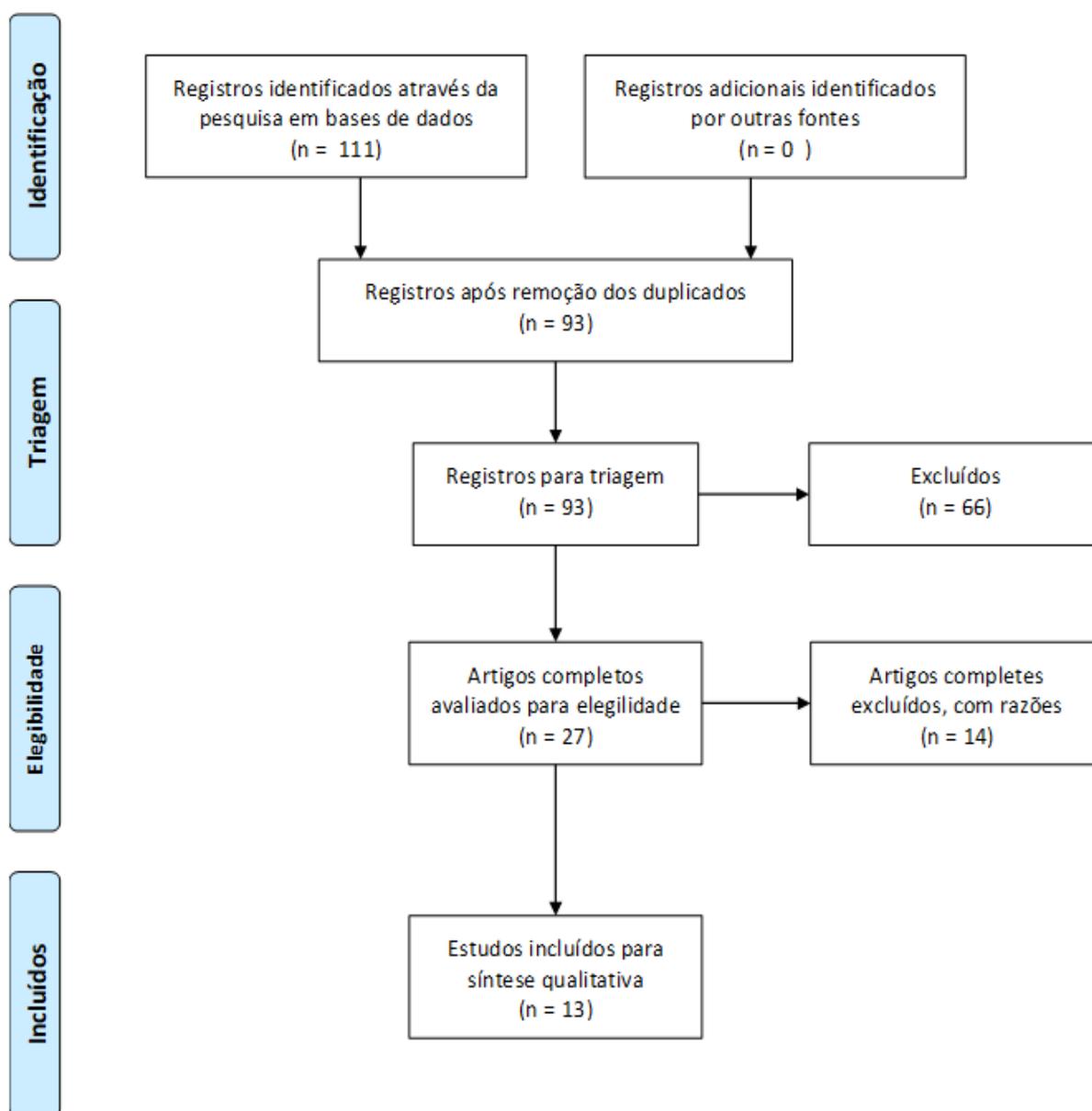
A análise foi realizada por meio de uma síntese narrativa dos dados encontrados nos estudos a partir dos objetivos propostos, identificando-se os desfechos em saúde mental e seus preditores relacionados ao trabalho. Como a análise dos

dados foi predominantemente de cunho qualitativa, diversamente a chegar-se aos temas abordados através de medidas, buscou-se revelar os sentidos das ideias e dos argumentos centrais dos artigos analisados. Contudo, antes de processar a análise dos conteúdos manifestos qualitativamente, foi realizada uma descrição e caracterização da totalidade da produção sob o prisma de frequências.

## **RESULTADOS**

Das 111 publicações encontradas na busca, 18 foram excluídas por motivo de duplicação, restando 93 analisadas a partir dos critérios de inclusão e exclusão. A partir da leitura do título e resumo, excluíram-se 66 publicações, sendo quatro de idioma diferente (francês, polonês, espanhol e chinês), 60 por tratarem de assuntos diversos (11 destes referentes à metodologia de mineração de dados) e 2 por serem formatos diversos de artigos originais; 27 artigos foram selecionados para leitura integral, dos quais 13 foram selecionados para compor a amostra pela relação com o objetivo do estudo. A figura 1 descreve as etapas da busca e seleção dos artigos.

Doze artigos foram publicados no idioma inglês e apenas um foi em português. Foram abrangidos cerca de 15.850 sujeitos em diferentes países, sendo a nacionalidade chinesa a mais frequente entre os artigos (46,15%), seguida da polonesa. O ano de 2019 concentrou a maior parte das publicações (53,84%).

**Imagem 1.** FlowChart do processo de busca e seleção dos artigos.

Em relação à metodologia, todos os estudos tiveram recorte transversal, sendo a maioria dos estudos (10) com abordagem quantitativa e análise estatística, tendo ainda um artigo com análise mista (quantitativa-qualitativa), um artigo com abordagem qualitativa e uma revisão sistemática de literatura. Dentre os tipos de mineração abrangidas nos estudos incluíram-se minas de carvão, ouro, níquel de cobre, prata, platina e rochas ornamentais. A Tabela 1 apresenta o resumo das informações dos 13 artigos selecionados.

A relação entre o trabalho na mineração e a saúde mental foi abordada a partir de diferentes enfoques e objetos de análise, sendo o estresse o fator mais abordado em sua relação com diferentes aspectos do trabalho. A variedade de abordagens, instrumentos e localidades dos estudos limitam a possibilidade de generalização e comparação direta entre os achados.

Os riscos ocupacionais como a exposição a poeira, calor e barulho foram observados como fator de risco para o estresse e problemas relacionados à saúde mental (LU et al., 2020), o desenvolvimento da síndrome de Burnout (SUN et al., 2020), fadiga (PELDERS; NELSON, 2019) e qualidade de vida prejudicada (HAN et al., 2018). A síndrome de Burnout foi avaliada também como um fator relacionado ao decaimento das habilidades de trabalho (SUN et al., 2020) e à má qualidade do sono (GAO et al. 2019), o que tem sido discutido nos estudos como fatores que podem potencializar os riscos de acidentes e lesões no trabalho diante de um cenário em que o erro pode ser fatal.

Um dos estudos investigou a ocorrência de sintomas de Transtornos de Estresse Pós-Traumático entre mineradores atuantes em uma mina onde ocorreu um desastre dois anos antes do estudo (com 301 vítimas fatais) e outras três minas da região e identificou altas taxas desses sintomas entre os mineradores, apesar de não ter sido encontrada relação direta entre o local do trabalho em que o evento ocorreu e maiores índices. Mesmo no contexto em que não se observaram alterações diretas referentes ao estado mental dos trabalhadores, observou-se uma correlação entre insônia e maiores índices de pontuações na escala de sintomas psicopatológicos (LIU et al., 2019).

Outras condições de trabalho foram apresentadas nos estudos como nocivas à saúde do trabalhador na mineração. A jornada de trabalho estendida, as condições para sua execução e do ambiente (como calor, umidade, poeira), ritmo

extenuante e pressão de produtividade foram relacionadas à fadiga (PELDERS; NELSON, 2019); violência no ambiente de trabalho, condições de emprego precárias, alta demanda e baixo controle sobre o trabalho foram apontadas como geradoras de angústia psicológica (SALAS et al., 2015); excesso de demanda e ambiente de equipe foram relacionadas a maiores índices de ansiedade e depressão entre trabalhadores da mineração e da indústria (BATTAMS et al., 2014); cobrança de produção pela chefia, ritmo acelerado e jornada prolongada de trabalho e pouca autonomia do trabalhador foram apontados como fatores de estresse e cansaço, comprometendo a atenção e potencializando os riscos de acidentes (MOULIN et al., 2010).

Relações verticais entre trabalhadores e chefia marcadas pela cobrança e pressão (MOULIN et al., 2010) ou relações de pouco apoio dentro do ambiente de trabalho (BATTAMS et al., 2014) aparecem, ademais, como aspectos das condições de trabalho que se somam a outros na manifestação do sofrimento psíquico. Por outro lado, satisfação e envolvimento no trabalho (MOŚCICKA-TESKE et al, 2019), relações interpessoais (MOŚCICKA-TESKE et al, 2019; MOULIN et al., 2010) e suporte social (HAN et al., 2018; SALAS et al., 2015) se apresentam como fatores de proteção aos desfechos negativos em saúde mental.

A qualidade de vida foi avaliada por dois estudos. No estudo com trabalhadores de uma mineradora de níquel de cobre na China, a qualidade de vida baixa foi relacionada aos fatores: maior idade, salários mais baixos, maior nível de educação e maiores níveis de estresse ocupacional (LI et al., 2019). A pesquisa com trabalhadores atuantes no subterrâneo e no solo de uma mina de carvão, também na China, encontrou menos escores de qualidade de vida em ambos os grupos comparados à população geral do país, tendo como fatores de influência negativa a existência de doenças crônicas, tempo de trabalho com exposição à

poeira e nível educacional (HAN et al., 2018). Observa-se a interação entre fatores psicossociais, individuais e do trabalho na análise da qualidade de vida dos mineradores.

Na investigação de comportamentos saudáveis entre mineiros de uma mina de carvão na Polônia foram encontrados baixos níveis de comprometimento nesse sentido, principalmente em relação aos comportamentos preventivos. Apesar dos altos escores de prejuízos à saúde física observada no estudo, a categoria de atitude mental se mostrou elevada, sinalizando boa percepção sobre a própria saúde entre os trabalhadores (WYSOKIŃSKI et al., 2015).

O estudo de Moulin e colaboradores (2010) explora a dimensão da percepção tida pelos trabalhadores de uma mineração de rochas ornamentais sobre adoecimento psíquico enquanto uma expressão de fraqueza e vergonha, sendo mais aceita a utilização do termo estresse, que englobaria sintomas como insônia, irritabilidade e falta de paciência. Os autores discutem tais compreensões, somadas às exigências e inseguranças do ambiente trabalho, como fatores que sustentam a perspectiva da exposição aos riscos como parte inerente ao processo e dificultam a validação do sofrimento psíquico nesse contexto (MOULIN et al., 2010).

**Tabela 1:** Caracterização dos estudos sobre trabalho na mineração e saúde mental

Artigo	Autores	País do estudo/ano de publicação	Tipo de estudo / metodologia	Principais resultados
Effects of Occupational Hazards on Job Stress and Mental Health of Factory Workers and Miners: A Propensity Score Analysis	Lu, Y.; Zhang, Z.; Yan, H.; Rui, B.; Liu, J.	China (2020)	<p>Estudo transversal.</p> <p><i>População do estudo:</i> 6130 operários de fábrica e mineiros</p> <p><i>Instrumentos:</i> Questionário do modelo de Desequilíbrio Esforço-Recompensa e o Checklist de Sintomas-90</p> <p><i>Análise estatística:</i> Escore de Propensão</p>	<p>A influência dos riscos ocupacionais no estresse no trabalho foi estatisticamente relevante. Dos trabalhadores de fábrica e mineradores do estudo, 47.35% e 38.27% sofreram de estresse no trabalho e problemas na saúde mental, respectivamente.</p> <p>Os riscos relacionados ao estresse no trabalho foram pó de amianto, benzeno e barulho, enquanto os riscos afetando a saúde mental/psicológica foram pó de carvão, pó de amianto, benzeno e barulho.</p>
The status of job burnout and its influence on the working ability of copper-nickel miners in Xinjiang, China	Sun, X.; Zhang, L.; Zhang, C.; Liu, J.; Ge, H.;	China (2020)	<p>Estudo transversal</p> <p><i>População estudada:</i> Trabalhadores registrados no RH de uma empresa mineradora de níquel de cobre; 1254 questionários válidos coletados;</p> <p><i>Características da amostra:</i> 89% do sexo masculino e 11% do feminino; idade média 32.31 anos.</p> <p><i>Instrumento:</i> Inventário Chinês de Burnout de Maslach e Questionário Indexado de Habilidade no Trabalho</p> <p><i>Análise:</i> estatística</p>	<p>Foi avaliado algum grau de Burnout em 80,86% dos mineiros participantes, classificados em leve (34,45%), moderado (41,15%) e alto (5,26%). Sexo masculino, idade entre 35–40 anos, nível educacional de ensino médio, salários abaixo de 2500 <i>yuan</i> (2.099,30 no Real brasileiro) e atuantes no setor de fundição foram associados a maiores taxas de Burnout.</p> <p>O aumento no nível de Burnout foi associado ao decaimento de habilidades no trabalho. Nível reduzido de educação, título profissional primário, setor de fundição e aumento no Burnout foram fatores de risco observados para a redução na habilidade de trabalho.</p>

<p>Subjective perceptions and psychological distress associated with the deep underground: A cross-sectional study in a deep gold mine in China</p>	<p>Liu, J.; Liu, Y.; Ma, T.; Gao, M.; Zhang, R.; Wu, J.; Zou, J.; Liu, S.; Xie, H.;</p>	<p>China (2019)</p>	<p>Estudo transversal, quantitativo.</p> <p><i>População do estudo:</i> funcionários de uma empresa de mineração de um sítio de mineração subterrânea de ouro - 179 questionários analisados</p> <p><i>Instrumentos:</i> questionário específico para o estudo (foco nos fatores adversos do ambiente subterrâneo e os efeitos na saúde e bem estar); Escala de avaliação de sintomas-90-R (SCL-90-R) para avaliar sintomas psicopatológicos.</p> <p><i>Análise:</i> estatística.</p>	<p>A grande maioria (97,2%) dos trabalhadores tiveram uma impressão negativa das condições do ambiente de trabalho subterrâneo, destacando-se fatores como umidade, calor, pouca ventilação, luz difusa e espaço limitado. Houve correlação positiva entre o número de fatores adversos percebidos e o número de sintomas físicos autorrelatados. Apesar dos sintomas físicos negativos, o estado mental/psicológico geral dos participantes parece não ter sido afetado pelos fatores adversos, sendo os números de escores como depressão, compulsão e paranoia menores do que os da população geral do país.</p> <p>Aproximadamente 70% dos participantes relataram problemas de insônia que podem estar relacionados à ansiedade frente às condições do ambiente de trabalho, sintomas físicos ou transtornos mentais (foi percebida relação entre a insônia e os maiores escores no SCL-90-R).</p>
<p>Contributors to Fatigue of MineWorkers in the South African Gold and Platinum Sector</p>	<p>Pelders, J.; Nelson, G.;</p>	<p>África do Sul (2019)</p>	<p>Estudo transversal, com métodos mistos.</p> <p><i>População estudada:</i> trabalhadores de quatro minas de ouro e uma de platina.</p> <p><i>Instrumentos:</i> dados qualitativos coletados por meio de grupos focais (21 grupos com participação de 154 trabalhadores) e quantitativos através de questionário (condições de socioeconômicas e de vida; estilo de vida, saúde e bem estar).</p> <p><i>Análise:</i> temática (grupos focais) e estatística (questionários).</p>	<p>A fadiga foi atribuída à influência combinada de fatores do trabalho e de vida, com efeitos na saúde, segurança, bem-estar e produtividade. O principal fator no trabalho foi a jornada de trabalho estendida, além das condições para sua execução e do ambiente (como calor, umidade, poeira), ritmo extenuante e pressão de produtividade.</p> <p>Nos fatores sociodemográficos destaca-se maior fadiga entre trabalhadores mais novos, de maior nível de educação e de origem local; entre os fatores socioeconômicos destacam-se problemas financeiros, condições precárias de moradia e difícil acesso ao trabalho.</p> <p>Condições de estilo de vida (eg. poucas atividades recreativas, abuso de álcool, má alimentação e sono prejudicado) e de saúde foram apontados como causa e efeito da fadiga, associadas a empobrecimento da saúde, tensão psicológica e lesões. Na análise estatística, o estresse foi considerado fator de maior contribuição na fadiga, relacionado à perda de foco, absenteísmo e acidentes no trabalho, apesar de não ter sido encontrada relação estatisticamente significativa entre fadiga e envolvimento em acidentes no estudo em questão.</p>

<p>The relationship between psychosocial risks and occupational functioning among miners</p>	<p>Mościcka-Teske, A.; Sadłowska-Wrzesińska, J.; Najder, A.; Butlewski, M.;</p>	<p>Polônia  (2019)</p>	<p><i>Estudo transversal</i></p> <p><i>População estudada:</i> 483 adultos funcionários de minas na Polônia.</p> <p>Instrumento: Escala de Risco Psicossocial</p> <p>Análise estatística</p>	<p>Em comparação a outras indústrias pesadas, os trabalhadores da mineração foram considerados mais saudáveis, menos estressados e mais satisfeitos com o trabalho, porém se envolveram mais com acidentes no trabalho*. Observou-se relação significativa entre altos níveis de estresse e a redução da satisfação no trabalho. O baixo comprometimento emocional foi associado ao estresse por fatores do contexto, como controle, cultura organizacional e relações interpessoais.</p> <p>Altos níveis de comprometimento de continuidade (custos associados a deixar a organização) foram conectados a altos níveis de estresse por fatores psicossociais.</p> <p>Satisfação e envolvimento no trabalho foram associados como fator de proteção ao estresse e suas consequências (como acidentes e lesões), tendo as relações interpessoais e de suporte um importante papel.</p>
<p>The Status of Occupational Stress and Its Influence the Quality of Life of Copper-Nickel Miners in Xinjiang, China</p>	<p>Li, Yuhua; Sun, Xuemei; Ge, Hua; Liu, Jiwen; Chen, Lizhang;</p>	<p>China  (2019)</p>	<p><i>Estudo transversal</i></p> <p><i>População estudada:</i> Trabalhadores registrados no RH de uma empresa mineradora de níquel de cobre; 1857 questionários válidos coletados;</p> <p><i>Características da amostra:</i> 88.05% sexo masculino e 11.95% feminino, idade média 33.02 anos.</p> <p><i>Instrumento:</i> versão chinesa do questionário de Desequilíbrio Esforço-Recompensa (estresse ocupacional) e a escala SF-36 (qualidade de vida); dados demográficos</p> <p><i>Análise:</i> estatística</p>	<p>Dos mineiros estudados, 42.65% experienciaram estresse ocupacional, com maiores taxas entre homens, trabalhadores entre 30-35 anos e com escolaridade de nível técnico e atuantes no setor de fundição.</p> <p>Qualidade de vida pobre foi relacionada aos fatores: maior idade, salários mais baixos, maior nível de educação e maiores níveis de estresse ocupacional.</p> <p>Trabalhadores mais estressados apresentaram escores mais baixos de qualidade de vida, sugerindo a redução do estresse ocupacional como medida de aprimoramento na qualidade de vida dos trabalhadores.</p>

<p>Association of sleep quality with job burnout among Chinese coal mine staff: a propensity score weighting analysis</p>	<p>Gao, X.; Ma, K. L.; Wang, H.; Gao, Q.; Lei, L. J.; Wang, T.;</p>	<p>China (2019)</p>	<p>Estudo transversal</p> <p><i>População do estudo:</i> 3433 funcionários de um grupo de minas de carvão, 84.6% da amostra foi do sexo masculino.</p> <p><i>Instrumento:</i> versão chinesa do questionário Inventário-Geral de Burnout de Maslach; questionário auto aplicado sobre qualidade do sono, variáveis demográficas e relacionadas ao trabalho;</p> <p>Análise estatística</p>	<p>O estudo identificou uma forte associação entre qualidade do sono e Burnout entre os trabalhadores, em que aqueles com boa qualidade de sono estavam menos propensos a desenvolver o Burnout comparados aos que tiveram má qualidade do sono.</p> <p>Duas dimensões do Burnout foram mais significativas na relação com a qualidade do sono: a exaustão (relacionada ao estresse) e o cinismo (referente às relações interpessoais), indicando que uma boa qualidade de sono pode contribuir no alívio do estresse e facilitar o enfrentamento das situações emocionais no trabalho.</p>
<p>Long-term posttraumatic stress disorder in mine workers after a coalmining disaster</p>	<p>Tan, M. N.; Mevsim, V.; Topal, I.; Alkan, C.</p>	<p>Turquia (2019)</p>	<p>Estudo transversal, descritivo e quantitativo.</p> <p><i>População estudada:</i> 672 mineradores participantes de um programa de treinamento.</p> <p><i>Características da população:</i> 100% do sexo masculino, idade média 33,83 ± 7,45 anos.</p> <p><i>Instrumentos:</i> Formulário Sociodemográfico e de Coleta de Dados Clínicos; Lista de Experiência Traumáticas e Escala Autorrelatada de Sintomas de Transtorno de Estresse Pós-traumático</p> <p>Análise estatística</p>	<p>251 participantes do estudo trabalhavam na mineração em que ocorreu o acidente em 2014 (que vitimou 301 mineiros). Os demais participantes eram trabalhadores de minas da cidade ou região do acidente.</p> <p>Foi encontrada uma alta prevalência de sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático entre os mineradores.</p> <p>Fatores de risco para o TEPT incluíram: não ser casado, ter uma doença crônica, ter histórico de doença psiquiátrica e ter experienciado previamente (e mais de uma vez) eventos traumáticos.</p> <p>Trabalhar na mineração onde ocorreu o acidente não foi identificado como fator de risco para o TEPT, sendo o tempo transcorrido entre o evento e a coleta (2 anos) levantado como ponto que permitiu o enfrentamento do processo.</p>

<p>Quality of life and influencing factors of coal miners in Xuzhou, China</p>	<p>Han, L.; Li, Y.; Yan, W.; Xie, L.; Wang, S.; Wu, Q.; Ji, X.; Zhu, B.; Ni, C.;</p>	<p>China (2018)</p>	<p>População do estudo: 612 mineradores atuantes no subterrâneo e 354 trabalhadores atuantes no solo em uma mina de carvão, sendo 100% do sexo masculino.</p> <p><i>Instrumentos:</i> versão em mandarim do questionário Short-Form Health Survey de 36 itens (SF-36) e um questionário com fatores demográficos e de trabalho.</p> <p>Análise estatística</p>	<p>Trabalhadores atuantes na mineração subterrânea obtiveram menores escores no SF-36 na categoria de danos relacionados à saúde física, sendo o tempo de trabalho com exposição à poeira o principal fator de influência.</p> <p>Ambas as categorias de trabalhadores analisadas apresentaram menos escores de qualidade de vida comparados à população geral do país, tendo como fatores de influência negativa a existência de doenças crônicas, tempo de trabalho com exposição à poeira e nível educacional.</p> <p>O suporte social seja da companhia, da família ou sociedade, foi associado a melhores níveis de qualidade de vida.</p>
<p>Working Conditions, Workplace Violence, and Psychological Distress in Andean Miners: A Cross-sectional Study Across Three Countries</p>	<p>Salas, M. L.; Quezada, S.; Basagoitia, A.; Fern; ez, T.; Herrera, R.; Parra, M.; Muñoz, D. M.; Weigl, M.; Radon, K.</p>	<p>Bolívia Chile Peru  (2015)</p>	<p><i>Estudo transversal.</i></p> <p><i>Populações do estudo:</i> 153 mineradores de uma mina cooperativa de prata na Bolívia, 137 mineradores informais de ouro no Chile e 200 mineradores formais de uma empresa de mineração de prata no Peru. Todos do sexo masculino.</p> <p><i>Instrumentos:</i> versão reduzida em espanhol da Inquérito Europeu sobre Condições de Trabalho; Questionário de Saúde Mental de 12 itens.</p> <p>Análise estatística de frequências absolutas gerais e estratificadas por países.</p>	<p>O ambiente psicossocial de trabalho diferiu entre as três populações do estudo. Foram observadas altas prevalências de angústia psicológica entre os participantes, alcançando até 82% dos mineiros bolivianos. Cerca de 50% dos mineiros enfrentaram algum tipo de violência no ambiente de trabalho nos 12 meses anteriores à pesquisa; condições de emprego foram consideradas precárias.</p> <p>A prevalência de angústia foi maior entre aqueles com contexto de trabalho considerado ativo (com alta demanda e alto controle sobre o trabalho) e de alta tensão (alta demanda e baixo controle) em comparação com o trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle) e de baixa tensão (baixa demanda e alto controle).</p> <p>Trabalhadores que vivenciaram maior suporte social no ambiente de trabalho obtiveram menos índices de angústia.</p>

Health behaviour of miners	Wysokiński, M.; Fidecki, W.; Bernat-Kotowska, S.; Ślusarz, R.;	Polônia  (2015)	<p><i>Estudo transversal</i></p> <p><i>População estudada:</i> 200 funcionários mineiros de uma empresa de mineração de carvão</p> <p><i>Características da amostra:</i> Sexo masculino, idade média de 25,8 anos; 63% área urbana; 67% com educação secundária</p> <p><i>Instrumento:</i> questionário do Catálogo de Comportamento Saudável</p> <p><i>Análise:</i> estatística</p>	<p>O nível de comportamento saudável dos mineiros foi considerado baixo. Respondentes com maior nível educacional, moradores da zona urbana e acima de 35 anos mostraram melhores comportamentos saudáveis. A categoria de atitude mental obteve os mais altos escores entre os mineiros (sem diferença significativa entre as características dos participantes), sugerindo melhor percepção sobre sua saúde, mesmo diante de baixos resultados em outros critérios avaliados. Os menores escores observados foram os de comportamentos preventivos.</p>
Workplace risk factors for anxiety and depression in male-dominated industries: a systematic review	Battams, S.; Roche, A. M.; Fischer, J. A.; Lee, N. K.; Cameron, J.; Kostadinov, V.	Austrália  (2014)	<p>Revisão sistemática dos fatores de risco para transtornos de ansiedade e depressão em indústrias com dominância de homens – IDH (&gt;70%, como a mineração e a agricultura)</p>	<p>Os riscos para depressão e ansiedade em IDH encontrados foram categorizados em fatores individuais, ambiente de equipe, condições de trabalho e interferência trabalho-casa. Condições de trabalho, como excesso de demanda, e ambiente de equipe, como relações e local de trabalho com pouco apoio, foram as categorias mais identificadas. O status ocupado no trabalho foi relevante na mediação desses fatores, com mais propensão aos prejuízos em saúde mental para os trabalhadores em funções braçais, com menor grau de instrução ou com pouco controle sobre o trabalho.</p>
Vamos fazer poeira! Fontes e expressões da pressão no trabalho do setor de rochas ornamentais no Espírito Santo	Moulin, M. G. B; Moraes, A. B. T.	Brasil  (2010)	<p><i>Estudo qualitativo</i></p> <p><i>Instrumento:</i> Mapping (análise do trabalho e fatores relacionados à saúde por meio de desenhos feitos pelos trabalhadores) – “Mapa do Corpo”; “Mapa do Local do Trabalho”.</p> <p><i>População do estudo:</i> Três incursões em campo com três populações de mineradores no Espírito Santo: 32 trabalhadores no total.</p> <p><i>Análise qualitativa</i></p>	<p>Além das queixas relacionadas a dores e desconfortos físicos expressos no “Mapa do Corpo”, foram observadas queixas referentes à saúde mental, como estresse e pressão no trabalho. Como fontes da pressão no trabalho foram elencadas: metas de produção pela chefia, que exigem prontidão e ritmo acelerado, com pouca autonomia do trabalhador; a jornada prolongada de trabalho, gerando estresse, cansaço, o que compromete a atenção e potencializa os riscos de acidentes; as relações verticais, entre chefia e trabalhadores, marcadas por cobranças e pouco espaço de fala. As relações horizontais, entre trabalhadores, foram consideradas como positivas no processo de trabalho e fator de proteção ao estresse. As manifestações de mal-estar psíquicos foram expressas pela palavra estresse, compreendendo desde insônia, cansaço até falta de paciência em casa.</p>

## DISCUSSÃO

A análise dos artigos permite inferir a relação entre desfechos em saúde mental e fatores do trabalho na mineração, considerando a multiplicidade de fenômenos que se interpõem nessa dinâmica. Nos estudos foram identificadas diferentes fontes de potencial adoecimento do trabalhador, especialmente relacionadas ao estresse ocupacional, considerando a complexidade da execução do trabalho, condições inóspitas do ambiente, pressões e riscos físicos e psicossociais do contexto laboral. São também considerados pelos diferentes estudos os fenômenos individuais, demográficos e do contexto de vida e saúde dos trabalhadores.

O trabalho na mineração foi descrito pelos estudos como um ambiente desgastante física e psicologicamente, com exigências de esforço físico, longas horas de trabalho, exposição a agentes nocivos à saúde, tais como poeira e benzeno, barulho, além das condições de calor, umidade e pouca ventilação no caso da mineração subterrânea. Há, portanto, uma diversidade de riscos e a convivência com tais ameaças pode contribuir para o desgaste psíquico e estresse na medida em que causa alterações no metabolismo e funcionamento do organismo, comprometem a capacidade de atenção e disposição para a realização do trabalho de forma satisfatória (LU et al., 2020)

Nessa mesma perspectiva, o estudo de revisão integrativa realizado por Sousa e Quemelo (2015) aponta a considerável relação entre a saúde do trabalhador e os riscos ocupacionais presentes na mineração, tendo em vista a grande exposição a agentes e condições nocivas, gerando altas taxas de morbidade e mortalidade. Englobam-se nessa análise os riscos químicos, físicos, biológicos, riscos de acidente, riscos ergonômicos e riscos psicossociais, que atuam como desencadeadores uma ampla gama de condições de saúde, como problemas respiratórios, neurológicos, cardiovasculares, músculo-esqueléticos e cânceres, além dos riscos de lesões e morte por acidentes (SOUSA; QUEMELO, 2015).

Sousa e colaboradores (2015) avaliaram os fatores ergonômicos, psicossociais e os riscos envolvendo o trabalho em uma mineração informal e observaram que o risco de acidentes ocupou o lugar destaque como aquele que requer maior atenção por parte dos trabalhadores pela possibilidade real da sua concretização na execução cotidiana do trabalho. O acidente pode provocar lesões físicas ao trabalhador e, dependendo da sua gravidade, repercutir em incapacidade parcial ou total, ou óbito.

Escore mais altos de angústia psicológica foram observados entre mineiros em comparação a outras populações empregadas em um estudo na Austrália. Variáveis como pouco suporte social, histórico de doenças psíquicas e condições do trabalho, tais como relações de emprego inseguras, satisfação com o trabalho e percepção de baixo suporte à saúde mental nesses contextos foram significativamente relacionadas aos escores observados (CONSIDINE et al., 2017)

A partir dos estudos na presente investigação observa-se que as condições de estresse e exigências no trabalho comprometem não apenas a saúde mental e física da população trabalhadora, mas trazem efeitos na segurança, habilidades laborais, satisfação no trabalho, bem-estar e qualidade de vida. Tais consequências nem sempre se circunscrevem ao trabalhador e seu ambiente de trabalho, tendo em visto a possibilidade de comprometimento das relações familiares (interferência trabalho-casa) e sociais, além dos efeitos econômicos implicados.

Essa relação entre o exercício de atividades de alto risco e prejuízos à saúde do trabalhador é percebida em outras indústrias. Dias e colaboradores (2016) avaliaram a ocorrência de estresse ocupacional na indústria do petróleo a partir de uma revisão sistemática considerando as fontes de estresse do ambiente ocupacional e os fatores psicossociais e sintomas físicos associados. Condições de trabalho adversas, com exposição a risco físicos, biológicos e de acidente, sensação de insegurança e regime de trabalho por turno também se destacam nos estudos na categoria de fontes de estresse no trabalho, potencializando a vivência

de condições de adoecimento físico e esgotamento emocional, aproximando-se da realidade observada a partir dos estudos na mineração.

Em um estudo entre jovens adultos na Ucrânia observou-se que o consumo aumentado de álcool e o desenvolvimento de ansiedade e depressão estiveram mais associados àqueles que exerciam ocupações de alto risco, dentre as quais se enquadra o trabalho na mineração. O enfrentamento do estresse esteve entre os principais motivos para o uso do álcool. Os autores sugerem um maior risco dessa população para as problemáticas apresentadas e sua possível influência no aumento do risco de lesões no trabalho (POLSHKOVA; CHABAN; WALTON, 2016).

Além dos riscos físicos, biológicos e psicossociais discutidos, a indústria da mineração é caracterizada nos estudos pela alta demanda, baixa recompensa (como baixa valorização profissional e remuneração) e baixo controle sobre o trabalho (PELDERS; NELSON, 2019; MOŚCICKA-TESKE et al., 2019; LI et al., 2019; SALAS et al., 2015; MOULIN et al., 2010), tendo, em sua maioria, trabalhadores com baixa escolaridade e capacitação profissional. Nas indústrias dominadas por homens, dentre as quais se situa a mineração, os chamados “trabalhadores de colarinho azul” (operários), os que possuem ocupações que exigem baixas habilidades ou que se situam em um nível ocupacional inferior se associam a uma maior ocorrência de ansiedade e depressão (BATTAMS et al., 2014).

O estudo de Ahn e colaboradores (2019) corrobora com esses achados ao apontar que trabalhadores manuais não qualificados, que são geralmente mais velhos, com níveis educacionais mais baixos e com menores salários, estão dentro das categorias com saúde física e emocional mais precária. Apresentam, ainda, maior propensão a desenvolverem sintomas de depressão e de ideação suicida diante da relação de insegurança no trabalho (como o receio de perder o emprego). Foram considerados nessa análise fatores como estilo de vida e acesso a serviços de saúde, questões sociais, situação da empregabilidade e estabilidade

no trabalho, bem como características demográficas, como idade, gênero e raça (AHN et al., 2019).

A precariedade no emprego está associada a problemas de saúde mental na medida em que implica em relações trabalhistas instáveis, pouco controle sobre o trabalho e baixo retorno financeiro, gerando a percepção de insegurança no trabalhador. Além disso, trabalhadores em condições de emprego precárias se expõem mais aos riscos ocupacionais, trabalhando por mais tempo e de forma mais intensa a fim de garantirem a manutenção do status de empregados (UTZET et al., 2020).

Para Minayo (2004), as sinuosas trajetórias de trabalho apontam as marcas gravadas na memória e nos corpos desses mineradores, bem como a sua identidade operária e as suas modestas pretensões. Pode-se inferir, a partir disso, que a relação entre baixa remuneração e a necessidade de garantia de trabalho contribuem na potencialização de processos de fadiga do trabalhador. Pelders e Nelson (2019) apontaram a fadiga como consequente à influência entre os ambientes de vida e de trabalho. O estresse foi apontado como principal causa de fadiga entre trabalhadores, sendo que, dentre os fatores pessoais estressores mais relevantes estiveram problemas financeiros, o que, por sua vez, conduz o trabalhador a uma carga horária mais extensiva de trabalho, fator este elencado como relevante entre os estressores do ambiente de trabalho, sinalizando para a influência casa-trabalho.

Não obstante as condições suscetíveis ao desenvolvimento de agravos de ordem física ou psíquica apresentados, nota-se a que há em alguns estudos uma boa percepção por parte dos mineiros sobre sua saúde e/ou sua relação com o trabalho, demonstrados em escores elevados na categoria de atitude mental (WYSOKIŃSKI et al., 2015), menores índices de estresse e bons índices de saúde e satisfação no trabalho em comparação a outras indústrias pesadas (MOŚCIŃKA-ŃESKE et al., 2019) e bom estado mental, com baixos níveis de depressão,

compulsão e paranoia em comparação à população do país de análise (LIU et al., 2019).

Nesse sentido, cabe considerar que, apesar de haver, em grande parte, a noção por parte do trabalhador das condições adversas do ambiente laboral, suas percepções de risco, bem como os sentidos atribuído ao trabalho, são perpassados pelas representações construídas no decorrer da sua história, a partir das trocas com o seu meio social. O trabalho na mineração pode ocupar, para além do lugar de sustento para a família, um meio de realização, orgulho e superação, na construção da identidade de homem forte (MOULIN et al., 2001; MOULIN, 2007), bem como um espaço de socialização e apoio, sugerindo-se que tais fatores atuam como atenuantes na percepção de sofrimento.

Apesar dos indicativos percebidos, faz-se necessário considerar que a relação entre adoecimento psíquico e trabalho nem sempre se dará de forma clara. Pereira e colaboradores (2020) discutem a limitação dos instrumentos de análise geralmente utilizados nesses cenários ao focarem somente em medidas numéricas relativas a fatores individuais e inerentes ao labor, de forma descontextualizada e individualizante. Desconsidera-se, na maioria das vezes, a dimensão histórica e social, política, econômica e cultural. O trabalho se insere dentro de um contexto maior e pode se consolidar enquanto um cenário que sustenta e reproduz inequidades, em que fatores como a precarização do trabalho e os modos de produção capitalista contribuem para uma relação de trabalho desgastante, que compromete a saúde, segurança e dignidade do trabalhador (PEREIRA et al., 2020).

## **CONCLUSÕES**

A partir da análise dos estudos nessa revisão pôde-se constatar que a indústria da mineração é um ambiente circundando por diferentes fatores potenciais ao adoecimento físico e psíquico, bem como a prejuízos à qualidade de vida dos trabalhadores. As diferentes abordagens e objetos de investigação dos trabalhos

permitiram olhar para o fenômeno por diferentes ângulos, apontando denominadores comuns na compreensão da interlocução entre aspectos psicossociais, saúde mental do trabalhador e riscos ocupacionais da mineração. Dentre os objetos dos estudos foram investigadas condições como ansiedade e depressão, estresse, síndrome de Burnout, fadiga e qualidade de vida, em sua interação com o trabalho.

Tais estudos lançaram mão da análise de diferentes elementos, considerando características individuais, como indicadores sociodemográficos, estilo de vida e hábitos; condições de execução e ambiente do trabalho, compreendendo exposição a agentes nocivos, ergonomia e jornada de trabalho, relações verticais e horizontais, satisfação no trabalho, relação entre esforço e recompensa, além de indicadores relativos à saúde mental ou qualidade de vida. Observou-se relação de duas vias, com o trabalho afetando a saúde mental e as condições de saúde mental afetando o trabalho.

O presente estudo apresenta algumas limitações, como ter sido realizada busca em apenas duas bases de dados (considerando o acesso livre) e a não análise dos critérios qualidade dos artigos selecionados por meio de instrumento específico para esse fim. A variedade de instrumentos e objetos utilizados nos estudos não permitiu uma análise mais aprofundada das relações entre os resultados de cada estudo. Além disso, a maioria das produções foram realizados a partir de contextos formais de trabalho ou indústrias de grande porte, em detrimento de minerações de pequena escala ou informais, considerando a própria complexidade de acesso e intervenção nestas, o que limita uma compreensão e análise das diferentes realidades.

Salienta-se não ser possível, nem desejável, de acordo com a proposta assumida nesse estudo, uma comparação direta entre os dados apresentados, sendo construída, em contrapartida, uma síntese de conhecimento do cenário proposto. Considera-se que tais resultados podem subsidiar a proposição de ações por parte

de empregadores e poder público que visem a minimização de fatores estressores e desencadeadores de adoecimento psíquico aos trabalhadores da indústria mineradora, bem como promover os fatores de proteção possíveis nesses espaços, garantindo maior segurança, saúde e qualidade nas relações com o trabalho.

Como propostas para exploração do tema em futuras investigações, cabe analisar as estratégias empregadas por parte das políticas de saúde dos países e empregadores para minimização dos fatores passíveis de mudança da relação entre saúde mental e trabalho na mineração, a fim de fortalecer as evidências para a atuação nas problemáticas apresentadas.

## REFERÊNCIAS

AHN, J.; KIM, N. S.; LEE, B. K.; PARK, J.; KIM, Y. Relationship of Occupational Category With Risk of Physical and Mental Health Problems. **Saf Health Work**, v. 10, n. 4, p. 504-511, Dec, 2019.

BATTAMS, S.; ROCHE, A. M.; FISCHER, J. A.; LEE, N. K. *et al.* Workplace risk factors for anxiety and depression in male-dominated industries: a systematic review. **Health Psychol BehavMed**, 2, n. 1, p. 983-1008, 2014.

CHRISTENSEN, M., LIM, C., SAHA, S., PLANA-RIPOLL, O., CANNON, D., PRESLEY, F., MCGRATH, J. The cost of mental disorders: A systematic review. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 29, 2020.

CONSIDINE, R.; TYNAN, R.; JAMES, C.; WIGGERS, J.; LEWIN, T. *et al.* The Contribution of Individual, Social and Work Characteristics to Employee Mental Health in a Coal Mining Industry Population. **PLOS ONE**, v. 12, n. 1, 2017.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 2007.

DIAS, F. M.; SANTOS, J. F. C.; ABELHA, L.; LOVISI, G. M. O estresse ocupacional e a síndrome do esgotamento profissional (burnout) em trabalhadores da indústria do petróleo: uma revisão sistemática. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 41, e11, 2016.

FERNANDES, C.; PEREIRA, A. Exposição a fatores de risco psicossocial em contexto de trabalho: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, 24, 2016.

GAO, X.; MA, K. L.; WANG, H.; GAO, Q. *et al.* Association of sleep quality with job Burnout among Chinese coal mine staff: a propensity score weighting analysis. **Sci Rep**, 9, n. 1, p.8737, Jun, 2019.

HAN, L.; LI, Y.; YAN, W.; XIE, L. *et al.* Quality of life and influencing factors of coal miners in Xuzhou, China. **J Thorac Dis**, 10, n. 2, p. 835-844, Feb, 2018.

ILO. **Building a Preventative Safety and Health Culture in Mines**. A guide to the Safety and Health in Mines Convention, 1995 (No. 176) and Recommendation (No. 183), / International Labour Organization, Turkey, 2017.

LI, Y.; SUN, X.; GE, H.; LIU, J. *et al.* The Status of Occupational Stress and Its Influence the Quality of Life of Copper-Nickel Miners in Xinjiang, China. **Int. j. environ. res. public health(Online)**, 16, n. 3, p. 2019-01, 2019.

LIU, J.; LIU, Y.; MA, T.; GAO, M. *et al.* Subjective perceptions and psychological distress associated with the deep underground: A cross-sectional study in a deep gold mine in China. **Medicine (Baltimore)**, 98, n. 22, p. e15571, 2019.

LU, Y.; ZHANG, Z.; YAN, H.; RUI, B. *et al.* Effects of Occupational Hazards on Job Stress and Mental Health of Factory Workers and Miners: A Propensity Score Analysis. **Biomed Res Int**, p. 1754897, 2020.

MAITI, J. Design for worksystem safety using employees' perception about safety. **Work**, v. 41, Suppl 1, pp. 3117-3122, 2012.

MINAYO, M. C. S. De ferro e flexíveis: marcas do estado empresário e da privatização na subjetividade operária e suas repercussões na saúde. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

MOŚCICKA-TESKE, A.; SADŁOWSKA-WRZESIŃSKA, J.; NAJDER, A.; BUTLEWSKI, M. The relationship between psychosocial risks and occupational functioning among miners. **Int JOccup Med Environ Health**, 32, n. 1, p. 87-98, 2019.

MOULIN, M. D. G. B.; MORAES, A. B. T. Vamos fazer poeira: fontes e expressões da pressão notrabalho do setor de rochas ornamentais no Espírito Santo. **Rev. bras. saúde ocup**, v. 35, n.122, 2010.

PELDERS, J.; NELSON, G. Contributors to Fatigue of Mine Workers in the South African Gold and Platinum Sector. **Saf Health Work**, 10, n. 2, p. 188-195, Jun, 2019.

PEREIRA, A. C. L.; SOUZA, H. A.; LUCCA, S. R.; IGUTI, A. M. Fatores de riscos psicossociais no trabalho: limitações para uma abordagem integral da saúde mental relacionada ao trabalho. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 45, e18, 2020.

POLSHKOVA, S.; CHABAN, O.; WALTON, M. A. Alcohol Use, Depression, and High-Risk Occupations Among Young Adults in the Ukraine. **Subst Use Misuse**, 51, n. 7, p. 948-951, 2016.

SALAS, M. L.; QUEZADA, S.; BASAGOITIA, A.; FERN *et al.* Working Conditions, Workplace Violence, and Psychological Distress in Andean Miners: A Cross-sectional Study Across Three Countries. **Ann Glob Health**, 81, n. 4, p. 465-474, 2015.

SOARES; SIMARLY M. et al. Workplace accidents in Brazil: analysis of physical and psychosocial stress and health-related factors. RAM, **Rev. Adm. Mackenzie**, São Paulo, v.19, n.3, 2018.

SOUSA, M. N. A. et al. Fatores ergonômicos, psicossociais e riscos no trabalho na mineração informal. **Revista Produção Online**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 1099-1120, set. 2015.

SOUSA, M.; QUEMELO, P. Saúde do trabalhador e riscos ocupacionais na mineração. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v. 17, p. 111-121, 2015.

SOUSA, L. M. M.; FIRMINO, C. F.; MARQUES-VIEIRA, C. M. A.; SEVERINO, S.; PESTANA, H. C. F. C. Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. **Rev Port Enferm Reabil**, v. 1, n. 1, p. 46-55, 2018.

SUN, X.; ZHANG, L.; ZHANG, C.; LIU, J. *et al.* The status of job burnout and its influence on the working ability of copper-nickel miners in Xinjiang, China. **BMC Public Health**, 20, n. 1, p.305, 2020.

TAN, M. N.; MEVSIM, V.; TOPAL; AMP *et al.* Long-term posttraumatic stress disorder in mineworkers after a coalmining disaster. **Arch. Clin. Psychiatry (Impr.)**, 47, n. 1, p. 13-18, 2020.

UTZET, M.; VALERO, E.; MOSQUERA, I.; MARTIN, U. Employment precariousness and mental health, understanding a complex reality: a systematic review. **Int J Occup Med Environ Health**, v. 33, n. 5, p. 569-598, 2020.

WHITEFORD, H. A.; FERRARI, A. J.; DEGENHARDT, L. et al. Global Burden of Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: An Analysis from the Global Burden of Disease Study, 2010. In: PATEL, V; CHISHOLM, D.; DUA, T. et al., editors. **Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: Disease Control Priorities**, Third Edition, v 4. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; Mar, 2016.

WYSOKIŃSKI, M.; FIDECKI, W.; BERNAT-KOTOWSKA, S.; ŚLUSARZ, R. Health behaviour of miners. **Med Pr**, 66, n. 6, p. 753-761, 2015.

doi: 10.48209/978-65-84959-25-0

---

## **CAPÍTULO 2**

---

# **A EXPERIÊNCIA DE SINTOMAS E A QUALIDADE DE VIDA NA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA**

Isabel Bico  
Susana Mendonça  
Ermelinda Caldeira

## INTRODUÇÃO

A doença oncológica surge como uma ameaça à vida e em fase avançada perspectiva a morte a curto prazo. Segundo o Global Cancer Observatory, Portugal tem uma das menores incidências de cancro a nível da Europa, ainda assim, o número de novos casos de cancro por ano ultrapassou em 2020 os 60 467, com previsibilidade de aumentar até 2040 mais 10 248 novos casos por ano, com as mortes por doença oncológica a ascenderem de 30 168 para 38 341 mil (WHO, 2020).

A doença oncológica acontece quase sempre de forma súbita, mas com efeito de doença prolongada, em algumas situações com um mau prognóstico e fim de vida anunciado. Os sintomas físicos e psíquicos surgem maioritariamente relacionados com o tratamento de quimioterapia e radioterapia ou por efeito da própria lesão tumoral a nível local e sistémico. A pessoa com doença oncológica submetida a tratamento, experimenta uma média de quinze sintomas não controlados, que são altamente variáveis tanto na sua intensidade como no sofrimento associado (PAPACHRISTOU et al., 2018). A dispneia e os problemas gastrointestinais são os mais frequentes nos últimos dias de vida e geralmente é visível uma diminuição do impacto de quase todos eles à medida que a morte se aproxima, à exceção da fadiga e do estertor. Um dos pressupostos subjacentes da pesquisa de Papachristou et al. (2018), é que os sintomas se agregam e podem compartilhar mecanismos subjacentes e que são alvos potenciais para intervenções terapêuticas. Estes investigadores, dedicaram-se à avaliação de sintomas aglomerados, usando abordagens estatísticas com recurso a técnicas como análise fatorial exploratória ou análise de *cluster*. Referiram que uma das maiores lacunas no conhecimento é que a natureza das relações entre os sintomas que surgem de forma isolada e os aglomerados de sintomas não tem sido valorizada. Essa lacuna no conhecimento impede a identificação de sintomas chave que exer-

cem influência sobre outros sintomas concomitantes ou *clusters* de sintomas que podem ser alvo(s) potencial(is) para intervenções terapêuticas.

No estudo que desenvolveram, aplicaram métodos de Análise de Rede, para melhor compreender e interpretar as associações entre os sintomas em doentes oncológicos sob tratamento por quimioterapia. Os resultados deste estudo sugerem que as relações entre os sintomas podem diferir dependendo da dimensão do sintoma usada para criar a rede. Referem que o sofrimento pode ser uma dimensão diferente da experiência dos sintomas do doente. Além disso, este estudo fornece as primeiras visualizações das inter-relações entre os grupos de sintomas em três dimensões da experiência dos sintomas. Melhorar a nossa compreensão sobre as experiências de sintomas da pessoa com doença oncológica, poderá contribuir para a realização de intervenções individualizadas e direcionadas com efeitos na diminuição da carga de sintomas e controlo dos mesmos em cada doente (PAPACHRISTOU et al., 2019).

A experiência de sintomas é conceptualizada enquanto algo que influencia e é influenciado tanto pelas estratégias de gestão, como pelos resultados dos estados dos sintomas. A perceção é estabelecida quando a pessoa toma consciência dos seus sintomas, inicia estratégias, e avalia os resultados. Esta interação pode ocorrer em pequenos momentos, na gestão de autocuidado. Quando os sintomas são mais acentuados e/ou aflitivos, procura outras estratégias de gestão e os resultados podem ser avaliados de um modo mais formal. Este processo interativo ocorre até os sintomas estarem controlados ou estabilizados. O processo de gestão e controlo de sintomas pode tornar-se ineficaz, quando não há adesão à implementação da estratégia. A não adesão pode ocorrer quando as estratégias são muito exigentes ou desadequadas, quando não são aplicadas, ou são aplicadas de forma inconsistente. Outros fatores relacionados com o individuo, o ambiente, ou relacionados com situações de saúde/doença podem contribuir para a não-adesão à gestão de sintomas (RIEGEL et al., 2019).

Os sintomas não controlados causam sofrimento físico, ansiedade e medo ao doente e familiares, pelo que deverão ser geridos desde o início da sua manifestação até ao final de vida. O controlo de sintomas proporciona ao doente e familiares o bem-estar essencial para se centrarem na comunicação, no relacionamento, na expressão de emoções e afetos e na espiritualidade (THERIVEL et al., 2018).

Os profissionais de saúde, devem estabelecer e manter uma boa comunicação com os doentes, para que seja possível compreenderem a perceção de sintomas, aceitarem a experiência e implementarem estratégias de gestão/controlo. É essencial que os profissionais de saúde, considerem as forças e limitações impostas ao doente, dentro das dimensões, pessoal, ambiental, e de saúde/doença. Quando os sintomas não são descritos adequadamente, o doente continuará a sofrer de uma qualidade de vida reduzida e de um estado funcional alterado (GOMES et al., 2019).

Tendo em conta a importância da perceção individual de sintoma e o significado atribuído ao mesmo ao nível do Bem-estar e Qualidade de vida, foi objetivo deste capítulo avaliar: Quais os sintomas mais significativos e a qualidade de vida percecionada pela pessoa com doença oncológica em fase avançada?

## **METODOLOGIA**

Optou-se por um estudo exploratório, de abordagem mista (quantitativa e qualitativa) decorrente da descrição dos sintomas realizado pela pessoa com doença oncológica. Utilizaram-se técnicas de análise de conteúdo na abordagem qualitativa e análise descritiva na abordagem quantitativa.

O local da pesquisa e desenvolvimento do estudo aconteceu em Portugal, numa Unidade Hospitalar do Alentejo Central - Hospital de dia, serviço de On-

ciologia, que desenvolve a sua atividade dirigida à prestação de cuidados de saúde diferenciados. A opção por esta Unidade de Saúde acontece pelo facto de ser uma referência no Alentejo para todos os doentes oncológicos, pelo apoio a nível de acompanhamento em consultas, na realização dos tratamentos de Quimioterapia e Radioterapia, assim como funciona em atendimento de situações de urgência aos doentes que se encontram em tratamento curativo e paliativo neste serviço. O serviço selecionado para a realização da presente investigação foi o Serviço de Oncologia - Unidade de Quimioterapia.

## **QUESTÕES ÉTICAS**

Foi pedida e posteriormente concedida autorização à comissão de ética do hospital, ao conselho de administração e direção do serviço, para a realização do estudo nesta unidade hospitalar com a apresentação dos objetivos e metodologia a desenvolver. A identificação dos participantes foi feita com recurso à ajuda dos profissionais de saúde do serviço, enfermeiros e médicos. Estes profissionais foram informados sobre o objetivo do estudo e metodologia a aplicar e foi solicitada colaboração na identificação dos participantes. Foram surgindo alguns contactos informais e a interação foi ocorrendo, respeitando as recomendações da Declaração de Helsínquia e convenção de Oviedo e princípios éticos para a Investigação em Enfermagem, indicados pelo (ICN, 1998). Antes do início do estudo, cada um dos participantes foi informado e esclarecido relativamente aos objetivos, bem como dos procedimentos a utilizar durante a investigação. Foram igualmente informados do direito de autodeterminação e assegurado que a sua recusa em nada interferiria no seguimento normal nos cuidados de saúde, assim como a liberdade de desistir a qualquer momento. Os participantes assinaram a folha de registo do consentimento autorizado, após leitura do documento em voz alta. Foi assegurada a confidencialidade dos da-

dos, o anonimato dos participantes, a possibilidade de colocar questões e o direito ao esclarecimento das mesmas. Foi solicitada autorização para a utilização das escalas de avaliação *The Rotterdam Symptom Checklist* (RSCL) aos atores que as traduziram para português, tendo sido concedidas.

## **PARTICIPANTES**

Foram definidos os seguintes critérios de seleção para os participantes neste estudo: ter doença oncológica avançada em controlo de sintomas e/ou tratamento de quimioterapia de 2<sup>a</sup> ou 3<sup>a</sup> linha em hospital de dia; ter relato de episódio de sintomas; idade superior a 18 anos; revelar conhecimento sobre a situação clínica; capacidade para responder ao questionário e escala. Foram identificados cinquenta e nove doentes que verificavam os critérios definidos. Destes, vieram a integrar o estudo cinquenta e dois. Apenas dois doentes, referiram que iriam necessitar de ajuda das cuidadoras para responderem às questões do estudo e realização dos registos. Um doente veio a falecer, antes de preencher a escala de avaliação de sintomas e qualidade de vida.

Foi utilizado um questionário para registo da caracterização sociodemográfica dos participantes. Face à relevância da situação clínica do doente para o estudo, incluíram-se, dados relativos ao diagnóstico, tempo de conhecimento do diagnóstico, localização da neoplasia e das metástases.

## **The Rotterdam Symptom Checklist (RSCL)**

Para avaliar a qualidade de vida relativamente aos sintomas que o doente identifica como significativos, foi aplicada a escala de avaliação *The Rotterdam Symptom Checklist* (RSCL). Esta escala foi elaborada por Haes et al. (1990) e foi traduzida e adaptada em Portugal por Santos et al. (1994). Tem sido utilizada em vários estudos com doentes oncológicos submetidos a cirurgia, quimioterapia

ou radioterapia, os sintomas físicos avaliados na escala estão muito direcionados para os efeitos secundários da quimioterapia (HAES et al., 1996; HAES et al., 1990; EL-JAWAHRI et al., 2019; NUNES et al., 2011; STEIN et al., 2003). Optou-se pela sua utilização tendo em conta que avalia sintomas relacionados com o tratamento de quimioterapia e todos os doentes do estudo, já tinham sido submetidos ou estavam sobre ciclos de quimioterapia.

A RSCL avalia a qualidade de vida dos doentes sobre quatro domínios: sintomas físicos, psíquicos, atividades de vida e qualidade de vida no global. Deverá ser preenchida pelo próprio doente e refere-se aos sintomas percecionados na semana anterior à sua aplicação. A escala é constituída por 39 itens, 30 incidem sobre diversos sintomas, 23 itens correspondem a sintomas físicos, 7 correspondem a sintomas psicológicos, 8 estão relacionados com as atividades de vida diárias e um item final que avalia a perceção geral do doente quanto ao nível de qualidade de vida relativa aos sintomas. Todos os itens são medidos numa escala de likert de 4 pontos, em que: 1- nenhum significado; 2 – Pouco significado; 3 – Algum significado e 4 – Bastante significado. O item 11 (s11) corresponde à esperança no futuro, em que neste caso o 1- corresponde a nenhuma esperança no futuro e 4- bastante esperança no futuro, tendo em conta que em termos de somatório, quanto maior pontuação, menor qualidade de vida, este item deverá ser invertido para efeitos estatísticos. No caso dos itens relativos às atividades de vida: 1 – incapaz; 2 – só com ajuda; 3 – com dificuldade sem ajuda; 4 – sem ajuda, será igualmente invertida em termos de somatório total. O último item que corresponde à qualidade de vida no geral, a escala de likert tem 7 pontos: 1 - Excelente; 2 - Boa; 3 - Moderadamente Boa; 4 - Nem boa nem má; 5 - Moderadamente má; 6 – Má; 7 – Muito má. O mínimo total é 39, corresponde a melhor qualidade de vida e o máximo é 158, corresponde a pior qualidade de vida. Poderão ser utilizados os subtotais dos diferentes domínios. Os itens agrupam-se em 4 subescalas. (Tabela 1).

**Tabela 1:** Composição da Escala de avaliação Rotterdam Symptom Checklist (RSCL)

Subescalas	Itens	Mínimo Pontuação	Máximo Pontuação
Sintomas físicos	s1, s3, s5, s7, s8, s10, s12, s13, s14, s15, s16, s18, s20, s21, s22, s23, s24, 25, s26, s27, s28, s29, s30	23	92
Sintomas psíquicos	s2, s4, s6, s9, s11, s17 e s19	7	28
Nível de atividades	act1, act2, act3, act4, act5, act6, act7, act8	8	31
QV	Cv1	1	7
Somatório total		39	158

Os itens da dimensão sintomas físicos estão intercalados com os da dimensão sintomas psicológicos de forma a evitar que as respostas sejam influenciadas.

Com esta escala pretende-se avaliar a efetivação de sintomas ao nível físico e psicológico, identificados pelo doente na última semana, a interferência na realização das atividades diárias e na sua qualidade de vida, pelo que se optou pela análise descritiva de sintomas e o somatório total para avaliação da qualidade de vida.

Para avaliar a consistência interna, utilizou-se como medida o *Alfa de Cronbach*, tanto para a escala total como para as subescalas, apresentando-se os resultados na Tabela 2.

**Tabela 2:** Análise de consistência interna da Escala The Rotterdam Symptom Checklist (RSCL)

ESCALA/Subescala	Alfa de Cronbach	Itens
RSCL	0,875	38
Sintomas físicos	0,757	23
Sintomas psíquicos	0,785	7
Nível de atividade	0,914	8

Os valores obtidos para o *Alfa de Cronbach* permitem concluir que o instrumento tem uma fiabilidade aceitável. Valores de *Alfa de Cronbach* muito próximos de outros estudos com doentes oncológicos submetidos a cirurgia, quimioterapia ou radioterapia, para avaliação da interferência dos sintomas na qualidade de vida nestes doentes, estudos de validação da Escala: os valores de *Alfa* de Cronbach se encontraram entre 0.88-0.914: Nunes, (2009) valores para a escala total de 0,908 e subtotais físicos de 0,846, psicológicos de 0,833 e nível de atividade de vida de 0,922; Stein et al (2003) valores de *Alfa de Cronbach* entre os 0,86 e 0,89 para a escala total e subescalas.

## RESULTADOS

### Caracterização dos participantes

Foi constituída uma amostra de conveniência com 52 doentes com doença oncológica avançada e com relatos de episódios de sintomas. Todos frequentavam o hospital de dia, unidade de quimioterapia do Hospital onde se desenvolveu o estudo. Um doente veio a falecer antes da realização do registo na Escala *The Rotterdam Symptom Checklist* (RSCL).

A maioria dos participantes (63,5%), são do sexo feminino (n=33). A idade dos participantes está compreendida entre os 27 e os 87 anos, encontrando-se a média de idade nos 63 anos, com um desvio padrão de 11,59. Um quarto (n=13), tem idade inferior ou igual a 54 anos e metade (n=26) tem idade inferior ou igual a 64 anos. Este facto é relevante no sentido que são pessoas ainda em idade ativa e que estão em fase de doença muito avançada. A maioria (73,1%) são casados (n=38); (48,1%) apresentam o 4º ano escolaridade (n=25), apenas um participante não sabe ler nem escrever e (3,8%) possuem licenciatura (n=2).

### **Fatores relacionados com a situação clínica**

Em termos de diagnóstico médico, destaca-se a neoplasia do intestino em 46,2% (n=25) dos casos; seguido da neoplasia da mama em 23,1% (n=12). Verificou-se que alguns dos participantes apresentavam mais do que uma neoplasia, justificando-se pelo facto de apresentarem doença avançada.

Do total dos participantes com neoplasia do intestino, 26,9% (n=14) são homens e 19,2% (n=10) são mulheres. A totalidade com neoplasia da mama são mulheres, assim como do pâncreas e estômago. Todos os doentes que apresentavam neoplasia do pulmão, laringe e amígdala são homens, assim como neoplasia hepática.

A metastização hepática é das mais frequentes em tumores sólidos, confirmando-se como a mais frequente nestes doentes 26,9% (n=15), está relacionada com a neoplasia do intestino. A Carcinomatose peritoneal é indicativa de doença muito avançada, esta situação foi verificada em 23,1% (n=13) dos casos, está relacionada com a neoplasia do ovário e intestino. Verificou-se a metastização para o pulmão 21,2% (n=12), de forma isolada e também associada a outros órgãos, está relacionada com a neoplasia da mama, assim como a metastização para o sistema nervoso central 7,7% (n=4) e mama oposta à do cancro primitivo 3,8%

(n=2). Alguns doentes apresentavam metástases ósseas 11,5% (n=6), na base da língua 3,8% (n=2) e na pele 1,9% (n=1).

A maioria dos participantes 55,8% (n=29), referiu ter conhecimento do diagnóstico há 3 ou menos anos e apenas 7,7% (n= 4) tinha conhecimento há mais de 10 anos. De realçar que 23,1% (n=12), referiu conhecimento do diagnóstico há menos de um ano e encontravam-se em fase avançada da doença.

### **Sintomas físicos e psíquicos mais significativos para o doente oncológico e a qualidade de vida através da RSCL**

Foi feita uma análise descritiva das subescalas da RSCL.

Em relação aos sintomas físicos, os que foram identificados como maior frequência: o cansaço, a falta de energia, as dores e a falta de interesse sexual, como apresentado na Tabela 3.

**Tabela 3:** Medidas resumo dos itens da subescala sintomas físicos da escala RSCL

Sintomas Físicos	n	1 (%/n)	2(%/n)	3 (%/n)	4 (%/n)
1. Falta de Appetite	51	36,5% (19)	15,4% (8)	21,2% (11)	25%(13)
3. Cansaço	51	3,8% (2)	7,7% (4)	25% (13)	<b>61,5% (32)</b>
5. Dores Musculares	51	13,5% (7)	26,9% (14)	28,8% (15)	28,8% (15)
7. Falta de energia	51	5,8% (3)	17,3% (9)	30,8% (16)	<b>44,2% 23)</b>
8. Dores	51	7,7% (4)	17,3% (9)	30,8% (16)	<b>42,3% (22)</b>
10. Náuseas	51	30,8% (16)	21,2% (11)	32,7% (17)	13,5% (7)
12. Dificuldade em adormecer	51	23,1% (12)	21,2% (11)	30,8% (16)	23,1% (12)

13. Dores de cabeça	51	42,3% (22)	19,2% (10)	28,8% (15)	7,7% (4)
14. Vômitos	51	59,6% (31)	15,4% (8)	17,3% (9)	5,8% (3)
15. Tonturas	50	32,7% (17)	13,5% (7)	40,4% (21)	9,6% (5)
16. Falta de interesse sexual	51	19,2% (10)	9,6% (5)	19,2% (10)	<b>50% (26)</b>
18. Tensão nervosa	51	13,5% (7)	25% (13)	44,2% (23)	15,4% (8)
20. Obstipação	51	38,5% (20)	7,7% (4)	26,9% (14)	25% (13)
21. Diarreia	51	61,5% (32)	17,3% (9)	7,7% (4)	11,5% (6)
22. Azia, arrotos	51	38,5% (20)	28,8% (15)	17,3% (9)	13,5% (7)
23. Calafrios (arrepios)	51	36,5% (19)	23,1% (12)	19,2% (10)	19,2% (10)
24. Formigueiros nas mãos/pés	51	32,7% (17)	5,8% (3)	21,2% (11)	38,5% (20)
25. Acordar sobressaltado	50	50% (26)	25% (13)	13,5% (7)	7,7% (4)
26. Dor ao engolir	51	76,9% (40)	9,6% (5)	11,5% (6)	0
27. Queda de cabelo	51	23,1% (12)	25% (13)	19,2% (10)	30,8% (16)
28. Ardor nos olhos	51	25% (13)	21,2% (11)	40,4% (21)	11,5% (6)
29. Falta de ar	51	63,5% (33)	13,5% (7)	19,2% (10)	1,9% (1)
30. Secura da boca	51	17,3% (9)	19,2% (10)	30,8% (16)	30,8% (16)

Legenda: 1 - Nenhuma; 2 - Pouca; 3 - Alguma; 4 – Bastante

Na Tabela 4, são apresentados os sintomas psíquicos identificados com maior frequência: as preocupações, a depressão, o nervosismo, a irritabilidade e a ansiedade.

**Tabela 4:** Medidas resumo dos itens da subescala sintomas psíquicos da escala RSCL

Sintomas Psíquicos	n	1 (%/n)	2 (%/n)	3 (%/n)	4 (%/n)
2. Irritabilidade	51	9,6% (5)	19,2% (10)	48,1% (25)	<b>21,2% (11)</b>
4. Preocupações	51	9,6% (5)	11,5% (6)	30,8% (16)	<b>46,2% (24)</b>
6. Depressão	51	13,5% (7)	40,4% (21)	19,2% (10)	<b>25,5% (13)</b>
9. Nervosismo	51	3,8% (2)	23,1% (12)	48,1% (25)	<b>23,1% (12)</b>
<b>11. Esperança no futuro</b>	<b>51</b>	<b>11,5% (6)</b>	<b>26,9% (14)</b>	<b>42,3% (22)</b>	<b>17,3% (9)</b>
17. Sentimento de solidão	50	28,8% (15)	26,9% (14)	25% (13)	15,4% (8)
19. Ansiedade	51	7,7% (4)	21,2% (11)	<b>50% (26)</b>	19,2% (10)

Legenda: 1 – Nenhuma; 2- Pouca; 3- Alguma; 4- Bastante

Os doentes apresentaram sintomas psíquicos com alguma expressão, apesar disso, 42,13% (n=22) referiram alguma esperança no futuro e 17,3% (n=9) bastante, como registado. No que se refere à subescala da atividade, verificaram-se mais dificuldades na capacidade para trabalhar não só a nível profissional, como também em realizar tarefas ocasionais caseiras ou da lida da casa. A maioria dos doentes referiu ter capacidade para realizar as restantes atividades sem ajuda, com ou sem dificuldade, indicando que, de um modo geral, os participantes conseguiam ter capacidade para se autocuidar (tabela 5).

**Tabela 5:** Medidas resumo dos itens da subescala nível de atividade da escala RSCL

Atividades	n	1	2	3	4
1. Cuidar de mim (lavar-me, etc.)	51	9,6% (5)	17,3% (9)	5,8% (3)	65,4% (34)
2. Andar por casa	51	3,8% (2)	5,8% (3)	15,4% (8)	75% (39)
3. Lida de casa	51	34,6% (18)	9,6% (5)	15,4% (8)	38,5% (20)
4. Subir escadas	51	11,5% (6)	15,4% (8)	25% (13)	46,2% (24)
5. Tarefas ocasionais (consertos, tricot, etc.)	51	38,5% (20)	7,7% (4)	13,5% (7)	38,5% (20)
6. Andar na rua	51	11,5% (6)	19,2% (10)	13,5% (7)	53,8% (28)
7. Ir às compras	51	19,2% (10)	21,2% (11)	13,5% (7)	44,2% (23)
8. Ir trabalhar	51	65,4% (34)	1,9% (1)	5,8% (3)	25% (13)

Legenda: 1- Incapaz; 2 – Só com ajuda, 3 – Com dificuldade sem ajuda; 4 – Sem ajuda

Em relação à qualidade de vida que varia entre 1 (excelente) e 7 (muito má), tanto a média, como a mediana encontram-se no valor 4 (nem boa, nem má). 7,7% (n=4) referiram, Excelente qualidade de vida; 11,5% (n=6) referiram ser Boa; 17,3% (n=9) Moderadamente Boa; 17,3% (n=9) Nem Boa nem Má; 25% (n= 13) Moderadamente Má e 9,6% (n=5) Muito Má. Esta avaliação referia-se à qualidade de vida relativamente à semana anterior ao início do estudo (Tabela 6).

**Tabela 6:** Medidas resumo da subescala qualidade de vida, da escala RSCL

Tendo em conta estes aspetos, como descreve a sua qualidade de vida durante a semana passada?	n	1	2	3	4	5	6	7
		7,7%	11,5%	17,3%	17,3%	25%	9,6%	9,6%
	51	<b>Min</b> 1	<b>Me</b> 4	<b>M</b> 4,1		<b>Max</b> 7		<b>DP</b> 1,7

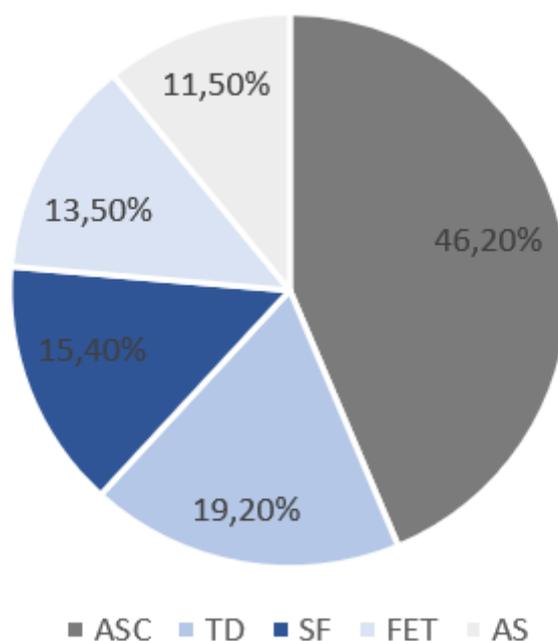
Legenda: 1- Excelente; 2 – Boa; 3 – Moderadamente boa; 4 – Nem boa nem má; 5 – Moderadamente má; 6 – Má; 7 – Muito má

Para avaliação da qualidade de vida relativa ao valor da soma da RSCL por participante, foi invertido o item 11 (esperança no futuro) e os itens das atividades, que indicam maior qualidade de vida relativa a maior pontuação, ao contrário dos restantes itens da RSCL. Contabilizando todos os itens o mínimo seria 39 e o máximo 159, correspondendo à pior qualidade de vida relativa aos sintomas. O valor mínimo em somatório foi de 60 e o máximo foi de 128. Um quarto dos participantes apresentava valores inferiores ou iguais a 80, e outro quarto valor superior ou igual a 107, com uma mediana de 96 e média de 94 com um desvio padrão de 17,9 ( $94 \pm 17,9$ ), como apresentado na Tabela 7.

**Tabela 7:** Análise descritiva do somatório da RSCL

RSCL	n	Mín.	Percentil 25	Mediana	Média	Percentil 75	Máximo	Desvio Padrão
<b>SOMATÓRIO</b>	51	60	80	96	94	107	128	17,9

Os doentes revelaram algumas preocupações, que vieram a ser registadas no diário do investigador e analisadas com recurso a técnicas de análise de conteúdo (Figura 1).

**Figura 1:** Preocupações apresentadas pelos doentes

Legenda: ASC – Agravamento da situação clínica; TD- Tornar-se dependente; SF – Separação da família; FET – Falta de Esperança no tratamento; AS – Agravamento dos sintomas

Foram identificadas as seguintes preocupações:

**Medo do agravamento da situação clínica** *“A grande preocupação é a progressão da doença e querer que o meu marido se aproxime da nossa filha de 18 anos que está muito revoltada...(P2)*

**Tornar-se dependente de outros** *“Preocupa-me o agravamento da situação clínica e perda de capacidades” (P30; P31; P32) “tenho medo da dependência, preocupa-me a perda de capacidades, o pior é o cansaço que me deixa debilitado e altera o meu ritmo de vida” (P20). “Preocupa-me a perda da independência e os meus filhos menores” (P40).*

**Proximidade de morte e separação da família**, principalmente quando existiam filhos menores. *“A minha preocupação é deixar os que amo, sabendo que estão a sofrer muito por mim e que irão sofrer com a minha ausência...” (P2). “Sinto bastantes preocupações, com a minha situação clínica, mas também muitas com a minha filha e com a neta” (P9).*

**Falta de esperança no tratamento**, o que levava ao confronto com a situação de doença avançada e proximidade de morte. *“Sei que a situação clínica se está a agravar, não falo disso com o meu marido e os meus filhos para não os preocupar”* (P50). *“Tenho pouca esperança no futuro, deixei de comprar roupa porque já não “vale a pena” visto que acho que a doença pode progredir para o final de vida...(P3).* *“Sinto-me muito mal, só me lembro do meu pai que faleceu ... apareceu-lhe a doença em setembro e morreu em novembro... só me lembro dele...”* (P47). *Tenho pouca esperança relativamente ao futuro...(P7).* *“Tenho pouca esperança relativamente ao futuro, mas não vivo triste nem irrequieta, quando posso vou tomar um café... mas sei que estou próxima do fim... (P5).* *“Estou muito preocupado com a falta de apetite, eu sei que se não comer não estou cá muito tempo. Não há nenhum carro que ande sem gasóleo” ... ( P39).*

Foi referido pelos participantes que as preocupações lhes dificultavam a capacidade de atenção e concentração.

## **DISCUSSÃO**

O avaliar a experiência dos sintomas e a qualidade de vida da pessoa com doença oncológica em fase avançada foi extremamente útil, tendo em conta a importância da perceção individual do sintoma e do significado que lhe foi atribuído ao nível do bem-estar e da qualidade de vida.

### ***Quais os sintomas mais significativos e a qualidade de vida percebida pelos doentes?***

Para que a intervenção aconteça é necessária interação e envolvimento da pessoa, sendo imprescindível conhecer cada uma individualmente. Em termos de investigação foi importante a caracterização da população em estudo.

Os participantes são cinquenta e dois doentes oncológicos com doença avançada. A maioria são mulheres e quase todos casados. Têm mais de dezoito-

to anos, sendo a idade mínima de vinte sete e máxima de oitenta e sete anos. A média da idade encontra-se nos sessenta e três anos e desvio padrão de 11,6. Os homens têm idade superior às mulheres, mas a idade nas mulheres encontra-se mais dispersa, a mais jovem tem vinte sete anos e a mais velha oitenta.

A maioria destes doentes foi diagnosticado com neoplasia do intestino, tanto homens como mulheres. No grupo dos homens o segundo diagnóstico mais presente é o de neoplasia do pulmão e nas mulheres é a neoplasia da mama. As características deste grupo de doentes, enquadra-se nos registos de doença oncológica em Portugal (SNS, 2017) sobre a incidência de novos casos, em que o grupo etário predominante se apresenta entre os quarenta e cinco e os setenta anos, sendo que na mulher, o grupo etário entre os trinta e quarenta e quatro anos é mais afetado devido ao cancro da mama. Também neste grupo, o participante mais jovem é uma mulher de vinte e sete anos e o cancro primitivo foi o cancro da mama.

Em relação à localização da neoplasia, estes resultados são corroborados pelos registos a nível nacional. O cancro do pulmão, traqueia e laringe, foi identificado apenas nos homens. A neoplasia com maior incidência em ambos os sexos, quer a nível nacional, quer regional é a do colon e reto, e foi a que se apresentou em maior número neste grupo.

A situação de doença oncológica encontrava-se em estágio avançado, todos apresentaram metastização à distância, maioritariamente com localização hepática, carcinomatose peritoneal e metástases pulmonares. Cacicedo et al. (2020) refere que uma das causas de dor mais intensa, relaciona-se com metástases ósseas, encontrando-se estas presentes em pelo menos seis doentes estudados. Apesar de se encontrarem em situação de doença muito avançada, doze destes doentes têm conhecimento do diagnóstico há menos de um ano e vinte e nove há menos de três anos, apenas quatro têm conhecimento da doença há mais de dez anos.

A maioria dos que vieram a agravar a situação clínica tinham conhecimento do diagnóstico há menos de três anos.

O cancro é um dos principais problemas de saúde em Portugal e na Europa, o plano europeu de luta contra o cancro apresentado pela European Commission, (2021), pretende dar resposta aos desafios da doença, agravados pelos dois anos de pandemia, em que todos os países europeus deverão unir esforços na prevenção e deteção precoce da doença, diagnóstico, tratamento e na qualidade de vida dos doentes e sobreviventes de cancro.

Para responder à questão “Quais os sintomas mais significativos e a qualidade de vida percebida pelos doentes?” recorreu-se à escala de avaliação de sintomas *Rotterdam Symptom Checklist* (RSCL).

Resultados de estudos onde foi aplicada a RSCL, indicam que a qualidade de vida da pessoa com doença oncológica é influenciada pela expressão dos sintomas, existindo variáveis, como o sexo, a idade e fatores situacionais como o tipo de cancro, alterações na imagem e nível de dependência, assim como o estado psicológico e emocional que interferem na avaliação da qualidade de vida por parte do doente (HORICK et al., 2018; NUNES, 2009; SALOME et al., 2019; STEIN et al., 2003). Neste estudo, os resultados do somatório da RSCL na escala total, indicaram que cerca de metade dos doentes apresentavam valores superiores ao equivalente a metade da cotação máxima entre a melhor e a pior qualidade de vida. Na avaliação das respostas à questão: “como avalia a sua qualidade de vida tendo em conta os sintomas experienciados durante a última semana?” Quatro doentes referiram ter excelente qualidade de vida e cinco registaram-na como muito má. Metade dos doentes referiram que a sua qualidade de vida era má e outra metade referiram que era boa.

Os sintomas físicos, identificados mais frequentemente, foram: o cansaço, a falta de energia, as dores e a falta de interesse sexual. Também no estudo de

Lewandowski et.al. (2020), sobre a avaliação da qualidade de vida na pessoa com doença oncológica os sintomas físicos, mais relatados foram fadiga, falta de apetite, dificuldade para dormir, obstipação e dor. Llamas-Ramos et al., (2023) identificaram que quase constantemente os doentes referiam problemas relacionados com o interesse ou atividade sexual.

Os sintomas psíquicos identificados com maior significado foram: as preocupações, a depressão, o nervosismo, a irritabilidade e a ansiedade. Outros estudos apresentam resultados semelhantes (EL-JAWAHRI et al., 2019; LLAMAS-RAMOS et al., 2023; STEIN et al., 2003).

A dor afeta a mobilidade e incapacita para atividades que exijam esforço físico, o que leva ao medo da dependência. A alimentação e o sono também poderão ser afetados. A falta de apetite pode ser o confronto com a gravidade da situação e proximidade de morte. As alterações no sono também poderão influenciar a experiência de dor. A privacidade do sono desencadeia outros sintomas como a ansiedade, irritabilidade e nervosismo. Por outro lado, alguns doentes referiram que o efeito de sonolência provocado por alguns medicamentos, lhes causavam tristeza pelo medo de perderem independência e controlo nas decisões. Também, o confronto com a perspectiva de proximidade de morte, motivo para não tomarem os medicamentos prescritos, apresentando em algumas situações sintomatologia ativa.

Em relação à capacidade para trabalhar, 25% dos doentes mantinham atividade laboral, os restantes referiram incapacidade ou já se encontravam aposentados. Os doentes apresentavam dificuldade em realizarem tarefas que exigiam maior esforço, como a lida da casa, ou outros trabalhos domésticos, dois necessitavam de ajuda para se deslocar por casa e cinco de ajuda na higiene. Os restantes apresentavam independência na mobilização e no autocuidado. O cansaço, a falta de energia e a dor interferem com atividades que exijam maior esforço físico. Ou-

tros sintomas como a tristeza/depressão, poderão estar relacionados com a dor e agravar a dependência nas atividades de vida. Os estudos indicam a influência de todos estes sintomas na atividade dos doentes, agravada pela severidade, duração e intensidade dos mesmos (SALOME et al., 2019).

Em termos emocionais, os doentes referiram que sentiam preocupações, que lhes causavam falta de concentração. Mencionaram entre elas, o medo do agravamento da situação clínica. Outra preocupação apresentada é o facto de se poder ficar dependente de outros; a angústia de pensar na proximidade de morte e separação da família, principalmente quando existiam filhos menores; a incerteza nos resultados do tratamento e falta de esperança; o agravamento de sintomas como a anorexia, ou a dor que levam a um confronto com a situação de doença avançada e proximidade de morte.

Henson et al. (2016), concluíram na sua investigação, que a dor oncológica, causa sofrimento ao doente, não só pela dificuldade no controlo, como no confronto com a própria situação de doença e gravidade da mesma.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A qualidade de vida é avaliada de forma subjetiva, a pessoa com doença oncológica é afetada por sintomas físicos, psíquicos, emocionais e espirituais. A experiência de sintomas é única e existem vários fatores que influenciam a mesma, pelo que a qualidade de vida é crucial e deve ser avaliada pelo próprio, tendo em conta que a sua avaliação se vai alterando ao longo do tempo, logo é fundamental reavaliar.

A vontade de viver superou na maioria dos doentes, os sintomas mais depressivos, sobressaindo, a vontade para enfrentar as adversidades. As preocupações foram relatadas como fator de desconcentração e relacionam-se com perda de independência, autonomia e proximidade da morte.

Apesar de se encontrarem em situação de doença avançada e com alguma sintomatologia, a qualidade de vida é muito subjetiva, existindo doentes que a registaram como muito má e outros como excelente. A maioria dos doentes referiu não ser boa nem má, quando avaliada na relação com os sintomas.

Este trabalho de investigação foi fundamental, não só para evidenciar os sintomas físicos e psíquicos da pessoa com doença oncológica, como ainda, avaliar a qualidade de vida dos doentes através da RSCL, mostrando-nos assim, focos onde os profissionais de saúde devem desenvolver estratégias de intervenção para que os cuidados aconteçam com maior qualidade, de forma individualizada e promovendo melhor qualidade de vida ao doente e família.

Daqui também concluímos que importa expandir e aprofundar mais investigação dentro desta matéria, no sentido de ampliar o conhecimento para potenciar a intervenção da equipa multidisciplinar.

## REFERÊNCIAS

CACICEDO, J.; CIRIA, JP; MORILLO, V.; MARTINEZ-INDART, L.; GÓMEZ-ITURRIAGA, A.; DEL HOYO, O.; CASQUERO, F. (2020). Resposta à dor e avaliação da qualidade de vida em pacientes com dor neuropática moderada/grave por metástase óssea em tratamento com radioterapia paliativa e tapentadol: um estudo piloto multicêntrico prospectivo. **Journal of Medical Imaging and Radiation Oncology**, Vol. 64, n. 6, p. 859-865, 2020.

EL-JAWAHRI, A.; ABEL, G. A.; TRAEGER, L.; WALDMAN, L.; MARKOVITZ, N.; VANDUSEN, H.; FATHI, A.; STEENSMA, D. P.; LEBLANC, T. W.; HORICK, N. K. Quality of life and mood of older patients with acute myeloid leukemia (AML) receiving intensive and non-intensive chemotherapy. **Leukemia**, Vol. 33, n.10, p. 2393–2402, 2019.

EUROPEAN COMMISSION. **Europe's Beating Cancer Plan**. 2021. [https://ec.europa.eu/health/system/files/2022-02/eu\\_cancer-plan\\_en\\_0.pdf](https://ec.europa.eu/health/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_0.pdf)

GOMES, G. L. L.; OLIVEIRA, F. M. R. L. de; BARBOSA, K. T. F.; MEDEIROS, HENSON, L. A.; GOMES, B.; KOFFMAN, J.; DAVESON, B. A.; HIGGINSON, I. J.; GAO, W. Factors associated with aggressive end of life cancer care. **Supportive Care in Cancer**, Vol. 24, n. 3, p. 1079–1089, 2016.

GOMES, G. L.; RODRIGUES, F.; BARBOSA, K.; MEDEIROS, A.; FERNANDES, M.; NÓBREGA, M. Theory of unpleasant symptoms: Critical analysis. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Vol. 28, 2019.

HAES, J. C.; VAN KNIPPENBERG, F. C.; NEIJT, J. P. Measuring psychological and physical distress in cancer patients: structure and application of the Rotterdam Symptom Checklist. **British Journal of Cancer**, Vol. 62, n. 6, p. 1034–1038. 1990.

HAES, J. C.; VAN KNIPPENBERG, F. C.; NEIJT, J. P. Measuring psychological and physical distress in cancer patients: structure and application of the Rotterdam Symptom Checklist. **British Journal of Cancer**, Vol. 62, n. 6, p. 1034–1038, 1990.

HAES, J.; OLSCHESKI, M.; FAYERS, P.; VISSER, M.; CULL, A.; HOPWOOD, P.; SANDERMAN, R. **The Rotterdam symptom checklist (RSCL)**. Amsterdão: University of Groningen, 1996.

HORICK, N. K.; MUZIKANSKY, A.; GUTIERREZ, H. L.; BOYD, K. L.; FINKELSTEIN, D. M. Physical symptoms in long-term survivors of rare cancer. **Journal of Cancer Survivorship**, Vol. 12, n. 6, p. 835–842, 2018.

LEWANDOWSKA, A.; RUDZKI, G.; LEWANDOWSKI, T.; PRÓCHNICKI, M.; RUDZKI, S.; LASKOWSKA, B.; BRUDNIAK, J. Qualidade de vida de pacientes com câncer tratados com quimioterapia. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, Vol. 17, p. 6938. 2020.

LLAMAS-RAMOS, I.; ALVARADO-OMENAT, J.J.; RODRIGO-REGUILÓN, M.; LLAMAS-RAMOS, R. Qualidade de vida e gerenciamento de efeitos colaterais no tratamento do câncer - um estudo transversal. **Jornal Internacional de Pesquisa Ambiental e Saúde Pública**, Vol. 20, N. 3, p. 1708, 2023.

NUNES, S.; SANTOS, H.; SERRA, P.; MENDES, E.; DUARTE, S.; RESENDE, R. Qualidade de vida percebida pelos pacientes do hospital de dia de oncologia da ULS de Castelo Branco. **Revista de Saúde Amato**

PAPACHRISTOU, N.; BARNAGHI, P.; COOPER, B.; KOBER, K. M.; MAGUIRE, R.; PAUL, S. M.; HAMMER, M.; WRIGHT, F.; ARMES, J.; FURLONG, E. P. Network analysis of the multidimensional symptom experience of oncology. **Scientific Reports**, vol. 9, n.1, p. 1–11, 2019.

PAPACHRISTOU, N.; BARNAGHI, P.; COOPER, B.A., HU, X.; MAGUIRE, R.; APOSTOLIDIS, K.; MIASKOWSKI, C. Congruência entre as análises de classes latentes e modos K na identificação de pacientes oncológicos com experiências de sintomas distintos. **Journal of pain and sintoma management**, Vol. 55, n.2, p. 318-333, 2018.

POLANCO, R.; FERNANDA, A.; LIZÁRRAGA, Rúa; MONTESERRAT, A. **Propiedades psicométricas del cuestionario de calidad de vida QLQ-C30 en pacientes oncológicos**, Trabajo de Investigación, Facultad de Ciencias de la Salud, 2019.

RIEGEL, B.; JAARSMA, T.; LEE, C. S.; STRÖMBERG, A. Integrating symptoms into the middle-range theory of self-care of chronic illness. *ANS. Advances in Nursing Science*, Vol. 42, n.3, p. 206, 2019.

SANTOS, M. J.; COSTA, F. L.; WATSON, M.; GEER, S.; HAES, J. C.; KNIPPENBERG, F. V.; BORNE, B. V. Adaptação psicológica e qualidade de vida em doentes oncológicos: Escalas de avaliação. **Revista de Psiquiatria Clínica**, Vol. 15, n.1, p. 25-36, 1994.

STEIN, K. D.; DENNISTON, M.; BAKER, F.; DENT, M.; HANN, D. M.; BUSHHOUSE, S.; WEST, M. Validation of a modified Rotterdam Symptom Checklist for use with cancer patients in the United States. **Journal of Pain and Symptom Management**, Vol. 26, n. 5, p. 975–989, 2003.

THERIVEL, J.; KORNUSKY, J.; COOPER, LB; BATES, C. (2018). Clients and Families in Grief. **Journal of Social Work Practice & Skills**, setembro, 28, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Cancer Observatory**. (2020). <https://gco.iarc.fr/>

doi: 10.48209/978-65-84959-25-1

---

## **CAPÍTULO 3**

---

# **DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM OBESIDADE EM PACIENTES COM AFECÇÕES CARDIOVASCULARES**

**Natália da Silva Morais**

**Nívia Samara Dantas de Medeiros**

**Maria Luiza de Araújo Guedes**

**Rayonara Medeiros de Azevedo**

**Jéssica Dantas de Sá Tinôco**

**Maria Isabel da Conceição Dias Fernandes**

## INTRODUÇÃO

Em 2015, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) foram responsáveis por 51,6% dos óbitos no país, na faixa etária entre 30 e 69 anos. A ocorrência das DCNT tem provocado o aumento do número de óbitos precoce, perda na qualidade de vida, incapacidades, dificuldades econômicas para as famílias e ônus aos cofres públicos dos países, tornando-se o maior desafio global para a saúde (BRASIL, 2011; MALTA *et al.*, 2017).

Dentre as DCNT, destacam-se as Doenças Cardiovasculares (DCV), por se tratar das enfermidades que possuem o maior índice de mortalidade no Brasil e no mundo. Atualmente, de acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares são responsáveis por cerca de 17,7 milhões de óbitos anualmente no mundo, correspondendo a 31% de todas as mortes (BRASIL, 2017).

As doenças cardiovasculares dizem respeito às disfunções que atingem o coração e os vasos sanguíneos, comprometendo suas estruturas e impedindo a adequada suplementação sanguínea ao corpo e ao cérebro. Os fatores de risco que predisõem o surgimento das DCVs são classificados em duas classes: os modificáveis e não-modificáveis. Os modificáveis condizem com os comportamentos das pessoas, a exemplo do tabagismo, consumo excessivo de álcool, sedentarismo e a obesidade. Os não-modificáveis são constituídos pelos aspectos hereditários ou imutáveis, como sexo e idade (FONSECA; GUALDI, 2019; JARDIM, 2019).

Nesse contexto, nos últimos anos, o Brasil expressa um processo de transição nutricional, com importantes mudanças sociais, econômicas e demográficas que refletem em uma população mais obesa e sedentária (BARROSO *et al.*, 2017). Nacionalmente, a obesidade é um problema de saúde que afeta cerca de 20% da população brasileira, sendo mais frequente em mulheres e em indivíduos que moram em regiões mais industrializadas, bem como aqueles inativos fisicamente,

com percepção de qualidade de vida pior ou com diagnóstico de doença crônica (MAINARDES; MULLER; MARTINS, 2023).

A obesidade acarreta diversos prejuízos à saúde e qualidade de vida do indivíduo, afetando as capacidades funcionais de seu organismo e reduzindo a expectativa de vida, haja vista que a pessoa com obesidade tende a desenvolver outros problemas de saúde que geralmente se apresentam de forma mais grave (ARAÚJO et al., 2022).

Desse modo, visando à compreensão dessa temática e a desordem causada na vida e na saúde das pessoas, além das necessidades assistenciais a esse perfil de paciente, torna-se relevante à produção de conhecimento sobre o assunto para subsidiar os enfermeiros nos cuidados a serem prestados. Portanto, o estudo do Diagnóstico de Enfermagem (DE) Obesidade é primordial para auxiliar no aprimoramento da prática clínica dos enfermeiros, a qual deverá ser voltada para a prevenção e/ou tratamento desse problema (BARROSO *et al.*, 2017).

O diagnóstico de enfermagem obesidade é definido como uma condição em que o indivíduo acumula gordura excessiva para a idade e o sexo, que excede o excesso de peso. Foi incluso na NANDA internacional no ano de 2013, e revisado em 2017. Enquadrado no domínio nutrição, e na classe ingestão, sendo composto por três características definidoras e quinze fatores relacionados (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Nessa perspectiva, o objetivo desse capítulo foi analisar a prevalência e a relação entre o diagnóstico de enfermagem obesidade, seus componentes diagnósticos e as características sociodemográficas e clínicas em pacientes hospitalizados por afecções cardiovasculares. Justifica-se a realização desta pesquisa com vistas a entender com maior clareza a real prevalência desse problema de enfermagem nos clientes acometidos por doenças cardiovasculares, além de compreender os principais fatores atrelados a sua ocorrência. Diante dos resultados, medidas poderão ser melhor traçadas pelos enfermeiros, com vistas a minimização desse problema e seus impactos na vida da população.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado em um hospital escola do interior do Nordeste do Brasil. Essa instituição está vinculada ao Sistema Único de Saúde e constitui-se por um pronto-socorro, Unidade de Terapia Intensiva, centro cirúrgico, central de material de esterilização, farmácia, enfermaria clínica, e enfermaria cirúrgica.

A população foi composta por pacientes hospitalizados com afecções cardiovasculares. Determinou-se a amostra pela fórmula desenvolvida para estudos com população infinita:  $n = Z\alpha^2 * P * Q/E^2$ . Em que  $n$  = tamanho da amostra,  $Z\alpha$  = Nível de confiança em contagens  $Z$  foi de 95% ( $Z\alpha = 1,96$ );  $P$  = prevalência do agravo em saúde foi considerado de 3%; e o  $E$  = erro amostral relativo foi de 5%. A amostra foi composta por 44 pacientes.

Os critérios de inclusão para os pacientes participantes do estudo foram: estar hospitalizado, apresentar diagnóstico de doença cardiovascular confirmado, e ter idade superior a 18 anos. Sendo excluídos aqueles pacientes sem condições físicas e psíquicas para participar da coleta de dados. A amostragem dos pacientes foi por conveniência, do tipo consecutiva.

A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2019 a março de 2020, a partir de um instrumento composto por duas partes. A parte I – Dados sociodemográficos e clínicos, e a parte II - indicadores clínicos/fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem obesidade presentes na NANDA Internacional (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Os componentes diagnósticos coletados foram: característica definidora:  $IMC > 30 \text{ Kg/m}^2$ ; e fatores relacionados: alimentos sólidos como principal fonte alimentar antes dos 5 meses, relata comportamento sedentário que ocorre  $\geq 2$  horas, comportamentos alimentares desorganizados, consumo de bebidas açucaradas, consumo excessivo de álcool, distúrbio do sono, frequência alta a restaurantes e de consumo de frituras, hábito de beliscar alimentos

com frequência, relata média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo, medo relativo à falta de suprimento de alimentos, percepções alimentares desorganizadas, e tempo de sono reduzido.

Para a realização da coleta de dados, os pacientes internados nas clínicas médicas e cirúrgicas foram convidados a participar da pesquisa, sendo-lhes fornecidas as informações necessárias. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi cedido a cada participante para leitura integral, caso não pudessem ler, era lido pela discente responsável. Posteriormente, recolhiam-se as impressões digitais ou assinaturas após consentimento, e realizava-se a coleta dos dados.

Os dados coletados foram organizados em planilhas do *Microsoft Excel*. Esses dados foram agrupados em uma planilha separada para cada paciente, e as características definidoras/fatores relacionados foram assinaladas como presente/ausente. Em seguida, as pesquisadoras deste estudo, traçaram a presença/ausência da obesidade de acordo com os componentes diagnósticos presentes.

Posteriormente, esses dados foram analisados com o auxílio do *IBM SPSS Statistic versão 25.0 for Windows*, com a finalidade de verificar a prevalência do diagnóstico de enfermagem e seus componentes nos pacientes investigados. Para a avaliação da frequência relativa e absoluta dos diagnósticos e seus componentes foi aplicada a estatística descritiva. As variáveis numéricas foram analisadas por meio de medidas de tendência central e dispersão, os quais tiveram sua normalidade testada por meio do teste de *Shapiro-Wilk*, adotando-se como valor  $p < 0,05$ .

Realizou-se a estatística inferencial dos dados por meio dos testes de *Qui-quadrado* e *U de Mann-Whitney*. A análise inferencial permitiu a verificação da associação estatística entre os indicadores clínicos dos diagnósticos estudados e os dados sociodemográficos e clínicos da clientela em estudo, bem como entre esses diagnósticos e seus componentes. Assim, para a significância estatística dos testes específicos, adotou-se um nível de 5% ( $p < 0,05$ ).

Em obediência à Resolução 466/201 (BRASIL, 2012), definidora das diretrizes e das normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto de pesquisa foi submetido à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, obtendo parecer favorável à sua realização, sob o número de parecer 3.234.418 e CAAE: 09005819.9.0000.5294.

## RESULTADOS

Nesta pesquisa, 54,5% dos participantes eram do sexo feminino, 61,4% afirmaram ter companheiro, 52,3% eram da cor branca, 84,1% relataram ser praticantes de alguma religião, e 54,5% eram aposentados. A média de idade dos pacientes era de 63 anos, com mediana de cinco anos de estudos. A renda familiar apresentou uma média de dois salários mínimos, e uma mediana de duas pessoas morando na mesma casa.

Em relação às variáveis clínicas, a maioria não consumia cigarros ou álcool. Os pacientes apresentaram uma média de peso de 75Kg e altura mediana de um metro e 58 centímetros (cm), uma média de IMC de 28Kg/m<sup>2</sup> e circunferência abdominal com média de 104 cm.

Na tabela 1 será apresentada a prevalência do diagnóstico obesidade e seus respectivos componentes.

**Tabela 1:** Prevalência do diagnóstico obesidade e seus componentes em pacientes com doenças cardiovasculares.

Variáveis	n	%
<b>Diagnóstico de enfermagem</b>		
Obesidade	19	43,2
<b>Característica definidora</b>		
Índice de massa corporal > 30 Kg/m <sup>2</sup>	19	43,2

<b>Fatores relacionados</b>		
Distúrbio do sono	34	77,3
Consumo de bebidas açucaradas	32	72,7
Comportamento sedentário que ocorre por $\geq 2$ horas/dia	31	70,5
Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo	31	70,5
Percepções alimentares desorganizadas	25	56,8
Frequência alta a restaurantes e de consumo de frituras	19	43,2
Medo relativo à falta de suprimento de alimentos	19	43,2
Comportamento alimentar desorganizado	16	36,4
Hábito de beliscar alimentos com frequência	16	36,4
Tempo de sono reduzido	14	31,8
Consumo excessivo de álcool	06	13,6
Alimentos sólidos como principal fonte alimentar antes dos 5 meses de idade	07	15,9

Conforme verificado na tabela 1, a obesidade esteve presente em 43,2% dos entrevistados, sendo confirmada pela presença da característica definidora com igual porcentagem. Dentre os fatores relacionados, cinco apresentaram uma frequência acima de 50%, quais sejam: distúrbio do sono, consumo de bebidas açucaradas, comportamento sedentário que ocorre por  $\geq 2$  horas/dia, média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo e percepções alimentares desorganizadas.

A tabela 2 apresentará a associação existente entre a obesidade e seus componentes diagnósticos.

**Tabela 2:** Distribuição da associação entre o diagnóstico obesidade e seus componentes em pacientes com doenças cardiovasculares.

<b>Obesidade</b>	<b>Valor p</b>
<b>Característica definidora</b>	
Índice de massa corporal > 30 Kg/m <sup>2</sup>	<b>0,000<sup>1</sup></b>
<b>Fatores relacionados</b>	
Alimentos sólidos como principal fonte alimentar antes dos 5 meses de idade	0,210 <sup>2</sup>
Comportamento sedentário que ocorre por ≥ 2 horas/dia	0,682 <sup>1</sup>
Comportamento alimentar desorganizado	0,186 <sup>1</sup>
Consumo de bebidas açucaradas	0,901 <sup>1</sup>
Consumo excessivo de álcool	0,070 <sup>2</sup>
Distúrbio do sono	1,000 <sup>2</sup>
Frequência alta a restaurantes e de consumo de frituras	0,270 <sup>1</sup>
Hábito de beliscar alimentos com frequência	<b>0,013<sup>1</sup></b>
Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo	0,081 <sup>1</sup>
Medo relativo à falta de suprimento de alimentos	0,625 <sup>1</sup>
Percepções alimentares desorganizadas	<b>0,049<sup>1</sup></b>
Tempo de sono reduzido	0,976 <sup>1</sup>

**Legenda:** <sup>1</sup>Qui-quadrado de Pearson; <sup>2</sup>Teste Exato de Fisher.

Conforme a tabela 2, a característica definidora índice de massa corporal > 30 Kg/m<sup>2</sup> e os fatores relacionados hábito de beliscar alimentos com frequência e percepções alimentares desorganizadas apresentaram associação estatística significativa com a obesidade em pacientes com doença cardiovasculares.

A tabela 3 apresentará a associação entre a obesidade e os fatores sociodemográficos e clínicos.

**Tabela 3:** Distribuição da associação entre o diagnóstico obesidade e as variáveis sociodemográficas/clínicas em pacientes com doenças cardiovasculares.

Variáveis	Obesidade
	Valor p
Sexo	0,428 <sup>2</sup>
Estado civil	0,089 <sup>2</sup>
Religião	0,575 <sup>2</sup>
Fumante	0,575 <sup>2</sup>
Alcoolista	1,000 <sup>2</sup>
Idade	0,148 <sup>3</sup>
Anos de estudo	0,505 <sup>3</sup>
Renda familiar	0,322 <sup>3</sup>
Peso	<b>0,000<sup>3</sup></b>
Altura	<b>0,024<sup>3</sup></b>
Índice de massa corporal	<b>0,000<sup>3</sup></b>
Circunferência abdominal	<b>0,000<sup>3</sup></b>

**Legenda:** <sup>1</sup>Qui-quadrado de Pearson; <sup>2</sup>Teste Exato de Fisher; <sup>3</sup>U de Mann-Whitney.

Conforme a tabela 3, os fatores sociodemográficos/clínicos que apresentaram associação estatística significativa com a obesidade foram: peso, altura, índice de massa corporal e circunferência abdominal.

## DISCUSSÃO

Neste estudo a obesidade apresentou uma prevalência de 43,2%. A obesidade corresponde a uma condição de excesso de gordura no ser humano. De forma restrita, é explicada pela teoria do balanço energético positivo, em que a ingestão de calorias em excesso e o sedentarismo resultam no acúmulo excessivo de gordura corporal. As recomendações são focadas no balanço energético negativo, em que se deve priorizar a diminuição da ingestão de calorias na alimentação e a prática de exercícios para elevar o gasto calórico (ABESO, 2016).

Pesquisa sobre a temática encontrou uma prevalência bem mais alta de obesidade na população (70%) (BARROSO *et al.*, 2017). Em pacientes hospitalizados com COVID-19, 25% daqueles que portavam uma DCNT, principalmente a hipertensão arterial sistêmica, tinham obesidade (AMARAL *et al.*, 2023). Em outro estudo foi verificada a prevalência de 40,48% de pacientes obesos em uma população de hipertensos, dado semelhante ao encontrado neste estudo (SALOMÃO *et al.*, 2020).

Em relação ao indicador utilizado para identificar a obesidade neste estudo, adotou-se o índice de massa corporal, conforme o preconizado pela NANDA Internacional (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Quando o IMC excede o recomendado, significa que a pessoa pode estar em uma situação de sobrepeso com tendência à obesidade ou já ser a obeso. O índice de obesidade pode graduar em grau 1, grau 2 e grau 3. É importante ressaltar que não é suficiente ter um IMC dentro da normalidade para considerar a pessoa 100% saudável. Existem indivíduos que tem uma massa corporal normal, porém, não estão alimentando-se corretamente, além de ser um indivíduo sedentário (FIOCRUZ, 2019).

Neste estudo, a faixa etária encontrada foi principalmente de idosos. A literatura corrobora ao destacar que com o envelhecimento, por alterações fisiológicas e metabólicas, a composição corporal e a saúde do idoso sofrem

modificações, sendo uma dessas, o acúmulo de tecido adiposo, sendo fundamental que exista um acompanhamento para avaliar os riscos de desenvolvimento ou o estadiamento de doenças crônicas não transmissíveis (SILVEIRA; VIEIRA; SOUZA, 2018).

Ademais, os estudos vêm associando a influência da obesidade no perfil de morbidade e mortalidade da população, sendo assim, a precoce desenvoltura da obesidade em crianças e jovens é um potente preditor da persistência dessa afecção na vida adulta, e um fator de risco para o aparecimento de outras DCNTs, como doenças cardiovasculares, dislipidemia, câncer e diabetes (ALBUQUERQUE *et al.*, 2020; SANTANA *et al.*, 2021).

A desarmonia nutricional nas fases da infância e adolescência pode levar a problemas futuros, como o aparecimento de disfunções metabólicas, doenças cardiovasculares, hipertensão e a manutenção do excesso de peso (PRADO *et al.*, 2018). Salienta-se que a ingestão de alimentos industrializados, açucarados e gordurosos são ofensivos para todos os que os consomem, independentemente da idade (SILVA; SOUZA; SANTOS, 2018).

A etiologia da obesidade é complexa e multifatorial, o que envolve vários aspectos como genes, ambiente, estilo de vida e os fatores emocionais. Sendo assim, a modernidade é um potente aliado para o surgimento da obesidade (ABESO, 2016). Destarte, a incidência da obesidade na pesquisa obteve cinco fatores relacionados com alta predominância: distúrbio do sono, consumo de bebidas açucaradas, comportamento sedentário que ocorre por  $\geq 2$  horas/dia, média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo e percepções alimentares desorganizadas.

Em relação aos distúrbios do sono, hodiernamente se observa que na sociedade moderna, as pessoas estão tendo um padrão de sono cada vez mais deficitário, com restrição de sono, que pode suscitar consequências danosas, como o desencadeamento de desequilíbrios metabólicos, que podem evoluir para

a obesidade. Dessa forma, a melhora na qualidade do sono desempenha um fator importante no controle da massa corporal, e deve ser motivada pelos profissionais de saúde (PORFÍRIO *et al.*, 2022).

Contribuem também para esse estado nutricional, o consumo aumentado de gordura, alimentos processados, doces e bebidas com elevada quantidade de açúcares, ao passo em que há baixa ingestão de vegetais, frutas e cereais, há uma grande prevalência de padrões alimentares que aliados com a inatividade física, promovem sérios riscos à saúde (HERNANDEZ-CORONA *et al.*, 2021). Nota-se que a inatividade é um fator de risco para o desenvolvimento das DCNTs, assim, a elevação da frequência de atividade física interfere de forma positiva (MALTA *et al.*, 2019).

Um estudo realizado em uma capital brasileira revela que a obesidade é uma pandemia global, portanto, enfatiza a importância da educação alimentar e a constância da prática de exercícios físicos (CARNEIRO *et al.*, 2017). O comportamento sedentário que ocorre por  $\geq 2$  horas/dia e a média de atividade física diária inferior a recomendada para idade e sexo indicam que os indivíduos são insuficientemente ativos, relacionando-se com o aumento da circunferência abdominal, baixa qualidade de vida e suscetibilidade à multimorbidade, que por sua vez provoca a redução na qualidade e expectativa de vida, bem como provoca aumento da incapacidade funcional (CANDIDO *et al.*, 2022).

Acrescenta-se ainda os fatores relacionados hábito de beliscar alimentos com frequência e percepções alimentares desorganizadas que apresentaram associação estatística significativa neste estudo. O hábito de beliscar entre as refeições é muito frequente, e constata-se que está associado à ingestão de grandes quantidades de açúcares, gorduras e bebidas gaseificadas. As horas em frente à televisão também promovem a predominância na ingestão de produtos com alto teor de gorduras e/ou açúcar e sal (FIOCRUZ, 2019).

As percepções alimentares desorganizadas estão relacionadas à compreensão do indivíduo acerca dos hábitos alimentares e alimentos adequados a sua condição de vida, de forma que as pessoas compreendam o que é ou não saudável, identificando que alimentos podem ajudá-la a ter uma melhor condição de saúde e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida e quais podem prejudicá-la. Dessa forma, compreende-se que indivíduos com alguma comorbidade, como uma afecção cardiovascular, devem conhecer e seguir uma alimentação adequada à sua condição (DUARTE; TEIXEIRA; SILVA, 2021).

Assim, a percepção alimentar desorganizada indica que o indivíduo desconhece os hábitos alimentares adequados para sua situação em saúde, sendo esse um fator de risco importante para se investigar e intervir, haja vista que esse desconhecimento tem grande potencial para danos à saúde do indivíduo. A exemplo da discussão do estudo, pessoas com afecções cardiovasculares que apresentam uma percepção alimentar desorganizada acabam saindo da dieta adequada e se expondo ao desenvolvimento de outros problemas de saúde que agravam sua condição, como a obesidade.

Seguir uma alimentação saudável não é só questão de escolha, fatores físicos, econômicos e sociais influenciam positivamente ou negativamente no padrão alimentar das pessoas. O poder aquisitivo está intimamente relacionado à adoção de hábitos saudáveis, haja vista que o custo elevado dos alimentos minimamente processados diante dos ultraprocessados, a necessidade de realizar refeições em lugares onde não são ofertadas opções saudáveis de alimentos e a exposição intensa à publicidade de alimentos não saudáveis influenciam nos hábitos alimentares (BRASIL, 2014).

Assim, instrumentos e estratégias de educação alimentar e nutricional devem apoiar pessoas, famílias e comunidades para que adotem práticas alimentares promotoras da saúde e para que compreendam os fatores determinantes dessas práticas, contribuindo para o fortalecimento dos sujeitos na busca de habilidades

para tomar decisões e transformar a realidade, assim como para exigir o cumprimento do direito humano à alimentação adequada e saudável. É fundamental que ações de educação alimentar e nutricional sejam desenvolvidas por diversas áreas, incluindo saúde, educação, desenvolvimento social, desenvolvimento agrário e habitação (BRASIL, 2014).

Por fim, o IMC, peso, altura e circunferência abdominal apresentaram associação com a obesidade. O IMC avalia a presença da obesidade. A associação do peso e a altura revelam se o paciente está dentro do limite ideal, abaixo do peso, acima do desejado ou obeso. Um IMC elevado pode ocasionar aumento do volume de sangue circulante e o débito cardíaco, com consequente hipertrofia do ventrículo, além disso, pode causar calcificações da artéria coronária e infarto agudo do miocárdio (BRANDÃO *et al.*, 2021).

O excesso de gordura na região abdominal ou obesidade abdominal pode ser compreendida como o aumento de tecido adiposo no local do abdome. É considerado um fator de risco independente para diversas doenças, representando risco diferenciado quando comparada com outras formas de distribuição de gordura corporal.

Diante dos achados, ressalta-se a importância da monitorização do estado nutricional dos indivíduos e a necessidade de ações de intervenção na atenção primária em saúde focadas na obesidade, a fim de eliminar os agravos e sequelas relacionados ao problema, promover a saúde e melhorar a qualidade de vida da população. O estudo confirma a real necessidade do planejamento estratégico na implementação da assistência de enfermagem a pacientes obesos com doenças cardiovasculares. Sugere-se a identificação desse diagnóstico como rotina de trabalho, com vistas a garantir assistência individualizada para o atendimento das reais necessidades desses pacientes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar o diagnóstico de enfermagem obesidade constatou-se sua prevalência em quase metade da amostra, sendo confirmado pela presença da característica definidora  $IMC > 30\text{Kg/m}^2$ . Dentre os fatores relacionados mais prevalentes destacaram-se: hábito de beliscar alimentos com frequência, distúrbio do sono, consumo de bebidas açucaradas, comportamento sedentário que ocorre por  $\geq 2$  horas/dia, média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo e percepção alimentar desorganizada.

Verificou-se uma associação estatística significativa da obesidade com os fatores relacionados hábito de beliscar alimentos com frequência e percepção alimentar desorganizada. A obesidade ainda se associou com o IMC, peso, altura e circunferência abdominal. Logo, é imprescindível que a equipe de enfermagem acompanhe o paciente e reforce a necessidade para a promoção da saúde e o estímulo à mudança de estilo de vida, com enfoque na educação nutricional e na prática regular de atividades físicas, visando à prevenção da obesidade e de suas consequências, como as doenças cardiovasculares.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, F.L.S. *et al.* Abdominal obesity as a risk factor for cardiovascular diseases. **Braz. J. Hea. Ver**, v.3, n.5, p. 14529-145236, 2020.

AMARAL, P.P.B. *et al.* Relação entre as doenças crônicas não transmissíveis e mortalidade por Covid-19 em uma Unidade de Terapia Intensiva da região norte do Brasil. **Res. Soc. Dev.**, v.12, n.3, p.1-7, 2023.

ARAÚJO, G.B. *et al.* Relação entre sobrepeso e obesidade e o desenvolvimento ou agravamento de doenças crônicas não transmissíveis em adultos. **Res. Soc. Dev.**, v. 11, n.2, p. 1-11, 2022.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA - ABESO. **Diretrizes brasileiras de obesidade**. 4 ed. São Paulo: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, 2016.

BARROSO, T.A. Association of Central Obesity with The Incidence of Cardiovascular Diseases and Risk Factors. **Int. j. cardiovasc. Sci**, v. 30, n.5, p. 416-424, 2017.

BRANDÃO, H.F.C. *et al.* Nutritional status and its association with cardiovascular risk in patients undergoing hemoalitic treatment. **Braz. J. Dev.**, v.7, n.2, p. 11712-11728, 2021.

BRASIL Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de atenção à saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde **Doenças cardiovasculares**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CANDIDO, L.M. *et al.* Comportamento sedentário e associação com multimorbidade e padrões de multimorbidade em idosos brasileiros: dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019. **Cad. Saúde Pública**, v. 38, n.1, p.1-14, 2022.

CARNEIRO, C.S. *et al.* Excesso de peso e fatores associados em adolescentes de uma capital brasileira. **Rev. bras. Epidemiol.**, v. 20, n.2, p. 260-273, 2017.

DUARTE, P.; TEIXEIRA, M.; SILVA, S.C. A alimentação saudável como tendência: a percepção dos consumidores em relação a produtos com alegações nutricionais e de saúde. **R. Bras. Gest. Neg.**, v. 23, n.3, p. 1-17, 2021.

FONSECA, L.G.A.; GUALDI, L.P. Análise da mortalidade por doenças cardiovasculares no nordeste brasileiro. In: Anais do IV Congresso Internacional de Envelhecimento Humano, 2019, Campina Grande. **Anais Campina Grande: Editora Realize**, 2019. p. 1 - 5.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ. **Brasileiros atingem maior índice de obesidade nos últimos treze anos.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2019.

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020.** Porto Alegre: Artmed, 2018.

HERNÁNDEZ-CORONA, D.M. *et al.* Hábitos de alimentación asociados a sobrepeso y obesidad en adultos mexicanos: una revisión integrativa. **Cienc. enferm.**, v. 27, n.7, p. 1-13, 2021.

JARDIM, P.C.B.V. Overweight, the Cardiovascular Risk of the Century. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 113, n.2, p. 185-187, 2019.

MAINARDES, J.; MULLER, E.V.; MARTINS, C.M. Prevalência da obesidade e fatores associados na população brasileira. **Res. Soc. Dev.**, v.12, n.2, p. 1-15, 2023.

MALTA, D.C. *et al.* A implantação do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2003 a 2015: alcances e desafios. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 20, n. 4, p. 661-675, 2017.

MALTA, D.C. *et al.* Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Rev. bras. Epidemiol**, v. 22, 2019.

PORFÍRIO, I.B. *et al.* A restrição do sono e a sua relação com o desenvolvimento de doenças metabólicas: uma revisão integrativa. **Res., Soc. Dev**, v.11, n.5, p. 1-10, 2022.

PRADO, T.G. *et al.* Tracking of nutritional status between childhood and adolescence in schoolchildren. **Rev. bras. ciênc. Esporte**, v. 24, n.6, p. 446-449, 2018.

SALOMÃO, J.O. *et al.* Obesidade, ingestão de sódio e estilo de vida em hipertensos atendidos na ESF. **Bras. J. Hea. Rev.**, v.3, n.6, p. 16002-16016, 2020.

SANTANA, G.B.A. *et al.* Tendência Temporal da Mortalidade por Doenças Isquêmicas do Coração no Nordeste Brasileiro (1996–2016): Uma Análise Segundo Gênero e Faixa Etária. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 117, n.1, p. 51-60, 2021.

SILVA, A.M.S.; SOUZA, H.B.; SANTOS, M.M.D. Análise do consumo alimentar e prática de exercício físico em adolescentes e sua correlação com a obesidade em escola na região metropolitana do recife. **RBONE**, v. 14, n. 87, p. 530-539, 2020.

SILVEIRA, E.A.; VIEIRA, L.L.; SOUZA, J.D. High prevalence of abdominal obesity among the elderly and its association with diabetes, hypertension and respiratory diseases. **Ciênc. Saúde Colet**, v. 23, n.3, p. 903-912, 2018.

doi: 10.48209/978-65-84959-25-2

---

## **CAPÍTULO 4**

---

# **ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO EM SAÚDE PARA COMBATE DA OBESIDADE EM ADULTOS JOVENS**

**Beatriz Coelho da Luz  
Ingrid de Carvalho Oliveira  
Isabel Feitosa dos Santos  
Maria Júlia Gomes de Araújo Costa  
Paloma Esthefany Bezerra Martins  
Samily Juany Nascimento Araujo  
Tatiane do Nascimento Galvão  
Andréa Marques Sotero**

## INTRODUÇÃO

Alimentar-se é uma das principais necessidades básicas do ser humano, é por meio dela que se obtém os nutrientes necessários para a manutenção e controle do funcionamento fisiológico do corpo. Além de ser uma necessidade biológica, ela é também um complexo sistema simbólico de significados sociais, sexuais, políticos, religiosos, éticos, estéticos e culturais (CARNEIRO, 2003).

Sendo assim, novos hábitos de uma alimentação saudável tem se tornado uma temática ascendente nos últimos tempos. Considerando as diversas consequências provenientes de dietas inadequadas, provocadas pelos processos de globalização e industrialização, que de certa forma contribuiu para o processo de transição nutricional, ou seja, a passagem do número de pessoas desnutridas com carências nutricionais para a obesidade e morbidades, gerando transformações alimentares da população, que se acostumou a um consumo de alimentos industrializados e de rápido preparo (MARTINS et al., 2021; PIVETTA et al., 2021).

Tais alterações influenciam no aumento significativo do número de pessoas com excesso de peso, em todas as faixas etárias e camadas sociais, estando também associado ao aumento do desenvolvimento das Doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), o que leva a mudanças nos padrões de saúde/doença (BARROS et al., 2021). Dentre as DCNT's pode-se destacar a obesidade, que segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), são aquelas pessoas que possuem IMC maior que 30kg/m<sup>2</sup>, ou seja, que é o resultado de um balanço energético inadequado, onde o indivíduo consome mais calorias do que ele gasta ao longo do seu dia.

Pesquisas estimam que a taxa de prevalência da obesidade tem triplicado com o passar dos anos, sugerindo que cerca de 30% da população mundial está com o peso maior que o adequado, sendo assim, essa patologia é considerada um problema grave para a saúde pública (CARDOSO, 2022).

Atualmente o tratamento mais utilizado para a obesidade é a mudança no estilo de vida e dos hábitos alimentares, sendo recomendado a redução de 500 a 1.000 kcal/dia, com um mínimo de 1.000 a 1.200 kcal/d para as mulheres e 1.200 a 1.400 kcal/d para os homens em conjunto com exercício físico. Sendo o objetivo permitir ao consumidor a escolha de uma maior variedade de alimentos e adequação nutricional, levando a uma maior aderência, resultando em perda de peso sustentada (ABESO, 2016).

Portanto, levando em consideração o desejo de adquirir hábitos alimentares mais saudáveis na tentativa de melhorar a qualidade de vida e reduzir os riscos de novas DCNTs e patologias pré-existentes, o objetivo deste trabalho é contar o relato de experiência de um ambulatório escola de obesidade e nutrição desenvolvido por docente e discentes da Universidade de Pernambuco (UPE).

## **RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Este trabalho fez parte do projeto de extensão da Universidade de Pernambuco, *Campus Petrolina*, intitulado de **Abordagem Interdisciplinar na Prestação de Serviço em Saúde para Combate da Obesidade em Adultos Jovens**, cujo objetivo esteve em oferecer tratamento gratuito a indivíduos com quadro de obesidade, levando o acompanhamento nutricional com oferta de orientações, planos alimentares e análise de composição corporal a fim de garantir uma reeducação alimentar e garantir resultados satisfatórios aos pacientes.

A extensão contou com a colaboração de 10 (dez) integrantes, sendo 09 (nove) discentes, dentro os quais 01 (um) bolsista, o qual foi selecionado via processo seletivo pré estabelecido e orientado por 01 (um) docente do curso de Nutrição. Assim, para execução do projeto foi montado um ambulatório presencial no laboratório de ensino, pesquisa e extensão de Avaliação do Estado Nutricional da UPE, onde era realizado o atendimento nutricional à população duas vezes na

semana, contando com a participação efetiva do público alvo, ocorrendo o agendamento *on-line* para as consultas presenciais realizadas semanalmente.

O projeto teve duração de 09 (nove) meses, de maio de 2022 a março de 2023, contando com reuniões de planejamento, processo seletivo, estudo de caso, elaboração de materiais de apoio, coleta de dados e acompanhamento nutricional ao público-alvo. Contudo, a terapia nutricional ofertada aos pacientes ocorreu efetivamente durante 04 (quatro) meses, contando com um total de 25 pacientes sendo acompanhados a cada 15 dias com triagem nutricional, ajuste de plano de cuidados e antropometria sendo destinado 40 minutos ao atendimento. Aliado a isso, foram realizados aproximadamente 150 atendimentos visando o tratamento do quadro clínico de obesidade, onde cada discente era responsável por acompanhar em média 3 pacientes por semana.

Apesar do foco maior do projeto ser a melhora do estado nutricional de pacientes obesos, os discentes puderam ter acesso a outros quadros clínicos, visto que a obesidade é de causa multifatorial e pode estar relacionado a diversas outras patologias como, por exemplo, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Aliado a isso, verifica-se que uma perda de peso adequada pode auxiliar na eficácia de medicamentos anti-hipertensivos e do perfil de risco cardiovascular, além de atuar na melhora do controle glicêmico, e dessa forma um tratamento eficiente pode promover uma melhor qualidade de vida para esses indivíduos. (WILLIAMS et al., 2018; CAMPOS, L.F., et.al. 2020)

Ademais, o projeto conseguiu abranger outras patologias associadas aos paciente como: dislipidemia, hipotireoidismo, intolerância à lactose, candidíase, hérnia abdominal, anemia ferropriva e trombofilia hereditária. Assim, permitindo o desenvolvimento do conhecimento prático clínico aos integrantes e colaborando para a formação acadêmica profissional.

## DISCUSSÃO

Tais atendimentos ocorriam uma vez por semana, de forma individual, e eram acompanhados por um nutricionista e uma discente extensionista. Assim, nesses atendimentos o paciente teve a oportunidade de conversar e trocar experiências, recebeu orientações para mudanças de hábitos alimentares, além da aferição de medidas antropométricas como, peso, altura, circunferência da cintura, do quadril e abdominal, bem como dobra cutânea tricipital e bioimpedância. No retorno, que acontecia em 15 dias corridos, cada paciente recebia um plano alimentar individualizado.

Foi elaborado um material de apoio como estratégia de Educação Alimentar e Nutricional (EAN), para auxiliar na adesão de novos hábitos alimentares. Esse material continha informações sobre como montar um prato saudável, como fazer a leitura correta de rótulos alimentares, dez passos para uma alimentação saudável, tipos de alimentos (in natura, minimamente processado, processado e ultraprocessado), medidas caseiras, alimentos para montar uma salada, entre outros.

A Educação Alimentar e Nutricional se caracteriza como um campo de ação multiprofissional, intersetorial e transdisciplinar, na qual busca desenvolver a autonomia dos indivíduos por meio do conhecimento e aprendizado contínuo e permanente, utilizando ferramentas problematizadoras e ativas. Dessa forma a EAN se destaca na formação de hábitos alimentares saudáveis sendo uma estratégia primordial dentro das políticas de alimentação e nutrição (BRASIL, 2012). Os resultados encontrados por Moreira et al. (2012) em seu estudo, vão de encontro às percepções das autoras durante a vivência no Ambulatório de Nutrição, visto que, no estudo citado, foram observados os padrões e hábitos alimentares de indivíduos que participaram de um grupo de Educação Nutricional, onde este se mostrou uma ferramenta eficaz para a redução de peso e reeducação alimentar de indivíduos obesos e portadores de outras doenças.

A partir da prática no ambulatório, foi possível perceber uma mudança positiva na alimentação dos pacientes, havendo melhora na qualidade de vida, uma vez que no início dos atendimentos eram relatados sintomas clínicos de desconfortos, tais como: dores estomacais, indisposição, insônia e sedentarismo. Após esse projeto, alguns dos problemas relatados foram resolvidos, além disso esses pacientes eram sempre incentivados a continuar buscando um estilo de vida mais saudável.

Segundo a literatura, a orientação nutricional e uma alimentação saudável contribuem na promoção de hábitos alimentares que previnem e tratam doenças, principalmente as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre as principais mudanças citadas estão o consumo de alimentos in natura como frutas e vegetais, ovos, peixes e os minimamente processados (arroz, feijão), estes atuam não só na prevenção, mas também amenizam o prognóstico de DCNT devido sua composição nutricional e compostos bioativos (ALVARENGA et al., 2022).

Sendo assim, foi muito satisfatório poder acompanhar a evolução dos pacientes no decorrer dos atendimentos, observando a melhora em seus hábitos e a evolução em sua qualidade de vida, por meio da conscientização sobre a importância da alimentação saudável e como ela é fundamental para melhora de sintomas de diversas doenças, como também para a prevenção dessas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Dessa forma, fica evidente a importância deste projeto, para melhora da saúde dos indivíduos que participaram e ao conhecimento adquirido pelo acadêmico contribuindo para formação profissional desses, que se dá de maneira mais ampla e humana, a partir do contato direto com a população, entendendo suas dificuldades e necessidades, não só no âmbito nutricional, mas também as questões emocionais, sociais e financeiras.

## FINANCIAMENTO

O projeto foi financiado com recursos do edital UPE/PFA/EXTENSÃO -2022

## REFERÊNCIAS

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

BARROS, D. de M. et al. A influência da transição alimentar e nutricional sobre o aumento da prevalência de Doenças Crônicas não transmissíveis. **Brazilian Journals of Development**, v. 7, n. 7, p. 74647–74664, 2021.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de **Segurança Alimentar e Nutricional. Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, L.F. et al. Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Diabetes Mellitus. **Braspen Journal** [Internet], 2020. Disponível em: [https://www.braspen.org/\\_files/ugd/66b28c\\_77ee5a91b6d14ade864fe0c091afde8c.pdf](https://www.braspen.org/_files/ugd/66b28c_77ee5a91b6d14ade864fe0c091afde8c.pdf)

CARDOSO, N. S. **Uma revisão narrativa da literatura sobre o tratamento da obesidade e sobrepeso utilizando técnicas da nutrição comportamental** - Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Porto Alegre - RS, 2022.

CARNEIRO, H. **Comida e Sociedade: uma história da alimentação**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

MARTINS, K. P. et al. Transição nutricional no Brasil de 2000 a 2016, com ênfase na desnutrição e obesidade. **Asklepion: Informação em Saúde**, Rio de Janeiro, RJ, v. 1, n. 2, p. 113–132, 2021.

MOREIRA, Priscila et al. A educação nutricional em grupo e sua efetividade no tratamento de pacientes obesos. **RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 6, n. 35, 2012.

OMS. Organização Mundial de Saúde OMS. **Physical status the use and 356 interpretation of anthropometry**. 1995.

PIVETTA, N. P. et al. O mercado de alimentação saudável e suas tendências: um estudo a partir da percepção de gestores de Santa Maria – RS. **Revista de Administração, Contabilidade e Economia da Fundace**, v. 12, n. 3, p. 189 - 204, 2021.

WILLIAMS B. et al. Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). **European Heart Journal**, v. 39, p. 3021-3104, 2018.

---

## **CAPÍTULO 5**

---

# **CONTROLE METABÓLICO E FATORES DE INFLUÊNCIA EM ADOLESCENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 1: *SCOPING REVIEW***

Maria José Nogueira

Delfina Teixeira

Carla Santos

Joana Coelho

Maria Madalena Mota

Rita Fernandes

## INTRODUÇÃO

Diabetes *Mellitus* tipo 1 (DM1) pode desenvolver-se em qualquer idade, sendo muito frequentemente confundida com a diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2). A DM1 é uma doença crónica caracterizada pela destruição imunomediada progressiva das células  $\beta$  das ilhotas pancreáticas, o que causa a secreção insuficiente de insulina. A velocidade da progressão deste processo pode ser variável, evoluindo com a perda da capacidade de secreção insulínica em alguns meses ou até em vários anos. Para além da destruição da massa de células  $\beta$ , pode ocorrer o comprometimento da função secretória das células remanescentes, de maneira transitória ou permanente (ASSOCIAÇÃO PROTETORA DOS DIABÉTICOS DE PORTUGAL, 2020).

Trata-se, assim, de uma patologia que consiste numa desordem da homeostasia da glicose, responsável pela produção de insulina, conducente a um défice de insulina, resultando em hiperglicemia. Este défice de insulina condiciona as alterações do metabolismo dos hidratos de carbono, dos lípidos e das proteínas (VAN NAME et al. 2020). Os principais sintomas da DM1 são a fome frequente, sede constante, vontade de urinar diversas vezes, perda de peso, fraqueza, fadiga, nervosismo, mudanças de humor, náusea e vômitos (MENESES *et al.* 2019).

A insulina é indispensável para o controlo da glicemia e do metabolismo dos hidratos de carbono, gorduras e proteínas, dado que impulsiona a entrada destas substâncias nas células. No caso de défice de insulina, a glicose não entra nas células. Por conseguinte, a sua concentração na corrente sanguínea aumenta, dando origem à hiperglicemia (HOCKENBERRY; WINKELSTEIN, 2014). Estima-se que em todo o mundo 1,1 milhão de crianças e adolescentes, com idade inferior a vinte anos, sofram de DM1, constituindo-se como uma das doenças crónicas mais comuns na infância e adolescência (ASSOCIAÇÃO PROTECTORA DOS

DIABÉTICOS DE PORTUGAL, 2020; FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2019).

A DM1 requer uma abordagem terapêutica muito singular e marcadamente exigente. Desde logo o diagnóstico e a gestão da DM1 em adolescentes apresentam desafios peculiares, sobretudo porque se trata de uma fase da vida muito particular, marcada por transformações físicas e psicológicas próprias desta fase da vida. A educação terapêutica, o acompanhamento multidisciplinar, o autocontrolo e a autogestão em adolescentes são instrumentos basilares para os ajudar a ter um melhor controlo metabólico e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida (ASSOCIAÇÃO PROTETORA DOS DIABÉTICOS DE PORTUGAL, 2020).

A DM1 é uma das doenças crónicas mais comuns na infância, que afeta 1 em cada 400 a 600 crianças e adolescentes (VAN NAME et al. 2020). Por conseguinte, é necessária uma educação contínua para prevenir complicações agudas e crónicas. O tratamento envolve doses diárias ou infusão de insulina, a monitorização diária de glicose capilar, o acompanhamento do consumo de carboidratos e a participação de atividades físicas regulares (MENESES et al. 2019).

A pertinência do tema do presente trabalho justifica-se com o facto de a Diabetes *Mellitus* tipo 1 (DM1) ser uma patologia que se pode desenvolver em qualquer idade, sendo muito frequentemente confundida com a diabetes tipo 2 (DM2) (ASSOCIAÇÃO PROTETORA DOS DIABÉTICOS DE PORTUGAL, 2020). Em conformidade com a mesma Associação, embora se verifique o aumento da sua incidência e prevalência, não existe, em Portugal, um programa estruturado e coerente que aborde DM1 em todas as faixas etárias. Os dados da Federação Internacional de Diabetes (IDF), datados de 2019, estimam que, em todo o mundo um milhão (1,1) de crianças e adolescentes, com idade inferior a vinte anos, sofram de DM1, constituindo-se como uma das doenças crónicas

mais comuns na infância e adolescência (ASSOCIAÇÃO PROTETORA DOS DIABÉTICOS DE PORTUGAL, 2020). É com base neste enquadramento e na sua problemática que se realizou a presente *scoping review*, que procura dar resposta à seguinte questão norteadora: Quais os fatores que influenciam o controlo metabólico em adolescentes com Diabetes *Mellitus* tipo 1?

Verificar quais os fatores que influenciam o controlo metabólico em adolescentes com DM1, sendo esta uma forma de reforçar o pressuposto de que os cuidados de saúde baseados na evidência, tal como são concebidos atualmente, baseiam-se na visão de que as decisões clínicas devem ser fundamentadas na melhor evidência científica disponível.

## **OBJETIVO**

Mapear a evidência disponível sobre os fatores que influenciam o controlo metabólico em adolescentes com DM1.

## **METODOLOGIA**

Realizou-se uma *scoping review* para identificar estudos relevantes a incluir que respondam aos critérios de inclusão previamente delineados. Uma *scoping review* consiste numa estratégia de revisão de literatura usada para identificar e resumir os principais conceitos subjacentes a uma área de pesquisa, a fim de responder a uma pergunta específica e identificar lacunas (ARKSEY; O'MALLEY, 2005). A pergunta baseia-se nos elementos PCC (*Population, Concept and Context*; População = adolescentes com DMI; Conceito= controlo metabólico; e Contexto = ambiente em que os adolescentes se encontram) (JBI, 2019). Partindo da questão: Quais os fatores que influenciam o controlo metabólico em adolescentes com Diabetes *Mellitus* tipo 1? A pesquisa de estudos foi realizada de janeiro a março 2020 nas bases de dados: CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive;

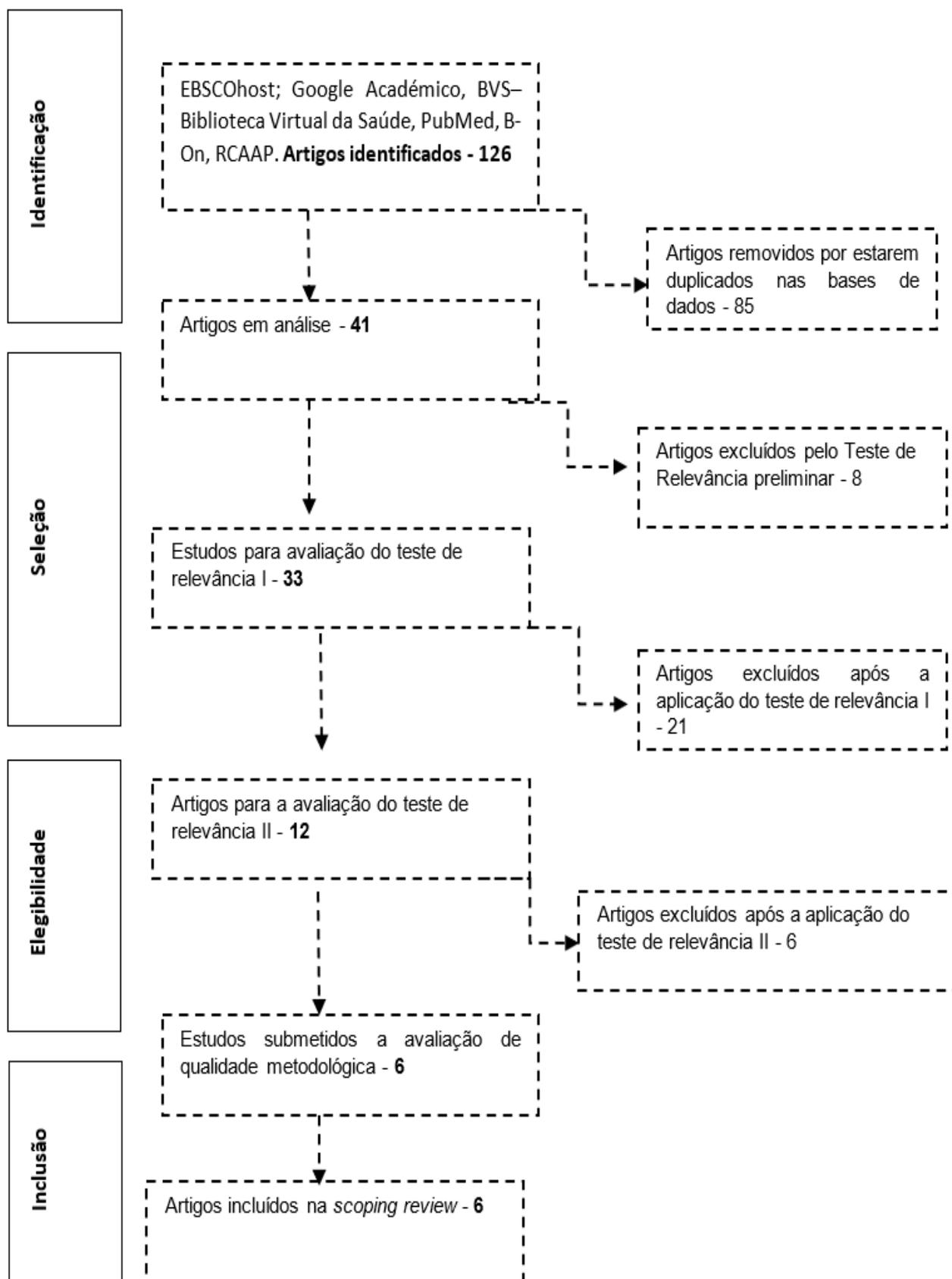
Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina, via EBSCOhost - Research Databases; Google Académico, BVS – Biblioteca Virtual da Saúde, PubMed, B-On, RCAAP - Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal.

A estratégia inicial de pesquisa usou termos de pesquisa mapeados para o *Medical Subject Headings* (MeSH) e consistiu nos seguintes termos: “Diabetes mellitus”, “type 1 diabetes mellitus”, “Metabolic Control”, “Adolescent”. Assim, na estratégia sistemática de busca foi usado o protocolo de pesquisa com operadores Booleanos: “*Diabetes mellitus*” OR “*type 1 diabetes mellitus*” AND “*Metabolic Control*” AND “*Adolescent*” AND “*Adjunctive Therapy*”. Importa ressaltar que, apesar do termo “*Adjunctive Therapy*” não ser um descritor MeSH, optou-se por introduzir o mesmo, atendendo a que surge associado a artigos que abordam o controlo metabólico em adolescentes com DM1. A pesquisa foi limitada a estudos de pesquisa primários publicados em inglês e português desde janeiro de 2002 a março de 2020.

Uma vez que o objeto de estudo desta revisão são os fatores que influenciam o controlo metabólico em adolescentes com DM1, foram apenas incluídos estudos que tenham como participantes adolescentes com DM1; estudos de pesquisa originais que contemplem resposta à questão de investigação. Foram excluídos artigos cujos participantes não sejam adolescentes com DM2, bem como estudos relacionados com pareceres, congressos e resumos. Assim o *corpus* de análise da revisão é constituído por 6 artigos, que reúnem critérios metodológicos.

A figura 1 apresenta o Fluxograma PRISMA que sintetiza o processo de análise elegibilidade dos artigos.

**Figura 1.** Diagrama com o processo de seleção dos estudos (PRISMA). **Fonte:** Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., & The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*; 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097



## **RESULTADOS**

Existem múltiplos fatores de stresse associados a uma pior adesão ao tratamento e ao controlo metabólico em adolescentes, compreendendo os fatores intrapessoais, familiares e psicossociais. A abordagem terapêutica nos adolescentes com DM1 - visando possibilitar um adequado controlo metabólico é muito exigente, requiere múltiplas administrações diárias de insulina, verificação periódica dos níveis de glicémia capilar, controlo criterioso da alimentação e exercício físico e contacto frequente com os serviços de saúde.

Por outro lado, os adolescentes com DM1 necessitam de amplo apoio familiar, suporte social e educação contínua sobre a diabetes, bem como, de uma Equipa multidisciplinar - endocrinologista pediátrico ou pediatra com experiência em diabetes, nutricionista, enfermeiro, assistente social e psicólogo que lhes forneçam as habilidades e conhecimentos necessários para conseguirem um melhor controlo metabólico.

O quadro 1 sintetiza os resultados dos estudos relativos à abordagem terapêutica nos adolescentes com DM1.

**Quadro 1:** Estudos incluídos na análise, relativos à abordagem terapêutica em adolescentes com DM1

<b>Estudo 1</b>	Antunes, C.S. dos (2016).
<b>Tipo de estudo</b>	Revisão de estudos observacionais – artigo de revisão.
<b>Objetivos</b>	Verificar barreiras e fatores condicionantes da adesão ao tratamento e controlo metabólico em adolescentes com DM tipo 1.
<b>Amostra</b>	Estudos observacionais
<b>Resultados</b>	São vários os fatores de stresse associados a uma pior adesão ao tratamento e ao controlo metabólico, abarcando fatores intrapessoais, familiares e psicossociais. Quanto maior a autoeficácia, a capacidade de superar situações de stresse e quanto mais adequado for o suporte familiar e social, maior é adaptação à patologia e a qualidade de vida percebida pelo adolescente. As estratégias para um melhor controlo metabólico por parte do adolescente são: maior responsabilização na autogestão da doença; fatores internos ou intrapessoais, dieta com restrição de hidratos de carbono; prática regular de exercício físico; administração de insulina e monitorização da glicémia ao longo do dia.
<b>Estudo 2</b>	Vasconcelos, C.A.C. da (2002).
<b>Tipo de estudo</b>	Controlado randomizado
<b>Objetivos</b>	Comparar os fatores que interferem com o controlo metabólico de dois grupos de adolescentes com DM tipo 1, um controlado e outro mal controlado e identificar fatores que estão na origem do bom controlo metabólico, para posterior aplicação ao grupo mal controlado.
<b>Amostra</b>	Dois grupos, o GA - grupo controlado, constituído por adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e os 16 anos, duração mínima da doença de 3 meses e HbA1C inferior a 8%, e o GB - grupo mal controlado, formado por doentes com as mesmas características do GA, mas com hemoglobina glicada (HbA1C) superior a 11%.
<b>Resultados</b>	Inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos quanto às medidas antropométrica, à caracterização da ingestão alimentar, ao tempo passado a praticar exercício físico e a ver TV/jogar computador. Foram encontradas diferenças com significado estatístico no tempo de duração da doença ( $p=0,02$ ), glicemia capilar em jejum ( $p=0,047$ ), n° de pesquisas por dia ( $p=0,008$ ) e n° de unidades de insulina ( $p=0,000$ ). Observou-se a existência de coeficientes de correlação estatisticamente significativos entre os valores de HbA-1C e a ingestão de hidratos de carbono no GA ( $r= 0,860$ ; $p= 0,001$ ) e entre os valores de HbA1C e a ingestão de fibra no GB ( $r=0,622$ ; $p=0,013$ ).
<b>Estudo 3</b>	Luyckx, K.; Seiffge-Krenke, I. (2009).
<b>Tipo de estudo</b>	Estudo longitudinal
<b>Objetivos</b>	Determinar os fatores de desenvolvimento do controlo glicémico em adolescentes com DM tipo 1 ao longo da adolescência e na idade adulta emergente e avaliar as relações com o clima geral da família e o autoconceito.
<b>Amostra</b>	72 adolescentes e jovens adultos
<b>Resultados</b>	Os adolescentes com controlo glicémico ótimo apresentavam um autoconceito mais elevado, um ambiente familiar mais organizado, com regras claras e mais supervisão, orientação e interação familiar. Quanto maior a sensação de autoeficácia nos adolescentes, maior a autoestima, qualidade de vida, compensação da diabetes e controlo metabólico e menores os sintomas depressivos e as barreiras na adesão ao tratamento. As principais fontes de autoeficácia do controlo metabólico são a experiência (do próprio e de outros), a influência social, o relacionamento positivo com os profissionais de saúde e a interpretação subjetiva das experiências fisiológicas, psicológicas e emocionais.

<b>Estudo 4</b>	Serrabulho, L., Matos, M.G., Nabais, J.V., & Raposo, J.F. (2015).
<b>Tipo de estudo</b>	Quantitativo, descritivo
<b>Objetivos</b>	Avaliar os comportamentos, estilos de vida e suporte social dos adolescentes com DM tipo 1; avaliar a satisfação em relação às atividades de educação que lhes são proporcionadas.
<b>Amostra</b>	91 adolescentes com idades entre os 11 e os 16 anos (estudo quantitativo) e 41 adolescentes com idades entre os 10 e os 17 anos (estudo qualitativo).
<b>Resultados</b>	A média de "satisfação com a vida" nos adolescentes é $7,2 \pm 1,7$ (escala de 0-10). A maior parte dos adolescentes evidencia hábitos alimentares saudáveis e adesão satisfatória à atividade física, insulino-terapia e vigilância glicémica, fatores de controlo metabólico. Todavia, a média de HbA1c é superior ao recomendado. Os adolescentes relataram um bom suporte da equipa de saúde e referem os benefícios das atividades com outros adolescentes. Revelaram estilos de vida satisfatórios, bom suporte social e satisfação com a vida, valorizaram as atividades com os pares e revelaram uma razoável adesão ao tratamento da diabetes, mas um controlo metabólico inferior ao esperado.
<b>Estudo 5</b>	Tavares, F. (2018).
<b>Tipo de estudo</b>	Estudo transversal
<b>Objetivos</b>	Analisar a relação e contribuição das variáveis clínicas, sociodemográficas, familiares e escolares na adaptação à doença; diferenças no controlo metabólico e qualidade de vida em função da fase da adolescência e do sexo; e o papel moderador da idade e duração da doença na relação entre o suporte familiar e o controlo metabólico/qualidade de vida.
<b>Amostra</b>	100 adolescentes com DM 1 e respetivo membro familiar.
<b>Resultados</b>	Não se registaram diferenças estatisticamente significativas na função da fase da adolescência e género. Verificou-se associações significativas entre a pesquisa de glicose sanguínea, suporte familiar, apoio escolar e controlo metabólico, bem como entre o suporte familiar, funcionamento familiar, apoio escolar e qualidade de vida. Verificou-se que a pesquisa de glicose sanguínea contribuiu para o controlo metabólico e o apoio escolar contribuiu para a qualidade de vida. O suporte nutricional, exercício físico e apoio familiar e escolar são fatores que otimizam o controlo metabólico dos adolescentes com DM 1.
<b>Estudo 6</b>	Korkmaz, Ö., Demir, G., Çetin, H., Mecidov, I. et al. (2018).
<b>Tipo de estudo</b>	Controlado randomizado
<b>Objetivos</b>	Comparar o regime terapêutico com perfusão subcutânea contínua de insulina (PSCI) com a terapia de múltiplas administrações diárias de insulina (MDI) no controlo metabólico de crianças e adolescentes com DM1 a longo prazo.
<b>Amostra</b>	52 crianças e adolescentes com DM tipo 1 tratados com terapia de perfusão subcutânea contínua de insulina e monitorizados durante pelo menos 1 ano antes e pelo menos cinco anos após a referida terapia. Foram recrutados 38 controles tratados com MDI com acompanhamento de 5 anos
<b>Resultados</b>	Os valores médios de HbA1c, assim como as doses basais e totais de insulina foram significativamente menores no grupo com PSCI durante o acompanhamento. A terapia com PSCI produz melhor controlo da HbA1c em todos os momentos e em todas as faixas etárias em comparação com a terapia de múltiplas administrações diárias de insulina.

## **DISCUSSÃO**

A abordagem terapêutica nos adolescentes com DM1, configura-se como muito exigente, uma vez que necessitam de amplo apoio familiar, suporte social, bem como de uma educação contínua sobre a diabetes por uma equipa multidisciplinar, que lhes forneçam as habilidades e conhecimentos necessários para conseguirem um melhor controlo metabólico. Todos os autores consultados são unânimes ao referirem que a DM1 é o distúrbio metabólico endócrino mais comum em adolescentes em todo o mundo. A crescente incidência da DM1 em países desenvolvidos e em desenvolvimento é preocupante, pois afeta negativamente a qualidade de vida, o número de anos com saúde e até a duração da vida, principalmente devido à morbimortalidade pelas suas complicações crónicas. Neste sentido, é desejável melhor acesso a cuidados de saúde e melhores resultados de saúde para os adolescentes com DM1, o que implica um melhor controlo metabólico.

Numa visão diacrónica, no caso concreto em adolescentes, os estudos acerca da patologia têm centrado o controlo metabólico como o principal indicador da qualidade dos cuidados de saúde prestados. Antunes (2016), no seu estudo, constatou que existem múltiplos fatores de stresse associados a uma pior adesão ao tratamento e ao controlo metabólico em adolescentes, compreendendo os fatores intrapessoais, familiares e psicossociais. Os fatores subjacentes a um melhor controlo metabólico por parte do adolescente são: maior responsabilização na autogestão da doença; fatores internos ou intrapessoais (personalidade, fatores emocionais, crenças, valores, representações, autoconceito e motivação); dieta com restrição de hidratos de carbono; prática regular de exercício físico; administração de insulina e monitorização da glicémia ao longo do dia.

Luyckx e Seiffge-Krenke (2009) acrescentam, com base nos resultados encontrados no seu estudo, que os principais fatores de autoeficácia do controlo metabólico nos adolescentes com DM1 são a experiência (do próprio e de outros),

a influência social, o relacionamento positivo com os profissionais de saúde e a interpretação subjetiva das experiências fisiológicas, psicológicas e emocionais.

A reforçar o anteriormente aludido, Serrabulho, Matos, Nabais e Raposo (2015), constataram que os adolescentes relataram um bom suporte da equipa de saúde e referem os benefícios das atividades com outros adolescentes. Manifestaram estilos de vida satisfatórios, bom suporte social e satisfação com a vida, valorizaram as atividades com os pares e revelaram uma razoável adesão ao tratamento da diabetes, mas um controlo metabólico inferior ao esperado. Neste âmbito, salienta-se que a orientação antecipatória e o aconselhamento sobre os comportamentos saudáveis devem fazer parte dos cuidados de rotina dos adolescentes, especialmente durante as transições críticas do seu desenvolvimento.

Tavares (2018), também constatou associações significativas entre a pesquisa de glicose sanguínea, suporte familiar, apoio escolar e controlo metabólico, bem como entre o suporte familiar, funcionamento familiar, apoio escolar e qualidade de vida. A pesquisa de glicose sanguínea contribuiu para o controlo metabólico e o apoio escolar contribuiu para a qualidade de vida.

Também outros estudos (KORKMAZ, et al. 2018) referem a terapia de infusão subcutânea contínua de insulina como um fator de controlo metabólico em adolescentes com DM1, tendo constatado que os valores médios de hemoglobina glicada A1c (HbA1c) da terapia de infusão subcutânea contínua de insulina revelaram bons limites de controlo metabólicos aceites, após cinco anos. Esta produz melhor controlo da HbA1c em todos os momentos e em todas as faixas etárias em comparação com a terapia diária múltipla de insulina.

## **CONCLUSÕES**

A gestão da DM1 na adolescência é caracterizada por desafios especiais relacionados com as mudanças hormonais, físicas, emocionais e sociais próprias desta fase da vida. É um período de transição da imaturidade para a maturidade e da dependência dos pais para a relativa independência. A manutenção diária

de insulina, a necessidade de automonitorização frequente da glicemia e a conscientização da dieta diabética e prática regular de atividade física representam encargos adicionais para os adolescentes. Assim, é fundamental motivar-se cada vez mais os adolescentes com DM1 para a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico. A abordagem multidisciplinar é o pré-requisito básico para se obterem resultados bem-sucedidos ao nível do seu controlo metabólico.

Sugere-se a realização de sessões de educação para a saúde junto dos adolescentes, tendo como parceiros toda a comunidade educativa, dotando todos os intervenientes de literacia a este nível. É fundamental que, na elaboração de um plano de intervenção dirigido ao adolescente, o controlo metabólico deve assumir um papel de relevo, transmitindo-lhe ensinamentos, proporcionando-lhes informações acerca dos fatores que podem ser controláveis e avaliar a correta administração terapêutica, o que garantirá melhor qualidade de vida ao adolescente com DM1.

## **IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA**

As abordagens e estratégias devem ser centradas na motivação dos adolescentes para a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico. A abordagem multidisciplinar deve nortear as intervenções como pré-requisito básico para se obterem resultados bem-sucedidos no controlo metabólico. Por outro lado, promover a autonomia e a responsabilidade própria do adolescente na gestão do seu controlo metabólico, bem como a responsabilidade partilhada com os pais em colaboração com a equipa multidisciplinar. A educação para a saúde, em parceria com a comunidade educativa deve focar-se na literacia, isto é informar acerca da patologia, sua etiologia, consequências e tratamento, dotando todos os intervenientes de conhecimento sobre este tema. Por fim, propõe-se a conceção de um Plano de intervenção dirigido às necessidades específicas e circunstanciais do adolescente com DM1 visando o controlo metabólico (informação sobre os fatores controláveis; a correta administração terapêutica) por forma a garantir e incrementar a sua qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, C.S. Suporte Familiar em Adolescentes e Jovens Adultos com Diabetes Mellitus tipo I e o Papel do Médico de Medicina Geral e Familiar. **Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública**, 2016, Disponível em:<https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/26382/1/CristianaSAntunes.pdf> Acesso em 24 de maio de 2020.

ASSOCIAÇÃO PROTETORA DOS DIABÉTICOS DE PORTUGAL. **Lançada petição para criar registo nacional de diabetes tipo 1**. 2020. Disponível em:<https://www.tsf.pt/portugal/sociedade/lancada-peticao-para-criar-registo-nacional-de-diabetes-tipo-1-11791319.html>. Acesso em 24 de maio de 2020.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **Wong: Enfermagem da criança e do adolescente (9º ed.)**. Loures: Lusociência, 2014.

KORKMAZ, Ö., DEMIR, G., ÇETIN, H., MECIDOV, I. et al. Effectiveness of Continuous Subcutaneous Insulin Infusion Pump Therapy During Five Years of Treatment on Metabolic Control in Children and Adolescents with Type 1 Diabetes Mellitus. **J Clin Res Pediatr Endocrinol**, v. 10, n. 2, p. 147-152.

LUYCKX, K.; SEIFFGE-KRENKE, I. Continuity and Change in Glycemic Control Trajectories from Adolescence to Emerging Adulthood. **Diabetes Care**, v. 1. n. 32, p. 797-801, 2009.

MENEZES, M.; LACERDA, L.; BORELLA, J; ALVES, T.P. Qualidade de vida e diabetes mellitus: autopercepção de adolescentes de uma cidade do sul do Brasil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 35, 2019.

SERRABULHO, L.; MATOS, M.G.; NABAIS, J.V.; RAPOSO, J.F. A educação para a saúde nos jovens com diabetes tipo 1. **PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS**; 16(1), 70-85 DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/15psd160208>, 2015.

TAVARES, F. **Controlo metabólico e qualidade de vida em adolescentes com diabetes tipo I**. 2018. Tese (Mestrado integrado em Psicologia) - Universidade do Minho, Braga. 2018. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/55921>

VAN NAME et al. Children and adolescents with type 1 and type 2 diabetes mellitus in the Pediatric Diabetes Consortium Registries: comparing clinical characteristics and glycaemic control. **Diabetic Medicine (DIABETIC MED)**, v. 37, n. 5, p. 863-867, 2020.

VASCONCELOS, C.A.C. **Fatores de Controlo Metabólico da Diabetes Mellitus Tipo 1 em Adolescentes.** (2002). Tese (Mestrado em Nutrição) - Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, Porto. 2002.

doi: 10.48209/978-65-84959-25-4

---

## **CAPÍTULO 6**

---

# **OS BENEFÍCIOS DA TERAPIA ASSISTIDA COM EQUINOS PARA A QUALIDADE DE VIDA DE PRATICANTES**

**Cíntia Francyne de Paula**

**Juliano de Paula**

**Maurício Wisniewski**

**Lara Simone Messias Floriano**

**Suellen Vienscoski Skupien**

## INTRODUÇÃO

Desde os primórdios da humanidade, a prática equestre é utilizada para os mais diversos fins, que vão desde exercício, esporte e lazer, sendo pautada no desenvolvimento de aspectos biológicos, psicológicos e sociais do homem (SEVERO, 2010).

Com o amplo uso da prática equestre, mais tardiamente iniciou-se com a finalidade de saúde e reabilitação, com início após a Primeira Guerra Mundial nos soldados com sequelas do pós-guerra, embora esteja citada nas prescrições de Hipócrates (458-377aC) “Das Dietas”, como prática regeneradora da saúde (SEVERO, 2010).

No Brasil, o uso do cavalo como instrumento terapêutico data de 1989 com a fundação da Associação Nacional de Equoterapia (ANDE), que contou com apoio dos profissionais de saúde do Hospital Sarah Kubitschek e posteriormente tornou-se reconhecida como prática terapêutica pelo Conselho Federal de Medicina em 1996 (MEDEIROS, 2008).

Neste contexto, as atividades contidas no escopo da terapia assistida com equinos ou equoterapia, definem-se como um método terapêutico que utiliza o cavalo para estimular o desenvolvimento biopsicossocial, proporcionando através dos movimentos rítmicos, precisos e tridimensionais do equino o favorecimento do desenvolvimento neuropsicomotor (MEDEIROS, 2008).

No escopo previsto pela ANDE (2021), instituem-se alguns conceitos em relação à definição do método a ser utilizado para caracterizar as práticas possíveis com técnicas de equitação e atividades equestres, objetivando a reabilitação e/ou educação de pessoas com deficiências ou necessidades especiais. Assim, essa terapia assistida com equinos prevê que as qualidades do cavalo e da interação do binômio milenar cavalo-cavaleiro sejam aproveitadas em favor do ser

humano no desenvolvimento de novas formas de socialização, autoconfiança e autonomia (SEVERO, 2010).

Nesta perspectiva, a equoterapia é indicada no tratamento dos mais diversos tipos de comprometimentos motores, como nos casos de paralisia cerebral (PC), onde as alterações sensório-motoras necessitam da realização de práticas com estimulação global para favorecer o desenvolvimento neuropsicomotor (MEDEIROS, 2008). Sendo assim, entende-se que a terapia assistida com equinos configura-se em método terapêutico e educacional, pois possibilita o uso do cavalo em uma abordagem interdisciplinar, nas áreas de saúde, educação e equitação, buscando o desenvolvimento biopsicossocial dos usuários, principalmente naqueles com deficiências (DIAS; MEDEIROS, 2002).

Quanto aos benefícios da equoterapia, a literatura aponta a redução da ansiedade e melhoria da qualidade de vida dos usuários, visto que, o conceito de qualidade de vida embora amplo e variável, é definido como a percepção do indivíduo sobre sua posição no contexto em que vive, considerando suas relações pessoais relacionadas a metas, expectativas, padrões e preocupações (THE WHOQUOL GROUP, 1998).

Portanto, esta pesquisa tem como objetivo contextualizar os benefícios da prática da terapia assistida com equinos, para a qualidade de vida dos praticantes.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica de caráter explicativo. Os estudos de revisão segundo Gil (2007) possibilitam maior alcance de informações e construção de definições. Para tal, realizou-se a busca pela leitura na base de dados *Google Scholar*, base que segundo Puccini, Giffoni, Silva e Utagawa (2015) tornou-se uma das principais ferramentas de pesquisas devido o filtro de amplo resgate de publicações com menor limite e restrições.

Elencou-se como palavras-chave: “equoterapia”; “qualidade de vida”; “terapia assistida por cavalos”. Após a busca realizou-se a etapa de leitura seletiva/exploratória, a qual de acordo com Gil (2007) buscam as partes mais adequadas ao processo de seleção de conteúdos relevantes em vista de identificar as publicações mais pertinentes para a temática. Posteriormente a esta etapa realizou-se a leitura analítica e interpretativa para maior alcance do contexto teórico.

No que tange ao caráter explicativo, a pesquisa explicativa visa identificar os fatores que determinam fenômenos e explicar os porquês, fazendo a identificação de fatores que determinam um fenômeno e exige que esteja suficientemente descrito e detalhado (GIL, 2007).

O que está exposto acerca dos procedimentos metodológicos da pesquisa que se apresenta, impulsionará à observação da importância e dos benefícios da terapia assistida com equinos para o desenvolvimento psicológico, social e cognitivo dos praticantes, de um modo geral, desta modalidade de terapia.

## **DESENVOLVIMENTO**

### **A terapia assistida com equinos em diferentes contextos**

A terapia assistida com equinos ou equoterapia é relatada como meio terapêutico desde a pré-história em desenhos rupestres e posteriormente foi relatada na Grécia antiga, onde segundo Martinez (2005), Hipócrates de Ló já recomendava a equitação para o tratamento da insônia, assim como Asclepiades, da Prússia (124-40 a.C.), para epiléticos e paralíticos (MARTINEZ, 2005).

Severo (2010) relaciona o surgimento das descrições da relação homem-cavalo na Grécia com a mitologia relativa a equinos na figura do centauro, um ser descrito como parte homem, parte cavalo, que tipificam e registram o cavalo em seu ambiente natural e em consonância terapêutica com os seres humanos.

Ainda segundo a Ande (2021), o uso de equoterapia procura atingir além de objetivos motores, mas cognitivos e afetivos como supramencionado, descrevem-se benefícios no campo emocional/afetivo dos indivíduos.

Conforme Santos et al., (2019), em indivíduos com ansiedade, os quais frequentemente sofrem com antecipação de uma ameaça iminente que, pode ou não existir, e que promove sentimentos de incerteza, pavor e medo, o contato com o animal pode desencadear respostas orgânicas que diminuem o estado de alerta e apreensão constantes em um indivíduo ansioso.

No que concerne a terapêutica, estudos demonstram que os benefícios em potencial da terapia advém da característica natural de andadura do equino, transmitindo ao praticante/paciente movimentos tridimensionais que se configuram em estímulos divididos em somatosensoriais, proprioceptivos e vestibulares (MARTINEZ, 2005; NASCIMENTO *et al.*, 2010; SEVERO, 2010).

O movimento tridimensional produzido ao passo do cavalo, corresponde aos movimentos pélvicos durante a marcha humana com variações no antepistar, sobrepistar e transpistar, na velocidade e direção, dessa forma confluindo para estímulo de respostas de equilíbrio sobre o centro de gravidade do praticante (MARTINEZ, 2005; NASCIMENTO *et al.*, 2010; SEVERO, 2010). Movimentos que explicam os benefícios motores da facilitação da dinâmica de estabilização postural e reorganização.

Para aplicação terapêutica, inicia-se o praticante com o denominado, passo, que corresponde a andadura simétrica, pois as variações da coluna vertebral do equino em relação ao eixo longitudinal agem de forma regular, sendo a mais indicada no contexto terapêutico. Este tipo de andadura é explicada por Laudeslau (2010) como uma andadura rolada por existir sempre um membro em contato com o solo ao mesmo tempo que também define-se como uma andadura basculante pelo efeito do pescoço sobre a totalidade de seu corpo e também a quatro

tempos pelo elevar e pousar dos membros que resulta no que ouvimos quatro batidas.

Severo (2010) explica que, ao iniciar a prática equestre, terapêutica ou não, a primeira manifestação ocorrida é o ajuste tônico, definido como movimento automático de adaptação que torna-se rítmico com o deslocamento do cavalo ao passo e é uma das peças mestras da terapia assistida com equinos. Este ajuste tônico ritmado determina uma mobilização denominada mobilização ósteo – articular, importante para facilitação de um grande número de informações proprioceptivas, que provêm das regiões articulares, musculares, periarticulares e tendinosas que irão provocar no praticante novas informações de movimento, diferentes das habituais que são fornecidas a pessoa na posição em pé, sobre os pés (SEVERO, 2010).

Através dos estímulos proporcionados pela andadura e suas características, esta vem a auxiliar na melhora do funcionamento neurológico em nível cognitivo, afetivo e motor, na qual o movimento do equino age promovendo alterações na postura, equilíbrio e função motora geral, e por este motivo têm sido utilizada principalmente no tratamento de portadores de lesão do sistema nervoso central (ANDE, 2021; ALVES, 2009).

Para portadores de lesão do sistema nervoso central, a terapia visa proporcionar um melhor desenvolvimento biopsicossocial e os benefícios envolvem aspectos físicos e psicomotores, com regularização do tônus muscular, aquisição de controle postural através do endireitamento e alinhamento e ainda conscientização corporal no movimento de modo a obter melhora do equilíbrio e coordenação motora, estabelecendo contração e relaxamento da musculatura (ALVES, 2009; MARTINEZ, 2005).

Destaca-se que, entre os benefícios físicos do tratamento está o fortalecimento da musculatura e a coordenação, pois, a marcha do cavalo simula o andar de uma pessoa e esses movimentos do animal transmitem impulsos e imagens

cerebrais capazes de auxiliar o aprendizado do paciente, de modo que os ganhos também são mentais, já que durante as sessões, o terapeuta trabalha o raciocínio e a percepção (MARTINEZ, 2005).

Do ponto de vista da aplicabilidade, a terapia pode ser vista como um suporte para o desenvolvimento psicológico, neste prisma o profissional psicólogo desempenha um papel importante visando à estimulação do praticante, percebendo suas potencialidades e seus limites, bem como proporciona mecanismos que possibilitem a aproximação desse indivíduo com o cavalo, como a conscientização corporal, autoconfiança, desenvolvimento das funções cognitivas, entre outras atividades (BUENO, 2011).

Ressalta-se que o psicólogo auxilia ainda na familiarização de pais ou cuidadores e da equipe de saúde à prática, buscando maior eficácia no atendimento das dificuldades do praticante ao estabelecer e fortalecer vínculos entre cuidadores e equipe em uma relação denominada transferencial-contratransferencial, visando proporcionar aos cuidadores a vivência e experiência da equitação para que entendam o processo que será experienciado (BUENO, 2011).

Ainda relacionado ao papel do psicólogo, dentro de seu escopo de práticas cabe a este realizar um processo de triagem, observando a dinâmica, rotinas diárias, medicamentosas e alterações ou instabilidades comportamentais conforme a necessidade de cada um dos praticantes, sua idade e o objetivo terapêutico a ser alcançado para que possibilite adaptar as estratégias de atendimento (BUENO, 2011).

Nesse âmbito, este profissional deve ser capaz de estabelecer o chamado *rapport* (palavra francesa cujo significado é confiança) e assim analise e avalie a situação atual do mesmo antes do início da terapia, fazendo um levantamento de suas características e necessidades, para fins de melhor adaptação às características do trabalho com o cavalo, priorizando o trabalho emocional, em especial as relações afetivas, que se dão por meio dos aspectos biológicos, sociais e/ou men-

tais. Para isso, irá trabalhar com aspectos como frustração, rejeição, angústia, carência afetiva, autoestima, criatividade, noções de atenção-orientação, consciência corporal e relações interpessoais (BUENO, 2011).

Em relação à equipe, o psicólogo desempenha um papel de atuação interdisciplinar, buscando elaborar os planos de intervenção a serem trabalhados com cada praticante orientando-os sobre as questões psíquicas específicas, bem como do funcionamento mental, intelectual e das implicações decorrentes nos aspectos sociais, familiar e pessoal. Assim, o psicólogo deve atuar de forma terapêutica presente na pista, junto a uma equipe multidisciplinar, buscando atingir os objetivos globais e psicoterapêuticos do processo da terapia assistida com equinos.

Segundo a Lei no 13.830, de 13 de maio de 2019, a atividade equoterápica deve ser composta por uma equipe multidisciplinar, envolvendo profissionais habilitados por curso específico de equoterapia (BRASIL, 2019). A equipe pode ser formada em diferentes configurações profissionais, com psicólogo, fisioterapeuta, médico, médico-veterinário e enfermeiro, a depender da necessidade do praticante.

Nesse contexto, é papel da equipe avaliar, construir e executar um plano de tratamento aos praticantes, a fim de que sejam atendidas as suas necessidades de saúde, levando em consideração as fragilidades e potencialidades que cada indivíduo possui (GUIMARÃES *et al.*, 2018). Dessa forma, cada profissional irá ater-se em sua devida área de atuação, com foco conjunto na elaboração de diversas atividades levando em consideração os objetivos desejados que vão desde trabalhar habilidades sociais, de comunicação, de linguagem e motricidade, possibilitando dessa forma um atendimento personalizado com potencial de efeitos positivos e significativos para o desenvolvimento progressivo e ainda aumento da qualidade de vida do praticante (KOLLING; PEZZI, 2020; RIBEIRO *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2019).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão proposta, por este estudo, demonstrou uma variedade de objetivos e benefícios físicos e psicomotores na obtenção de melhorias que vão desde equilíbrio em função do deslocar do cavalo, a coordenação motora pela atuação do movimento tridimensional que induz ajustes tônicos até nos indicadores de qualidade de vida pela melhora biopsicossocial.

Percebe-se ainda, a vasta área de atuação da terapia assistida com equinos nas diversas patologias existentes, devendo o cavalo ser visto para além de ocupante da posição central na terapia mas, entendido como agente facilitador na estimulação de aspectos psicológicos e cognitivos do praticante de modo a possibilitar os benefícios da terapêutica.

A literatura ressalta que os resultados obtidos através da prática equoterápica não se restringem somente à parte física, no tratamento de modificações posturais, na reeducação e reabilitação motora mediante a rotina de atividades equestres com a intenção de desenvolver reações de orientação, melhoria do tempo de reação, potencializar a sutileza nas execuções e o discernimento espacial em função do alinhamento postural e lateral. Mas também demonstra a potencialidade do desenvolvimento de novas formas de comunicação, socialização, autoconfiança e autoestima que tange ao benefício psicológico dos praticantes, possibilitando que os mesmos adquiram autoconfiança, autoestima, força de vontade e se adequem melhor à sociedade.

Esta pesquisa demonstrou de forma generalizada, porém objetiva, além dos benefícios da terapia, o papel profissional em realizar atendimentos conscientes de forma a ter sempre um menor gasto energético do praticante. A terapia assistida com equinos requer esforço e paciência não só daqueles que recebem o tratamento, mas por parte de todos que convivem com o praticante, onde a confiança

obtida durante a prática dos exercícios terapêuticos permite acelerar o processo de desenvolvimento de potencialidades, responsável pela integração social e pessoal de usuários, o que reflete no objetivo maior de quaisquer terapias, a melhora na qualidade de vida do paciente.

## REFERÊNCIAS

ALVES, E. M. R. **Prática em Equoterapia: uma abordagem fisioterápica**. São Paulo, SP, Atheneu, 2009.

ANDE (2021). **Revista da Associação Nacional de Equoterapia**. Brasília: ANDE, n.2. Disponível em: <http://equoterapia.org.br/>. Acesso em: 12 out de 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.830, de 13 de maio de 2019**. Brasília. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/L13830.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13830.htm). Acesso em: 12 de outubro de 2021.

BUENO, R.K.; MONTEIRO, M.A. Prática Do Psicólogo No Contexto Interdisciplinar Da Equoterapia. Vivências: **Revista Eletrônica de Extensão da URI**. V.7, P.172-178, 2011. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Rovana-Kinas-Bueno/publication/262728804\\_Pratica\\_do\\_psicologo\\_no\\_contexto\\_interdisciplinar\\_da\\_Equoterapia\\_Practice\\_Of\\_The\\_Psychologist\\_In\\_The\\_Context\\_Of\\_Interdisciplinary\\_Of\\_The\\_Hippotherapy/links/0deec538a9e4fc9bda000000/Pratica-do-psicologo-no-contexto-interdisciplinar-da-Equoterapia-Practice-Of-The-Psychologist-In-The-Context-Of-Interdisciplinary-Of-The-Hippotherapy.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Rovana-Kinas-Bueno/publication/262728804_Pratica_do_psicologo_no_contexto_interdisciplinar_da_Equoterapia_Practice_Of_The_Psychologist_In_The_Context_Of_Interdisciplinary_Of_The_Hippotherapy/links/0deec538a9e4fc9bda000000/Pratica-do-psicologo-no-contexto-interdisciplinar-da-Equoterapia-Practice-Of-The-Psychologist-In-The-Context-Of-Interdisciplinary-Of-The-Hippotherapy.pdf). Acesso em 20 mar 2023.

DIAS, E.; MEDEIROS, M. **Equoterapia: bases e fundamentos**. Rio de Janeiro: Revinter. 2002. Disponível em: [http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000096&pid=S0103-5150201300030000500007&lng=es](http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000096&pid=S0103-5150201300030000500007&lng=es). Acesso em: 20 mar 2023.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2008, 6ª ed.

GUIMARÃES, R. R. et al. Atribuições da enfermagem com os cuidadores dos praticantes equoterápicos de CERES- Goiás. **Revista Refacer**, v. 7, n. 1, 2018. Disponível em: <http://revistas2.unievangelica.edu.br/index.php/refacer/article/view/3326/2337>. Acesso em: 29 nov 2021.

KOLLING, A.; PEZZI, F. A. S. A equoterapia no tratamento de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). **Revista Psicologia & Saberes**, v. 9, n. 14, 2020. Disponível em: <https://revistas.cesmac.edu.br/index.php/psicologia/article/view/1122>. Acesso em: 12 out 2021.

LAUDES LAU, L.R. **Equitação e condicionamento físico: um equilíbrio fundamental**. São Paulo: Equestri. 2010.

MARTINEZ S.L. Fisioterapia na Equoterapia. Análise de seus efeitos sobre o portador de necessidades especiais. São Paulo, **Idéias & Letras**, 2005. 127p

MEDEIROS M. A criança com disfunção neuromotora, a equoterapia e o Bobath na prática clínica. Rio de Janeiro: **Revinter**, 2008. 139p.

NASCIMENTO, M.V.M. et al. O valor da equoterapia voltada para o tratamento de crianças com paralisia cerebral. **Braz. J. Biomotricity**, v.4, p. 48- 56, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=93012727006>. Acesso em: 20 mar 2023.

PUCCINI, L. R. S.; GIFFONI, M. G. P.; SILVA, L. F.; UTAGAWA, C. Y. Comparativo entre as bases de dados PubMed, SciELO e Google Acadêmico com o foco na temática Educação Médica. **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda, n. 28, p. 75-82, ago. 2015.

RIBEIRO, F. O. et al. Os efeitos da equoterapia em crianças com autismo. **Revista Fisioterapia Brasil**, v. 20, n. 5, p. 684-691, 2019. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/2703>. Acesso em: 12 out 2021

SANTOS, A. C. et al. Efeitos Da Equoterapia Sobre A Ansiedade E Qualidade De Vida De Um Idoso Institucionalizado: Um Relato De Caso. **Enciclopédia Biosfera**, [S. l.], v. 16, n. 30, 2019. Disponível em: <https://conhecer.org.br/ojs/index.php/biosfera/article/view/119>. Acesso em: 20 mar. 2023.

SEVERO, J. T. **Equoterapia: Equitação, Saúde E Educação**, Editora SENAC, São Paulo, SP, 2010.

doi: 10.48209/978-65-84959-25-6

---

## **CAPÍTULO 7**

---

# **QUALIDADE DE VIDA DE PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS NO EXERCÍCIO DA DOCÊNCIA DURANTE O DISTANCIAMENTO SOCIAL DA COVID-19**

**Gilmar Antoniassi Junior  
Luciana de Araújo Mendes Silva  
Eva Mendes Monteiro**

## INTRODUÇÃO

O trabalho é considerado uma atividade ao quais as pessoas atribuem valor e importância para com ela em sua vida, não somente por estar relacionado a sua subsistência, mas também devido sua capacidade promover a interação social no cotidiano das relações devido suas atividades tomarem conta da maior parte do tempo de sua vida (RIBEIRO; SANTANA, 2015).

Com o período de distanciamento social motivado pela pandemia da covid-19 o contexto do trabalho docente foi diretamente afetado no tocante a organização do ambiente para a manutenção das aulas bem como as relações de trabalho; dado isso residências tornaram ambiente de relação de trabalho docente.

A COVID-19, uma doença contagiosa e ainda sem o real esclarecimento acerca dela nos estudos e atividades voltados para a saúde, que não recebendo tratamento adequado ou não sendo identificada a tempo, gera mortes, trouxe a todos os cidadãos e claro, à classe dos profissionais da educação, medo, divisão de opiniões, insegurança, estresse. E onde essas características negativas aparecem, a qualidade no trabalho e conseqüentemente a qualidade de vida perde drasticamente a sua potencialidade (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2021; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Em relação ao exercício profissional da docência no Brasil, há uma prevalência em relação ao perfil dos professores serem do sexo masculino, com idade de 38 anos para IES públicas e privadas, no que refere à titulação, nas instituições públicas a maioria são doutores e nas privadas mestres; quanto ao regime de trabalho nas instituições públicas os professores são contratados a maioria em regime de tempo integral e nas instituições privadas em regime de tempo parcial, totalizando o número de 384.474 docentes em exercício na educação superior

no Brasil. Desse total, 54,8% possuem vínculo instituição privada e 45,2%, com instituição pública, distribuídos em 2.537 Instituições de Ensino Superior (IES), das quais 81,5% são faculdades e com oferta total de 37.962 cursos de graduação e 45 cursos sequenciais no território nacional (BRASIL, 2020).

Buscando entender a dinâmica do trabalho do docente do Ensino Superior, uma pesquisa realizada por Brandenburg, Pereira e Fialho (2019) discorre sobre o aumento gradativo do interesse dos professores realizarem pesquisas sobre eles próprios, sua atuação na docência em geral e no Ensino Superior. Isso demonstra que além de estarem buscando o constante aperfeiçoamento em suas áreas de atuação, os profissionais da educação agora se preocupam em entender sua prática de forma mais sistêmica, com foco na pesquisa reflexiva, levando em consideração diferentes aspectos, inclusive a relação entre profissão, família, saúde e sociedade.

Isso é bom, porque mostra o quanto os professores e as instituições às quais eles estão ligados, se preocupam em oferecer e fazer o melhor, pois parar no primeiro diploma ou realizar as aulas atuais como se realizavam a dez, vinte, trinta anos atrás pode não gerar bons resultados e os professores não querem formar por formar, querem formar cidadãos e profissionais realmente capacitados, seja em qual área for (BRANDEMBURG; PEREIRA; FIALHO, 2019).

Apesar de muitos docentes já estarem habituados com o sistema educacional denominado EaD, com a mudança radical da liberdade de ir e vir provocado pelo distanciamento social por tempo incerto, trouxe insegurança e uma prática totalmente diferente do costumeiro (SOUZA; FERREIRA, 2020).

Com as mudanças e as exigências de segurança, o trabalho docente ficou mais tensionado, uma vez que, além de preparar o material impresso para cada aula, ainda tiveram que criar aulas criativas, dinâmicas e atrativas, com ela ou

maior qualidade em relação às aulas presenciais (SOUZA; FERREIRA, 2020; PALUDO, 2020).

Além dos desafios de estarem atentos às necessidades de constante formação e inovação no seu trabalho como docente do Ensino Superior, por causa da Pandemia, os professores acabaram enfrentando quase que da noite para o dia o desafio de saírem das salas de aula presenciais e irem para as salas virtuais, o que acabou exigindo mais do tempo de cada um, novos estudos para se acostumarem com as tecnologias de informação e ainda assim, passarem horas infindáveis preparando materiais impressos e digitais tanto para levarem conteúdo para os alunos quanto para avaliarem esses alunos e a eles próprios (BRANDEMBURG; PEREIRA; FIALHO, 2019).

Dado isso, de certo modo, a qualidade de vida desses profissionais no tocante a vida social – profissional e lazer – em sua plenitude foram afetadas, já que o momento era fiquem em casa, evitem aglomerações e contatos pessoais. Que de acordo com Veiga et al. (2017), para se ter uma excelente qualidade de vida é preciso ter uma excelência na qualidade de vida no trabalho e de certa forma, podemos crer que na realidade essa é uma via de mão dupla, ou seja, havendo qualquer problema em casa isso irá refletir no trabalho e vice-versa.

Levando em consideração as palavras de Veiga et al. (2017), o trabalho tem que nos proporcionar qualidade de vida e a nossa vida pessoal tem que nos possibilitar qualidade de vida no trabalho. Isso quer dizer que, qualquer atrito ou problema que ocorra em casa irá refletir negativamente no trabalho e vice-versa, pois um depende do outro para que os seres humanos possam fluir com suas vidas.

Por conseguinte, a discussão sobre promoção da saúde e qualidade de vida tem sido objeto de estudo a tempos, no entanto, o tema ganhou novos espaços para estudos, destacando inclusive profissões como enfermagem, fisioterapia e

na docência superior, especificamente, devido o momento pandêmico (LOPES; NOGUEIRA; ROCHA, 2018).

Leva-nos a observar com outros olhos o profissional da educação e em especial o profissional do Ensino Superior, pois sabemos que em anos idos esse profissional teve o seu real valor e à medida que o mundo foi alcançando avanços em diferentes setores, outras profissões que inclusive dependem dos professores para existirem, ganharam mais destaque, mais respeito e mais valorização financeira, social, política e na saúde, em detrimento da valorização do professor, que a cada dia torna-se menos valorizado e menos respeitado (VEIGA et al., 2018).

Desse modo, o presente estudo teve como objetivo verificar os indicadores de qualidade de vida em professores universitários que estiveram no exercício da docência durante o período de distanciamento social motivado pela covid-19.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa que se utilizou do método survey para produzir à descrição e reflexão acerca das averiguações identificadas no tocante a qualidade de vida no trabalho. O estudo foi realizado com professores universitários e amostra da pesquisa deu-se através do método de amostragem não probabilística constituída de modo intencional e por conveniência através da técnica bola de neve para movimentar a população a ser estuda e promover a interação pelas redes sociais e e-mails, levando em consideração os docentes em grupos nas redes sociais como instagram, facebook, twitter, whatsapp, messenger, linkedin, pinterest e através da disponibilização de e-mail de professores por meio de contato realizado com coordenadores de curso disponíveis nas páginas das universidades.

O levantamento da amostra sucedeu em um período específico de intervalo de 60 (sessenta) dias, onde os pesquisadores enviaram os convites com a disponi-

bilização do link para o acesso ao questionário e assim os participantes pudessem responder. Como critérios de inclusão atentou-se para os docentes que estivessem ativamente na prática do ensino superior e tivessem vivenciado o modelo do ensino remoto, serem maiores de 21 anos e de ambos o sexo. Foram excluídos da pesquisa aqueles que porventura deixaram de completar as respostas do questionário.

Por se tratar de uma pesquisa que se utilizou do método *survey*, o instrumento de pesquisa se constitui de um questionário elaborado a partir do estudo de: Botega *et al.* (1995); Brabo e Gomes (2013); Cheremeta *et al.* (2011); Martins e Ferreira (2011); Portal Saúde e Movimento (2020); Zigmond e Snaith (1983) ao qual foi disponibilizado aos participantes através da *Plataforma Google Forms*. O questionário foi intitulado Pesquisa Saúde Mental do Docente em Tempo de Isolamento Social, composto por 44 perguntas, dividido em 7 (sete) seções que corresponde a estrutura de investigação: 1. *Dados do TCLE*, 2. *Perfil do Participante*, 3. *Relacionamento com o Ensino Superior*, 4. *Sobre o Ensino Remoto*, 5. *Condição de Saúde*, 6. *Representação dos Sentidos* e 7. *Encerramento*.

Para as análises dos dados contou-se com auxílio de planilhas eletrônicas do programa Microsoft Excel for Windows sem relação aos dados tabulados extraídos da plataforma Google Forms. Em relação às análises estatísticas foram realizadas através do software estatístico SPSS versão 27. Quanto às aferições dos resultados em relação à Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho – QWL-Q-bref seguiu a sintaxe exclusiva que foi construída (PEDROSO; PILATTI; REIS, 2009) criada a partir de algoritmos em planilha eletrônica do programa Microsoft Excel for Windows elaborada por Pedroso (2019), onde consta a sintaxe, além de mostrar os escores da avaliação do questionário, também exibiu estatística descritiva como: média aritmética simples; o desvio padrão; o coeficiente de variação; o valor mínimo; o valor máximo; e a amplitude. No final, aponta o

índice de correlação de Pearson entre os domínios do QWLQ-bref e representa graficamente o resultado dos escores da Qualidade de Vida no Trabalho abordados no referido instrumento (REIS JUNIOR, 2008).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram obtidas 120 respostas e foram descartadas 39 respostas por não atenderem aos critérios de inclusão estabelecidos. Por conseguinte, o número de participantes elegíveis para esse estudo foi de 81 professores que exercem a prática docente no ensino superior; sendo em sua maioria 75,4% (n= 61) com titulação *stricto sensu* (mestre e doutores), onde 67,9% (n=55) dos professores são do sexo feminino e 32,1% (n=26) do sexo masculino, com idade variada entre 31 a 60 anos, o que corresponde 75,3% (n=61) dos participantes de diferentes localidades do Brasil, pertencendo 85,1% (n=69) da região sudeste, seguido de 8,6% (n=7) da região norte e 6,2% (n=5) da região nordeste. A tabela 1 descreve as características da amostra dos participantes.

Os dados evidenciados corroboram com os dados mostrados pelo censo da educação superior referente ao ano de 2019, onde observa-se que a região sudeste é a qual possui um número maior de instituições de ensino (1.169), consequentemente um número maior de concentração de professorado. De modo geral a nível de Brasil, 54,3% das funções docentes em exercício se encontram em IES privadas e 45,7% em públicas; com predomínio de formação *stricto sensu* corresponde a 321.891 professores sendo a predominância de professores doutores atuante em IES pública e mestres nas IES privadas. Os dados do censo divergem dos achados neste estudo, quanto ao sexo dos docentes sendo indicado o predomínio masculinos (BRASIL, 2021).

**Tabela 1:** Características da amostra de professores participantes do estudo (n=81)

	Variável	%	n
<b>Estado Civil:</b>	Casado	65,4	53
	Solteiro	19,8	16
	Divorciado	12,3	10
	Não Identificado	2,5	2
<b>Idade:</b>	Entre 20 a 30 anos	4,9	4
	Entre 31 a 40 anos	34,6	28
	Entre 41 a 50 anos	40,7	33
	Entre 51 a 60 anos	16	13
	Acima de 61 anos	3,7	3
<b>Área de Formação:</b>	Ciências da Saúde	32,1	26
	Ciências Humanas	21	17
	Ciências Sociais Aplicadas	19,8	16
	Linguística, Letras e Artes	7,4	6
	Ciências Biológicas	6,2	5
	Ciências Exatas e da Terra	4,9	4
	Engenharias	3,7	3
	Outra que não citada	3,7	3
	Ciências Agrárias	1,2	1
<b>Titulação:</b>	Mestre(a)	51,9	42
	Doutor(a)	23,5	19
	Especializado(a)	22,2	18
	Graduado(a)	2,5	2

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quanto ao tempo de exercício da docência, corresponde entre 2 a 15 anos em 76,5% (n=62) dos participantes, destes, 32,1% (n=26) estão entre 11 a 15 anos, seguido de 25,9% (n=21) entre 6 a 10 anos e 18,5% (n=15) entre 2 a 5 anos.

Como se pode observar, o tempo de atuação dos participantes é bem variado, demonstrando serem profissionais qualificados dentro de sua potencialidade de ensino didático e complementar com que se refere habilidades educativas caracterizadas na dinâmica educacional ao ensino superior vigente, atendendo as exigências da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira, nº 9393/96 (BRASIL, 1996).

Analisando todo o contexto apresentado, fica evidente que o desenvolvimento das práticas pedagógicas educacionais se mantém firmada dentro da capacidade desses profissionais ressignificar sua potencialidade nos âmbito de conhecimentos específicos e habilidades socioemocionais além de reforçar a descoberta de novos mecanismos de readequação ao novo modelo apresentado (SILVUS; FONSECA; JESUS, 2020).

Assim como observado no estudo com 588 professores universitários de IES públicas e privadas que evidencia a predisposição e a motivação dos docentes em realizar as atividades remotas se mostrando acessíveis à interatividade com os alunos para preservar o ensino e a formação no período de distanciamento social da Pandemia Covid-19 (SOUZA *et al*, 2021).

Dado isso, no que concerne a atividade docente durante a pandemia, o estudo revelou que 100% (n=81) exerceram suas atividades no formato remoto (online); 64,2% (n=52) lecionam entre 2 a 4 disciplinas e 18,5% apenas uma disciplina; sobre o número de turmas que trabalham 65,4% (n=53) estão atuando entre 2 a 4 turmas, 12,3% (n=10) com uma única turma e 12,3% (n=10) entre 5 a 6 turmas e 9,9% (n=8) acima de 6 turmas; a tabela 2 apresenta escala de intensidade para o relacionamento do professor com ensino remoto.

Percebe-se que, mediante todo o transtorno criado frente o impacto inesperado da pandemia no que se refere as gestões educacionais, os profissionais tanto quanto alunos tiveram que se readaptarem a uma nova forma versão de ensino singular e emergencial no qual trouxeram à tona novas modalidades de conhecimento técnico abarcado num ambiente novo e transformador juntamente com seus alunos, os desafios não se reiteraram somente ao domínio digital das modalidades mais é necessário repensar um sujeito dotado de novas modalidades de conhecimento técnico tanto comportamentais, se redescobrimo em um ambiente de ensino virtual, pontuando que é através da busca da prática com novas experiências que alunos e professores possam juntos se conectarem para transformarem seus espaço educacional em aprendizado e acolhimento (SILUS; FONSECA; JESUS, 2020).

De forma que a pandemia procriou rápidas transformações sociais nos diversos contextos, mas principalmente na educação, onde professores e instituições escolares tiveram que se organizarem e reinventarem para manterem o ensino nas diferentes turmas, expondo ainda mais as dificuldades e mazelas educacionais, como o baixo investimento educacional, a falta de políticas efetivas de formação e valorização docente (BEZERRA; VELOSO; RIBEIRO, 2021).

**Tabela 2:** Características da amostra de professores em relação ao nível de intensidade do relacionamento com o ensino remoto (n=81)

Variável	%	n
Com facilidade de relacionar	50,4	45
Muita facilidade de relacional	34,6	28
Com dificuldade de relacionar	9,9	8
Totalmente dificultoso o relacionamento	-	-

Fonte: Elaborado pelos autores.

Apesar da maioria dos professores e alunos estarem familiarizados com as tecnologias, ainda assim alguns encontraram dificuldades de relacionar sua forma de atuação para o novo modelo denominado de Ensino Remoto.

Desta maneira, é importante enfatizar o condicionamento da esfera digital dentro dos desafios escolares que embarca mudanças de adaptação tanto no novo modelo remoto quanto na condição de acompanhar a complexidade ativa das tecnologias aprimorando dessa forma convicções de reinserção do modelo remoto a construtividade do desenrolar do conhecimento técnico do aluno e do professor num ritmo inovador (SILUS; FONSECA; JESUS, 2010), o que nos leva a crer que, por mais que estejam familiarizados com diferentes tecnologias, é preciso ter visão e interesse em constante atualização, conseguindo desenvolver com maestria o seu trabalho, sem no entanto, deixar o estresse e o desânimo tomarem conta da sua capacidade de ir além do que se pensa ser possível e necessário.

O estudo realizado por Bezerra, Veloso e Ribeiro (2021) corrobora os dados evidenciados dos docentes terem considerados terem facilidade de relacionar com o ensino remoto, onde o estudo deles revelam que 66,7% dos professores mantem-se atualizados em relação às inovações educacionais mesmo que as instituições que lecionam não ofereçam condições técnicas, materiais e de infraestrutura para o trabalho com metodologias ativas.

No que diz respeito aos resultados da Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho, segundo o QWLQ-bref, foi avaliada pela média entre os quatro domínios considerados no instrumento, o desvio padrão, o coeficiente de variação, o valor mínimo, o valor máximo e a amplitude, separadamente de cada domínio – físico/saúde, psicológico, pessoal e profissional – e da qualidade de vida no trabalho em geral, que pode ser observado de modo detalhado na tabela 3 por meio das análises estatísticas descritivas dos domínios.

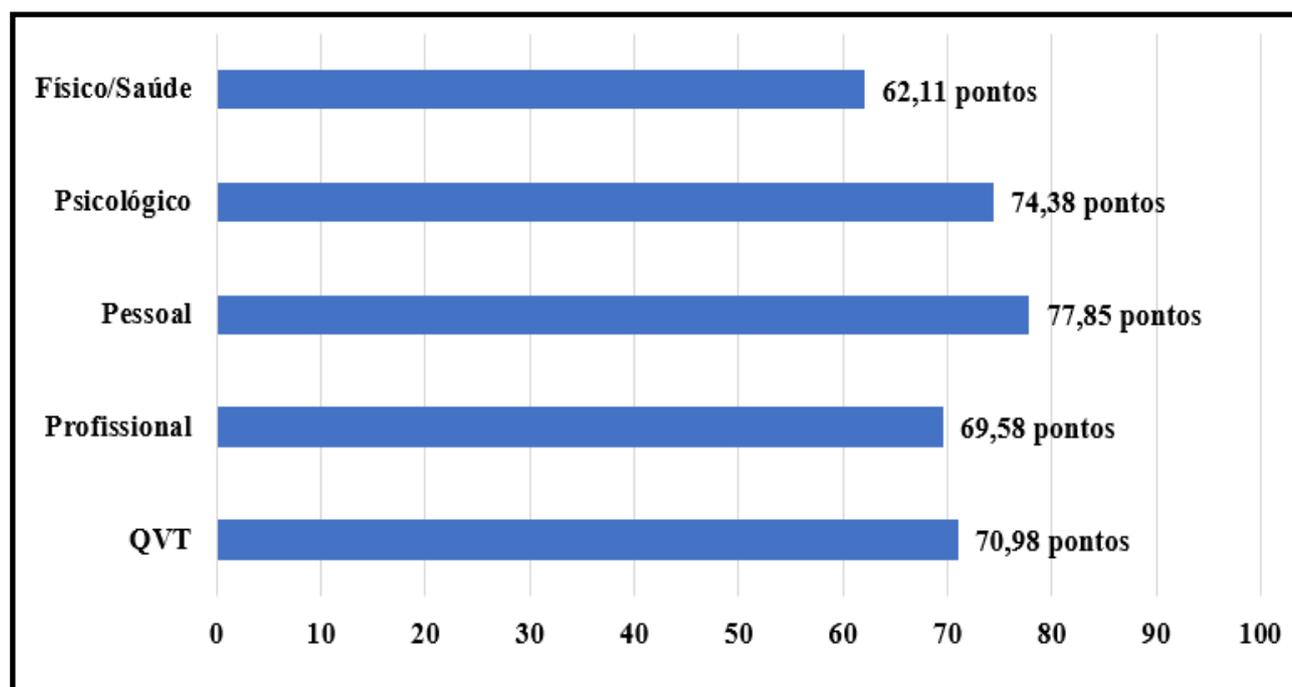
Na figura 1 é possível observar numa escala de 0 a 100%, simulando graficamente os índices das médias de cada domínio e o QVT dos docentes participantes, atuantes no ensino superior durante o período de isolamento social no formato remoto.

**Tabela 3:** Características da amostra de professores em relação média entre os quatro domínios considerados no instrumento QWLQ-bref (n=81)

DOMÍNIO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	COEFICIENTE DE VARIAÇÃO	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO	AMPLITUDE
Físico/Saúde	3,485	0,799	22,923	1,000	5,000	4,000
Psicológico	3,975	0,893	22,452	1,000	5,000	4,000
Pessoal	4,114	0,826	20,086	1,250	5,000	3,750
Profissional	3,783	0,918	24,262	1,333	5,000	3,667
<b>QVT</b>	<b>3,839</b>	<b>0,761</b>	<b>19,824</b>	<b>1,319</b>	<b>4,972</b>	<b>3,653</b>

Fonte: Elaborado pelos autores.

**Figura 1:** Índices das médias de cada domínio de qualidade de vida no trabalho da amostra de professores considerados no instrumento QWLQ-bref (n=81)



Fonte: Elaborado pelos autores.

De acordo com os resultados apresentados na tabela 3 e na figura 1, é possível observar que os docentes apresentam um índice satisfatório de QVT, com o valor de 70,98 pontos ( $3,839 \pm 0,761$ ). Nota-se que o domínio pessoal com o valor de 77,85 pontos ( $4,114 \pm 0,826$ ) o que indica um índice de muito satisfatório; embora os demais domínios (psicológico, profissional e físico/saúde) encontram-se na faixa satisfatória da escala (55 a 77,5 pontos).

Analisando os dados acima, pode-se notar as diferentes potencialidades e visão a partir de suas experiências, de cada docente. Desta maneira, de acordo com Morán (2015), pode-se destacar que o ensino híbrido tem se tornado uma ferramenta que desafia profissionais na área da educação a se reajustarem em contrapor novas alternativas de aprendizagem ao mesmo tempo que possibilita a imersão destes profissionais ao letramento digital instigando as potencialidade desse modelo remoto para o acompanhamento das complexidades nas práticas dos comandos eletrônicos, no que se refere também aprimorar o desenvolvimento das conexões virtuais com mais afeto, conhecimento e acolhimento.

Dessa forma fica evidente ressaltar a importância e as vantagens que a utilização dos recursos tecnológicos vem trazendo no nosso dia a dia como facilitação dos envios de documentos, a facilitação dos encontros virtuais onde podem ser trabalhados palestras, seminários e apresentações de trabalhos online, e é claro a construção subjetiva de conceitos importantes tais como a aprimoração de um raciocínio ágil e lógico e a destreza de comunicação em tempo real (GIL, 2018; SILUS; FONSECA; JESUS, 2020).

Dessa maneira as vivências experienciadas pelo ensino remoto proporcionou aos docentes adquirirem novos saberes para atuação profissional e manter a troca mesmo que distantes socialmente e próximos virtualmente (BEZERRA; VELOSO; RIBEIRO, 2021).

Por conseguinte, a QVT dos docentes também está ligada ao comportamento dos discentes e nos modos como ele interagem e se sente no ambiente, neste caso em virtude do distanciamento social e a prática remota das aulas, o apoio das instituições de ensino em manter a prática do exercício profissional garantindo os rendimentos e mantendo a segurança da saúde do docente garantem a manutenção da QVT nesses momentos delicados (PRAÇA; OLIVEIRA, 2020).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao findar este estudo no qual objetivou-se em verificar a qualidade de vida no trabalho, principalmente no que tange ao trabalho dos docentes universitários, levando-se em consideração as mudanças ocorridas motivadas pela necessidade do distanciamento social devido a Covid-19, foi possível constatar que as mudanças ocorridas no dia a dia dos profissionais da educação no ensino superior, mexeram verdadeiramente com a criatividade e a rotina dos professores; que mesmo que, acostumados com o ensino a distância a prática remota se diferencia do formato EaD por tentar manter a rotina da sala de aula, os professores mantiveram indicadores satisfatórios de qualidade de vida, adaptando-se a nova realidade educacional causada pela pandemia da Covid-19.

## REFERÊNCIAS

BEZERRA, Narjara P.X.; VELOSO, Antônia P.; RIBEIRO, Emerson. Ressignificando a prática docente: experiências em tempos de pandemia. **Pemo: práticas educativas, memórias e oralidades**, Fortaleza, v. 3, n. 2, 2021. DOI: <https://doi.org/10.47149/pemo.v3i2.3917> 2021 Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/revpemo/article/view/3917/3701>. Acesso em 01. nov. 2021.

BOTEGA, Neury J. *et al.* Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 355-363, 1995.

BRABO, Jesus C.; GOMES, Ana. S. A. Teste de evocações semiestruturado como ferramenta para o estudo de representações sociais: possibilidades de aplicação na pesquisa em ensino de ciências. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS, 9, 2013. **Atas[...]**, Águas de Lindóia: Abrapec, 2013. Disponível em: [http://abrapecnet.org.br/atas\\_enpec/ixenpec/atas/](http://abrapecnet.org.br/atas_enpec/ixenpec/atas/). Acesso em 08 out. 2021.

BRANDENBURG, Cristine; PEREIRA, Arliene S. M.; FIALHO, Lia M.F. Práticas reflexivas do professor reflexivo: experiências metodológicas entre duas docentes do ensino superior. **Pemo: práticas educativas, memórias e oralidades**, Fortaleza, v. 1, n. 2, p. 1-16, 2019.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Planalto**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9394compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394compilado.htm). Acesso em: 01 nov. 2021.

BRASIL (2020). **Portal saúde e movimento**. Teste Questionário de Estresse, 2020. Disponível em: [www.saudeemmovimento.com.br/saude/estresse.htm](http://www.saudeemmovimento.com.br/saude/estresse.htm). Acesso em: 01 out. 2021.

BRASIL, **Resumo técnico do censo da educação superior 2019**. Brasília: Inep/MEC 2021. 2021. Disponível em: [https://download.inep.gov.br/publicacoes/institucionais/estatisticas\\_e\\_indicadores/resumo\\_tecnico\\_censo\\_da\\_educacao\\_superior\\_2019.pdf](https://download.inep.gov.br/publicacoes/institucionais/estatisticas_e_indicadores/resumo_tecnico_censo_da_educacao_superior_2019.pdf). Acesso em: 01 nov. 2021.

GIL, A. C. **Didática do ensino superior**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2018.

CHERENETA, Marcell *et al.* Construção da versão abreviada do QWLQ-78: um instrumento de avaliação da qualidade de vida no trabalho. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Curitiba, v.3, n.2, p. 1-15, 2011.

LOPES, Iraneide E.; NOGUEIRA, Júlia A. D.; ROCHA, Dais G. R. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, jul./set., 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SNsdFnbvBdfdhn76GQYGDtM/abstract/?lang=pt>. Acesso em 01 out. 2021.

MARTINS, Claudia G.; FERREIRA, Miguel L. R. O survey como tipo de pesquisa aplicado na descrição do conhecimento do processo de gerenciamento de riscos em projetos no segmento da construção. In: CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, 7., 2011. **Anais** [...], Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, 2011. Disponível em: [http://www.inovarse.org/sites/default/files/T11\\_0362\\_1839.pdf](http://www.inovarse.org/sites/default/files/T11_0362_1839.pdf). Acesso em: 20 de abr. de 2021.

MORÁN, José. Mudando a educação com metodologias ativas. In: CONVERGÊNCIAS midiáticas, educação e cidadania: aproximações jovens. Ponta Grossa, PR: PROEX/UEPG, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Histórico da pandemia de COVID-19. **Folha Informativa sobre o Covid-19**, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em 05 fev. 2021.

PALUDO, Elias F. Os desafios da docência em tempos de pandemia. **Em Tese**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 44-53, jul/dez., 2020. DOI: <https://doi.org/10.5007/1806-5023.2020v17n2p441>. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/1806-5023.2020v17n2p44>.

PEDROSO, Bruno. **Planilha eletrônica do programa microsoft excel for Windows: QWLQ-bref**, 2019. Disponível em: <http://www.brunopedroso.com.br/qvt/qwlq-bref.xls>. Acesso em 05 fev. 2021.

PEDROSO, Bruno; PILATTI, Luíz A.; REIS, Dálcio R. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-100 utilizando o Microsoft Excel. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 23-32, 2009.

PORTAL SAÚDE E MOVIMENTO. **Teste questionário de estresse**, 2020. Disponível em: [www.saudeemmovimento.com.br/saude/estresse.htm](http://www.saudeemmovimento.com.br/saude/estresse.htm). Acesso em 23 jun. 2020.

PRAÇA, Leticia A.; O., Victor M. Qualidade de vida no trabalho em tempos de pandemia de COVID-19: os desafios e oportunidades dos docentes do ensino superior. **Gestão-Revista Científica**, Juiz de Fora, v. 2, n. 2, 2020.

REIS JÚNIOR, Dálcio R. **Qualidade de vida no trabalho: construção e validação do questionário QWLQ78**. 2008. 114 p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Ponta Grossa, 2008. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp080680.pdf>. Acesso em: 05 out. 2021.

RIBEIRO, Larissa A.; SANTANA, Lígia C. Qualidade de vida no trabalho: Fator decisivo para o sucesso organizacional. **Revista de Iniciação Científica**, Criciúma, v. 2, n. 2, p. 75-96, 2015.

SILUS, Alan, FONSECA, Angelita L. C.; JESUS, Djanires L. N. Desafios do ensino superior brasileiro em tempos de pandemia da Covid-19: repensando a prática docente. **Liinc Em Revista**, Rio de Janeiro, v. 16, n.2, 2020. DOI: e5336. <https://doi.org/10.18617/liinc.v16i2.5336>.

SOUZA, Gustavo H.S. *et al.* Educação remota emergencial (ere): um estudo empírico sobre capacidades educacionais e expectativas docentes durante a pandemia da covid-19. **Research, Society and Development**, v. 10, n.1, 2021.

SOUZA, Ester M. F.; FERREIRA, Lúcia G. Ensino remoto emergencial e o estágio supervisionado nos cursos de licenciatura no cenário da pandemia COVID 19. **Revista Tempos e Espaços em Educação**, Aracajú, v.13, n. 32, jan./dez.2020. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7641432>. Acesso em 01 out. 2021.

VEIGA, Rosane F. *et al.* Qualidade de vida no trabalho: contexto de atuação profissional e carreira docente. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 20, n. 2, abr./jun. 2017. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fef/article/view/36798>. Acesso em 05 set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2020). **Declaração sobre a segunda reunião do comitê de emergência do regulamento sanitário internacional (2005) em relação ao surto de novo coronavírus (2019-ncov)**, 2020. Genebra. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/brasil>. Acesso em: 20 maio 2021.

ZIGMOND, Andrew S.; SNAITH, Richard P. The Hospital Anxiety and depression scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. v. 67, [S/l], 1983; 67, p. 361 -370.

doi: 10.48209/978-65-84959-25-7

---

## **CAPÍTULO 8**

---

# **RISCOS PSICOSSOCIAIS E CAPITAL PSICOLÓGICO POSITIVO NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

Vanessa Yadira Lopes  
Carlos Laranjeira

## INTRODUÇÃO

Nunca como hoje se falou tanto da importância da saúde mental e, com a pandemia, esta preocupação alastrou de forma inédita ao mundo laboral. Com a pandemia COVID-19, Areosa e Queirós (2020) apontam para uma diminuição da saúde mental nos contextos laborais justificando a necessidade de incrementar os cuidados subjacentes à saúde ocupacional nas diferentes organizações, em especial da saúde, com vista à prevenção da doença mental no local de trabalho. De realçar que a evidência é inequívoca ao afirmar que nos ambientes em que os conflitos interpessoais são comuns, e onde os colaboradores se sentem desvalorizados e, muitas vezes, não ouvidos, o risco de perturbações mentais, é muito maior (WU *et al.*, 2021).

É então indiscutível que os riscos psicossociais em ambiente laboral se assumem como uma das grandes ameaças atuais, quer para a saúde, quer para a segurança dos trabalhadores, sendo os profissionais de saúde um dos grupos mais expostos a estes riscos, e de forma particular os enfermeiros e os assistentes operacionais.

Tendo em conta as variáveis que contribuem para um ambiente desgastante, onde abundam os riscos psicossociais, torna-se fulcral ajudar a criar um ambiente de trabalho positivo e melhorar a saúde psicológica dos profissionais de saúde. Este paradigma tem atraído a atenção das empresas e dos investigadores, dando lugar a uma mudança do paradigma organizacional (*growth mindset*) focado na predição do bem-estar, ao invés do tradicional paradigma centrado na doença (*fixed mindset*). Surge então, cada vez mais, uma crescente preocupação para desenvolver o capital psicológico (PsyCap) do próprio profissional, por forma a garantir melhores resultados relacionados com o trabalho, bem como o seu bem-estar, evitando as consequências negativas, resultantes dos desafios e da carga de trabalho (BURHANUDDIN *et al.*, 2019).

Em vários estudos, o capital psicológico, ou PsyCap - conceito relacionado à saúde mental dos profissionais - é apresentado como um dos fatores protetores dos riscos psicossociais (ESTIRI *et al.*, 2016; LUTHANS & BROAD, 2022). Num mundo cada vez mais competitivo, o desempenho dos trabalhadores e a força de trabalho são os pontos positivos do capital psicológico (PsyCap), que pode ser aumentado através da construção básica superior PsyCap, que integra quatro construtos independentes: autoeficácia, otimismo, esperança e resiliência. Especificamente, cada um dos construtos significa: cultivar a confiança necessária para ter sucesso em tarefas desafiadoras (autoeficácia); ser otimista sobre o sucesso atual e futuro (otimismo); insistir em direção a um estado motivacional positivo, permitindo obter energia em direção aos objetivos traçados e ser capaz de reestruturar os caminhos (quando necessário) para atingir as metas (esperança); ser flexível, para que, diante de problemas ou desafios, se consiga desviar deles e retornar ao seu estado original ou desenvolver-se além dele para alcançar o sucesso (resiliência) (AN *et al.*, 2020; LUTHANS & BROAD, 2022). Os quatro construtos são considerados semelhantes a estados e, como tal, capazes de serem desenvolvidos e alterados (LUTHANS & BROAD, 2022). Juntos ou de forma independente, os construtos podem fomentar a motivação pessoal e elevar os esforços para o sucesso, levando à melhoria na atitude, comportamento e resultados do desempenho dos profissionais (AN *et al.*, 2020; TSHERING, 2022). De realçar que os quatro construtos do PsyCap constituem focos de atenção de acordo com a taxonomia CIPE, e, portanto, sensíveis à intervenção especializada em ESMP, a saber: a) Esperança “Emoção: sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior, associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia; b) Otimismo “Emoção positiva”; c) Autoeficácia “Crença”; e, d) Resiliência “positiva” (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES [ICN], (2019).

De acordo com DONALDSON *et al.* (2020) intervenções organizacionais positivas que visam e melhoram a esperança, eficácia, resiliência e otimismo podem ser altamente eficazes e concretizam-se numa maneira robusta de melhorar o bem-estar e o funcionamento positivo. Os mesmos autores reforçam que o Psy-Cap está fortemente associado à proatividade no local de trabalho, proficiência, adaptabilidade e maior desempenho. Para Liu *et al.* (2020), o capital psicológico positivo é uma manifestação importante da saúde física e mental de cada pessoa, que lhe permite fortalecer o envolvimento com o trabalho e o bem-estar subjetivo e inibir o comportamento silencioso. Desta forma, o capital psicológico positivo aumenta o comprometimento organizacional, diminui o stress/burnout e reduz os sintomas de ansiedade nos enfermeiros, influenciando o seu desempenho profissional (LIU *et al.*, 2022).

Urge assim a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, no sentido da promoção da saúde e bem-estar mental em contexto laboral, visando o aumento do capital psicológico positivo dos profissionais, numa clara alusão às organizações amigas da saúde mental.

Assim, o objetivo do presente capítulo foi o de avaliar o impacto de uma intervenção especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na melhoria do capital psicológico dos enfermeiros e assistentes operacionais de um serviço de psiquiatria de um Hospital português.

## **METODOLOGIA**

### **Design**

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, pré-experimental com grupo único e avaliação pré e pós intervenção (CAMPBELL & STANLEY, 2005).

## **Amostra e recrutamento**

Amostra intencional composta por dezoito profissionais (enfermeiros e assistentes operacionais) de uma unidade funcional de psiquiatria, de um Hospital da Lezíria. Esta escolha decorre do facto destes profissionais constituírem grupos vulneráveis aos riscos psicossociais fruto da presença constante junto dos utentes. Foram definidos como critérios de inclusão, todos os profissionais (enfermeiros e assistentes operacionais) que se encontravam a desenvolver a sua atividade no período em que decorreu o projeto. E excluídos todos aqueles que recusassem participar, ou estivessem ausentes por motivo de férias ou baixa médica.

## **Intervenção**

O programa formativo foi estruturado em seis sessões grupais, de 120 minutos cada, desenvolvidas presencialmente e com uma periodicidade semanal. O grupo era fechado (não havendo entrada de novos elementos) para se trabalhar ativamente sobre os seus problemas e facilitar o seu desenvolvimento e coesão grupal. Recorreu-se à sequência cognitivo-comportamental e com aproximação aos princípios da psicoeducação. De sublinhar que o programa desenvolvido incluiu duas vertentes: uma educativa e outra de suporte (SEQUEIRA & SAMPAIO, 2020).

A vertente educativa teve como objetivos: a) fornecer informação sobre a temática; b) esclarecer sobre os riscos psicossociais e o capital psicológico positivo; e, c) elucidar sobre os recursos disponíveis para ultrapassar as dificuldades sentidas. A vertente de suporte visou: a) ajudar os colaboradores a gerir emoções e a usar estratégias para lidar com as principais dificuldades; e, por fim, b) partilhar experiências e sentimentos com pares que se encontrem em situação semelhante (SEQUEIRA & SAMPAIO, 2020).

As temáticas de intervenção versaram sobre os seguintes focos de atenção:

a) Stresse, burnout e relacionamentos; b) Esperança e otimismo; c) Resiliência; e, d) Autoeficácia.

Durante as sessões foi aplicada uma abordagem centrada nas necessidades expressas dos participantes, com recurso a uma vertente educativa por meio de conteúdo didático, e uma vertente experiencial por meio da facilitação e desenvolvimento de aprendizagens. Esta abordagem permitiu integrar, simultaneamente, informação, comunicação e prática, elementos essenciais para o desenvolvimento de um programa (ORTIZ, 2018).

A colheita de dados, neste projeto, foi efetivada através de um questionário sociodemográfico e profissional para caracterização da população em estudo; da escala COPSOQ II, validada para a população portuguesa por SILVA (2006), do PsyCap Questionnaire, desenvolvido por LUTHANS E YOUSSEF-MORGAN em 2004 e validado para a população portuguesa por ASSUNÇÃO (2020); e, por fim, de um questionário de satisfação.

A escala COPSOQ II é formada por 119 itens de autopreenchimento, tendo revelado adequadas características psicométricas. Todos os itens são avaliados através de uma escala tipo likert de 5 pontos (1 - Nunca/quase nunca, 2- Raramente, 3- Às vezes, 4 – Frequentemente e 5- Sempre ou 1 –Nada/quase nada, 2- Um pouco, 3- Moderadamente, 4-Muito e 5 – Extremamente). Os diferentes itens da escala COPSOQ II perfazem 35 subescalas. Quanto ao PsyCap Questionnaire foi usada a versão composta por 24 itens divididos em grupos de seis itens por cada uma das suas quatro dimensões (autoeficácia, otimismo, esperança e resiliência). As respostas são dadas numa escala de tipo likert, de seis pontos, que oscilam entre o 1 “Discordo Totalmente” e o 5 “Concordo Totalmente”.

De forma a preservar a confidencialidade e a privacidade dos dados pessoais, a identidade dos participantes e todas as informações recolhidas no decurso

da sua participação, foram protegidas em ficheiro encriptado (com acesso limitado ao investigador), e apenas usadas no contexto do estudo. A cada participante foi solicitado [por escrito] o consentimento informado. Adicionalmente, foi obtido parecer favorável da Comissão de Ética do Hospital (CE/HDS/14.06.2021) para a realização do projeto de melhoria. Os dados foram tratados com recurso ao software SPSS (versão 28.0).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que concerne às habilitações literárias, sexo e funções desempenhadas, a maior parte da amostra tem curso superior, nomeadamente licenciatura (33,3%) e pós-licenciatura de especialização (27,8%). A amostra é composta maioritariamente por profissionais do sexo feminino (n=12; 66,7%). Já relativamente às funções desempenhadas, 66,7% da amostra exerce funções como enfermeiro/a, e 33,3% como assistente operacional. Os profissionais têm idades compreendidas entre os 26 e os 62 anos, sendo a média de idades de 45,8 (DP=10,5) anos.

Relativamente à escala COPSOQ II, e dado que a amostra é inferior a 30 pessoas, efetuou-se o teste de normalidade de *Shapiro-Wilk*, tendo sido obtido um  $p > 0,05$  em algumas subescalas (distribuição normal), justificando o uso de teste *t* para amostras emparelhadas. Nas dimensões que não seguem a normalidade, utilizou-se o teste de *Wilcoxon* (MARÔCO, 2021).

Nas seguintes dimensões (COPSOQ II), verificou-se uma redução do valor médio após a aplicação da intervenção: exigências quantitativas (2,54 vs 2,28); exigências para esconder emoções (3,03 vs 2,46); problemas em dormir (3,26 vs 2,17); extenuação (3,15 vs 2,26), stresse (3,11 vs 2,03), sintomas depressivos (2,36 vs 1,50), stresse cognitivo (2,54 vs 1,97). Estes resultados indicam-nos que após a aplicação do programa os profissionais referem menos exigências quantitativas, têm menos necessidade de esconder emoções e os problemas em dormir

diminuíram. Por outro lado, nas dimensões extenuação, stresse, sintomas depressivos e stresse cognitivo também foi verificada uma diminuição do valor médio após a intervenção nestas dimensões.

Já nas seguintes dimensões, verificou-se um aumento do valor médio após a aplicação da intervenção: transparência no papel desempenhado (3,61 vs 4,37); apoio social de superiores (2,04 vs 3,00); comunidade social no trabalho (2,81 vs 3,59); qualidade da liderança (2,24 vs 3,28); justiça e respeito (2,18 vs 3,12); responsabilidade social (3,24 vs 3,86); satisfação no trabalho (2,32 vs 2,78); autoeficácia (3,62 vs 4,32). Estes dados indicam-nos que após a aplicação do programa, existe uma maior transparência no papel desempenhado, há uma perceção de maior apoio dos superiores, a comunidade social no trabalho é mais salutar, a qualidade da liderança melhorou, bem como a justiça e o respeito pelos profissionais, a satisfação no trabalho, a responsabilidade social, e por fim a crença de autoeficácia. Exceção para as exigências cognitivas (3,59 vs 4,0) em que houve um agravamento do valor médio, provavelmente devido à sobrecarga de trabalho e escassez de recursos humanos.

No que concerne à dimensão ritmo de trabalho, o valor médio da mesma diminuiu significativamente após a intervenção ( $Z=-2,12$ ;  $p<0,05$ ). O mesmo acontece nas subescalas conflitos laborais ( $Z=-3,19$ ;  $p<0,01$ ) e confiança horizontal ( $Z=2,70$ ;  $p<0,05$ ). Subsequentemente, o valor médio do conflito trabalho-família também diminuiu significativamente, após a aplicação do programa ( $Z=-2,48$ ;  $p<0,05$ ).

Porém, na dimensão previsibilidade verificou-se um aumento do valor médio, após a intervenção ( $Z=-3,50$ ;  $p<0,01$ ), bem como na perceção de recompensas ( $Z=-3,27$ ;  $p<0,01$ ), face à avaliação inicial. Também se verificou um aumento do valor médio do apoio social dos colegas após a intervenção ( $Z=3,20$ ;  $p<0,01$ ).

Por último, o valor médio do stresse somático diminuiu significativamente, após a intervenção, tendo em consideração o valor inicial ( $Z=-2,417$ ;  $p<0,05$ ).

Não houve diferenças significativas nas dimensões exigências emocionais ( $p=0,34$ ), possibilidades de desenvolvimento ( $p=0,06$ ), variações relacionadas com o trabalho ( $p=0,13$ ), confiança vertical ( $p=0,21$ ), significado do trabalho ( $p=0,17$ ), compromisso face ao local de trabalho ( $p=1,00$ ), influência no trabalho ( $p=0,15$ ), insegurança laboral ( $p=0,31$ ), perceção de saúde ( $p=0,39$ ), conflito família-trabalho ( $p=0,41$ ) e comportamentos ofensivos ( $p=0,23$ ).

Paralelamente, efetuou-se o teste de normalidade de *Shapiro-Wilk* para a Escala PsyCap, tendo sido obtido um  $p > 0,05$ , ou seja, as variáveis em estudo seguem uma distribuição normal, pelo que se optou pela utilização do teste t para amostras emparelhadas (MARÔCO, 2021).

Pode confirmar-se que nas dimensões autoeficácia, resiliência e otimismo da escala PsyCap foram obtidas diferenças estatísticas significativas após a aplicação do programa, com incremento das referidas capacidades. Na dimensão autoeficácia, o teste t revelou uma diferença média de 0,43 (DP= 0,50) entre os dois períodos analisados. Na dimensão autoeficácia, o teste t revelou uma diferença média de 0,43 (DP= 0,50) entre os dois períodos analisados. Na dimensão resiliência também se verificou um teste t significativo ( $t= 7,58$ ;  $p<0,05$ ), com uma diferença média de 0,91 (DP= 0,51). Por fim, na dimensão otimismo a diferença média foi de 0,64 (DP= 0,52) entre os dois momentos.

É então fundamental que as organizações olhem para o desenvolvimento do capital psicológico positivo como uma vantagem competitiva, dadas as suas implicações na satisfação e bem-estar, no compromisso e desempenho organizacionais (NAFEI, 2015). Os resultados obtidos neste projeto demonstram que as organizações devem procurar complementar aquilo que procuram nos seus profissionais com práticas inovadoras que visem o desenvolvimento pessoal

e reforço das competências de comunicação. Investir em intervenções de natureza educativa de psicossocial (em base regular) contribuem para uma força de trabalho mais motivada e produtiva ao mesmo tempo que favorece um vínculo de pertença para com a organização (KIM *et al.*, 2017; SILVA & ANDRADE, 2019). Será por esta via que se torna possível promover o desenvolvimento de organizações amigas da saúde mental. Similarmente, sugere-se que as áreas do autoconhecimento e autocuidado, como mediadoras do bem-estar socioprofissional, possam ser integradas nos currícula privilegiando estratégias ativas de ensino-aprendizagem – na medida em que colocam a pessoa no centro dos processos formativos, ou seja, valorizam as suas necessidades, percepções, experiências, tempos e motivações. No domínio da investigação, torna-se necessário a implementação de estudos experimentais e quasi-experimentais que permitam avaliar a efetividade de programas psicossociais que previnam os riscos em contexto laboral e promovam o capital psicológico positivo.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados foram partilhados com a equipa, que reconheceu a sua importância enquanto facilitador de aquisição de estratégias para lidar com os riscos psicossociais. Foi proposto fazer uma apresentação aos restantes serviços, estendendo o programa a toda a área de abrangência do hospital, integrando o programa nos projetos de melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem. A busca pela qualidade da assistência em saúde é uma preocupação contínua das instituições de saúde, que cada vez mais investem em melhoria estrutural, organizacional, e em capacitar os profissionais para o aperfeiçoamento dos seus processos de trabalho (DANNO *et al.*, 2021).

Não obstante, apontam-se algumas limitações nomeadamente no que diz respeito ao tamanho da amostra, o que limita a comparabilidade e transferibi-

lidade dos resultados. Os instrumentos de avaliação sendo de autorresposta e compostos por um elevado número de itens, poderão aumentar o risco de viés (desejabilidade social) e cansaço dos participantes. Por outro lado, e apesar dos elevados níveis de satisfação relativamente ao programa, sugere-se em próximas edições a inclusão de técnicas cognitivo-comportamentais de 3ª geração (ex. Mindfulness, Compaixão, Aceitação e Compromisso) as quais enfatizam a importância da qualidade da consciência na manutenção e promoção do bem-estar. Constitui-se, igualmente, como limitação ao estudo a ausência de monitorização *follow-up* dos indicadores em análise.

## REFERÊNCIAS

AN, M., SHIN, E., CHOI, M., LEE, Y., HWANG, Y., & KIM, M. (2020). Positive Psychological Capital Mediates the Association between Burnout and Nursing Performance Outcomes among Hospital Nurses. **International journal of environmental research and public health**, 17(16), 5988. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165988>

AREOSA, J. & QUEIRÓS, C. (2020). Burnout: uma patologia social reconfigurada na era COVID-19? **International Journal on Work Conditions**, 20, 71-90. <https://doi.org/10.25762/abh3-qh73>

ASSUNÇÃO, M. (2020). **Inovação Grupal: O Papel do Capital Psicológico e da Aprendizagem Grupal** [Dissertação de Mestrado Psicologia das Organizações], Coimbra: Universidade de Coimbra.

BURHANUDDIN, N., AHMAD, N., SAID, R., & ASIMIRAN, S. (2019). A Systematic Review of the Psychological Capital (PsyCap) Research Development: Implementation and Gaps. **International Journal of Academic Research in Progressive Education and Development**, 8(3), 133–150. <https://doi.org/10.6007/IJARPED/v8-i3/6304>

CAMPBELL, D., & STANLEY, J. (2005). **Diseños experimentales y cuasi experimentales en la investigación social**. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

DANNO, C., ESTEVES, L. & BOHOMOL, E. (2021). Quality improvement programs and the professional nursing practice environment: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 74(1), e20200108. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0108>

DONALDSON, S. I., HESHMATI, S., YOUNG, J. Y., & DONALDSON, S. I. (2020). Examining building blocks of wellbeing beyond PERMA and self-report bias. **The Journal of Positive Psychology**, 1–8. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2020.181881>

ESTIRI, M., NARGESIAN, A., DASTPISH, F. & SHARIFI, SM. (2016). The impact of psychological capital on mental health among Iranian nurses: considering the mediating role of job burnout. **SpringerPlus** 5, 1377. <https://doi.org/10.1186/s40064-016-3099-z>

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES [ICN]. (2019). **ICNP Browser**. Disponível em: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser> (acesso a 1 de setembro de 2022)

KIM, T., KARATEPE, O. M., LEE, G., LEE, S., HUR, K., & XIJING, C. (2017). Does hotel employees' quality of work life mediate the effect of psychological capital on job outcomes?. **International Journal of Contemporary Hospitality Management**, 29, 1638-1657.

LIU, L., LI, M., ZHENG, Q. & JIANG, H. (2020). The Effects of Case-Based Teaching in Nursing Skill Education: Cases Do Matter. **INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing**. 57. <https://doi.org/10.1177/0046958020964421>

LIU, X., LI, C., YAN, X., & SHI, B. (2022). Psychological capital has a positive correlation with humanistic care ability among nurses. **Frontiers in psychology**, 13, 955627. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.955627>

LUTHANS, F., & BROAD, J. D. (2022). Positive psychological capital to help combat the mental health fallout from the pandemic and VUCA environment. **Organizational dynamics**, 51(2), 100817. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2020.100817>

LUTHANS, F., & YOUSSEF-MORGAN, C. (2004). Human, Social, and Now Positive Psychological Capital Management: Investing in People for Competitive Advantage. **Organizational Dynamics**, 33(2), 143-160.

MARÔCO, J. (2021). **Análise Estatística com o SPSS Statistics** (8.a ed.). Edições Report Number.

NAFEI, W. (2015). Meta-analysis of the impact of psychological capital on quality of work life and organizational citizenship behavior: A study on Sadat City University. **International Journal of Business Administration**, 6(2), 42-59.

ORTIZ, M. R. (2018). Patient-Centered Care: Nursing Knowledge and Policy. **Nursing Science Quarterly**, 31(3), 291–295. <https://doi.org/10.1177/0894318418774906>

SEQUEIRA, C. & SAMPAIO, F. (2020). **Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções**. Lisboa. Lidel.

SILVA, C. (2006). **Copenhagen Psychosocial Questionnaire – COPSOQ**. Análise Exacta - Consultadoria, Formação e Edição de livros.

SILVA, M. & ANDRADE, A. (2019). Influência da Carreira e do Capital Psicológico em Aspectos de Vida e Trabalho. **Psico-USF**, 24, 55-67.

TSHERING K. (2022). Emotional Wellbeing and The Healthcare Workforce: A Review. **Journal of Mental Health and Clinical Psychology**, 6(2), 1-5.

WU, A., ROEMER, E. C., KENT, K. B., BALLARD, D. W., & GOETZEL, R. Z. (2021). Organizational Best Practices Supporting Mental Health in the Workplace. **Journal of occupational and environmental medicine**, 63(12), e925–e931. <https://doi.org/10.1097/JOM.000000000000240>.

doi: 10.48209/978-65-84959-25-8

---

## **CAPÍTULO 9**

---

# **SUPLEMENTOS ALIMENTARES DIRECCIONADOS PARA IDOSOS**

**Maria Luiza Marchiori Visintin Formigoni**

**Paulo Henrique da Silva Santos**

**Raul Santiago Rosa**

**Cristina Kaori Suzuki**

**Gabriel Matavelli Nicolini Teixeira**

**Antonio Domenico Alves Monteiro**

**Suzana Caetano da Silva Lannes**

## **INTRODUÇÃO**

A pandemia de COVID-19 continua a ter um impacto negativo na saúde da população global, expectativa de vida e expectativa de vida saudável. Antes da pandemia havia progresso em todos esses aspectos, com expectativa média de vida ao nascer, aumentando acentuadamente de 2000 a 2019. Essas tendências foram impulsionadas pelo progresso, muitas doenças e lesões, incluindo aquelas que ocorrem entre populações desfavorecidas e grupos específicos (PAHO, 2019).

Globalmente, entre 2000 e 2019 as mortes por diabetes aumentaram ligeiramente (em 3%). A Região das Américas e a Região da Europa alcançaram reduções de até 43% na mortalidade por doenças cardiovasculares. A mortalidade causada por diabetes aumentou ligeiramente na Região das Américas. No entanto, devido ao crescimento populacional e aumento da longevidade, o número total de mortes atribuíveis às doenças não transmissíveis - DNTs aumentou. Câncer, doenças cardiovasculares, diabetes e doenças respiratórias crônicas mataram aproximadamente 33,2 milhões de pessoas em todo o mundo em 2019, um aumento de 28% em relação a 2000. Mais de 20 milhões dessas mortes ocorreram em países de renda média, com o Ocidente e a Região do Pacífico fortemente afetadas (WHO<sup>2</sup>, 2022).

## **METODOLOGIA**

Revisão bibliográfica narrativa, com as seguintes palavras-chave: “Suplementos alimentares, suplementos dietéticos, idosos, nutrição”, com pesquisas publicadas em bases de dados nacionais e internacionais como, a Scopus (Elsevier), a Scientific Electronic Library Online (SciELO), *Web of Science* e Google Acadêmico, informações obtidas a partir de sites nacionais e internacionais.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Suplementos para Idosos

A população total do continente americano foi de 1,01 bilhão de habitantes em 2019, tendo superado o limite de 1 bilhão em 2017. Nos últimos 25 anos, a região como um todo cresceu 31%. Em 2019, os dez países com as maiores populações constituíram 89% do total da Região, e cresceram 30% desde 1995. São representados, em milhões de habitantes, por Estados Unidos da América (329,1), Brasil (221,1), México (127,6), Colômbia (50,3), Argentina (44,8), Canadá (37,4), Peru (32,5), Venezuela (28,5), Chile (19,0) e Guatemala (17,6). Em contrapartida, os 10 países com as menores populações compreendem apenas 0,05% da população; no entanto, cresceram 42% desde 1995 (PAHO, 2019).

O processo de transição demográfica observado na América durante o período de 1995 e 2019 é demonstrado. Em 1995, as populações eram caracterizadas por maior fertilidade e menor expectativa de vida, enquanto 2019 apresentou uma população mais envelhecida. É importante destacar que somente a América do Norte apresenta um comportamento diferente em relação aos demais países desde 1995 (PAHO, 2019).

A população da América está envelhecendo, em 2019, esse número era de 116 milhões de pessoas com 65 anos ou mais, representando 12% da população total da região. Em 1995 havia 62 milhões de idosos nas Américas, representando 8% da população total na época. Além do Canadá e dos Estados Unidos da América, os países com maior proporção de idosos estão no Caribe. A expectativa de vida aumentou de 72,3 para 76,9 anos (PAHO, 2019).

Na Europa a população também está envelhecendo, tendo a idade mediana mais alta do mundo. No continente a proporção de pessoas com 65 anos ou mais deve aumentar de 14% em 2010 para 25% em 2050. As pessoas em quase todas

as regiões estão vivendo mais, entretanto suas chances de passar esses últimos anos em boa saúde e bem-estar variam dentro e entre países (WHO, 2022<sup>1</sup>).

São conhecidos como idosos os indivíduos que apresentam idade de 60 anos ou mais. Essa fase da vida é influenciada por uma série de mudanças no que diz respeito às condições de saúde e mudanças sociais que impactam no estado nutricional dessa população. Em relação aos adultos mais jovens, os idosos estão em maior risco de doenças crônicas, como doenças cardiovasculares, diabetes e câncer, bem como condições relacionadas com alterações ósseas e massa muscular, como a osteoporose e sarcopenia, respectivamente. Grande parte dos idosos começam esta fase da vida com excesso de peso corporal, a prevalência de sobrepeso e obesidade aumentou de maneira significativa nos últimos 20 anos, sendo os maiores números encontrados nos Estados Unidos da América (68%), México (65%), Canadá e Bahamas (ambos 64%) (USDA, 2020; PAHO, 2019).

O período de 2021-2030 foi proclamado pelas Nações Unidas como a “Década do Envelhecimento Saudável”. A Organização Mundial da Saúde (OMS) é responsável por liderar ações internacionais que promovam a melhoria de vida dos idosos, suas famílias e comunidades. As ações incluem: mudanças na maneira como a população pensa, sente e age em relação à idade e ao envelhecimento; desenvolvimento de comunidades que promovam as habilidades dos idosos; atenção integrada e centrada na pessoa e serviços primários de saúde de atendimento aos idosos; acesso a cuidados de longa duração, quando necessário (WHO<sup>1</sup>, 2021).

Embora todas as faixas etárias corram o risco de contrair o vírus COVID-19, os idosos correm um risco significativo de desenvolver doenças graves devido às mudanças fisiológicas que vêm com o envelhecimento e com as condições de saúde subjacentes existentes. Neste contexto, deve-se considerar que o cuidado nutricional é um componente essencial de reabilitação nessa população (WHO<sup>1</sup>, 2021).

O processo de envelhecimento provoca alterações em todos os níveis orgânicos. O metabolismo, a modulação autonômica cardíaca e a aptidão cardiorrespiratória são amplamente estudados em função da idade, sendo difícil a percepção de suas variações (SIGNINI *et al.*, 2022).

A sarcopenia primária é a perda de massa muscular e função que ocorre com o envelhecimento. No entanto, sabe-se, na prática clínica, que algumas condições como processos cirúrgicos, câncer, doenças críticas, também levam à perda da massa magra, caracterizando a sarcopenia secundária (GAGO *et al.*, 2016). Uma das principais causas da sarcopenia é o declínio da atividade física e dos exercícios. Durante a pandemia da COVID-19, a fim de proteger os idosos de contraírem o vírus, o isolamento social e o bloqueio levaram a uma diminuição na atividade física nesse grupo. A prática de atividades físicas e o aumento na ingestão de proteínas de alta qualidade são formas de prevenir o aumento da sarcopenia (AZZOLINO *et al.*, 2020; BAUER *et al.*, 2019; BERG-WEGNER, MORLEY, 2020; CASAS-HERRERO *et al.*, 2019; GAGO *et al.*, 2016).

Os minerais podem ser nutrientes importantes na prevenção e/ou tratamento da sarcopenia e no envelhecimento saudável. Particularmente, magnésio, selênio e cálcio são os mais promissores (DRONKELAAR *et al.*, 2018).

Os micronutriente minerais estão envolvidos em muitas atividades metabólicas do corpo, incluindo reações de oxidação e redução no sistema nervoso central. Esta indica seu papel na cognição. Em um estudo realizado no Sul da Índia verificou-se que os micronutriente como cálcio, magnésio e fósforo podem estar associados à função cognitiva na população idosa. O cálcio e o magnésio estão associados à melhora cognitiva em idosos, mas em contraste, um nível mais alto de fósforo facilita declínio cognitivo. O estudo sugere que elevar o conteúdo de magnésio do cérebro por meio de sua ingestão pode ser uma estratégia útil para melhorar habilidades cognitivas (BASHEER *et al.*, 2016).

As vitaminas e os minerais são dois dos principais tipos de nutrientes de que o corpo necessita para sobreviver e se manter saudável. As vitaminas ajudam o corpo a crescer e funcionar de maneira adequada. Treze vitaminas são consideradas essenciais: vitaminas A, C, D, E, K e as vitaminas B (tiamina, riboflavina, niacina, ácido pantotênico, biotina, B6, B12 e folato). As vitaminas têm funções diferentes para ajudar a manter o corpo funcionando adequadamente. Algumas vitaminas ajudam a resistir a infecções e a manter os nervos saudáveis, enquanto outras podem ajudar o corpo a obter energia dos alimentos ou ainda a coagular o sangue de maneira adequada. Assim como as vitaminas, os minerais também ajudam no funcionamento do corpo. Os minerais são elementos de que o corpo necessita para funcionar e que podem ser encontrados na terra e nos alimentos. Alguns minerais, como iodo e flúor, são necessários apenas em quantidades muito pequenas. Outros, como cálcio, magnésio e potássio, são necessários em maiores quantidades (NIA, 2021).

Os idosos sofrem de doenças naturais dos processos de senescência, que levam a alterações na composição da microbiota intestinal. Em conjunto com uma dieta desequilibrada, pode ocasionar constipação, desnutrição, doenças neurodegenerativas, suscetibilidade a patógenos oportunistas e desequilíbrio metabólico, obesidade, diabetes, doença cardiovascular. Estresse oxidativo e inflamação representam um denominador patogênico comum em pacientes idosos frágeis, agravando o comprometimento progressivo do sistema imunológico e a composição da microbiota intestinal (ALE, BINETTI, 2021; TOJO *et al.*, 2014; MAGRONE, JIRILLO, 2013).

Em idosos, o número de Bacteroidetes aumenta significativamente com a diminuição de Bifidobactérias, *Bacteroides* e *Clostridium* cluster IV. Observou-se que o aumento de certas cepas bacterianas, como *Ruminococcus*, *Atopobium*

e Enterobacteriaceae está associada à fragilidade em idosos. Especialmente em pessoas residentes de longa permanência certas espécies bacterianas como *Alis-tipes* e *Oscillibacter* parecem ser predominantes em comparação com pessoas saudáveis que vivem na comunidade. *Archaea* metagenômica parece ser mais predominante em idosos e sua produção de metano a partir de hidrogênio e CO<sub>2</sub> podem retardar o trânsito intestinal com um aumento nos valores de pH no cólon (CLAESSON *et al.*, 2012; MIHAJLOVSKI *et al.*, 2010; PIMENTEL *et al.*, 2006).

Os probióticos, prebióticos e simbióticos apresentam evidências científicas de efeitos benéficos na homeostase da microbiota intestinal. Os probióticos são “microrganismos vivos que, quando administrados em quantidades adequadas, conferem um benefício à saúde do hospedeiro”. Já os prebióticos são ingredientes alimentares não digeríveis que, quando consumidos em quantidades suficientes, estimulam seletivamente o crescimento e/ ou atividade de um ou um número limitado de microrganismos no cólon, resultando em benefícios para a saúde. De sua combinação surgiu o termo “simbióticos”, que é definido como “uma mistura compreendendo microrganismos vivos e substratos utilizados seletivamente por microrganismos hospedeiros que confere um benefício à saúde do indivíduo (ALE, BINETTI, 2021; HILL *et al.*, 2014; MACFARLANE, STEED, MACFARLANE, 2008).

Bifidobactérias e lactobacilos têm sido amplamente considerados constituintes da microbiota que promovem a saúde. Diferentes cepas desses gêneros foram usadas recentemente como probióticos e provaram ter muitos benefícios para a saúde dos idosos, como modulação da microbiota, melhora de movimentos intestinais, controle de bactérias oportunistas, positivo efeitos nas condições mentais, estimulação do sistema imunológico inato, aumento da capacidade de

sintetizar vitaminas, incluindo folato. Além disso, os produtos da fermentação, incluindo acetato e lactato podem inibir microrganismos patogênicos. Nos idosos, a abundância de bifidobactérias diminui marcadamente. Estudos em uma amostra de idosos (> 65 anos) revelou que a administração de espécies de *Bifidobacterium* resultou em um aumento na abundância deste microrganismo nas amostras de fezes, aumentando a frequência das fezes e reduzindo o estado inflamatório do intestino (ALE, BINATTI, 2021; KLEEREBEZEM, VAUGHAN, 2009; TOWARD *et al.*, 2012; OUWEHAND *et al.*, 2008; CLEASSON *et al.*, 2012).

Os prebióticos mais utilizados são os carboidratos de baixa digestibilidade, naturalmente encontrados em alimentos e que incluem manooligossacarídeos, oligossacarídeos pécnicos, xilooligossacarídeos, galactooligossacarídeos, oligossacarídeos transgalactosilados, quitoooligossacarídeos, inulina e frutooligossacarídeos. Há evidências de que a ingestão de grãos inteiros e vegetais podem prevenir a alteração da microbiota intestinal em envelhecimento com menor risco de doenças crônicas. Além disso, os ácidos graxos de cadeia curta (AGCC) derivados do metabolismo microbiano das fibras parecem ser essenciais para manter uma resposta imunológica intestinal regular (MACFARLANE, STEED, MACFARLANE, 2008; WALTER, MARTINEZ, ROSE, 2013; SCHWIERTZ *et al.*, 2010; MASLOWSKI, MACKAY, 2011).

A dieta americana prevê, para os idosos, nutrientes semelhantes aos descritos para a população de forma geral como cálcio, vitamina D, potássio e fibras dietéticas. Considera ainda, nutrientes adicionais como proteína e vitamina B12 e alta ingestão de água (USDA, 2020).

Os suplementos alimentares são destinados a pessoas saudáveis tendo como finalidade fornecer nutrientes, substâncias bioativas, enzimas ou probióticos em

complemento à alimentação, não são considerados medicamentos e, dessa forma, não servem para tratar, prevenir ou curar doenças (ANVISA, 2020).

No Brasil, a categoria de suplemento alimentar foi criada em 2018 para garantir o acesso da população a produtos seguros e de qualidade. Nessa categoria foram reunidos produtos que estavam enquadrados em outros grupos de alimentos sendo definidas regras mais apropriadas como limites mínimos e máximos, populações indicadas, constituintes autorizados e alegações com comprovação científica (ANVISA, 2020).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária Brasileira-ANVISA regula a categoria de suplemento alimentar por meio dos instrumentos: RDC 243/2018 - criou a categoria de suplementos alimentares e dispôs sobre os requisitos sanitários; RDC 242/2018 - alterou a legislação de medicamentos específicos para torná-la coerente com o novo marco regulatório de suplementos alimentares; RDC 241/2018 - estabeleceu os requisitos para comprovação da segurança e dos benefícios à saúde dos probióticos para uso em alimentos; RDC 240/2018 - alterou a RDC 27/2010 – dispôs sobre as categorias de alimentos e embalagens isentos e com obrigatoriedade de registro sanitário; RDC 239/2018 - estabelece os aditivos alimentares e coadjuvantes de tecnologia autorizados para uso em suplementos alimentares; IN 28/2018 - estabelece as listas de constituintes, limites de uso, alegações e rotulagem complementar dos suplementos alimentares; IN 76/2020 - atualiza as listas de constituintes, de limites de uso, de alegações e de rotulagem complementar dos suplementos alimentares (ANVISA 2020; ANVISA 2022).

Observou-se que os consumidores europeus da França, Alemanha, Itália, Espanha e Polônia apresentaram uma preocupação e uma busca por um envelhecimento saudável e desta forma optam pelo consumo de alimentos e bebidas

funcionais tendo como objetivos: apoiar e manter a função cerebral saudável; fortalecer os ossos; manter e melhorar a saúde digestiva; manter um coração saudável, reduzindo a pressão arterial e/ ou colesterol (GLOBAL FOOD AND DRINK TRENDS-MINTEL, 2019).

As preocupações da população idosa em relação ao envelhecimento saudável representam oportunidades de desenvolvimento de novos produtos e formulações. No Reino Unido, 56% das pessoas com mais de 55 anos de idade apresentaram preocupação em desenvolver a demência; 55% dos poloneses com mais de 55 anos de idade consumiram alimentos e bebidas funcionais para manter o coração saudável; nos Estados Unidos, 20% dos consumidores com mais de 65 anos de idade usaram suplementos para manter a saúde das articulações (GLOBAL FOOD AND DRINK TRENDS-MINTEL, 2019).

No Brasil, de acordo com uma pesquisa realizada pela Associação Brasileira da Indústria de Alimentos para fins Especiais e Congêneres (ABIAD), o mercado de suplementos aumentou 10% em relação a 2015, estando presentes em 59% dos lares brasileiros, com no mínimo uma pessoa consumindo o produto. Entre os consumidores de suplementos alimentares, 15% estão na faixa etária entre 61 e 70 anos, tendo como itens mais consumidos ômega-3, multivitamínicos, cálcio, vitamina C e colágeno (ABIAD, 2020<sup>1</sup>).

Em um estudo complementar sobre o comportamento dos consumidores de suplementos durante a pandemia da COVID-19 verificou-se que entre os idosos de 61 a 70 anos houve um aumento no consumo de 54%, enquanto a média geral foi de 48%, sendo os produtos mais consumidos os multivitamínicos, vitamina C, vitamina D, zinco e colágeno. Verificou-se também que 42% dos entrevistados consumiram suplementos alimentares visando fortalecer a alimentação e 91% a imunidade; e 70% declararam que continuarão consumindo os produtos (ABIAD, 2020<sup>2</sup>).

Como alternativas de aditivos e ingredientes para a alimentação e suplementação dos idosos podem ser destacados: AMINO MP9® (Ajinomoto do Brasil - mistura de 9 aminoácidos essenciais, principalmente a L-Leucina); BIOENERGY RIBOSE® (carboidrato de 5 carbonos que atua regulando a síntese natural de energia do corpo); VERISOL® (formado por peptídeos bioativos de colágenos hidrolisados, produzido pela GELITA, e autorizado pela ANVISA com a alegação de auxiliar na manutenção da saúde da pele); COGNIVIA™ (NEXIRA, nootrópico vegetal, proveniente da *Salvia*, que combina os polifenóis da *Salvia officinalis* e os terpenóides *Salvia lavandulaefolia*, e atua melhorando as funções cognitivas); IMMUNELL (obtido a partir do extrato da levedura *Saccharomyces cerevisiae* padronizado em 60% de nucleotídeos, sendo fonte única dos nucleotídeos adenina, citosina, guanina e uracila) (INGREDIENTES, 2023; BIOENERGY LIFE SCIENCE, 2021; GELITA, 2018; NEXIRA, 2021).

Os suplementos alimentares em forma de pílulas, cápsulas e géis são os mais consumidos globalmente. No entanto, a demanda está mudando, as gomas estão se tornando mais comuns nos EUA e na Ásia, porém as versões em pó e líquida são mais bem aceitas. Os pós também estão se tornando cada vez mais presentes em mercados como a Índia e a China, onde ingredientes de suplementos podem ser adicionados a bebidas consumidas com frequência, como o chá (FUNCIONAIS E NUTRACÊUTICOS, 2023).

No mercado de suplementos alimentares alguns produtos podem ser encontrados para uso de pessoas idosas visando um envelhecimento saudável, tais como: FortFit PRO - DANONE – NUTRICIA, em pó e como bebida láctea, com soro do leite (músculos saudáveis), colágeno hidrolisado (tendões e ligamentos saudáveis), cálcio e vitamina D(ossos); Pic-Me FortiFit PRO – em barra (com soro do leite, colágeno, cálcio e vitamina D); FortFit PLANT-PROTEIN – suple-

mento em pó, com proteínas de ervilha e de arroz (músculos saudáveis), cálcio e vitamina D (ossos), zinco (sistema imunológico), vitamina B12 e ferro (DANO-NE NUTRICIA, 2023); NUTREN SENIOR em pó, composto lácteo com vitaminas, minerais e fibras, público acima de 50 anos, com selênio, vitaminas D e B12, cálcio, fósforo, zinco, cobre, vitaminas A, E, K, C, B1, B6, ácido pantotênico e biotina, a Nestlé disponibiliza também NUTREN SENIOR em pó com sabor, NUTREN SENIOR pronto para beber, NUTREN SENIOR em pó zero lactose e NUTREN SENIOR sopa nutritiva; QualySênior - Suplemento alimentar com peptídeos de colágeno e soro do leite, 24 vitaminas e minerais, fibras, xilitol e palatinose, (potencializa a recuperação da massa força e função muscular e estimula o desempenho físico do organismo); PLENO+ - nutrição completa hiperproteica para uso oral e enteral que combina proteínas do soro do leite, L-leucina, valina, leucina e isoleucina, 28 vitaminas, minerais e fibras, para reabilitação e recuperação nutricional, anabolismo muscular e tratamento da sarcopenia; ArgRepair - auxilia na reparação tecidual e cicatrização, composto de peptídeos de colágeno hidrolisado, com alto conteúdo de vitaminas A, C, E, Selênio, Silício e Zinco; Defense - Composto alimentar a base de betaglucana de levedura *Saccharomyces cerevisiae*, lactoferrina, vitamina C, vitamina B12 e cranberry (estimula as defesas naturais do organismo; melhora a saúde física e a vitalidade; previne e/ou reduz os sintomas associados a gripes e resfriados); SolFiber - Composto de fibras solúveis (polidextrose, fibra do milho solúvel, inulina e goma guar) para regularização intestinal; Beauty - Suplemento proteico que combina peptídeos de colágeno (Verisol®), vitaminas e minerais, voltado para a saúde, beleza e vitalidade da pele; CalMagD - Suplemento vitamínico-mineral em comprimidos contendo cálcio malato, bispiclinato de magnésio, vitamina D3 e vitamina K2, associados e biodisponíveis, para auxiliar na prevenção e tratamento da osteopenia e osteoporose; VitaoSênior - Antioxidante que combina o licopeno, a zeaxan-

tina, a luteína, vitaminas e minerais para a vitalidade e disposição diária e saúde ocular (HUMALIN, 2021).

A indústria de alimentos faz uso de matérias-primas e gera uma grande quantidade de subprodutos pouco utilizados e muitas vezes sendo tratados como resíduos. Um exemplo são as cascas do cacau que podem ser removidas do grão, antes ou após a torrefação, representando 10% - 17% do peso total dos grãos. Alguns estudos estão sendo realizados, a fim de minimizar problemas ambientais e econômicos e ainda de dar um destino mais nobre a esses subprodutos, uma vez que apresentam uma variedade de biocompostos, como compostos fenólicos, fibras alimentares (cerca de 50% p/p), compostos voláteis do cacau, proteínas, minerais, vitaminas, teobromina e um perfil lipídico semelhante ao da manteiga de cacau, além de sua cor e sabor chocolate (OKIYAMA, NAVARRO, RODRIGUES, 2017; ROJO-POVEDA *et al*, 2020).

O principal subproduto constituído de resíduos compostos pela pele, polpa, mucilagem e pergaminho, todos juntos em uma única fração, é denominada casca de café (ESQUIVEL, JIMÉNEZ, 2012). A casca de café é utilizada tradicionalmente como adubo, alimento para animais e como combustível utilizado no processo de secagem do próprio café. Murthy e Naidu (2012) analisaram a polpa, a casca, o tegumento e a borra de duas variedades de café (Arábica e Robusta), concluindo que esses resíduos contêm quantidades apreciáveis de constituintes bioativos com capacidade antioxidante e estabelecendo, mediante análises de cromatografia líquida de alta eficiência (CLAE), que o principal componente é o ácido clorogênico, em teores de 10-23%.

A Tabela 1 apresenta informações sobre trabalhos que empregaram o uso de diferentes tipos matérias-primas e ingredientes em suplementos alimentares e ou outros alimentos na alimentação de idosos e os efeitos dessa ingestão.

Tabela 1: Uso de ingredientes para suplementação e/ ou alimentação de idosos.

Ingredientes	Produto	Função Tecnológica	Resultados	Autor
Grão de bico, cogumelos, salsa, endro, aipo, Azeite, Amido de milho, alface, cascas de cebola, cascas de banana, proteína de soro de leite, Levedura de cerveja.	Sopa instantânea	Compostos bioativos, proteínas, minerais, vitaminas e fibras.	Maior viscosidade aparente (886 cP). As sopas instantâneas desenvolvidas registraram grande aceitabilidade até 4 meses de armazenamento. As sopas instantâneas preparadas são ricas em proteínas, fibras, aminoácidos essenciais, minerais e vitaminas e podem fornecer um percentual razoável das necessidades de macro e micronutrientes dos idosos, registraram atividade antioxidante e alto teor de fenólicos totais e flavonóides.	Mohamed <i>et al.</i> , 2020.
MSPrebiotic® (amido resistente de batata)	Suplemento alimentar utilizado em alimentos fluidos e/ou sólidos	Prebiótico	O estudo foi realizado com 84 idosos saudáveis, com idade $\geq 70$ anos, residentes de uma instituição de longa permanência em comunidade Canadense durante 12 semanas. O tratamento produziu um aumento de bifidobactérias endógenas e preveniu a disbiose das Proteobactérias intestinais observadas no início do estudo	Alfa <i>et al.</i> , 2017
Lactobacillus casei shirota	Leite fermentado	Probiótico	A pesquisa foi feita com 338 pessoas saudáveis que vivem em comunidade no Japão, com idades entre 65 e 92 anos, durante 4 semanas. Os principais resultados foram a melhora dos movimentos intestinais, efeito relacionado à frequência de consumo e exercício físico.	Aoyagi <i>et al.</i> , 2019
B.longum Bar33 e L. helveticus Bar13	Biscoito	Probiótico	A pesquisa foi feita com 98 idosos saudáveis, com idade média de 84 anos (Itália), durante 4 semanas. A mistura probiótica melhorou a resposta imune em adultos mais velhos, aumentando e ativando a memória por meio de células T reguladoras, células B e atividade natural killer e diminuindo as células T de memória em comparação com o placebo. Efeitos imunomoduladores também foram observados em camundongos idosos.	Finamore <i>et al.</i> , 2019

B. longum, subsp. Longum BB536, B.longum, subsp. Infantis M-63, B. breve M-16V, B.breve B-3	Sachês contendo as cepas liofilizadas e dextrina como transportador.	Probiótico	O estudo durou 12 semanas, com 38 participantes saudáveis, idades entre 66-78 anos (Japão). A suplementação de bifidobactérias probióticas combinada com exercícios físicos moderados pode melhorar a condição mental (depressão/ansiedade), peso corporal e frequência de evacuações.	Inoue <i>et al.</i> , 2018
B.animalis ssp. lactis BB-12 e FOS	Bebida simbiótica a base de extratos de soja e yacon.	Probióticos e prebióticos	O estudo foi realizado com 29 voluntários idosos saudáveis, com idade $\geq 65$ anos (Brasil), durante 4 semanas. Tanto o consumo de bebidas simbióticas quanto placebo aumentaram os níveis de poliaminas fecais, que muitas vezes estão reduzidos em indivíduos idosos, sem influenciar a composição da microbiota ou as respostas inflamatórias.	Manzoni <i>et al.</i> , 2017.
Spirulina	Shake	Proteínas e carboidratos	O alimento enriquecido com Spirulina pode ser considerado fonte de proteína (42% p.m-1) e carboidrato (46% p.m-1), o que contribui para as necessidades nutricionais e energéticas dos idosos. Vida útil com Spirulina 19 meses.	Santos <i>et al.</i> , 2016
Lactobacillus paracasei, cereais (farinhas de aveia e arroz, com e sem adição de glicose)	Bebida fermentada	Probiótico e prebiótico	A cepa apresentou bom crescimento na mistura aquosa de cereais com e sem adição de glicose, mas as suspensões preparadas com glicose apresentaram os melhores resultados.	Gallo <i>et al.</i> , 2020

As vitaminas e minerais são de grande importância para a nossa saúde. Com funções em diferentes sistemas do organismo, estes micronutrientes são abundantes em uma alimentação saudável e equilibrada. Para determinadas condições, é preciso que seu consumo seja feito de forma complementar, na forma de cápsulas, pastilhas, dentre outros.

Os suplementos podem dar apoio para a prevenção de doenças em idades abaixo de 50 anos, evitando riscos à saúde posteriormente. Podemos citar alguns: a glucosamina e condroitina são indicadas para compor a formulação de suplementos para população acima dos 50 anos, que sofrem com osteoartrose (artrose ou osteoartrite) - forma mais frequente de artrite - causa de restrição e redução da qualidade de vida (LOPES JR, INÁCIO, 2013).

Ainda, para envelhecimento saudável, pode-se incluir o cálcio e vitaminas K e D, para auxílio em sua absorção, em formulações, pois sua deficiência aumenta à medida que se envelhece. Osteoporose, fragilidade óssea dentre outros problemas, podem surgir. A adição de magnésio, que também auxilia na absorção de Ca, dentre outras como funções como cardíaca e musculares, sendo que sua carência pode causar risco de diabetes e inflamações. As vitaminas B6 e B12 também vêm com suporte à saúde óssea e cognição; assim como a vitamina D na saúde óssea e absorção de Ca, dentre outras funções como anti-inflamatório, antioxidante e sistema imune. Outros compostos são de grande importância nas formulações de suplementos para idosos: colágeno, atuando nas cartilagens, músculos; ácido hialurônico, melhorando a articulação, pele, cicatrizações; coenzima Q10, atuando na questão cardiovascular, diabetes e Parkinson (INGREDIENTES, 2023). É bom deixar esclarecido que o componente do suplemento, por exemplo vitamina D, não se pode alegar em sua embalagem “auxílio no tratamento para osteoporose”, mas sim podendo-se afirmar “auxílio na absorção de cálcio e fósforo”, peculiar à essa vitamina.

Medicamentos específicos à base de vitaminas e minerais geralmente são isentos de prescrição (MIP), estando disponíveis em farmácias e drogarias, e não necessitam de prescrição profissional para serem adquiridos, atendendo à legislação de cada país.

Suplementos alimentares são produtos para ingestão oral, apresentados em formas farmacêuticas diversas, destinados a suplementar a alimentação de indivíduos saudáveis, pois as definições dos parâmetros de composição dos produtos, incluindo os limites mínimos e máximos, são definidas com base em análises de risco para essa população.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O envelhecimento é um processo complexo caracterizado por alterações em todos os níveis orgânicos. A perda de alguns aminoácidos essenciais pode ser uma reação de preservação do organismo.

Existe atualmente um interesse emergente em entender a complexidade do processo de envelhecimento, e a verificação de uma faixa etária em que as alterações são mais evidentes, o que poderá contribuir para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes para um envelhecimento saudável.

Vitaminas e minerais podem ser tanto suplementos quanto medicamentos, dependendo da finalidade para qual estão sendo utilizados. Auxiliam ao longo de toda vida para que se tenha um envelhecimento saudável.

## **REFERÊNCIAS**

ABIAD. Pesquisa de Mercado ABIAD “Hábitos de Consumo de Suplementos Alimentares no Brasil”, 2020. Disponível em: <<https://abiad.org.br/pb/pesquisa-de-mercado-suplementos-alimentares/>> . Acesso em 03 de março de 2022.

ABIAD. “Pesquisa de Mercado ABIAD – Comportamento dos Consumidores de Suplementos Alimentares durante a pandemia de Covid-19”, 2020b. Acesso em: 19 de maio de 2022.

ALE, E. C.; BINETI, A. G. Role of Probiotics, Prebiotics, and Synbiotics in the Elderly: Insights Into Their Applications Instituto de Lactología Industrial (CONICET-UNL), Facultad de Ingeniería Química (UNL), Santa Fe, Argentina, 2021.

ANVISA-Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Biblioteca de alimentos**, 2022. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/search?SearchableText=alimentos>> Acesso em: 15 de maio de 2022.

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Suplementos alimentares**, 2020. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/alimentos/suplementos-alimentares>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2022.

AOYAGI, Y.; PARK, S.; MATSUBARA, S.; HONDA, Y.; AMAMOTO, R.; KUSHIRO, A.; MIYAZAKI, K.; SHEPHARD, R.J. Habitual intake of fermented milk products containing *Lactobacillus casei* strain Shirota and a reduced risk of hypertension in older people. *Benef Microbes*, v.8, n.1, p.23-29, 2017.

AZZOLINO D, Saporiti E, Proietti M, Cesari M. Nutritional considerations in frail older patients with COVID-19. *J Nutr Health Aging* 2020; 24:696–698.

BASHEER *et al.* A study of serum magnesium, calcium and phosphorus level, and cognition in the elderly population of South India. *Alex J Med*, v. 52, n. 4, p. 303-308, 2016.

BAUER, J. *et al.* Sarcopenia: a time for action. An SCWD position paper. *J Cachexia Sarcopenia Muscl.* v.10, p.956–961, 2019.

BERG-WEGER, M; MORLEY, J.E. Editorial: Loneliness and social isolation in older adults during the COVID-19 pandemic: implications for gerontological social work. *J Nutr Health Aging*, v.24, p.456-458, 2020.

BIOENERGY LIFE SCIENCE. <https://bioenergylifescience.com/>. Acesso 01/04/2023.

CASAS-HERRERO, A. *et al.* Effect of multicomponent exercise program (VIVIFRAIL) on functional capacity in frail community elders with cognitive decline: study protocol for a randomized multicentre control trial. *Trials*, v.20, p. 363, 2019.

CLAESSON, M.J.; JEFFERY, I.B.; CONDE, S.; POWER, S.E. *et al.* Gut microbiota composition correlates with diet and health in the elderly. *Nature*, v.488, p.178–184, 2012.

DANONE-NUTRÍCIA. <https://www.danonenutricia.com.br/>. Acesso 01/04/2023

DRONKELAAR, C.V. *et al.* Minerals and Sarcopenia: The Role of Calcium, Iron, Magnesium, Phosphorus, Potassium, Selenium, Sodium, and Zinc on Muscle Mass, Muscle Strength, and Physical Performance in Older Adults: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc.* v.19, n.1, p. 6-11.e3, 2018.

ESQUIVEL, P.; JIMÉNEZ, V. Functional properties of coffee and coffee byproducts. *Food Res. Inter.*, v. 46, p. 488-495, 2012.

FINAMORE, A.; ROSELLI, M.; DONINI, L. ; BRASILI, E.; RAMI, R.; CARNEVALI, P.; MISTURA, L. ; PINTO, A. ; GIUSTI, A. ; MENGHERI, E. . Supplementation with *Bifidobacterium longum* Bar33 and *Lactobacillus helveticus* Bar13 mixture improves immunity in elderly humans (over 75 years) and aged mice. *Nutrition*. N.63-64 p.184-192, 2019.

FUNCIONAIS E NUTRACÊUTICOS. <https://funcionaisnutraceuticos.com/artigos/artigos-editoriais-geral/os-suplementos-alimentares-no-balanceamento-da-dieta>. Acesso 01/04/2023

GAGO, L.C. *et al.* Atualidades sobre o tratamento da sarcopenia. Revisão de Literatura. *Int J Nutrol*, v.9, n.4, p.254-271, 2016.

GALLO, M., PASSANNANTI, F., CANTE, R. C., NIGRO, F., SCHIATTARELLA, P., ZAPPULLA, S., BUDELLI, A., NIGRO, R. Latic fermentation of cereals aqueous mixture of oat and rice flours with and without glucose addition. *Heliyon*, v.6, n.9, e04920, 2020.

GELITA. <https://www.gelita.com/pt-pt> Acesso 01/04/2023

GLOBAL FOOD AND DRINK TRENDS-MINTEL, 2019 <https://mintel.com> (downloaded file)

HILL, C.; GUARNER, F.; REID, G.; GIBSON, G. R.; MERENSTEIN, D. J.; POT, B.; *et al.* Expert consensus document: the international scientific association for probiotics and prebiotics consensus statement on the scope and appropriate use of the term probiotic. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*, v.11, p. 506–514, 2014.

HUMALIN - <https://humalin.com.br> Acesso em fevereiro/2023.

INGREDIENTES-chave para um envelhecimento saudável. <https://revista-fi.com/noticias/alimentos/ingredientes-chave-para-um-envelhecimento-saudavel>. Acesso: 23/01/2023

INOUE, T.; KOBAYASHI, Y.; MORI, N.; SAKAGAWA, M.; XIAO, J.Z.; MORITANI, T.; SAKANE, N.; NAGAI, N. Effect of combined bifidobacteria supplementation and resistance training on cognitive function, body composition and bowel habits of healthy elderly subjects. *Benef Microbes*, v.9, n.6, p.843-853, 2018.

KLEEREBEZEM, M.; VAUGHAN, E.E. Probiotic and gut lactobacilli and bifidobacteria: molecular approaches to study diversity and activity. *Annu Rev Microbiol*, v.63, p.269-90, 2009.

LOPES JR., O.V., INÁCIO, A. M. Uso de glicosamina e condroitina no tratamento da osteoartrose: uma revisão sistemática. *Rev Bras Ortop*, v.48, n.4, p.300-6, 2013.

MACFARLANE, G.T.; STEED, H.; MACFARLANE, S. Bacterial metabolism and health related effects of galacto-oligosaccharides and other prebiotics. *J Appl Microbiol*, v.104, n.2, p.305-44, 2008.

MAGRONE, T.; JIRILLO, E. The interaction between gut microbiota and age-related changes in immune function and inflammation. *Immun Ageing*, v.10, p.31. 2013. <http://dx.doi.org/10.1186/1742-4933-10-31>.

MANZONI, M.S.J.; ROSSI, E.A.; PAULY-SILVEIRA, N.D.; PINTO, R.A. ; ROSELINO, M.N. ; CARLOS, I.Z. ; QUILLES, M.B. ; GLORIA, M.B.D. ; CAVALLINI, D.C.U. Consumption effect of a synbiotic beverage made from soy and yacon extracts containing *Bifidobacterium animalis ssp lactis* BB-12 on the intestinal polyamine concentrations in elderly individuals. *Food Res. Int.* v. 99, p. 495-500, Part 1, 2017.

MASLOWSKI, K.M.; MACKAY, C.R. Diet, gut microbiota and immune responses. *Nat Immunol*, v.12, n.1, p.5-9, 2011.

MIHAJLOVSKI, A.; DORE, J.; ALRIC, M.; BRUGERE, J.F. Molecular evaluation of the humangut methanogenic archaeal micorbiota reveals an age-associated increase of diversity. *Environ Microbiol Rep*, v.2, n.2, p.272-80, 2010.

MOHAMED, R. S.; ABOZED, S. S.; EL-DAMHOUGY, A.; SALAMA, M. F.; HUSSEIN, M. M. Efficiency of newly formulated functional instant soup mixtures as dietary supplements for elderly. *Heliyon*, v.6, n.1, e03197, 2020.

MURTHY, P. S.; NAIDU, M. M. Sustainable management of coffee industry by-products and value addition: a review. *Resour. Conserv. Recycl.*, v. 66, p. 45-58, 2012.

NEXIRA- Innovation Inspired by Nature. <https://www.nexira.com/> Acesso 01/04/2023

NIA. Vitamins and Minerals for Older Adults, 2021. Disponível em: <<https://www.nia.nih.gov/health/vitamins-and-minerals-older-adults>>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2022.

OKIYAMA, D. C. G.; NAVARRO S. L. B.; RODRIGUES, C. E. C. Cocoa shell and its compounds: Applications in the food industry. *Trends Food Sci Technol*, v. 63, p. 103-112, 2017.

OUWEHAND AC; BERGSMA N; PARHIALA R, *et al.* *Bifidobacterium* microbiota and parameters of immune function in elderly subjects. *FEMS Immunol Med Microbiol*, v.53, p.18–25, 2008.

PAHO- *Pan American Health Organization*. Regional Office for the Americas of the World Health Organization. **Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic. 2019.** <https://www.paho.org/en/topics/coronavirus-infections/coronavirus-disease-covid-19-pandemic> Acesso 01/04/2022.

PIMENTEL, M.; LIN, H.C.; ENAYATI, P.; VAN DEN BURG, B.; *et al.* Methane, a gas produced by enteric bacteria slows intestinal transit and augments small intestinal contractile activity. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol*, v.290, n.6, p.G1089-95, 2006.

ROJO-POVEDA, O.; BARBOSA-PEREIRA, L.; ZEPPA, G.; STÉVIGNY, C. Cocoa bean shell—a by-product with nutritional properties and biofunctional potential. *Nutrients*, v.12, n.4, p.1123, 2020.

SANTOS, T.D.; FREITAS, B. C. B.; MOREIRA, J. B.; ZANFONATO, K.; COSTA, J. A. V. Development of powdered food with the addition of Spirulina for food supplementation of the elderly population. *Innov Food Sci Emerg Technol*, v.37, Part B, p. 216-220, 2016.

SCHWIERTZ, A.; TARAS, D.; SCHAFER, K.; *et al.* Microbiota and SCFA in lean and overweight healthy subjects. *Obesity (Silver Spring)*, v.18, n.1, p.190-5, 2010.

SIGNINI, E.D.F. *et al.* Integrative perspective of the healthy aging process considering the metabolome, cardiac autonomic modulation and cardiorespiratory fitness evaluated in age groups. *Nature - Scientific Reports*, v.12, 21314, 2022.

TOJO, R.; SUAREZ, A.; CLEMENTE, M.G.; *et al.* Intestinal microbiota in health and disease: role of bifidobacteria in gut homeostasis. *World J Gastroenterol*, v.20, p.1516376, 2014.

TOWARD, R.; MONTANDON, S.; WALTON, G.; GIBSON, G.R. Effect of prebiotics on the gut microbiota of elderly persons. *Gut Microbes*, v.3, v.1, p.57-60, 2012.

USDA. DIETARY GUIDELINES FOR AMERICANS 2020-2025, 2020. Disponível em: <[https://www.dietaryguidelines.gov/sites/default/files/2020-12/Dietary\\_Guidelines\\_for\\_Americans\\_2020-2025.pdf](https://www.dietaryguidelines.gov/sites/default/files/2020-12/Dietary_Guidelines_for_Americans_2020-2025.pdf)>. Acesso em: 14 de maio de 2022.

WALTER, J.; MARTINEZ, I.; ROSE, D.J. Holobiont nutrition: considering the role of the gastrointestinal microbiota in the health benefits of whole grains. *Gut Microbes*, v.4, n.4, p.340-6, 2013.

WHO<sup>1</sup>- World Health Organization. **Healthy ageing**, 2022. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <<https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/healthy-ageing>>. Acesso em: 14 de maio de 2022.

WHO<sup>2</sup>- World Health Organization. **World health statistics 2022**. Geneva: World Health Organization. 131 p. 2022.

doi: 10.48209/978-65-84959-25-9

---

## **CAPÍTULO 10**

---

# **GERONTOPSICOMOTRICIDADE E A PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO EM CONTEXTO INSTITUCIONAL**

Ana Pereira  
Luis Leitão  
João Queirós  
Jorge Soares

## INTRODUÇÃO

De acordo com a World Health Organization (WHO, 2021), a população mundial com 60 ou mais anos é a faixa etária com maior crescimento nos últimos anos e, segundo previsões, continuará a aumentar. Evidentemente, estas projeções, a confirmarem-se, terão grandes implicações políticas, económicas e sociais, daí a pertinência em entender o que é o processo de envelhecimento, bem como as suas alterações e consequências, com o intuito de ter uma maior compreensão das modificações que ocorrem, bem como uma melhor preparação para as etapas de avaliação e de intervenção.

O envelhecimento é um processo caracterizado por diversas alterações sejam elas biológicas, psicológicas ou sociais, contudo estas mudanças não são lineares nem homogêneas, uma vez que estão dependentes de vários fatores (WHO, 2015). Contrariamente, a idade cronológica baseia-se unicamente na idade das pessoas, expressa em anos. O processo de envelhecimento está associado às alterações cognitivas, físicas, psicomotoras (HARADA *et al.*, 2013), perceptivas, neuromusculares, esqueléticas, hormonais (PRINTES *et al.*, 2016) e socioemocionais (BRANQUINHO *et al.*, 2021), o que leva a uma deterioração da capacidade funcional, mobilidade, autonomia e independência, agravando-se, ainda, com o aumento da inatividade física (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

A institucionalização dos idosos, normalmente, está associada a perdas funcionais ainda mais significativas (HERAZO-BELTRÁN *et al.*, 2017), além da qualidade de vida ser inferior à das pessoas não institucionalizadas (MEDEIROS *et al.*, 2020). No entanto, também há estudos que concluem que a qualidade de vida dos idosos institucionalizados aumenta através da implementação de programas de intervenção (MAGALHÃES *et al.*, 2017; MENDES, 2019). Além disso, com o envelhecimento populacional e o aumento da esperança média de vida, é expectável um aumento do número de idosos que não conseguem viver de forma independente e que necessitam de cuidados permanentes.

Duas intervenções que têm sido estudadas para atenuar as perdas funcionais decorrentes do envelhecimento são o exercício físico (EF) e a psicomotricidade, contudo a maior parte dos estudos não incorpora os dois tipos de intervenção concomitantemente. O EF apresenta-se como uma intervenção que retarda as perdas funcionais, minimiza o agravamento de doenças crônicas e limitações físicas, além dos benefícios visíveis na aptidão física e na componente psicológica e cognitiva (AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 2009), enquanto a psicomotricidade tem um papel preponderante nas componentes psicomotora, cognitiva, afetiva, comportamental e simbólica (PROBST, 2017). Assim, torna-se pertinente a investigação dos efeitos de um programa de EF e psicomotricidade na aptidão física, capacidade motora e capacidade cognitiva de idosos institucionalizados.

## **METODOLOGIA**

### **Sessões de Exercício Físico**

Tendo em conta a literatura sobre a organização das sessões delineou-se um programa de EF que assenta na prescrição de exercícios que trabalhem a capacidade aeróbia, a força e a mobilidade articular. As sessões de EF foram realizadas três vezes por semana, às segundas, quartas e sextas. Nestas sessões utilizou-se a estratégia dos utentes trabalharem por estações. De maneira a avaliar a intensidade do exercício utilizou-se a Escala de percepção subjetiva de esforço de Borg.

Na revisão sistemática de Vásquez-Araneda *et al.* (2021), a duração dos programas varia, na sua grande maioria, entre 2 a 6 meses. No que respeita ao trabalho cardiorrespiratório, os estudos apresentam um trabalho cardiorrespiratório de 20 minutos, no mínimo, por sessão. Além disso, nesta revisão sistemática, o treino de força continha uma a três séries de 8 a 15 repetições para cada exercício, com um minuto de descanso entre séries e na parte final, um pequeno período de

retorno à calma. Ainda assim, idosos que não consigam realizar as diretrizes de exercício recomendadas pelas instituições devem fazer o máximo de exercício que conseguirem, pois, o mínimo aumento de AF e EF é benéfico para o idoso (HIGUERAS-FRESNILLO *et al.*, 2018), uma vez que estão associados à redução do risco de problemas físicos e mentais, melhoria da capacidade funcional e diminuição da progressão de doenças e morbidade (BOUAZIZ *et al.*, 2017).

Nas primeiras duas semanas do programa, as sessões de EF iniciaram-se com a parte aeróbia durante 10 minutos, com uma intensidade leve. De seguida, três exercícios de mobilidade articular com três séries de 10 repetições cada, posteriormente, cinco exercícios de força com duas séries de 10 repetições cada e, por fim, três minutos de retorno à calma com alguns alongamentos e exercícios de respiração perfazendo, no total, 40 minutos. No início do programa de intervenção, as sessões apesar de estarem programadas para 40 minutos e terem menos exercícios, séries e repetições que as seguintes, tem mais tempo de duração, o que se deve, essencialmente, ao tempo de explicação dos exercícios que foi maior, além das correções posturais que foram necessárias nesta primeira fase. Nas últimas semanas de intervenção as sessões foram constituídas, na parte inicial, por 30 minutos de exercício aeróbio de intensidade moderada. Em segundo lugar, realizaram-se cinco exercícios de mobilidade articular com 3 séries de 10 repetições cada. Depois efetuaram-se 10 exercícios de força com três séries de 15 repetições cada e, finalmente, os três minutos de retorno à calma, perfazendo um total de uma hora e dez minutos, aproximadamente.

Numa fase inicial, pretendia-se a adaptação ao programa por parte dos participantes do estudo e, como tal, foi delineada uma intensidade leve nas primeiras quatro semanas. Nas semanas seguintes, prescreveu-se a intensidade moderada e, à medida que as semanas passavam, aumentava-se o tempo de exercício.

No que respeita à duração do exercício de força, este varia devido ao tempo de descanso entre séries e das explicações de como realizar os exercícios (LAW

*et al.*, 2016). Deste modo, com o passar das semanas foi-se aumentando o número de exercícios, séries e repetições, além de se diminuir o tempo de descanso entre séries, uma vez que nas primeiras quatro semanas as pausas tinham uma duração de 1 minuto e nas restantes de 45 segundos. O objetivo foi chegar às duas últimas semanas do programa de EF com dez exercícios de força, cada um com três séries de 15 repetições.

Para o exercício aeróbio destacam-se as caminhadas na parte exterior da instituição quando as condições meteorológicas assim o permitiram, a pedaleira e outros exercícios que exijam a movimentação dos grandes grupos musculares. No que diz respeito aos exercícios de força, pode-se referenciar a rotação externa e interna do ombro recorrendo às bandas elásticas, flexão do antebraço com halteres, extensão do joelho com caneleiras, flexão do quadril com caneleiras, remada em pé com elástico, entre outros. Quanto aos exercícios de mobilidade articular, pode-se referir a elevação, depressão e rotação dos ombros, rotação dos tornozelos, rotação dos pulsos, flexão e extensão da coluna, flexão lateral do tronco, entre outros.

## **Sessões de psicomotricidade**

A duração do programa, número e duração de sessões são aspetos importantes e que devem ser definidos de acordo com o tipo de população com que se vai intervir e com os objetivos da intervenção (AFONSO; MOTA, 2017). Assim, segundo Morais (2007), que estudou a intervenção psicomotora para a população idosa, as sessões de psicomotricidade devem ter uma duração de 60 minutos, enquanto para Rodríguez (2003) uma sessão deve ter entre 30 a 45 minutos de duração. Neste estudo, as sessões foram facultadas duas vezes por semana e o tempo de duração das sessões foi ao encontro do proposto por Morais (2007), uma vez que foi delineado, além das atividades principais, o treino de relaxamento progressivo e, como tal, 1 hora de sessão evidenciou ser o mais adequado.

Estas atividades além da componente motora devem incorporar as dimensões cognitivas e sociais e podem ter diversos objetivos que podem ser atingidos de diversas maneiras, através de jogos, atividades lúdicas, simbólicas, percursos psicomotores, dança, expressão plástica, entre outros (ABELLÁN, 2005; BRANQUINHO *et al.*, 2021; MORAIS, 2007; RODRÍGUEZ, 2003). Ainda assim, as atividades devem, sempre que possível, ter uma componente lúdica, uma vez que o jogo constitui uma forma de relação com o outro e que é importante valorizar durante toda a intervenção (FONSECA, 2012). Além disso, as atividades devem ter em conta as características referenciadas por Branquinho *et al.* (2021), significativas, simples, com exigência adequada e instruções claras e precisas. Deste modo, as atividades que foram promovidas nas sessões de psicomotricidade, foram os jogos de 2D/3D, de correspondência e de memória, tangram, bem como outras atividades que utilizem objetos do dia a dia e o próprio corpo.

Já no final das sessões recorre-se ao diálogo final onde os utentes fazem uma reflexão sobre a sessão e revelam as suas opiniões sobre a mesma (ABELLÁN, 2005; BRANQUINHO *et al.*, 2021; MORAIS, 2007). Também é pertinente referir que as sessões foram maioritariamente em grupo, uma vez que a intervenção em grupo é muito importante nesta faixa etária, pois promove a socialização e os idosos motivam-se mutuamente (FERNANDES; SANTOS, 2017).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A amostra foi constituída por 9 utentes institucionalizados com idades compreendidas entre os 81 e os 96 anos e a idade média era de 88.33 anos (DP±5.87). Relativamente ao sexo, constatou-se que dos nove participantes sete eram do sexo feminino, ou seja, 77.78%. Os restantes dois participantes eram do sexo masculino o que corresponde a 23.22% da amostra.

Após a verificação da distribuição normal das variáveis, procedeu-se à comparação dos resultados obtidos no pré e pós-teste. Deste modo, apresenta-se na tabela 1 a média e o desvio-padrão dos testes utilizados correspondentes à aplicação da Bateria Senior Fitness Test (REF) , bem como o valor de  $p$  que corresponde aos resultados comparativos dos dois momentos de avaliação, pré e pós-teste.

**Tabela 1:** Valores de média, desvio-padrão e valor de  $p$  relativos aos quatro testes utilizados da BSFT

Teste	Pré-teste	Pós-teste	Valor de $p$
	Média±desvio padrão	Média±desvio padrão	
<b>6 minutos</b>	183.30±147.10	192.6±167.34	0.441
<b>Levantar e sentar na cadeira</b>	5.44±7.18	7.11±8.58	0.109
<b>Sentado, caminhar 2,44m e voltar a sentar</b>	25.89±15.60	18.49±11.66	0.008

Legenda: Valor de  $p$  segundo o teste de Wilcoxon, cujo valor de significância utilizado foi de 5%

Através da observação dos valores de  $p$  expressos na tabela, verificaram-se alterações significativas no teste “sentado, caminhar 2,44m e voltar a sentar”. Já os testes “6 minutos” e “levantar e sentar na cadeira”, apesar da média aumentar, os resultados não foram estatisticamente significativos.

Assim, após a aplicação dos instrumentos de avaliação e do programa de intervenção com a duração de 12 semanas verificou-se que houve melhorias nas variáveis. No que se refere à aptidão física, na presente investigação, no teste “6 minutos”, não se evidenciaram melhorias, estando estes resultados em consonância com os resultados expostos por García-Gollarte *et al.* (2021), cujo trabalho se baseou num programa de EF multicomponente (aeróbio, força e equilíbrio) com

uma duração de 6 meses e que, tal como acima exposto, não apresentou melhorias. Já a investigação de Rodrigues *et al.* (2020) apresentou melhorias e uma das possíveis explicações pode estar associado ao facto da amostra ser constituída por indivíduos completamente funcionais, contrariamente ao nosso estudo, em que participaram indivíduos com algumas limitações funcionais, nomeadamente indivíduos que utilizavam dispositivos auxiliares de marcha e que apresentavam problemas ao nível osteoarticular. Além do mais, considerando que há indivíduos com alguns problemas de locomoção, naturalmente, que a incapacidade de melhorar os resultados pode não estar diretamente associada à capacidade aeróbia, mas com os problemas osteoarticulares que limitam a execução das avaliações. Além disso, Aksovic *et al.* (2020) e Vásquez-Araneda *et al.* (2021) referiram que a magnitude dos efeitos do EF depende do tipo de exercícios, duração, intensidade, frequência e das características da amostra e, deste modo, todas estas variáveis podem alterar os resultados, sendo por isso essencial ter estes aspetos em consideração.

No que concerne ao teste “levantar e sentar na cadeira”, não se evidenciaram melhorias significativas, tal como no estudo de García-Gollarte *et al.* (2021) e Rodrigues *et al.* (2020). Já nas investigações de Cancela *et al.* (2020), Kandrác *et al.* (2016) e Mason *et al.* (2016), foram apresentadas melhorias estatisticamente significativas no pós-teste. No entanto, nas investigações de Mason *et al.* (2016) e Cancela *et al.* (2020), as amostras não apresentaram tantas limitações funcionais como no presente estudo, além disso, os critérios de êxito do teste “levantar e sentar na cadeira” indicaram que não se podia utilizar qualquer tipo de ajuda tanto a levantar como a sentar. Assim, tendo em consideração que uma parte dos utentes utilizavam dispositivos auxiliares de marcha para se levantarem, o êxito nas execuções era menor e, como tal, esta possível explicação pode ter sido a principal razão para não ter havido melhorias estatisticamente significativas.

No que ao teste “sentado, caminhar 2,44m e voltar a sentar” diz respeito, verificou-se melhorias estatisticamente significativas, tal como na investigação de Mason *et al.* (2016). Estes resultados mostraram que houve uma melhoria ao nível da velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico dos indivíduos.

Os resultados positivos da presente investigação podem-se explicar pela delineação do programa de intervenção ter tido por base estudos já realizados sobre o EF e sobre a psicomotricidade, os seus efeitos nas diferentes variáveis e, claro, os estudos que referenciavam as duas intervenções aplicadas em conjunto. Além disso, o facto da amostra ser pequena facilitou o trabalho mais individualizado e específico com os indivíduos.

Assim, perante os resultados obtidos, o programa de intervenção combinado de EF e psicomotricidade induziu melhorias nas variáveis em estudo e, como tal, torna-se pertinente a implementação deste tipo de intervenção na dinâmica habitual em idosos institucionalizados.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em suma, através da comparação dos resultados do pré e pós-teste verificou-se que as variáveis estudadas, a aptidão física e a capacidade motora apresentaram melhorias. No entanto, os resultados dos testes dos “6 minutos” e “levantar e sentar na cadeira” da BSFT, além do domínio dos constrangimentos físicos, não apresentaram melhorias estatisticamente significativas.

Este tipo de programas ganha um maior relevo e importância, se se tiver em conta as alterações enumeradas anteriormente decorrentes do processo de envelhecimento, mas que parecem ser fortemente influenciadas pelo estilo de vida, nomeadamente pela inatividade física e falta de estimulação geral vivenciada com a institucionalização. Portanto, torna-se pertinente a aplicação de um programa de intervenção combinado de EF e psicomotricidade nas diferentes instituições de forma a amenizar os declínios normais nesta faixa etária.

## REFERÊNCIAS

ABELLÁN, R. (2005). Psicomotricidad y actividad física en la tercera edad. **Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales**, v. 17, p. 89-106.

AFONSO, C., MOTA, M. A psicomotricidade em Portugal como metodologia de intervenção: revisão sistemática. **I jornadas científicas de psicomotricidade**, Lisboa, p. 17-18, 2017.

AKSOVIĆ, N., BJELICA, B., JOKSIMOVIĆ, M., SKRYPCHENKO, I., FILIPOVIĆ, S., MILANOVIĆ, F., PAVLOVIĆ, B., ČORLUKA, B., PRŽULJ, R. Effects of aerobic physical activity to cardio-respiratory fitness of the elderly population: systematic overview. **Pedagogy of Physical Culture and Sports**, v. 24, n. 5, p. 208-218, 2020. doi: 10.15561/26649837.2020.0501

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. Exercise and physical activity for older adults. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 41, n. 7, p. 1510–1530, 2009. doi:10.1249/mss.0b013e3181a0c95c

BOUAZIZ, W., VOGEL, T., SCHMITT, E., KALTENBACH, G., GENY, B., LANG, P. Bénéfices de l'activité physique en endurance chez les seniors âgés de 70 ans ou plus: une revue systématique. **La Presse Médicale**, v. 46, n. 9, p. 794–807, 2017. doi:10.1016/j.lpm.2017.05.028

BRANQUINHO, C., ESPADINHA, A., MORAIS, A., LEBRE, P., SANTOS, S. GerontoPsicomotricidade - Manual de Apoio ao Psicomotricista. (1ª Ed.). Edições FMH, 2021.

CANCELA, J., PEREZ, C., RODRIGUES, L., BEZERRA, P. The long-term benefits of a multicomponent physical activity program to body composition, muscle strength, cardiorespiratory capacity and bone mineral density in a group of nonagenarians. **Rejuvenation Research**, v. 23, n. 3, p. 217-223, 2020. doi: 10.1089/rej.2019.2195

FERNANDES, P., SANTOS, S. Corpo, (Senil)Idade e psicomotricidade- do conceito à prática. **A Psicomotricidade**, v. 20, p. 87-114, 2017.

FONSECA, V. Terapia Psicomotora: Estudo de casos. (6ªEd.). Âncora Editora, 2012.

GARCÍA-GOLLARTE, F., MORA-CONCEPCIÓN, A., PINAZO-HERNANDIS, S., SEGURA-ORTÍ, E., AMER-CUENCA, J., ARGUISUELAS-MARTÍNEZ, M., LISÓN, J., BENAVENT-CABALLER, V. Effectiveness of a supervised group-based Otago exercise program on functional performance in frail institutionalized older adults: a multicenter randomized controlled trial. **Journal of Geriatric Physical Therapy**, p. 1-11, 2021.

HARADA, C., LOVE, M., TRIEBEL, K. Normal cognitive aging. *Clinics in Geriatric Medicine*, v. 29, n. 4, 737–752, 2013. doi: 10.1016/j.cger.2013.07.002

HIGUERAS-FRESNILLO, S., CABANAS-SÁNCHEZ, V., GARCÍA-ESQUINAS, E., RODRÍGUEZ-ARTALEJO, F., Martínez-Gomez, D. Physical activity attenuates the impact of poor physical, mental, and social health on total and cardiovascular mortality in older adults: a population-based prospective cohort study. **Quality of Life Research**, v. 27, n. 12, 3293- 3302, 2018. doi:10.1007/s11136-018-1974-5

HERAZO-BELTRÁN, Y., QUINTERO-CRUZ, M., Pinillos-Patiño, Y., García-Puello, F., NÚÑEZ-BRAVO, N., Suarez-Palacio, D. Calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. **Revista Latinoamericana de Hipertensión**, v. 12, n. 5, p. 174-181, 2017.

KANDRÁC, R., TLUCÁKOVÁ, L., CECH, P. Effects of a 12-week multimodal exercise program on functional fitness of older adults. **Scientific Review of Physical Culture**, v. 5, n. 4, p. 35-43, 2021.

LAW, T., CLARK, L., CLARK, B. Resistance exercise to prevent and manage sarcopenia and dynapenia. **Annual Review of Gerontology and Geriatrics**, v. 36, n. 1, p. 205-228, 2016. doi:10.1891/0198-8794.36.205

MASON, C., HORVAT, M., NOCERA, J. The effects of exercise on the physical fitness of high and moderate-low functioning older adult women. **Journal of Aging Research**, 2016. doi: 10.1155/2016/8309284

MAGALHÃES, C., ANES, E., REBELO, F. Quality of life in institutionalized elderly undergoing an active aging program. **Millenium**, v. 2, n. 2, 37-44, 2017.

MEDEIROS, M., CARLETTI, T., MAGNO, M., MAIA, L., CAVALCANTI, Y., Rodrigues-Garcia, R. Does the institutionalization influence elderly's quality of life? A systematic review and meta-analysis. **BMC Geriatrics**, v. 20, n. 1, p. 20-44, 2020. doi:10.1186/s12877-020-1452-0

MENDES, C. Promotion of functional independence institutionalized elderly. **Millenium**, v. 2, n. 8, p. 103-111, 2019. doi: 10.29352/mill0208.09.00224

MORAIS, A. Psicomotricidade e promoção da qualidade de vida em idosos com doença de Alzheimer. **A Psicomotricidade**, v. 10, p. 25-33, 2007.

OLIVEIRA, A., NOSSA, P., MOTA-PINTO, A. Assessing functional capacity and factors determining functional decline in the elderly: A cross-sectional study. **Acta Médica Portuguesa**, v. 32, n. 10, p. 654-660, 2019. doi:10.20344/amp.11974

PRINTES, C., COSTA, A., MARMELEIRA, J., CARÚS, P. **Gerontomotricidade**. (1ª Ed.). SELF, 2016.

PROBST, M. Psychomotor therapy for patients with severe mental health disorders. **Occupational Therapy - Occupation Focused Holistic Practice in Rehabilitation**, p. 25-47, 2017. doi:10.5772/intechopen.68315

RODRÍGUEZ, E. Intervención psicomotriz con pacientes con demencia: una propuesta rehabilitadora. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, v. 3, n. 3, 13-28, 2003.

RODRIGUES, L., BHERER, L., BOSQUET, L., VRINCEANU, T., NADEAU, S., LEHR, L., BOBEUF, F., KERGOAT, M., VU, T., BERRYMAN, N. Effects of an 8-week training cessation period on cognition and functional capacity in older adults. **Experimental Gerontology**, v. 134, n. 1, 1-27, 2020. doi: 10.1016/j.exger.2020.110890

VÁSQUEZ-ARANEDA, E., SOLÍS-VIVANCO, R., MAHECHA-MATSUDO, S., ZAPATA-LAMANA, R., CIGARROA, I. Characteristics of physical exercise programs for older adults in latin america: A systematic review of randomized controlled trials. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 6, 2812-2839, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ageing. 2021. [https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1)

WHO. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. 2015. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf;jsessionid=C6E513B47F3430E44EE9F577A2BB5F94?sequence=6](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=C6E513B47F3430E44EE9F577A2BB5F94?sequence=6)

---

## **CAPÍTULO 11**

---

# **DETERMINANTES PSICOSSOCIAIS DA INTENÇÃO DE REDUZIR O CONSUMO DE SAL EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

Mailson Marques de Sousa  
Simone Helena dos Santos Oliveira

## INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica, definida como a incapacidade do coração de bombear sangue suficiente para atender as necessidades metabólicas teciduais. É considerada um problema de saúde pública, com prevalência crescente, que atinge em torno de 1 a 3% da população adulta, principalmente na população idosa. Dados estimam que mais de 64 milhões de pessoas em todo o mundo possuam IC. A incidência anual é de 1 a 20 casos por 1.000 pessoas (SAVARESE *et al.*, 2022).

Dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), do Ministério de Saúde brasileiro, registraram 364.475 internações hospitalares por IC no período de janeiro de 2021 a dezembro de 2022, com média de permanência hospitalar de 8,1 dias e taxa de mortalidade de 12,87% (BRASIL, 2023).

O estudo BREATHE – *Brazilian Registry of Acute Heart Failure*, que teve como objetivo identificar o panorama da IC em 51 centros públicos e privados de diferentes regiões do Brasil, evidenciou que 8,9% das causas de descompensação clínica da doença foram decorrentes do consumo inadequado de sódio e líquidos. Os autores ainda demonstraram que apenas 34,9% dos pacientes receberam orientações na alta hospitalar sobre a importância de seguir uma dieta com baixo teor de sódio (ALBUQUERQUE *et al.*, 2015).

Embora as evidências científicas atuais sobre o consumo ideal de sódio para pacientes com IC permaneçam inconclusivas, a redução do consumo de sódio/sal na dieta é uma recomendação não farmacológica prescrita com o objetivo de diminuir quadros de congestão pulmonar e manter a estabilidade clínica da doença (CHAN *et al.*, 2019). Entretanto, estudos prévios evidenciam que a não adesão a uma dieta com baixo teor de sódio explicam 22% a 69% dos índices de

piora dos sintomas da IC, o que acarreta hospitalizações emergenciais associadas a desfechos clínicos desfavoráveis (HEO *et al.*, 2015; SONG *et al.*, 2016).

Diante de evidências, comportamentos relacionados à saúde têm sido estudados com base em teorias cujo alvo consiste em compreender a motivação do indivíduo para executá-los. A *Theory of Planned Behavior* –TPB é amplamente utilizada para descrever, explicar e prever comportamentos humanos que estão sob controle não volitivo, ou seja, em algumas situações as pessoas dependem de fatores como disponibilidade de oportunidades e recursos necessários (tempo, dinheiro, aptidões, cooperação de terceiros) para a execução do comportamento (AJZEN, 1991; AJZEN, 2020).

De acordo com a TPB, a intenção é considerada antecedente imediato do comportamento e é determinada por três variáveis: atitude, norma subjetiva e controle comportamental percebido. A atitude (At) é formada pelas crenças comportamentais (CCO), que se relacionam à favorabilidade do sujeito quanto à realização ou não do comportamento e às avaliações das consequências positivas ou negativas de sua execução. A norma subjetiva (NS) se refere à influência social, ou seja, à pressão social percebida, constituída pelas crenças normativas (CNs) que refletem a percepção do indivíduo sobre as opiniões dos seus referentes sociais acerca da realização ou não do comportamento e a motivação individual para concordar com os referentes sociais. O Controle Comportamental Percebido (CCP) é constituído pelas crenças de controle (CCs), que consistem na percepção do indivíduo em relação à capacidade de executar ou não o comportamento, bem como na presença de fatores que podem facilitar ou dificultar o seu desempenho (AJZEN, 1991).

No cenário internacional, identificam-se estudos fundamentados na TPB que avaliaram os determinantes de redução do consumo de sódio em pacientes

com IC (WU *et al.*, 2017; WELSH *et al.*, 2013). No Brasil, há evidências de pesquisas que utilizaram instrumento americano antecipadamente validado (D'ALMEIDA *et al.*, 2012; BEZERRA *et al.*, 2020), no entanto, nenhum dos estudos nacionais avaliou as crenças dos pacientes sobre o fenômeno de interesse. Para a TPB, as crenças que vêm à mente de modo pronto e espontâneo são assumidas como os determinantes principais da atitude em relação ao comportamento, norma subjetiva e controle comportamental percebido (AJZEN, 1991; AJZEN, 2020).

Dessa forma, este estudo torna-se relevante ao conhecer os determinantes do comportamento a partir das crenças de um estrato representativo da população com IC e, com base nos seus resultados, traçar estratégias de intervenção em saúde que possam ser efetivadas na prática clínica. Portanto, o objetivo do presente estudo foi identificar os determinantes da intenção comportamental relacionada à redução do consumo de sal em pacientes com IC.

## **METODOLOGIA**

Estudo transversal com abordagem quantitativa, desenvolvido em dois hospitais públicos vinculados ao Sistema Único de Saúde da cidade de João Pessoa/PB, Brasil, resultado da tese de doutorado intitulada “Comunicação persuasiva para motivar a intenção de reduzir o consumo de sal em pessoas com insuficiência cardíaca”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

A população-alvo do estudo se compôs de pessoas com IC em seguimento ambulatorial nas instituições selecionadas. Assim, o tamanho da amostra foi determinado por amostragem não probabilística, com inclusão sequencial dos participantes elegíveis para o estudo, no período de coleta de dados. Recrutou-se uma amostra de 82 pessoas com IC.

Os participantes foram selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: pessoas com diagnóstico de IC confirmado em prontuário, com idade  $\geq$  18 anos, independentemente da etiologia, categorizadas nas classes funcionais I-III da *New York Heart Association* (NYHA) e com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) contida em laudo de ecocardiograma transtorácico nos últimos três meses, em seguimento ambulatorial.

Foram excluídas pessoas em primeira consulta por, possivelmente, não estarem ainda devidamente cientes das medidas do manejo não farmacológico para controle clínico da IC, e que apresentassem déficit cognitivo.

A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2018 a março de 2019, mediante entrevista individual, realizada pelo pesquisador principal, em ambiente reservado, com média de duração de 28 minutos. Aplicou-se um formulário para caracterização da amostra adotado em estudo prévio, desenvolvido junto a pessoas com IC, contendo as seguintes variáveis: idade, sexo, cor da pele, situação conjugal, anos de estudo, situação laboral, renda familiar, etiologia da IC, classe funcional segundo os critérios da NYHA, FEVE, comorbidades associadas à IC e terapêutica farmacológica em uso (SOUSA *et al.*, 2021a).

Para mensurar a intenção comportamental e as variáveis psicossociais, utilizou-se um questionário construído conforme os preceitos teóricos da TPB (AJZEN, 2020). O questionário projetado centra-se no comportamento de interesse: reduzir o consumo de sal na dieta nos próximos 30 dias. A seleção para compor os itens ocorreu após levantamento de crenças sobre o comportamento-alvo, realizada com 26 pessoas com IC em seguimento ambulatorial (SOUSA *et al.*, 2021b).

Na sequência, o questionário teve seu conteúdo validado por seis juízes especialistas com titulação de doutorado (quatro enfermeiros, um psicólogo e um nutricionista) e com conhecimento e experiência em estudos com a TPB. O

Índice de Validade de Conteúdo (IVC) foi calculado para medir a proporção de concordância com a clareza e relevância de cada item do instrumento (SOUSA *et al.*, 2021b). Em relação à confiabilidade do questionário, avaliada por meio do alfa de Cronbach, os resultados foram  $\alpha = 0,70$  para o construto Atitude,  $\alpha = 0,81$  para Norma Subjetiva,  $\alpha = 0,72$  para Controle Comportamental Percebido e  $\alpha = 0,78$  para o geral.

O instrumento de medida da intenção comportamental contém 30 itens organizados nas seguintes variáveis (SOUSA *et al.*, 2021b):

- Atitude, mensurada por um item de medida direta: “Para mim, reduzir o consumo de sal na dieta nos próximos 30 dias é [...]”, avaliada por três adjetivos bipolares, com escala de resposta de cinco pontos que variam de “totalmente desagradável” a “totalmente agradável”; de “muito ruim” a “muito bom”; e de “muito inútil” a “muito útil”.

- Crenças comportamentais, avaliadas por quatro itens de medida indireta. Como exemplo tem-se: “Se eu reduzir o consumo de sal na dieta nos próximos 30 dias, irei manter a minha saúde”. As opções de resposta variam de “totalmente improvável” a “totalmente provável” e são associadas às suas respectivas consequências: “Manter a minha saúde reduzindo o consumo de sal na dieta é [...]”, cujas respostas variam de “muito ruim” a “muito bom”.

- Norma subjetiva, avaliada por um item de medida direta: “Pessoas que são importantes para mim acham que eu devo reduzir o consumo de sal na dieta nos próximos 30 dias [...]”. As alternativas de respostas variam de “totalmente improvável” a “totalmente provável”.

- Crenças normativas, mensuradas por três itens de medida indireta. Como ilustração pode-se mencionar: “Meu(minha) esposo(a) acha que devo reduzir o consumo de sal na dieta nos próximos 30 dias [...]”, com opções de resposta que

variam de “totalmente improvável” a “totalmente provável”; e sua motivação para concordar com o referente: “Quando se trata de reduzir o consumo de sal na dieta, é importante, para mim, seguir a opinião do(a) meu(minha) esposo(a) [...]”, cujas opções de resposta variam de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”.

- Controle comportamental percebido, avaliada por dois itens de medida direta: “Reduzir o consumo de sal na dieta durante os próximos 30 dias depende somente de mim”; “Estou confiante de que posso reduzir o consumo de sal na dieta durante os próximos 30 dias [...]”. As opções de resposta, na forma de escala de cinco pontos, variam de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”.

- Crenças de controle, mensuradas por quatro itens de medida direta e seus respectivos poder de controle. Como exemplo pode-se citar: “Irei preparar minhas refeições separadamente com menor consumo de sal nos próximos 30 dias [...]”, com opções de resposta variando de “totalmente improvável” a “totalmente provável”. O poder de controle foi avaliado conforme o exemplo: “O preparo das minhas refeições separadamente facilitará que eu reduza o consumo de sal na dieta nos próximos 30 dias [...]”, com respostas que variam de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”.

- Intenção comportamental, mensurada por dois itens de medida direta: “Eu tenho a intenção de reduzir o consumo de sal na dieta nos próximos 30 dias”; “Eu quero reduzir o consumo de sal na dieta nos próximos 30 dias”. As opções de resposta na forma de escala do tipo Likert, com variação de 1 a 5 pontos, vão de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”.

Os escores das variáveis psicossociais são calculados por construtos e avaliados separadamente. Para as medidas diretas (atitude, norma subjetiva e controle comportamental percebido), a pontuação se dá pela média dos itens; para as medidas indiretas, pelo produto das crenças e suas variáveis correspondentes.

Os escores das crenças comportamentais variam de 4 a 100 (força da crença comportamental  $\times$  avaliação das consequências); para as crenças normativas, de 3 a 75 (força da crença normativa  $\times$  a motivação para concordar com o referente) e para as crenças de controle, de 4 a 75 (força da crença de controle  $\times$  poder de controle). Logo, quanto maior for a pontuação, maior será a favorabilidade ao comportamento (SOUSA *et al.*, 2021b).

Os dados foram tabulados e inseridos em planilha do Microsoft Excel e analisados por meio de estatística descritiva e inferencial no *software* R. As variáveis categóricas foram descritas por meio do cálculo das frequências absolutas (n) e relativas (%). Para variáveis contínuas foram calculadas medidas de tendência central (média, mediana, desvio padrão e intervalos interquartílicos). A avaliação da normalidade foi feita pelo teste de Anderson-Darling e, em razão da distribuição não normal da amostra, foram utilizados testes não paramétricos. Desta forma, os escores das medidas diretas e indiretas das variáveis da TPB são apresentados pelas medianas dos dados.

Para analisar a relação entre a variável dependente (intenção comportamental) de forma dicotômica (ausência ou presença de intenção), calculada neste estudo pela presença de intenção comportamental  $\geq 4$  pontos, e o conjunto de variáveis independentes (medidas diretas e indiretas), preditoras da redução do consumo de sal em pessoas com IC, a análise de regressão logística múltipla por meio do método *Stepwise* foi realizada. Foram aplicados os testes de Wald e Qui-Quadrado. Todas as variáveis que apresentaram valores de  $p \leq 0,20$  foram incluídas no modelo final. Calculou-se o coeficiente de determinação do modelo com base no  $R^2$  de Nagelkerke. O nível de significância adotado entre as variáveis estudadas foi  $\leq 0,05$ .

Foram atendidas as recomendações éticas nacionais e internacionais sobre pesquisas com seres humanos e o projeto teve a aprovação do Comitê de Ética em

Pesquisa, conforme o Parecer nº 2.406.616/2017 e CAAE: 79911717.0.0000.5183. Todos os participantes formalizaram sua participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

Participaram 82 pessoas com IC. A média de idade foi de  $58,17 \pm 12,14$ , com variação de 22 a 78 anos, 69,5% residiam no Município de João Pessoa, 58,5% eram do sexo feminino, 62,2% se autodeclararam não brancos, 73,2% viviam com companheiro(a), 80,5% eram inativos economicamente, 90,2% com renda familiar de um a dois salários mínimos e escolaridade média de  $4,88 \pm 4,27$  anos. Quanto às variáveis clínicas, 67,1% apresentavam etiologia não isquêmica, 48,8% estavam em classe funcional II da NYHA, com média de FEVE  $45,23 \pm 18,00$ , 50,0% possuíam hipertensão arterial sistêmica associada à IC e 38,1% estavam em uso de diuréticos.

A Tabela 1 mostra as medianas dos escores obtidos e intervalos interquartílicos das variáveis psicossociais.

**Tabela 1:** Variáveis psicossociais. João Pessoa/PB, Brasil, 2019

Variáveis Psicossociais	Variação Possível	Escore
Atitude (At)	1-5	3,70 (3,07-4,00)
Crenças Comportamentais (CCO) x Avaliação das consequências	4-100	53,00 (46,00; 60,75)
Norma Subjetiva (NS)	1-5	4,00 (4,00-4,01)
Crenças Normativas (CN) x Motivação para concordar	3-75	41,00 (32,00; 48,00)
Controle Comportamental Percebido (CCP)	1-5	4,00 (4,00-4,01)
Crenças de Controle (CC) x Poder de controle	4-100	56,00 (50,25; 64,00)
Intenção Comportamental (IC)	1-5	4,00 (4,00-4,50)

A Tabela 2 apresenta o modelo de regressão logística com melhor ajuste para a predição dos fatores determinantes da redução de sal em pessoas com IC. Por esse modelo, observou-se que as variáveis crenças normativas e de controle apresentaram-se como preditoras significantes da intenção comportamental, explicando conjuntamente 35% da variância da intenção de reduzir o consumo de sal.

**Tabela 2:** Regressão logística múltipla para definição dos preditores da intenção comportamental de reduzir o consumo de sal em pessoas com insuficiência cardíaca, João Pessoa/PB, Brasil, 2019

Variáveis Psicossociais	$\beta$	Valor-p	Exp( $\beta$ )	IC* 95% para Exp ( $\beta$ )	
				Inferior	Superior
Medidas Diretas					
Teste de Wald	0,46	0,498	-	-	-
Norma Subjetiva	1,09	0,096	2,97	0,82	10,73
Teste de qui-quadrado	-	0,117	-	-	-
R <sup>2</sup> de Negelkerke <sup>†</sup> Medidas Indiretas	0,07				
Teste de Wald	6,92	0,008			
Crenças Normativas	1,78	<b>0,043</b>	5,92	1,08	24,69
Crenças de Controle	2,24	<b>0,007</b>	9,39	2,39	27,38
Teste de qui-quadrado	-	0,001	-	-	-
R <sup>2</sup> de Negelkerke <sup>†</sup>	0,35				

\*IC= Intervalo de confiança; <sup>†</sup>R<sup>2</sup>: Coeficiente de determinação

## DISCUSSÃO

Este estudo identificou os determinantes do comportamento de redução do consumo de sal em pacientes com IC. De acordo com a TPB, a intenção comportamental é preditora imediata do comportamento e os participantes desta pesquisa apresentaram intenção comportamental positiva frente ao comportamento de interesse. Logo, espera-se que as intenções projetadas, sustentadas pelas crenças, revertam-se em ações concretas para efetivação real do comportamento (SOUSA *et al.*, 2021a).

Em relação à medida direta da atitude, foi identificado escore favorável à redução do consumo de sal. Infere-se que os participantes tinham atitudes e crenças comportamentais positivas quando avaliavam consequências benéficas da redução de sal, quando ponderaram que sua restrição acrescenta na manutenção da saúde, evita piora dos sintomas e melhora a qualidade de vida. Estudo realizado em Pernambuco encontrou resultados similares ao evidenciar atitudes favoráveis em aderir à restrição dietética de sódio, na condição de saúde (BEZERRA *et al.*, 2020).

No que se refere à medida direta da norma subjetiva, a adoção de uma dieta com baixo teor de sal é influenciada pelos referentes sociais significantes que expressam sua opinião e contribuem para a motivação do comportamento. Nesta investigação, a crença normativa foi variável independente significativa explicativa da intenção comportamental de redução do consumo de sal. Resultado discordante foi encontrado em pesquisa realizada nos Estados Unidos, que evidenciou a norma subjetiva como preditora do consumo excessivo de sódio em pessoas com IC ( $p < 0,001$ ) (WU *et al.*, 2017). Outra investigação, realizada com 225 pacientes, encontrou pontuações satisfatórias da norma subjetiva (BARILLI *et al.*, 2018).

No tocante às medidas direta e indireta da percepção de controle comportamental, nota-se a presença de facilidades para desempenhar o comportamento. Os achados apontam que as dificuldades percebidas para redução do consumo de sal foram baixas. Presume-se que as crenças de controle sobre as facilidades e os recursos que os participantes possuem para a consecução do comportamento contribuem para a capacidade de enfrentamento de possíveis barreiras referidas, como a baixa palatabilidade dos alimentos.

Portanto, identificar que os participantes do estudo se percebem capazes de gerenciar o consumo de alimentos com baixo teor de sal mostra-se como resultado potencialmente promissor para intervenções voltadas a modular comportamentos de autocuidado nesse público. Em contrapartida, estudo mostra cenário adverso à percepção de facilidades para a prática do comportamento, com evidência de escores mais baixos no Rio Grande do Sul. Os autores apontam fatores como a ingestão de alimentos com pouca adição de sal, preferências alimentares e a força de vontade de mudar a dieta como as principais barreiras para a não adesão (D'ALMEIDA *et al.*, 2019).

Este estudo apresenta limitações que precisam ser consideradas. A amostragem de conveniência não permite estabelecer relações de causa-efeito. Além disso, os resultados refletem uma região específica do Brasil, o que demanda cautela na generalização dos seus achados, que podem sofrer influência do cuidado clínico de pacientes com IC, hábitos alimentares e culturais.

Para os profissionais de saúde, os achados deste estudo apresentam implicações para novas estratégias de intervenções motivacionais para fortalecer a intenção comportamental em ações benéficas para a autogestão não farmacológica da IC, otimizando crenças positivas e minimizando barreiras para manutenção da estabilidade clínica e da qualidade de vida. Para a pesquisa, sugere-se que novas investigações multicêntricas e com delineamento longitudinal possam ser realizadas nas diversas regiões do país, a fim de corroborar ou refutar os achados alcançados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intenção comportamental constitui-se como preditor imediato do comportamento específico. Nesta investigação, os participantes apresentaram escores favoráveis para as variáveis psicossociais. Logo, quanto mais favoráveis forem a atitude e a norma subjetiva, e quanto maior for o controle comportamental percebido, maior será a motivação de um indivíduo para realizar o comportamento de interesse.

As variáveis indiretas, crenças normativas e de controle explicaram 35% da variância da intenção de reduzir o consumo de sal. Diante destes resultados, a equipe multidisciplinar deve considerar a participação de referentes sociais significativos no cuidado de pacientes com IC, bem como intervir por meio de estratégias motivacionais para fortalecer habilidades para o seguimento de uma dieta com baixo teor de sal.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Denilson C. *et al.* I Brazilian Registry of Heart Failure - Clinical Aspects, Care Quality and Hospitalization Outcomes. **Arq Bras Cardiol**, v. 104, n. 6, p. 433-442, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20150031> Acesso em 04 de abr de 2023.

ALMEIDA, Karina S. M. *et al.* Cross-cultural Adaptation into Brazilian Portuguese of the Dietary Sodium Restriction Questionnaire (DSRQ). **Arq Bras Cardiol**, v. 98, n. 1, p. 70-75, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2011005000122> Acesso em 05 de abr de 2023.

ALMEIDA, Karina S. M. *et al.* Cut-Point for Satisfactory Adherence of the Dietary Sodium Restriction Questionnaire for Patients with Heart Failure. **Arq Bras Cardiol**, v. 112, n. 2, p. 165-170, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20190011> Acesso em 05 de abr de 2023.

AJZEN, Icek. The theory of planned behavior. **Organ Behav Hum Decis Process**, v. 50, p. 179–211, 1991. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)-90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)-90020-T) Acesso em 04 de abr de 2023.

AJZEN, Icek. The theory of planned behavior: Frequently asked questions. **Hum Behav & Emerg Tech**, v. 2, p. 314-324, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/hbe2.195> Acesso em 05 de abr de 2023.

BARILLI, Sofia L. S. *et al.* Knowledge, barriers and attitudes toward dietary sodium in patients with decompensated heart failure. **J Nurs Educ Pract**, v. 8, n. 1, p. 98-106, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5430/jnep.v8n1p98> Acesso em 04 de abr de 2023.

BEZERRA, Simone M. M. S. *et al.* Atitudes, crenças e barreiras para a adesão à dieta hipossódica em pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 41, p. e20190304, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190304> Acesso em 04 de abr de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS)**. Insuficiência cardíaca, 2023. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/morbidade-hospitalar-do-sus-sih-sus/> Acesso em 04 de abr de 2023.

CHAN, Alex *et al.* An integrative review: adherence barriers to a low salt diet in culturally diverse heart failure adults. **Aust J Adv Nurs**, v. 36, n. 1, p. 37-47, 2018. Disponível em: <http://www.ajan.com.au/Vol36/Issue1/4Chan.pdf> Acesso em 05 de abr de 2023.

HEO, Seonghum *et al.* Development and testing of the feasibility and acceptability of a tailored dietary intervention in patients with heart failure. **J Cardiovasc Nurs**, v. 30, n. 3, p. 213-221, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24695076> Acesso em 05 de abr de 2023.

SAVARESE, Gianluigi *et al.* Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. **Cardiovasc Res**, v. 118, n. 17, p. 3272–3287, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/cvr/cvad026> Acesso em 04 de abr de 2023.

SONG, Eun K. *et al.* Self-reported adherence to a low-sodium diet and health outcomes in Patients with heart failure. **J Cardiovasc Nurs**, v. 31, n. 6, p. 529-534, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26296246> Acesso em 05 de abr de 2023.

SOUSA, Mailson M. *et al.* Persuasive communication and the diminution of the salt intake in heart failure patients: a pilot study. **Rev Bras Enferm**, v. 74, n. 2, p. e20200715, 2021a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0715> Acesso em 05 de abr de 2023.

SOUSA, Mailson M. *et al.* Instrumento para medir a intenção de reduzir o consumo de sal em pessoas com insuficiência cardíaca. **Av Enferm**, v. 39, n. 3, p. 332-344, 2021b. Disponível em: <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n3.87058> Acesso em 05 de abr de 2023.

WELSH, Darlene *et al.* Low-sodium diet self-management intervention in heart failure: pilot study results. **Eur J Cardiovasc Nurs**, v. 12, n. 1, p. 87-95, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1177%2F1474515111435604> Acesso em 05 de abr de 2023.

WU, Jia-Rong *et al.* Does the Theory of Planned Behavior predict dietary sodium intake in patients with heart failure? **West J Nurs Res**, v. 9, n. 4, p. 568-581, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27756851> Acesso em 05 de abr de 2023.

doi: 10.48209/978-65-84959-25-B

---

## **CAPÍTULO 12**

---

# **QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE: O DESAFIO DAS ORGANIZAÇÕES NA PANDEMIA DE COVID-19**

João Pinheiro de Barros Neto  
Jonas William Barros Godoy  
Caio Eduardo Doná Araujo

## INTRODUÇÃO

Diante do cenário gerado pela pandemia do SARS-COV-2 popularmente conhecido como Coronavírus no ano de 2020, diversos setores da economia global foram forçados a rever seus formatos de trabalho, realizando diversos ajustes a fim de superar os desafios repentinos a fim de minimizar o máximo possível os impactos negativos gerados pelas medidas de segurança sanitária ao redor do mundo.

Após a OMS (Organização Mundial da Saúde) ter declarado que o mundo vivia uma pandemia do novo coronavírus, isto quer dizer que uma epidemia que antes era localizada apenas em um local específico, se espalhou por vários países e continentes (OPAS, 2020), uma das ações tomadas pelo governo de estados e municípios brasileiros em março de 2020 foi o isolamento social, que segundo o Ministério da Saúde tinha como finalidade garantir a manutenção dos serviços de saúde (BRASIL, 2020).

Essas ações limitaram a circulação de pessoas pelas ruas e forçou serviços considerados não essenciais a fecharem suas portas por meses. Esta limitação fez com que as empresas entrassem em um ambiente com diversas mudanças e incertezas, como por exemplo o fato de que muitas tiveram de adotar o modelo Home Office forçadamente (PICCHI, 2020).

O cenário de mudanças e incertezas no ambiente empresarial se intensificou durante o período de isolamento social devido ao coronavírus no Brasil em 2020, onde empresas não puderam abrir suas portas por meses devido ao decreto do governo de várias cidades e estados a fim de evitar um colapso no sistema de saúde do país.

Ademais com o avanço exponencial da tecnologia e o dinamismo do mercado, as empresas precisam se adaptar cada vez com mais agilidade às mudanças

e às tendências para continuarem inovadoras e competitivas a fim de proporcionar experiências melhores para os consumidores.

No Brasil a adoção do home office, uma das estratégias adotadas, ganhou força em meados de março/2020 seguindo as medidas impostas pelos governos, tanto em nível municipal quanto em nível federal. A adoção deste modelo seguiu pelos mais diversos setores da sociedade, com destaque para os setores de serviços e educação.

Segundo pesquisa promovida pela Fundação Instituto de Administração (FIA), realizada entre os dias 14 e 29 de abril de 2020 com empresas brasileiras de grande, médio e pequeno porte, 94% destas organizações afirmaram que atingiram ou superaram suas expectativas acerca da utilização do home office por parte de seus empregados. Entretanto, cerca de 70% destas empresas informaram que pretendem encerrar ou manter em parte este modelo de trabalho ao final do período de pandemia (LAZARETTI, 2020).

As dificuldades encontradas com a implantação compulsória do trabalho remoto foram desde questões regulatórias em mercados como o financeiro onde o sigilo bancário possui grande relevância, até a escassez na aquisição de equipamentos como notebooks e periféricos (SARAIVA; BOAS, 2020).

Ao decorrer dos meses com as questões tecnológicas mitigadas e com a previsão por parte dos órgãos de saúde da extensão do distanciamento social, diversos aspectos relacionados às relações humanas passaram a receber um maior enfoque.

Diante de tal cenário, realizou-se este estudo com o objetivo de identificar e compreender os fatores chave que influenciaram na adaptação e produtividade mediante a adoção do home office como modalidade de trabalho, além dos comportamentos das pessoas que passaram a trabalhar nesse formato de trabalho em virtude da pandemia de covid 19.

## **HOME OFFICE**

De acordo com Chahad (2002), até o final da década de 1970, o modelo de trabalho tradicional era embasado na busca por emprego e estabilidade financeira. Uma nova fundamentação surgiu a partir da competição estabelecida entre os mercados globais, originando novas modalidades de trabalho.

Ao decorrer das últimas décadas, o avanço tecnológico nos mais diversos campos do conhecimento, em conjunto com a interconectividade dos mercados globais propiciou às mais diversas indústrias um nível de competitividade jamais visto.

Desta forma, a fim de manter e expandir suas capacidades produtivas, Lima e Soares (2014) destacam que diversas organizações recorrem às tecnologias disponíveis com o objetivo de atrair e reter talentos muitas vezes distantes fisicamente da organização.

Entretanto, as dificuldades oriundas do modelo de trabalho digital transcendem o universo tecnológico e permeiam as relações humanas. Levasseur (2013) destaca que alguns dos desafios do trabalho remoto ou teletrabalho passa pela construção de relações de confiança entre os membros da equipe e na superação do distanciamento social.

A opção pelo trabalho remoto ou teletrabalho permite ao trabalhador, dentre outras possibilidades, o acesso a mercados de trabalho antes inviáveis, maior proximidade com seus familiares e a possibilidade de realizar diversas outras atividades em decorrência da eliminação do tempo de deslocamento ao local de trabalho.

Dentre as desvantagens do trabalho remoto, o isolamento social pode acarretar a perda da cultura organizacional e o surgimento de doenças psicológicas (ESTRADA, 2010).

Do ponto de vista organizacional, a adoção do modelo de trabalho remoto, dentre outras vantagens, permite a redução e eventualmente a eliminação de custos com instalações físicas e a possibilidade de contratar profissionais das mais diversas regiões do globo (JOHNS; GRATTON, 2013).

O modelo de trabalho Home Office é caracterizado pela realização de atividades profissionais dentro do ambiente domiciliar do trabalhador, podendo ou não depender de tecnologias para desempenhar suas atividades. Segundo Mendonça (2010) a nomenclatura home office deve se referir somente ao ambiente residencial. Reforça ainda que as atividades de trabalho possuem em maior ou menor grau de flexibilidade horários de início e término. Em diversas localidades ao redor do globo, o home office tem se firmado como modelo de trabalho eficaz sendo considerado um modelo alinhado aos avanços tecnológicos de modo a ser amplamente adotado ao longo das próximas décadas (RASMUSSEN; CORBETT, 2008; WARD; SHABHA, 2001).

Mello (1999) já afirmava antes mesmo de entrarmos no século XXI que trabalhar no ambiente residencial propicia maior flexibilidade de rotinas e horários para o trabalhador, tendo este ponto favorável levado à adoção do modelo por empresas de diversos segmentos como forma de retenção de talentos. No contexto pós-pandemia isto se torna ainda mais verdadeiro.

Para Duarte (2005) a prestação de serviços por meio do home office tornou-se mais eficaz tanto do ponto de vista organizacional quanto do ponto de vista do trabalhador, pois conseguem extrair o máximo do seu potencial produtivo sem a necessidade de utilizar outro espaço físico, reduzindo assim os custos organizacionais.

O home office não veio com a pandemia, o coronavírus apenas acelerou ou obrigou sua adoção, tanto assim que Raghuram et al. (1998) apontaram que o sucesso do home office passa pela resiliência dos trabalhadores na mudança do

modelo de trabalho, de tal forma que a distância deixa de ser um empecilho para a relação trabalhador e empregador.

Raghuram et al. (2001), propõem a divisão da relação entre trabalhador e empregador em duas categorias, estrutural e relacional. Nas relações estruturais temos a considerar a independência do trabalho que é a autonomia gerada pelos avanços tecnológicos que permitiram ao trabalhador realizar suas atividades e interações com os demais membros da organização de forma online sem gerar prejuízo produtivo. Nessa categoria também se inclui a clareza de critérios de avaliação, fundamental para manter nivelado os direitos e deveres dos trabalhadores de ambas as modalidades, presencial e remota (KURLAND; EGAN, 1999).

Na categoria relacional citamos a confiança interpessoal e organizacional que está relacionada ao processo de confiança estabelecido entre os trabalhadores e empregadores. Refere-se ao sentimento de pertencimento dos empregados junto à organização. Para Baumeister & Leary (1995) assim como para Raghuram et al. (2001) tal sentimento é o que mantém o desejo de permanecer na organização por parte do empregado.

Segundo Ferreira Júnior (2000), dentre as vantagens apresentadas pelo modelo de trabalho em home office, pode se destacar a redução de custos tanto do ponto de vista do trabalhador quanto do empregador, uma vez que tal redução se dá tanto com o deslocamento quanto com a instalação física da empresa.

O incremento de produtividade é explicado pelo aumento da autonomia, ampliando assim a sensação de autoconfiança do trabalhador em suas habilidades.

O aumento da produtividade também está associado ao ambiente e horários de trabalho, uma vez que possibilita ao trabalhador iniciar sua jornada em uma faixa de horário compatível com o seu maior nível de disposição. Dentre as

desvantagens geradas, Rosenfield e Alves (2011) destacam a substituição das relações humanas presenciais por relações à distância, reforçando o isolamento do profissional e ocasionalmente acarretando prejuízos principalmente associados à saúde mental.

Fontoura e Reis (2022) discorrem a respeito do aumento da violência doméstica e familiar contra a mulher durante a pandemia em função da adoção do home office e o papel do empregador perante essas situações. A redução do contato com o ambiente organizacional acarreta, dentre outras coisas, a redução do feedback por parte dos gestores e acaba por influenciar no processo de aprendizagem, promoções e demissões fazendo jus ao ditado popular “aquele que não é visto, não é lembrado”, de modo que o home office, como tudo na vida apresenta benefícios, mas também desvantagens.

## **COMPORTAMENTO DO TRABALHADOR DURANTE A PANDEMIA**

Chiavenato (2014) ensina que as pessoas passam a maior parte do seu tempo na organização em um local de trabalho que constitui o seu costumeiro habitat e que o ambiente de trabalho é caracterizado por condições físicas e materiais, bem como por condições psicológicas e sociais, sendo ambas intimamente relacionadas.

No entanto, a pandemia de Covid-19 trouxe grandes desafios para a gestão de pessoas, desde a mudança do costumeiro habitat do trabalhador que passou a ser sua própria residência (home office) até problemas relacionados à saúde mental, passando pela convivência de diferentes gerações de trabalhadores, uma característica marcante da força de trabalho desta segunda década do século XXI.

Nesse contexto, empresas de todo o mundo tomaram medidas de prevenção e dando a assistência necessária com medidas cabíveis, para reduzir a transmis-

são do Covid-19. Esta situação é um tanto atípica e, dessa forma foi preciso responder de forma diferenciada.

Um olhar com uma visão mais detalhada mostra o quanto as vidas de muitos estavam automatizadas, ou seja, começava a semana, terminava a semana, e na maioria das vezes não se tinha tempo para valorizar o que realmente tinha importância, mas a pandemia provocada pelo inimigo invisível, Covid-19, levou muitos a refletir acerca da família, do trabalho, da economia, da saúde e do medo (CAMARGO, 2020).

No centro dessa crise sanitária estão os funcionários que também sofrem mudanças rápidas que se traduzem em um dia a dia de trabalho diferente do que estavam acostumados, para os que conseguiram manter seus empregos. O distanciamento, o home office e a família, com filhos pequenos ou mais velhos, o marido ou a esposa, agora também fazem parte do horário de trabalho integralmente.

A questão é que essa mudança na vida da maioria das pessoas, tem acarretado um novo conhecer da família, como o caso daquele funcionário cuja mulher estava criando seu filho de poucos anos e agora o pai está participando de forma mais presente da sua criação, está vendo seu filho descobrir as coisas da vida e se acostumando a comer sempre em casa.

Por outro lado, essa mudança de hábitos também está acometendo certas pessoas de gerações diferentes com vários distúrbios como, depressão, stress, ansiedade, ganho de peso, a uma higienização agressiva, devido ao medo dessa doença.

Há ainda aqueles que, por não suportarem o isolamento ou o distanciamento, estão participando de festas clandestinas de porte considerável, com o risco de transmitirem ou de terem a doença.

As empresas hoje, vivem em um momento histórico, pois, em seu quadro de trabalhadores comportam remanescentes dos Baby Boomers (nascidos entre

1946 e 1964) gerentes da Geração X (nascidos entre 1965 e 1980) Y (nascidos entre 1981 e 1997), e ainda terão que lidar com os ingressantes da Geração Z (nascidos a partir de 1998) que estão começando a se inserir no mercado de trabalho, o que pode significar novos conhecimentos (valiosos à competitividade) chegando à organização, como também, confrontos de ideias entre as gerações (GRUBB, 2018).

Desse modo é importante compreender como cada geração vem enfrentando os desafios impostos pela pandemia de covid 19 nas relações de trabalho, a fim de as organizações definirem estratégias e ações de apoio mais assertivas, eficientes e eficazes, de acordo com as características de sua força de trabalho.

## **METODOLOGIA**

Este é um estudo exploratório (FUTI; BUMBA, 2021), cujos procedimentos técnicos utilizados foram a pesquisa bibliográfica e dois surveys (AARONS, 2020), isto é, também houve a interrogação direta das pessoas cujo comportamento se desejava conhecer por meio de questionários.

Os instrumentos de coleta de dados constituíram-se de dois questionários distintos elaborados na plataforma Google Forms™, dada a sua praticidade durante toda a jornada de pesquisa: desenvolvimento, distribuição, resposta e compilação dos dados. Os questionários continham perguntas fechadas e abertas, de acordo com seus objetivos e foram sempre subdivididos em três seções: Termo de Aceite da Pesquisa, Informações sociodemográficas sobre o respondente e a organização, questões sobre o assunto em pauta (home office e comportamento durante a pandemia).

O conceito de amostragem segundo Mattar (2012) provém da coleta de dados da população ou da amostra pesquisada, fornecendo informações relevantes acerca da população geral, sendo a amostragem não probabilística aquela em que

a seleção dos elementos da população para compor a amostra depende ao menos em parte do julgamento do pesquisador ou do entrevistador.

Nessa linha, os questionários foram encaminhados por meio das redes sociais LinkedIn, WhatsApp e Facebook dos pesquisadores, trata-se, portanto, de amostragens obtidas de forma não probabilística dada principalmente a dificuldade na obtenção de dados durante a pandemia.

Foi solicitado aos respondentes que compartilhassem o formulário para gerar o efeito bola de neve, ou seja, uma forma de investigação sociocultural que exige o uso de um conjunto de procedimentos e normas que possibilitam a organização e a produção de conhecimento para atingir o máximo possível de pessoas. A amostragem do tipo bola de neve consiste em uma técnica na forma de amostra não probabilística usada em pesquisas sociais em que os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes que por sua vez indicam outros novos participantes e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto (VINUTO, 2014).

Para analisar os dados que foram obtidos utilizamos de métodos quantitativos (ALEXANDRE, 2021) que geraram estatísticas (médias, percentuais etc.) e tabelas com o uso do aplicativo Microsoft Excel<sup>TM</sup>. O método estatístico de acordo com Gil (2019, p.17) “fundamenta-se na aplicação da teoria estatística da probabilidade e constitui importante auxílio para a investigação em ciências sociais”.

Para análise das respostas às perguntas abertas, dissertativas, isto é, dados qualitativos, estes foram analisados por meio de ferramentas qualitativas (AMÉRICO, 2021), tais como análise discursiva, análise de conteúdo e auxílio da chamada nuvem de palavras, que nada mais é que gráfico digital que mostra o grau de frequência das palavras em um texto. Para tanto recorreu-se ao Word Cloud Generator, um aplicativo de uso gratuito, disponível na Internet, que cria nuvens

de palavras em fontes de vários tamanhos, indicando as que são mais relevantes e as que são menos relevantes no contexto do estudo.

Detalhamos cada uma das surveys e suas características específicas nos subitens seguintes, ao tempo em que analisamos os dados coletados.

## **ANÁLISE DOS DADOS SOBRE HOME OFFICE**

O questionário permaneceu disponível por três semanas para profissionais da área financeira e de tecnologia residentes no município de São Paulo, por serem as áreas de atuação dos pesquisadores. Durante o período divulgado, o questionário recebeu 72 respostas, apesar de ter atingido mais de 1.000 profissionais nas redes sociais, porém, foram considerados válidos apenas 68 questionários/respondentes.

Registra-se que parcela do público abordado decidiu não se manifestar acerca da pesquisa sob o pretexto de represália por parte da organização onde trabalha, mesmo após terem sido informados acerca do anonimato das respostas, e outra parte simplesmente não se manifestou.

Dentre o público consultado, 94% declararam que estavam trabalhando na modalidade de home office, um índice bastante elevado. A Tabela 1 demonstra a quantidade de horas extras que esses trabalhadores informaram realizar durante o regime de trabalho remoto, lembrando que no Brasil a jornada de trabalho normal é de oito horas por dia, no máximo (acima disso é considerado hora extra).

**Tabela 1:** Quantidade de horas extras realizadas por trabalhadores em home office.

Não realiza	Entre 1 e 2 horas	Mais que 2 até 5 horas	Acima de 5 horas
36%	24%	22%	18%

Fonte: pesquisa, 2020.

Portanto, como a legislação brasileira prevê um máximo de duas horas extras realizadas por dia, podendo chegar a dez horas extras semanais, segundo os dados da pesquisa, 40% dos trabalhadores em home office extrapolam o limite legal diário de duas horas extras e a Tabela 2 apresenta os motivos pelos quais esses trabalhadores extrapolam suas jornadas de trabalho.

**Tabela 2:** Principal Motivo das horas extras

Aumento de atividades	Excesso de reuniões	Lentidão nos sistemas	Distrações na residência
38%	34%	17%	11%

Fonte: pesquisa, 2020.

Dentre os principais motivos que acarretam a realização de horas extras, destaca-se o aumento de atividades e o excesso de reuniões ou ligações correspondendo a 72% do total apontado pelos entrevistados como sendo o motivo principal.

Vale notar que a realização de horas extras ocasionadas por motivo de distrações na residência corresponde a apenas 11% do total de entrevistados, o que parece indicar que a própria empresa que precisa ser mais disciplinada ao adotar essa modalidade de trabalho. Isso, provavelmente, vem da insegurança dos gestores quanto ao controle da jornada e, principalmente quanto à manutenção da produtividade dos empregados.

Dentre os respondentes que realizam home office, 75% afirmaram que houve o incremento de produtividade ao adotar este modelo de trabalho, isto é, a grande maioria percebeu que produziu mais do que na empresa, não obstante a realização de horas extras.

Dentre os principais motivos apontados pelos respondentes que incrementaram a produtividade (pergunta aberta), destacam-se o incremento de foco e

concentração, mas também citaram bastante: tempo, silêncio, ambiente, redução do deslocamento. Tais razões permitem inferir que um ambiente silencioso e acolhedor como a casa do trabalhador, livre de distrações, colaboram para o incremento de foco e concentração e que apesar de em casa haver outros tipos de distrações, estas não interferiram significativamente.

Quanto aos principais desafios relatados pelos pesquisados, estes estão associados ao aumento na carga de trabalho ocasionando a extensão da jornada de trabalho, muitas vezes invadindo o horário de lazer. Outras dificuldades enfrentadas, estão associadas à família. A divisão do ambiente residencial com familiares também em trabalho remoto e com crianças em horário escolar desencadearam uma série de dificuldades momentâneas informadas pelos respondentes, como excesso de barulho e até conflito de interesses no caso de famílias que trabalham em empresas concorrentes.

Como principais benefícios destacados pelos respondentes no home office está o tempo de deslocamento, muitas vezes superior a três horas diárias que foram revertidas automaticamente em mais tempo com a família e em qualidade de vida, propiciando aos respondentes realizar uma série de atividades voltadas à saúde, estudos e lazer. Importante considerar que um dos maiores problemas das grandes cidades brasileiras é o trânsito e a má qualidade do transporte público.

Os interrogados destacaram como malefícios dessa modalidade de trabalho uma maior sensação de solidão, perda de foco e aumento das atividades. A sensação de solidão parece associada à redução de interações com os demais colegas de trabalho e ao maior tempo confinado no ambiente de trabalho na residência. Alguns outros pontos negativos informados pelos questionados merecem maior atenção, como o incremento nas despesas residenciais associadas às contas de luz e internet, muitas vezes não subsidiada ao menos em parte pela organização onde trabalha, e o aumento de sedentarismo.

A aprovação na adoção de forma permanente do home office está demonstrada na Tabela 3, que mostra ser superior à 70% o índice de favorabilidade à instituição definitiva do home office para os respondentes com idade superior a 30 anos. Para os entrevistados entre 18 e 25 anos e entre 26 e 30 anos a taxa de adoção é de 60% e 40% respectivamente. O grupo com menor favorabilidade (maior resistência) foi o da faixa etária entre 26 e 30 anos e a resistência à adoção permanente do home office foi relatada como estando associada a uma maior necessidade de interação com outros indivíduos.

**Tabela 3:** Índice de aprovação do home office

Idade (anos)	18-25	26-30	31-40	41-50	< 51
Percentual	60%	40%	81%	80%	71%

Fonte: pesquisa, 2020.

Os participantes da pesquisa que são gestores informaram que dentre os maiores desafios para a adoção do home office estão o acompanhamento e disciplina da equipe quanto aos horários de trabalho e entregas de atividades. Outro aspecto destacado por eles foi o emocional do trabalhador, muitas vezes em desequilíbrio em decorrência de questões familiares, sociais ou profissionais.

Esse mesmo grupo de gestores apontou como os principais motivos que os levariam a implementar definitivamente o regime de teletrabalho o incremento na produtividade e qualidade da entrega do trabalhador. Entretanto, para cerca de 60% dos respondentes gestores, o ideal seria um modelo híbrido de trabalho com uma carga de trabalho presencial de dois dias na semana.

A adoção de um modelo híbrido, segundo os respondentes gestores, auxilia na perpetuidade da cultura da organização assim como colabora para maior interação entre os trabalhadores.

## ANÁLISE DOS DADOS SOBRE COMPORTAMENTO DO TRABALHADOR

Os questionários estiveram disponíveis no mês de setembro de 2020 e foram coletadas 247 respostas consideradas válidas. Os participantes que responderam ao questionário precisavam se encontrar na modalidade de trabalho home office. A Tabela 4 atesta a presença de representantes de quatro gerações na amostra, as quatro principais que hoje constituem o mercado de trabalho.

**Tabela 4:** Distribuição dos participantes por geração

Baby Boomers	X	Y	Z	Total
5,75%	28,74%	60,92%	4,60%	100%

Fonte: pesquisa, 2020.

Como se pode observar na Tabela 5, apenas 25,5%, isto é, 63 respondentes não desenvolveram nenhuma enfermidade, todos os demais respondentes apresentaram algum transtorno durante a pandemia. Os distúrbios mais citados foram a ansiedade (49,4%), o ganho de peso (41,3%) e o estresse (34,4%). Essa pergunta aceitava mais de uma resposta.

**Tabela 5:** Disfunções desenvolvidas durante a pandemia

Disfunção	Percentual	Disfunção	Percentual
Ansiedade	49,39%	Distúrbios do sono	27,53%
Estresse	34,41%	Síndrome do pânico	2,43%
Ganho de peso	41,30%	Depressão	7,29%
Quebra de rotina	23,89%	Síndrome de Burnout	0,40%
Falta de apetite	4,86%	Nenhuma disfunção	25,41%

Fonte: pesquisa, 2020.

Os dados mostram claramente as fortes consequências das medidas de isolamento na saúde dos trabalhadores, isto é, não se trata apenas da doença causada pelo vírus, mas também dos impactos das medidas de prevenção à doença. A depressão atingiu 7,3% dos respondentes, dos quais 67% dos respondentes que tiveram o problema são do sexo feminino, o dobro dos respondentes homens. Os respondentes afirmaram em sua maioria (87%) que durante o período de pandemia não estiveram em festas clandestinas, mas os restantes 13% relataram participação nesse tipo de evento.

Segmentando os participantes que confessaram participação em festas durante a pandemia por região, evidenciou-se que 61% dos que participaram de festas clandestinas eram do interior do estado, 30% eram da capital e 9% do litoral. 64% dos respondentes afirmaram que não contraíram o vírus e 31% não souberam opinar, enquanto 5% disseram que contraíram, porém, os transtornos e problemas de saúde causados indiretamente pela pandemia, isto é, pelas medidas de isolamento social chegou a 75% da amostra (Tabela 5). O próprio fato de as pessoas não saberem se contraíram ou não (muitos adquirem o vírus, mas não apresentam sintomas) pode ser um fator desencadeador da ansiedade e 66% dos respondentes conseguem realizar algum tipo de atividade física dentro de casa ainda que parcialmente (35%), mas 34% não tiveram êxito em realizar qualquer tipo de atividades físicas em casa.

A Tabela 6 aponta quais foram as medidas cumpridas com a pandemia, pelos respondentes, sendo 59,9% o isolamento social, 98% a higienização das mãos, 98,8% o uso do álcool em gel e 98,38% uso da máscara, ao tempo em que apenas uma pessoa afirmou que não estaria adotando nenhuma medida. Também essa pergunta aceitava mais de uma resposta.

**Tabela 6:** Medidas adotadas para enfrentar a pandemia

Medidas	%	Medidas	%
Isolamento social	59,92%	Uso de máscara	98,38%
Lavar as mãos	97,98	Uso de álcool gel	98,79%
Higiene corporal (banho)	79,76	Nenhuma medida	0,4%
Manter distância	70,85	Vitamina D	0,4%
Higienizar alimentos	69,23%	Face Shield	0,4%

Fonte: pesquisa, 2020.

Esses dados demonstram um alto nível de conscientização e engajamento dos respondentes com os procedimentos de prevenção, um dado auspicioso, apesar de 13%, como apontado anteriormente, terem confessado participar de festividades ainda que proibidas. Questionados sobre o retorno à vida normal após a vacinação, 73% dos respondentes afirmaram que acreditam ser positivo continuar usando máscaras, o que parece ter-se tornado um hábito, situação a ser confirmada quando do retorno efetivo à vida considerada normal.

Os resultados mostram que a pandemia agravou e impactou fortemente a saúde das pessoas de muitas formas e indica que daqui por diante as organizações deverão repensar suas práticas de gestão de recursos humanos no sentido de buscarem ações proativas de cuidados com a saúde física e mental de seus colaboradores.

## **SOLUÇÕES E RECOMENDAÇÕES**

Verificou-se, tanto por meio da literatura, quanto pelos dados da pesquisa realizada que o desenvolvimento e aceitação do trabalho remoto ultrapassa o campo tecnológico e permeia em sua maior parte as relações humanas.

Durante as primeiras semanas de confinamento imposto pelos protocolos sanitários, as mais diversas organizações laborais deram um maior enfoque nas necessidades tecnológicas a fim de prover em um curto espaço de tempo todas as ferramentas necessárias para a continuidade de suas operações.

Para os trabalhadores respondentes, a divisão do ambiente residencial com os demais residentes desencadeou dificuldades momentâneas associadas às atividades residenciais e à necessidade de atenção principalmente envolvendo crianças e pessoas de idade avançada. Já para trabalhadores jovens a sensação de solidão associada à redução de interações formou a principal desvantagem deste modelo de trabalho.

Como contraponto, tais aspectos negativos são minimizados quando comparados com a redução no deslocamento do trabalhador ocasionando em um maior período para a realização de atividades voltadas para o lazer, família e desenvolvimento pessoal.

Para gestores além dos aspectos psicológicos dos trabalhadores, em parte afetados pelo distanciamento imposto, o maior desafio está associado ao acompanhamento das equipes, muitas vezes acarretando um volume excessivo de ligações e conferências. Nesse caso, a capacitação de gestores para liderar nessa modalidade de trabalho é um caminho que poderá trazer bons resultados equacionando essa dificuldade. Observou-se que o modelo de trabalho remoto por meio do home office possui benefícios atraentes para as organizações, trabalhadores e toda a sociedade nos mais diversos campos, desde a redução de poluentes na atmosfera decorrente do menor volume de deslocamentos diários até o maior tempo disponível para os trabalhadores realizarem atividades ligadas ao lazer, saúde ou família, porém, há também alguns riscos à saúde do trabalhador.

Nesse sentido, sugere-se que as organizações procurem adotar e disseminar esse modelo de trabalho que traz benefícios sociais e econômicos sem descuidar das consequências adversas aos trabalhadores.

## CONCLUSÕES

Esta é uma pesquisa exploratória que trouxe diversos insights e maior familiaridade com as questões estudadas, com vistas a torná-las mais explícitas e sugerir estudos mais abrangentes, pois a seleção das amostras foi não-probabilística. Em face do exposto, não se permite generalizar os dados, porém, entende-se que esse método é simples, rápido e permite obter respostas de um espectro bastante amplo de perfis de respondentes e de modo algum invalida os resultados obtidos, não obstante reconhecemos que se fazem necessários outros estudos nas mesmas linhas, porém, com amostragens mais significativas.

A quarentena afetou grande parte das empresas, obrigando-as a adaptar seus produtos, processos e serviços para uma nova dinâmica do mercado e as prioridades dos clientes foram redefinidas, o processo de digitalização foi acelerado com soluções internas, como por exemplo, o home office, e com externas como soluções digitais para clientes.

Os trabalhadores colocados em home office, além de problemas psicológicos como a depressão, ansiedade, também sofreram com o ganho de peso físico. De fato, a pesquisa indica que talvez o maior problema na pandemia a ser enfrentado pelas empresas e pelos RH não seja apenas o próprio vírus, agora que já existem vacinas, mas a forma com que a nossa sociedade está lidando com novas demandas de lockdown, homeschooling, isolamento social, distanciamento social e convivência em tempo integral com as pessoas de casa, que requer mais pesquisas devido serem temas sensíveis.

Assim, os resultados do estudo sugerem a necessidade de as empresas pesquisarem novas e diversas iniciativas a fim de auxiliar todas as pessoas com sintomas ansiosos e depressivos, ocasionados pela adoção do isolamento social, principalmente em home office, oferecendo aos empregados solidariedade e apoio.

Observou-se que a realização do home office por muito o tempo pode ser prejudicial à saúde dos trabalhadores, acarretando problemas psicológicos e físicos decorrentes da falta demasiada de atividades relacionadas ao corpo e a mente, situações que também valem a pena serem estudadas mais profundamente.

Em face dos resultados, ainda se sugere uma linha de pesquisa interessante sobre um provável modelo de atuação viável que seria o híbrido em que o trabalho via home office seria realizado em parte da jornada laboral tradicional.

Tal medida poderia trazer todos os benefícios apontados, além de manter forte a cultura organizacional e as relações humanas, mitigando possíveis problemas de saúde tanto em aspectos psicológicos quanto físicos, mas só pesquisas futuras poderão confirmar efetivamente esta hipótese.

Cada geração de trabalhadores tem suas características próprias, sofreram e estão superando os desafios da pandemia de covid 19 à sua maneira, portanto, há a necessidade de um ajustamento minucioso das gerações no âmbito organizacional (equilíbrio), isto é, a áreas de recursos humanos das organizações podem pesquisar especificamente cada geração, a fim de se tornar um forte protagonista no sentido de capacitar os gestores para lidarem com sua equipe de trabalho, tecnologias e o encontro de gerações, atendendo a um mercado de trabalho cada vez mais diversificado.

Ademais, entende-se que esse tipo de estudo deve ser repetido, agora que a pandemia terminou, pelas próprias empresas para verificar a situação de seus empregados e direcionar ações mais específicas a cada caso. Conclui-se, portanto, que o trabalho remoto com a adoção do home office provê uma melhora no desempenho do trabalhador gerando incremento de produtividade e redução de custos para a organização e deve ganhar maior destaque ao longo dos próximos anos, desde que as organizações não descuidem do lado humano da questão.

Em face do exposto, a área de gestão de pessoas das organizações tem na adoção do home office amplas possibilidades para melhoria das relações de trabalho, da qualidade de vida e da produtividade, porque os trabalhadores colocados em home office, além de problemas psicológicos como a depressão, ansiedade, também sofreram com o ganho de peso físico.

Assim, pode-se pensar em grupos de apoio em intranet das empresas redes sociais e programas de prevenção, conversas com psicólogos, orientações, dicas para superar e passar essa fase e muitos outros conteúdos relevantes para que se promova o bem-estar e saúde mental dos trabalhadores.

## REFERÊNCIAS

AARONS, H. **A practical introduction to survey design: a beginner's guide**. London: SAGE Publications Ltd., 2020.

ALEXANDRE, A. F. (2021). **Metodologia científica: princípios e fundamentos**. São Paulo: Blucher, 2021.

AMÉRICO, B. **Método de pesquisa qualitativa: analisando fora da caixa a prática de pesquisar organizações**. Rio de Janeiro: Alta Books, 2021.

BAUMEISTER, R.; LEARY, M. The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. **Psychological Bulletin**, [S.I.], v. 3, n. 117, p. 497-529, 1995.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Brasil confirma primeiro caso da doença**. Ministério da Saúde (online), 26 de fevereiro de 2020. Disponível em <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46435-brasil-confirma-primeiro-caso-de-novo-coronavirus>. Acesso em janeiro de 2023.

CHAHAD, J. P. Z. As modalidades especiais de contratos de trabalho e o emprego flexível no Brasil. **RDT- Revista de Direito do Trabalho**. São Paulo, v. 28, n. 106, p. 76-95, abr. 2002.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. São Paulo: Manole, 2014.

DUARTE, J. B. **O trabalho no domicílio do empregado: controle da jornada e responsabilidade pelo custeio dos equipamentos envolvidos**, 2005. Disponível em <https://migalhas.uol.com.br/depeso/12333/o-trabalho-no-domicilio-do-empregado--controle-da-jornada-e-responsabilidade>. Acesso em 12 fev. 2023.

ESTRADA, M. M. Realidade do teletrabalho no Brasil e nos tribunais brasileiros. **Revista Direito e Liberdade**, 193-116, 2010.

FERREIRA JÚNIOR, J. C. Telecommuting: o paradigma de um novo estilo de trabalho. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, 8-17, set. 2000.

FONTOURA, I. H. N. da; REIS, S. d. S. (2022). As consequências da modalidade home office às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar e o papel do empregador. **Anais**. III Jornada de Desenvolvimento e Políticas Públicas. Criciúma: Universidade do Extremo Sul Catarinense, 2022.

FUTI, Xavier Alfredo da Silva; BUMBA, Fernando. **Metodologia de elaboração de trabalhos científicos: uma abordagem de acordo com as normas APA e ABNT**. Curitiba: CRV, 2021.

Gil, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 2019.

GRUBB, V. M. **Conflito de gerações: desafios e estratégias para gerenciar quatro gerações no ambiente de trabalho**. São Paulo: Autêntica Business, 2018.

JOHNS, T.; GRATTON, L. The third wave of virtual work [review of the third wave of virtual work]. **Harvard Business Review**, 2013. Disponível em <https://hbr.org/2013/01/the-third-wave-of-virtual-work>. Acesso em 7 jan. 2023.

KURLAND, N. B.; EGANA, T. D. Telecommuting: justice and control in the virtual organization. **Organization Science**, pp. 500-513, jun. 1999. Disponível em <https://www.jstor.org/stable/2640368>. Acesso 2 jan. 2021.

LAZARETTI, B. **94% das firmas aprovam home office, mas 70% vão encerrar ou manter em parte**, 2020. Disponível em <https://economia.uol.com.br/n;oticias/redacao/2020/07/28/94-das-empresas-aprovam-home-office-mas-75-nao-o-manterao-apos-pandemia.htm>. Acesso em 11 out. 2022.

LEVASSEUR, R. E. People skills: leading virtual teams - a change management perspective. *Interfaces*, 42(2), pp. 213-216, s.d.

LIMA, M. A.; SOARES, A. d. O secretário executivo e a tecnologia da informação: um estudo sobre a utilização de recursos tecnológicos pelos profissionais da cidade de Belém/PA. *Revista de Gestão e Secretariado*, 5(2), pp. 138-157, mai. 2014. Acesso em 24 de Setembro de 2021, disponível em <https://www.revistage-sec.org.br/secretariado/article/view/254>

MATTAR, F. N. **Pesquisa de Marketing**: edição compacta. São Paulo: Atlas, 2012.

MELLO, A. **Teletrabalho (telework): o trabalho em qualquer lugar e em qualquer hora**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1999.

MENDONÇA, M. **A inclusão dos home offices no setor residencial no município de São Paulo**. Tese de Doutorado: Curso de Tecnologia da Arquitetura, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010. Disponível em <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/16/16132/tde-25112010-145910/pt-br.php>. Acesso em set. 2022.

OPAS, Organização Pan-americana de Saúde. **OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus**. Online. Disponível em <https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>. Acesso em 30 jan. 2022.

PICCHI, F. Home office forçado vai mudar a forma como trabalhamos nas empresas. *Época Negócios Online*, 15 abr. 2020. Acesso em 3 de jan. 2022. Disponível em <https://epocanegocios.globo.com/colunas/Enxuga-Ai/noticia/2020/04/home-office-forcado-vai-mudar-forma-como-trabalhamos-nas-empresas.html>. Acesso em 12 dez. 2022.

RAGHURAM, S.; GARUD, Raghu; WIESENFELD, Batia M. Telework: managing distances in a connected world. *Strategy + Business*, 10, 1998. Disponível em <https://www.strategy-business.com/article/9530?gko=f82ad>. Acesso em 13 de mar. 2022.

RAGHURAM, S.; GARUD, Raghu; WIESENFELD, Batia M.; GUPTA, Vipin. Factors contributing to virtual work adjustment. **Journal of Management**, 27 (3), pp. 383-405, June, 2001. Disponível em [https://www.researchgate.net/publication/228751940\\_Factors\\_contributing\\_to\\_virtual\\_work\\_adjustment](https://www.researchgate.net/publication/228751940_Factors_contributing_to_virtual_work_adjustment). Acesso em 21 de mai. 2022.

RASMUSSEN, E.; CORBETT, G. Why Isn't Teleworking Working? **New Zealand Journal of Employment Relations**, 33, 2, pp. 20-32, 2008. Disponível em [http://www.nzjournal.org/33\(2\)Rasmussen.pdf](http://www.nzjournal.org/33(2)Rasmussen.pdf). Acesso em 8 out. 2022.

ROSENFELD, C. L.; ALVES, D. A. Autonomia e trabalho informacional: o teletrabalho. **Dados**, 54(1), pp. 207-233, 2011. Disponível em [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0011-52582011000100006&lng=en&nrm=iso](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582011000100006&lng=en&nrm=iso). Acesso em 6 jun. 2022.

SARAIVA, A.; BOAS, B. V. Com quarentena e dólar, notebook tem maior alta de preço em 7 anos. **Valor Econômico Online**. 20 jul. 2020. Disponível em <https://valor.globo.com/empresas/noticia/2020/07/20/com-quarentena-e-dolar-notebook-tem-maior-alta-de-preco-em-7-anos.ghtml>. Acesso em 18 out. 2021.

CAMARGO, P. Pandemia expõe as fragilidades do nosso sistema de avaliação: para Francisco Soares, testes de múltipla escolha não ajudarão escolas a reorganizar o trabalho pedagógico e atender às necessidades dos alunos que ficaram sem aulas durante o isolamento. **Revista Educação Online**. São Paulo: RFM, 3 nov. 2020. Disponível em <https://revistaeducacao.com.br/2020/11/03/avaliacao-chico-soares/>. Acesso em 24 de janeiro de 2022.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, 22, 44, pp. 203–220, 30 dez. 2014. DOI: <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>

WARD, N.; SHABA, G. Teleworking: an assessment of sociopsychological factors. **Facilities**, 19(1), pp. 61-71, Jan. 2001. Disponível em <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/02632770110362811/full/html>. Acesso: 24 set. 2021.

---

## **CAPÍTULO 13**

---

# **PRODUÇÕES IMAGINÁRIAS, EMOÇÕES E AFETOS VIVIDOS PELAS PACIENTES COM ENDOMETRIOSE<sup>1</sup>**

Michele Saray Bonfim  
Denise Machado Duran Gutierrez

---

<sup>1</sup> Parte da dissertação: BONFIM, M.S. *Vivências socioafetivas de pacientes com endometriose: Uma compreensão psicanalítica clássica*. Universidade Federal do Amazonas, Faculdade de Psicologia, Programa de Mestrado em Psicologia, 2019.

## INTRODUÇÃO

A endometriose é uma doença crônica que afeta mulheres em idade reprodutiva e que, apesar de ser uma causa comum de dor pélvica, a sintomatologia é diversa, o que dificulta o diagnóstico. Assim, a endometriose é frequentemente rotulada como “*a doença perdida*” (DENNY, 2004), pois a variedade dos sintomas e a dificuldade em diferenciar essa patologia de outras condições é apenas um dos problemas enfrentados. A existência e a intensidade dos sintomas não necessariamente se correlacionam com a gravidade da doença.

Existem muitas pesquisas clínicas a respeito da endometriose, do tratamento e até sobre a qualidade de vida de pacientes. Nas pesquisas sobre a qualidade de vida, por exemplo, utilizam-se escalas como um instrumento específico para avaliar o impacto da endometriose na vida das mulheres. O que essas escalas não podem fornecer, no entanto, são descrições de como as vidas individuais são afetadas. Sendo assim, são raras as publicações que exploram a experiência de mulheres que convivem com endometriose.

Em função da falta de produção científica, que dê voz as mulheres e aprofunde conhecimento sobre suas vivências, procuramos aqui apresentar e discutir resultados nos tópicos das produções imaginárias, emoções e afetos vividos por mulheres com endometriose.

Destacamos que a própria condição de incerteza favorece o surgimento dessas produções mentais que impactam a vida dessas mulheres. Aqui compreendemos produções imaginárias enquanto manifestações com significados ocultos cuja interpretação a psicanálise se ocupa. Essas produções podem ser: sonhos, delírios, atos falhos ou associações livres.

## METODOLOGIA

Neste estudo o enfoque qualitativo foi privilegiado uma vez que lidamos com a subjetividade enquanto realidade complexa e parte constitutiva do sujeito. Como esclarece Victora *et al.* (2000) a metodologia qualitativa, por trabalhar em profundidade, nos possibilita uma compreensão da vida das pessoas, não sendo um mero inventário sobre a vida de um grupo, mas permitindo a explicação de comportamentos. Pope e Mays (2009) postulam que a pesquisa qualitativa se volta à compreensão dos significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e a maneira como estas interpretam este mundo.

Quanto ao tipo, trata-se de pesquisa exploratória, como define Gil (2008), pois tem foco mais amplo e aberto para investigações de fenômenos e processos complexos e pouco conhecidos e/ou sistematizados, passíveis de várias perspectivas de interpretação.

Trabalhamos ainda com o Método Clínico de pesquisa, posto que aderimos à visão característica de homem e de concepção de pesquisa, através de seus três pilares sustentadores, quais sejam: 1.o entendimento do homem como portador de angústias e ansiedades; 2. uma atitude clínica de acolhida dos sofrimentos emocionais das pessoas, com inclinação para a escuta e para o olhar, movido pelo desejo e hábito de proporcionar ajuda ao sujeito; e 3. a atitude psicanalítica, fruto de uma visão de homem como portador de um inconsciente, o que repercutirá diretamente na construção e na aplicação dos instrumentos, assim como no referencial teórico para a discussão dos resultados (TURATO, 2010).

Abraçamos coerentemente a epistemologia freudiana quanto à forma de produção de conhecimento, em que se destaca o caráter *interpretativo*, *singular* e em *permanente desenvolvimento*. Nossa finalidade aqui é compreender o significado dos processos para as participantes, admitindo que não haja respostas definitivas para o problema investigado.

Nesse sentido, a investigação em psicanálise ocorre em situação extra-analítica – no Ambulatório de Endometriose situado no Ambulatório Araújo Lima (AAL), pertencente ao Hospital Universitário Getúlio Vargas (UFAM). É nesse contexto em que a pesquisa se efetiva, como argumenta Pacheco, Coelho & Rosa (2000), explorando as vivências a partir de quem experimenta o fenômeno. Ao problematizar elementos subjetivos, em sua maioria manifestações inconscientes presentes nos discursos dos sujeitos, a teoria psicanalítica nos nutre com recursos teóricos e técnicos proporcionando leituras do homem em sua interação com o meio simbólico.

As participantes deste estudo foram 4 mulheres indicadas pela médica preceptora do Ambulatório de Endometriose, de acordo com os critérios estabelecidos na pesquisa, quais sejam: idade reprodutiva (entre 18 e 42 anos), com diagnóstico de endometriose há pelo menos um ano, com ou sem dor pélvica, com ou sem infertilidade. Optou-se por este recorte temporal por entendermos que este tempo permite às mulheres um acúmulo de experiência e vivência em sua condição em relação à saúde, por ser a faixa etária de maior prevalência da doença, além de estar situada na fase do desenvolvimento humano de maior produtividade social .

Como principal instrumento para coleta de dados utilizamos a técnica de entrevista em profundidade, ou entrevista semi-dirigida, em que se buscou dar liberdade às participantes do estudo para que pudessem se expressar livremente. Turato (2010), explica que na entrevista semidirigida, o sujeito pode falar segundo os princípios da Livre Associação de ideias, a qual consiste na expressão livre de pensamentos que ocorrem ao espírito, quer a partir de um elemento dado, quer de forma espontânea. O roteiro de entrevistas consistiu em 27 perguntas que exploram duas questões principais: as vivências das mulheres que possuem o diagnóstico de endometriose; e, sua relação com a doença, com seu corpo e tratamento.

Subsidiariamente, como instrumento utilizou-se o *Procedimento de Desenho-Estória (DE) com Tema* (TRINCA, 1997) e observações em *Diário de Campo*, como amplamente utilizado em estudos qualitativos, de modo a caracterizar os contextos em que as interações ocorrem.

O projeto de pesquisa recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, sob número CAAE 02180518.7.00005020. E atendeu ao preconizado pela resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece todos os cuidados para a proteção dos direitos da pessoa. Atendendo ainda à legislação vigente foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com todas as participantes.

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas literalmente. No caso do procedimento de Desenhos-Estória com Tema, foram seguidas todas as orientações técnicas ligadas à aplicação do Procedimento D-E com Tema, conforme as melhores recomendações do mesmo autor.

Os dados coletados nas entrevistas foram analisados segundo o Método Clínico de pesquisa, próprio da psicanálise que foca no sentido simbólico – latente - das produções narrativas dos sujeitos. No que diz respeito ao Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, este tem sua fundamentação baseada nas teorias e práticas da Psicanálise, das Técnicas Projetivas e da entrevista clínica (TRINCA, 2013). Já em Trinca (1997) encontramos um referencial de análise dos D-E composto por dez áreas, ou categorias:

I – Atitude básica: em relação a si próprio e em relação ao mundo; II – Figuras significativas: figura materna, figura paterna, relacionamento entre as figuras parentais, reações do sujeito para com as figuras parentais, figuras fraternas e outras; III – Sentimentos expressivos: tristeza, alegria, culpa, solidão, abandono, raiva, etc.; IV – Tendências e desejos: desejos de livrar-se de danificações físicas ou psíquicas, de sanar carência afetiva, necessidades de proteção, inclusão, afiliação, hostilidade, domínio, etc.; V – Impulsos: amorosos ou destrutivos; VI – Ansiedades: paranóides ou depressivas; VII – Mecanismos de defesa: cisão, negação, repressão, regressão, racionalização, etc.; VIII – Sintomas expressivos: hipercinesias, ideias delirantes, etc.; IX – Simbolismos apresentados: símbolos de religião, folclore, mitos, etc.; X – Outras áreas da experiência (p.117).

A análise dos D-E seguiu o esquema proposto, identificando-se principalmente os afetos presentes nas produções das participantes e análise das relações delas com seu corpo e com o outro (relação com as figuras significativas).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### *1. A intuição: “... algo estava errado”.*

Aqui nos referimos a um tema que demarca o início de um processo caracterizado pelo desconforto causado pelos sintomas até a percepção de que há algo errado. Trata-se de processo que persiste por muitos anos, acompanhado pela busca incessante por uma resposta, por um diagnóstico. As mulheres que entrevistamos apresentavam sintomas desde a menarca, na adolescência, porém, como a assistência médica não deu respostas, as mesmas começaram uma verdadeira peregrinação em busca de um diagnóstico, e neste processo, havia sempre uma *intuição* de que algo estava errado com seus corpos, conforme seguem as narrativas a seguir:

É assim... Não fiquei tão impactada porque eu me observo. Eu observo meus sinais, eu sabia que alguma coisa não legal estava acontecendo de um tempo pra cá (Mulher A).

Aí eu já tinha me preparado pra qualquer doença... Alguma coisa tinha que ter pra eu me sentir do jeito que tava... (Mulher B).

Aí eu... Será que isso é normal? E o fluxo era intenso, assim tipo, era uma semana menstruada... (Mulher C).

Nessa época eu fazia academia, aí isso foi num sábado... Aí quando foi na segunda-feira eu já não conseguia mais andar. Aí eu tive que ficar ‘assim’ porque eu não conseguia andar. Passei a manhã toda de cama, aí uma amiga indicou um médico lá perto de casa. Aí eu fui, não dizia nada... Aí depois eu descobri a endometriose, que foi através do exame que, por desconfiança minha, eu pesquisei na internet... (Mulher D).

Podemos observar que as mulheres vivenciavam os sintomas como algo que estava mostrando que seus corpos adoeciam. Os sintomas já eram reconhecidos como anormais e o problema era alçado à categoria de possível doença, porém, como não recebiam uma validação médica através de um diagnóstico, essa

vivência ficava no campo da *intuição*, de uma *suspeita*, de uma *cisma*, de uma *experiência fantasmática* representativa do corpo que sofre.

É importante entendermos aqui que a rede de apoio da pessoa acometida por sintomas tem papel fundamental na busca por cuidados de saúde, como indica Gutierrez (2012). Porém, o que se observa neste estudo, é que a própria condição de ser mulher influencia nessa busca por cuidados. Pois há uma compreensão errônea, porém socialmente aceita, de que menstruação não é sinônimo de doença, mesmo que o fluxo seja mais intenso que o normal. Ademais, ter dor não é compreendido como problema. O que queremos inferir é que, devido a esses entendimentos sociais estereotipados, as mulheres acabam *se percebendo sós* no processo de adoecimento. Conseguem receber um diagnóstico apenas por insistência pessoal de que há algo errado sim e deve ser tratado. Assim vemos que as mulheres deste estudo demonstram uma *atitude ativa* no processo de busca por explicações para seus sintomas, baseadas na intuição pessoal de que algo está errado.

Movidas por essa intuição, e de não ter uma explicação médica para seus sintomas, as mulheres vivenciam produções imaginárias que funcionam como formas de preencher o campo de falta de respostas que se encontra em aberto. Observemos:

Aí eu falei: ‘vamos fazer o check up’. Aí ela [a médica] passou o CA125, que é um marcador tumoral e deu alterado. Na época eu não tinha conhecimento, não sou da área. Na época ela [a médica] falou assim ‘deu exame alterado, vamos fazer mais um exame só pra gente confirmar, eu não achei legal o valor’. Aí eu perguntei: ‘o que isso significa?’ Aí ela explicou: ‘é um marcador tumoral’. Eu já achei que era câncer, né? (Mulher A).

De vez em quando eu sonho com câncer. Aí digo: ‘ai, senhor, vai pra lá tá repreendido em nome de Jesus’. Eu não sei se é de tanta coisa que eu ouço, né? (Mulher D).

Observemos nas narrativas acima em que duas das mulheres fantasiam sobre a possibilidade de ter *algo a mais* que a endometriose em seus corpos, algo

mais grave, como um câncer. Essas produções imaginárias condizem com fantasias criadas pelo inconsciente para preencher as lacunas existentes devido à falta de dados reais, palpáveis que são característicos da própria patologia da endometriose.

Segundo Nasio (1980) a fantasia se constitui como aquilo que temos de mais próximo, ou seja, a nossa realidade psíquica. Mas nossa postura enquanto seres psíquicos é fortemente impactada pelo fato de sermos seres viventes sexuados (corporais e erógenos) e não enquanto apenas seres falantes. Em outras palavras, a realidade psíquica é recoberta de fantasia, é o nosso modo corporal de tratar o real. O sujeito baseia-se em sua própria estrutura, o suporte imaginário para construir a fantasia. Logo, a fantasia é uma construção imaginária que se dá pela experiência vivida no corpo (erógeno, fantasmático) do sujeito.

A fantasia pode ser considerada como um conjunto de experiências que deixaram marcas no inconsciente do sujeito, mas que não ocorreram necessariamente no mundo concreto das coisas. Podem ser consideradas produtos ligados à busca pelo prazer, que combinam verdade e adulteração. Algo que se constrói em um furo do pensamento, cuja atividade se constitui pela cena primária, na qual o corpo se encontra fixado em expressões gestuais, na realidade vivida intrapsiquicamente. Nesse sentido, as fantasias, produções imaginárias, criadas pelas mulheres podem ser consideradas uma síntese integrada de idéias, sentimentos, memórias e interpretações, em que predominam os elementos afetivos. Elas podem ser pensadas como uma satisfação imaginária dos desejos, da libido, devido a seu caráter particular, mas, podem também ser pensadas no sentido da falta.

Nas falas das mulheres, o que percebemos é a *presença de lacunas explicativas que dêem sentido as sensações corporais* devido a falta de informações sobre a doença, sobre seu quadro particularmente. Diante de tantas dúvidas e incertezas as mulheres sucumbem numa falta de sentido para a experiência em seus corpos. Nesse cenário o inconsciente produz fantasias para preenchimento dessas lacunas, conforme o caminho libidinal vivido nas biografias.

## 2. O diagnóstico: Alívio e Inquietação

Ao receber o diagnóstico da endometriose, da necessidade de tratamento, seja clínico ou cirúrgico, as entrevistadas experienciam um misto de sentimentos e percepções diante da nova condição, mesmo aquelas que já tinham mais clara ideia da possibilidade da doença. Vejamos alguns relatos:

Desde quando descobri, sempre foi uma frustração na minha vida. Eu acho que foi decepção. É que eu desconfiava. Aí eu me sentia aliviada, *né? Quando eu vi o diagnóstico, aí foi um misto de emoção...*, chorei, fiquei chateada, fiquei irritada, uma série de coisas. Principalmente quando eu vi que poderia causar infertilidade, aí que me deixou... (choro) (Mulher B).

Ah, eu chorava muito, ficava, é... acho que era ansiedade antes do tempo e eu ficava muito esperançosa com a cirurgia... (Mulher C).

O momento de receber do diagnóstico é vivenciado pelas mulheres com sentimentos de *tristeza, frustração, ansiedade e decepção*, além de ser experienciado, como na última narrativa acima, com certa *ambivalência*. Ambivalência é um conceito psicanalítico amplamente explorado por Freud (1913) para designar a presença simultânea e conflitante em um mesmo sujeito de intenções afetivas opostas em relação a um objeto, ou a uma pessoa. Encontramos nos discursos das mulheres a existência de pares de opostos de forma concomitante e indissociável. Observemos ainda:

Tudo tinha que acontecer. Eu digo que nada é em vão. Tem gente que não entende... Mas como você é profissional eu digo que ela [a endometriose] me salvou, me fez ver quanto vulnerável eu estava, eu estou... e fez me direcionar... Eu amo a versão que eu tô agora. Eu só queria estar mais saudável, só... (Mulher A).

Eu, apesar de que eu fiquei com a cara de interrogação... Aí por um outro lado, pelo menos eu digo que eu já sei o que é. A gente tem como tratar, tem como direcionar o tratamento. ... Eu fiquei triste, e ao mesmo tempo aliviada. Triste por saber que não é um negócio tão simples, mas assim, aliviada por saber, pelo menos saber, o que é. Entendeu? Pelo menos saber o que é... (Mulher D).

Em seu relato, a Mulher A afirma que a endometriose a salvou, pois percebia que estava piorando e hoje se percebe uma pessoa melhor, apesar dos sintomas da doença. A mulher D afirma que, ao passo que ficou triste, também se sentiu aliviada ao receber o diagnóstico, pois agora o tratamento poderia ser direcionado, agora sabia-se o que estava errado.

Nesse processo de esclarecimento/estabelecimento do diagnóstico, podemos ver claramente alguns elementos estruturando as vivências dessas mulheres. Um dos importantes aspectos diz respeito a *falta de reconhecimento de si mesmas* durante o processo de descoberta:

Desse um ano e meio se eu olhar pra trás eu me via despreocupada, me sentia mais tranquila. Depois desse diagnóstico..., parece que meus nervos ficaram a flor da pele. Então quando eu coloco assim: ‘eu de antes e eu de hoje’, a de antes era mais tranquila em relação a isso, mais despretensiosa. Mas hoje eu me sinto muito... emotiva..., muito ansiosa. Eu não sou uma pessoa ansiosa, eu não era assim (Mulher C).

Ultimamente realmente eu ando muito estressada, né? A paciência assim é zero, me irrita muito fácil. Aí eu não sei dizer ‘será que é da endometriose, ou será que é de mim mesmo, natural?’, porque eu sinto que realmente tá mais aflorado assim, sabe? Ele [marido] reclama, todo mundo reclama assim em casa, né? (Mulher D).

As falas dessas duas mulheres descrevem um processo de *estranhamento de si mesmas* após o diagnóstico da endometriose e da nova forma de estar no mundo. Essas sensações podem ser reflexo da desorganização psíquica gerada pelo impacto do diagnóstico e necessidade de *abdicar de alguns sonhos ou desejos*, comuns em pacientes diagnosticados com doenças crônicas.

Há ainda um fator importante, que diz respeito às alterações emocionais e de identidade psíquica relacionadas à endometriose, uma vez que esta patologia tem como um dos principais sintomas a infertilidade.

Esse não reconhecimento de si nos faz pensar no processo de descontinuidade intrínseco ao recebimento do diagnóstico, dessa nova condição de saúde.

As mulheres falam de não se reconhecerem como antes e descrevem uma espécie de perda de aspectos da identidade ao não se perceberem mais como antes da doença. Nas falas, antes se percebiam despreocupadas, agora, emotivas, ansiosas, preocupadas, estressadas, irritadas.

Algumas patologias crônicas quando diagnosticadas, e de acordo com o perfil individual de cada paciente, trazem situações de instabilidade psicológica e emocional, principalmente por afetarem de maneira direta a vida das pacientes, como vimos acima. Assim, *não seria mais possível mascarar o corte* que se impõe e, com o diagnóstico se desvela, uma das maiores questões fonte de mal estar ao ser humano no mundo: sua *finitude*.

Freud (1915) esclarece que no inconsciente cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade. Vejamos:

Todo mundo comenta a mesma coisa, que as vezes dá vontade de parar... Não é morrer, nem nada, mas assim, a gente fica desanimada mesmo. É um papel em branco... E você não vai colorir esse papel? Não dá vontade de fazer nada. Da vontade de ficar na cama, ficar só existindo... vontade de fazer nada... (risos) (Mulher A).

Mexeu muito comigo, tá me dando muita tristeza, mas eu vou continuar... Eu vou fazer [o tratamento] porque eu também tenho que me preocupar com o meu bem-estar, né? Comigo... Independente do que vai ser depois (Mulher B).

Teve uma vez que uma [médica] disse: ‘é melhor você tirar tudo [fazer histerectomia] do que vir coisa pior por aí, né? Aí nem maternidade, nem filho, nem você’. Ai tem esse outro lado também, né? Ai eu digo, né? Vai que eu consigo ter [um filho], aí morre o menino e a mãe (Mulher D).

Em outras palavras, o diagnóstico da endometriose, e a correlata nova condição das mulheres, são vivenciados afetivamente com *fortes sentimentos de perda, impedimentos, sensação de imobilidade, estagnação e risco de morte*. Juntamente, a reflexão sobre a complexidade de temas como sua própria existência, faz disparar alguns mecanismos de defesa que auxiliam às pacientes lidarem com suas angústias. Acima percebemos na fala da Mulher A o mecanismo de defesa

de *negação* ao referir seu desejo de parar e em seguida frisar seu contrário, não ser um desejo de morrer. Vemos também na fala da Mulher B, ao afirmar que vai continuar, ou seja, não irá parar. A negação é o processo pelo qual o sujeito formula seus desejos, pensamentos ou sentimentos até então recalcados e continua a defender-se deles negando que lhe pertençam (LAPLANCHE; PONTALIS, 2007) uma verdadeira estratégia de sobrevivência psíquica.

Os mecanismos de defesa são tipos de fenômenos psíquicos manifestados pelo ego mediante exigências de outras instâncias psíquicas, como id ou superego (FREUD, 1910). O que podemos observar nas narrativas colhidas em nosso estudo, é que as pacientes, quando diante do diagnóstico da endometriose, passavam por pensamentos de morte, nos permitindo inferir que um dos disparadores para esse tipo de sentimento / desejo seria a sintomatologia da dor. Para Le Breton (2013), para quem sente dor o mundo transborda desse sentimento: “*A ansiedade que nasce de tal estado e o sentimento de um suplício que corre o risco de só acabar quando sua própria vida acabar tornam a experiência mais insuportável ainda*” (p.31). Assim sendo, por vezes, o desespero impera e a vida se torna desinteressante, o desejo de morrer emerge, o pensamento da morte é uma antecipação constante.

A sintomatologia em si, especialmente as dores, aparecem nas narrativas desenhando um quadro de *falta de energia, fadiga e diminuição de interesse* em realização de atividades antes prazerosas. Alguns relatos descrevem sentimentos de inutilidade:

Pois é... Tem dias que a procrastinação reina por causa da doença... Eu quero ficar deitada... Mas eu tenho que lutar contra mim mesma. Eu digo que todo dia é uma guerra vencida, não vou mentir (Mulher A).

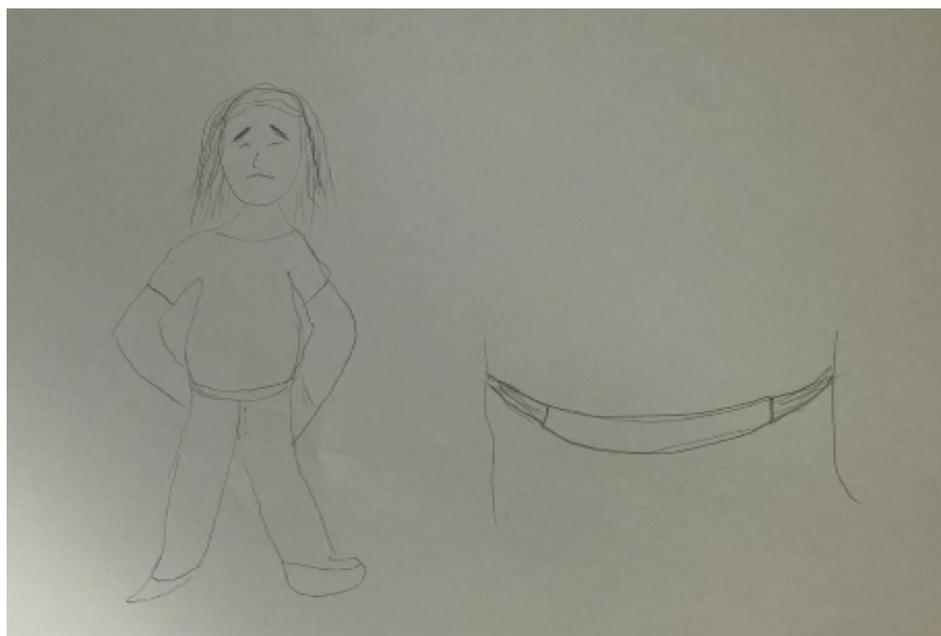
Primeiro que tu já fica ali, com uma série de sensações por causa da doença. Segundo que você tá parada sem fazer nada você se sente mais... Inútil, você se sente inútil, né? Ganho de peso, de tudo assim... O emocional se acaba (Mulher C).

As características descritas sugerem a presença de um *humor deprimido*, processo compreendido enquanto um desinvestimento da libido do meio externo, como esclarece Freud (1914), quando postula sobre o quadro de doença orgânica. É como se o processo de adoecimento provocasse uma forma de *encapsulamento narcísico*, um fechamento do sujeito em torno de si mesmo, indicando que, na dor e na doença orgânicas (do mesmo modo que em todo sofrimento), o enfermo retira o interesse e a libido do mundo, concentrando-os no órgão dolorido ou doente.

Em outras palavras, nos quadros de dor e/ou doenças orgânicas, a pulsão de vida, a libido, daria lugar à uma indiferença completa pelos objetos externos, em um esforço para que o estado de sofrimento diminua. Esse retorno da libido em direção ao ego teria a função de permitir que o sujeito se volte inteiramente para os processos necessários à eliminação da dor que sente, ou da doença que sofre.

A figura 1 ilustra com propriedade as vivências acima descritas. A mulher desenha uma figura feminina com a feição cansada e com dor, ao lado, desenha uma rede, narrando o desejo é ficar deitada na rede o dia inteiro.

**Figura 1:** Mulher com dor da endometriose.



Fonte: Dados de pesquisa, 2019.

Porém, essas mulheres, ao passo que desejam ficar deitadas, sem exercer atividades, lutam contra si mesmas, com a ideia que, caso se permitam fazer nada, além dos sintomas serem sentidos de forma mais intensa, julgam-se preguiçosas. Reforçando a ideia de que seus sintomas são frescura, não valorizando a dor sentida e legitimando assim a *visão social hegemônica sobre mulheres* com esse quadro. Observemos:

Misericórdia, tipo assim, eu sou uma pessoa que é bem fissurada em limpeza, né? ... Eu chego ao ponto de ligar pra minha mãe ‘mãe não dá pra senhora vir aqui pra passar uma roupa, pra fazer um negócio?’, porque eu não tenho von... Não tô conseguindo, eu... Depois me dá vergonha. (chorando). Aí eu falei ‘meu Deus, que vergonha eu ter que chamar minha mãe, que minha mãe mora longe’... E minha mãe não é mais nenhuma menina novinha também. Peguei, tomei um dorflex, deu uma neutralizada na dor, fiz... Fui fazendo faxina, ... Liguei pra ela ‘não mãe, não precisa vir não que eu tô boa, já tô bem’. Mas mentindo, sabendo que eu tava sentindo, mas só pra não deslocar ela de casa (Mulher A).

Notemos nas narrativas os *sentimentos de vergonha, culpa*, juntamente com sentimentos de inutilidade, fadiga e rebaixamento de energia que causam prejuízos importantes na vida dessas mulheres e são característicos do desinvestimento libidinal tratado acima e bem explicados pelos sintomas da endometriose. Vemos de maneira emblemática a fala da mulher que não se permite dizer que está sem vontade de fazer nada, mas interrompe a fala corrigindo por não ‘estar podendo’, tal a carga insuportável de vergonha e culpa.

### **3. Alterações e limitações do corpo**

Como a endometriose é caracterizada por desequilíbrios hormonais, especialmente do hormônio estrogênio, que é um dos principais responsáveis pelo crescimento e desenvolvimento do tecido endometrial, é muito frequente que quando acontecem alterações nos níveis de estrogênio, seja para mais ou menos, surjam alterações no corpo das pacientes relacionadas com a retenção de líquidos, acúmulo de gorduras e até dos níveis de estresse, o que pode acabar produzindo um aumento significativo do peso corporal da mulher (BELLELIS, 2010). Nesse sentido, encontramos os relatos:

Eu tô sentada desse lado porque é o lado que dói menos. Eu tenho que sentar assim porque eu tô com comprometimento intestinal [...] Eu não tinha todo esse quadril, muita flacidez... Muito inchaço, ... Agora estou grandona, rosto inchado, ganhei muita estria, celulite (Mulher A).

Eu sempre senti também inchaço no pé da barriga... Prisão de ventre... Mudança que eu percebo é assim, quando eu estou pra menstruar, né? Meus seios ficam grandes, ficam doloridos, eu sinto que minha barriga fica mais ‘inchadinha’ (Mulher C).

Nas narrativas, as mulheres expressam a dificuldade de manter o peso, trazendo frequentemente a questão do inchaço que percebem em seus corpos e as dores. Freud (1914) entende o “*eu*” como sendo primeiro e acima de tudo um eu corporal. Não simplesmente entidade de superfície, mas é ele próprio a projeção de uma superfície. E é nessa superfície que se constitui o lugar de onde se originam sensações externas e internas: tato, sons, sensações de dor, que vão informar sobre os órgãos internos.

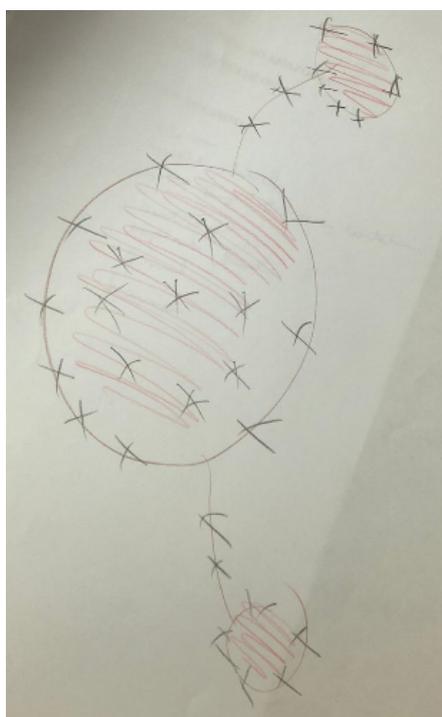
Quando o corpo adoece ou dói, estaríamos diante de um estado privilegiado de reconhecimento dos processos narcísicos secundários. Ao levar à retirada dos investimentos do mundo externo (principalmente de todos os elementos que não dizem respeito à dor) para sua utilização em prol do corpo dolorido ou doente, a dor ou doença orgânicas revelariam seu efeito de “*aspirador narcísico*” (ASSOUN, 2009). Atuam como uma espécie de ímã libidinal. Esse movimento de desinvestimento dos objetos externos para que o ego *se dobre sobre e se recolha em si mesmo*, em uma espécie de egoísmo ou “*ensimesmamento*”. Essa compreensão conduziu-nos a refletir sobre a incidência das falas sobre a *dor* dessas mulheres, cuja *insistência, persistência e magnitude* simultaneamente provocam e revelam um *mal-estar insuportável*.

As mulheres trazem, com frequência tamanha, a dor em seus discursos, com relatos repetitivos, lacônicos e centrados quase que exclusivamente nesse sintoma, fazendo-nos inferir que a manifestação dessas falas vem das entranhas

do corpo para expressar a intensidade de um sujeito quase que colapsado. Nasio (2008) nos ajuda a entender que a *dor é vivida como uma invasão aniquiladora*, que se traduz então por uma sensação física de desagregação, um desmoronamento mudo do corpo. É como que afetasse todo o ser, mergulhando-o e incapacitando-o para outros aspectos da vida.

Em seguida traremos dois desenhos que descrevem essa vivência subjetiva.

**Figura 2:** Mulher com endometriose.



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A participante esboça um aparelho reprodutor feminino, com útero, trompas e ovários. Nos órgãos percebemos vários arames farpados, que no discurso da paciente se referem à representação das dores da endometriose. A mulher se vê impossibilitada de olhar-se integralmente e resume-se a um aparelho reprodutor feminino, fonte de toda dor.

Ainda, temos um outro desenho, da mulher C.

**Figura 3:** Útero latejante.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

O desenho nos apresenta um corpo disforme, desarmônico, reduzido a um “útero latejante”, conforme título dado ao desenho associado aos discursos de dor, pensamentos de preocupação, frustração, medo e lágrimas. A dor é intensa e avassaladora envolvendo o todo da vida.

### **5. Infertilidade**

A endometriose enquanto desordem estrogênio-dependente, definida pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina, é uma das principais causas de infertilidade feminina, sem um tratamento efetivo definido. Estima-se que 30% das mulheres com endometriose apresentem sintomas como a infertilidade, e esse valor ainda aumenta quando há demora no diagnóstico e tratamento adequado (FEBRASGO, 2014).

Partindo disso, analisaremos o impacto do sintoma da infertilidade na vida das mulheres entrevistadas. Observemos:

Minha vida mudou este ano ... Eu digo pro meu marido que foi um tiro no meu peito... Eu esperava até um câncer..., quando eu vi marcador tumoral, mas eu não esperava que eu podia ficar infértil (Mulher A).

Eu não queria ser mãe porque eu achava que quando eu quisesse poderia acontecer... Mas quando ela [a médica] falou que ‘talvez você não possa ser

mãe'... Esse é o negócio, quando alguém tira o negócio que você acha que você tem... Alguém foi lá, arrancou e nem pediu licença (Choro...). É assim que eu me sinto. Me sinto roubada (Mulher B).

A endometriose me traz o medo de eu não poder ter filho, porque eu não tenho filho, e eu tenho vontade de ser mãe (Mulher C).

O que me impacta, que me dá essa coisa assim, é essa questão do filho, entendeu? Que me assusta, que me preocupa, mas fora isso não... É de não consiga engravidar, é minha maior preocupação (Mulher D).

As narrativas percorrem o campo da infertilidade relatando sentimentos e preocupações relacionadas à impossibilidade de gerar. Elas colocam que a maior preocupação em relação à doença, juntamente com o sintoma da dor, vem a questão da infertilidade.

O que nos chama atenção é que entre as entrevistadas, apenas uma já realizou tentativas de gestar e encontrou dificuldades para conceber (Mulher D). As demais, sofrem, choram e trazem nas narrativas o tema, porém não possuem confirmada a dificuldade de gerar, ou a possível intertilidade.

Em vista disso inferimos que as vivências das mulheres entrevistadas são influenciadas pela *reprodução do discurso de outrem*. Um discurso médico que precisa informar à paciente sobre um dos principais sintomas ser a infertilidade, especialmente tomando em conta que, como pontuam Bellelis, Podgaec e Abrão (2011), em muitos casos o diagnóstico tardio é a principal causa da infertilidade. Isso se deve ao acometimento das trompas, além de poder se associar a alterações hormonais e imunológicas que dificultam a gestação.

O que aqui se destaca é que as apresentações clínicas mais comuns da endometriose são infertilidade e dor pélvica, porém nossas entrevistadas indicam impactos negativos nas vivências relacionadas ao sintoma da infertilidade, mesmo sem qualquer confirmação médica. Observemos:

Aí eu digo ‘não, mas eu quero’. Aí as vezes eu fico, ‘ah, se eu não tiver, vou procurar me conformar’, mas no fundo, no fundo, a gente nunca se conforma, né? *Aí eu tenho que trabalhar muito esse meu emocional, porque eu ligo muito hoje à situação de não conseguir engravidar. Pode ser a endometriose, aí fica muito isso batendo na minha cabeça* (Mulher A).

Eu penso em constituir família, eu penso em poder engravidar, então se realmente eu ficar um ano aí e não conseguir eu vou ficar frustrada. Não vou me sentir realizada, pra mim vai ficar sempre me faltando alguma coisa ali, tipo assim, família... (Mulher B).

Isso mexeu muito comigo, muito com esse meu lado é... feminino de querer engravidar, né? Aí eu me frustro antes do tempo. Eu não era assim, hoje eu já me frustro antes do tempo, entendeu? Porque eu quero muito engravidar... Ai ele [médico] indicou [cirurgia] pra tirar ovário, útero. Tirar tudo! Só que eu quero e não quero. Eu quero, por que uma dor horrível, dor na relação. E eu não quero porque eu ainda sonho com a maternidade, sonho de ser mãe (Mulher C).

Notemos nas narrativas que a impossibilidade de gerar um filho é sentida pelas mulheres como um experiência dilaceradora. É como se sentissem que estão falhando como mulher, enquanto função característica do feminino de conceber, gestar e parir um filho. As falas nos chamam atenção por reproduzir uma visão idealizada da maternidade, como uma condição muito presente ainda na sociedade para que a mulher se sinta completa e realizada. O próprio sentimento de *ter família, construir algo seu, pertencer*, associa-se à maternidade.

Porque eu ainda tenho essa parte, poxa eu queria tanto ter um filho, pelo menos um filho. Eu queria muito, muito, muito... Eu posso até adotar, mas eu queria um meu mesmo. Eu digo: ‘poxa tem tanto bandido, tanto nó cego que tem até um filho...’, e eu digo, ‘poxa porque eu não consigo’? E é muito difícil... Porque as pessoas falam: ‘vocês são casados a tanto tempo o marido é muito devagar, vocês são muito devagar’, mas quer queira ou não isso machuca. A gente pensa no filho, não pra dar satisfação, mas porque é um desejo nosso (Mulher D).

Além disso, podemos perceber o quanto a maternidade ainda é associada à feminilidade, uma vez que a impossibilidade de gerar um filho é significada como uma *desqualificação, um fracasso* na característica de ser feminina pela própria sociedade, que gera uma cobrança sobre os casais.

Ainda, não podemos deixar de salientar sobre o sentimento de *inveja* experienciado pela mulher D, que vem realizando tentativas de engravidar, sem sucesso, há pelo menos dois anos.

Klein (1974) nos traz que a *inveja* é o sentimento de ódio ao rival pelo privilégio da posse, ou do usufruto da figura de posse; ou, ainda, pela perspectiva disso. O desejo invejoso seria assim, a tendência de destruição (metafixada), em relação ao rival, do privilégio da posse, ou do usufruto da figura de posse; ou, ainda, de impedi-lo desses privilégios. Nesse sentido, observamos na fala da participante um *desdém* por tantos que, muito inferiores a ela e desprezíveis socialmente, conseguem conceber um filho e ela não. Unindo à sua *frustração pessoal e cobrança social* por um filho, notemos a vivência sobrecarregada afetivamente de *inveja*.

#### ***4. Efeitos colaterais das medicações***

É ainda importante reconhecer os efeitos indesejáveis que podem ser causados pelo medicamento Dienogeste, amplamente utilizado no tratamento da endometriose. Uma a dez, a cada cem mulheres podem vir a sentir efeitos relacionados às reações adversas, que podem ser mais frequentes durante os primeiros meses após o início do tratamento e que geralmente desaparecem com a continuidade do uso. Estão previstos os seguintes efeitos colaterais: aumento de peso, humor deprimido, problemas para dormir, nervosismo, diminuição do desejo sexual ou humor alterado, dor de cabeça ou enxaqueca, náusea, dor abdominal, gases, barriga inchada ou vômito, acne ou perda de cabelo, dor nas costas, desconforto nas mamas, cisto ovariano ou fogachos, sangramento vaginal/uterino, fraqueza (condições astênicas) ou irritabilidade. Destacamos que essas reações emergem num período em que as mulheres se encontram altamente vulnerabilizadas pelo diagnóstico recente, o que potencializa seu sofrimento. Vejamos as narrativas:

É o efeito colateral desse remédio [Dienogeste] é horrível, eu não consigo segurar o choro. Aí eu falei assim [para a médica]: ‘qual o probleminha que pode acontecer comigo?’. ‘Talvez você chore, talvez você se sinta desolada’ (Mulher A).

Esse medicamento [Dienogeste]... Tá me deixando muito sem paciência, muito nervosa, muito estressada, e eu tenho problema também de enxaqueca. Aí ataca também a minha enxaqueca (Mulher B).

Eu percebi que depois que eu tomei remédio [Dienogeste]... Eu fiquei um ano em menopausa, então mexeu com todo meu organismo, tanto que hoje eu sinto assim, ainda sinto às vezes calorão, a pele fica muita ressecada, o cabelo ficou muito ressecado. E eu sinto que mexeu muito com esse lado de ficar estressada fácil (Mulher C).

Tenho que tomar muito cuidado com a alimentação por causa desse remédio, que eu já notei que ele me dá uma fome terrível... (Mulher D).

Nossa intenção com esta categoria analítica é trazer uma reflexão acerca de um tratamento que pode influenciar negativamente a saúde emocional das pacientes e que, apesar dos efeitos serem conhecidos e não raros, como em nosso estudo, as quatro participantes relatam queixas relacionadas ao uso do medicamento, ainda assim, não há recomendações descritas nos Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, ou em suas reformulações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016), no sentido de indicar os cuidados relacionados aos aspectos psicológicos das pacientes. O fato constatado nos indica, acima de tudo, uma falta de compreensão das reais implicações da doença e dos medicamentos sobre a vida dessas pacientes e de suas experiências emocionais profundas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Nossas participantes enfrentam inicialmente um misto de emoções intensas, fantasias e ideias fantasmagóricas e em seguida, se deparam com um diagnóstico que lhes trazem sentimentos de tristeza, frustração, medo e alívio. Essa enxurrada de afetos é vivenciada pelas mulheres em um momento inicial e muitas vezes se estende para períodos posteriores. Acompanham processos

de estranhamento de si mesmas, e certa desorganização psíquica que pode ser explicada pela necessidade de abdicarem de sonhos ou desejos fundamentais, em especial devido ao risco potencial de infertilidade.

Assim, acontece na vivência dessas mulheres uma espécie de divisão entre o antes e depois da endometriose, como verdadeiro marcador temporal para se portarem frente ao mundo: antes despreocupadas e tranquilas; depois: tristes, frustradas e preocupadas.

Diante do desespero, emergem sentimentos relacionados a morte, afetos ambivalentes são vivenciados e as mulheres reagem às demandas psíquicas com um desinvestimento libidinal a qualquer outra experiência externa. Elas processam as experiências através de um fechamento em si mesmas, permeado por tons acinzentados característicos de um humor deprimido.

Há ainda as alterações físicas desse corpo, palco de sofrimento e desespero, que precisa ser ressignificado para as mulheres, tanto nas alterações de suas formas e tamanhos como com a possibilidade de se tornar um corpo incapaz de gerar.

Destacamos ainda que o medicamento primariamente utilizado para tratar a endometriose traz uma série de reações adversas que impactam fortemente a saúde mental dessas mulheres, as quais não recebem do sistema de saúde público nenhuma atenção específica para essas demandas.

## **REFERÊNCIAS**

ASSOUN, P. *Corps et symptome – leçons de psychanalyse*. 3. ed. Paris: Anthropos, 2009.

BELLELIS, P.*et al.* Aspectos epidemiológicos e clínicos da endometriose pélvica: uma série de casos. **Rev Assoc Med Bras**, v. 56, n. 4, p. 467-471, 2010.

BELLELIS, P; PODGAEC, S; ABRÃO, M.S. Fatores ambientais e endometriose. **Rev Assoc Med Bras.** 2011; 57(4):456-61.

DENNY, E. Women's experience of endometriosis. Issue and innovations in nursing practice. **Journal of advanced nursing**, 641-648, 2004.

FEBRASGO, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de endometriose.** São Paulo: (FEBRASGO), 2014. Disponível em: <[http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/13162/material/Manual %20Endometriose%202015.pdf](http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/13162/material/Manual%20Endometriose%202015.pdf)>. Acesso em 05 de dezembro de 2019.

FREUD, S. **Cinco lições de psicanálise, Leonardo da Vinci e outros trabalhos.** In: EDIÇÃO standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1910/1996. v. XI.

FREUD, S. **As Neuropsicoses de Defesa.** Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. 3. Rio de Janeiro: Imago, 1984/1996.

FREUD, S. **Totem e Tabu.** In: Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1913/1996.

FREUD, S. **Sobre o narcisismo: Uma introdução.** In: Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1914/1996.

FREUD, S. **Reflexões para os tempos de guerra e morte.** Edição Standard Brasileira das obras completas. Rio de Janeiro: Imago, 1915/1974.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUTIERREZ, D. M. D. **Papel da família na produção de cuidados da saúde: estudo socioantropológico a partir de um bairro de Manaus.** Manaus: EDUA, 2012.

KLEIN, M. **Inveja e Gratidão.** Rio de Janeiro: Imago, 1974.

LAPLANCHE, J. PONTALIS, J. B. **Vocabulário da Psicanálise**. 5ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

LE BRETON, D. **Antropologia da dor**. São Paulo: Fap-Unifesp, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução, Nº 510, de 07 de abril de 2016**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em 05 de dezembro de 2019.

MINISTERIO DA SAUDE - **Portaria SAS/MS Nº 879, de 12 de julho de 2016**. Disponível em< [http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao\\_impressao.php?id=13944](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=13944)>. Acesso em 05 de dezembro de 2019.

NASIO, J. D. **Objeto da Fantasia. It: A criança magnífica da psicanálise o conceito de sujeito e objeto na teoria de Jacques Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1980 p. 64-83.

NASIO, J. D. **A dor física**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

PACHECO, A.F. COELHO, ROSA, M.D. (org). **Ciência, Pesquisa, Representação e realidade em psicanálise**. São Paulo. Casa do Psicólogo: EDUC, 2000.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

TRINCA, W. (org.) **Formas de investigação clínica em psicologia**. São Paulo: Vetor, 1997.

TRINCA, W. **Procedimento de desenhos-estórias: formas derivadas, desenvolvimentos e expansões**. 1 ed. São Paulo: Vetor, 2013.

TURATO, E. R. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 4 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

VICTORA, C. G., KNAUTH, D. R., HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: Uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

doi: 10.48209/978-65-84959-25-D

---

## **CAPÍTULO 14**

---

# **INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO HOSPITALAR: *SCOPING REVIEW***

Delfina Teixeira

Maria José Nogueira

Silvia da Costa Fernandes

Andreia dos Santos Pinto

Filipa de Oliveira Fernandes

Paula Solange de Jesus Pinto da Silva

Vítor da Silva Valente

## **INTRODUÇÃO**

Avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem tornou-se fundamental nas sociedades contemporâneas e, é um fator cada vez mais importante para a gestão e governança das instituições, apesar da sua complexidade (ROCHETA, 2018). Avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem permite identificar problemas, dificuldades e mensurar as atividades prestadas, bem como aprimorar a dinâmica de trabalho e a melhoria contínua (AMARAL et al., 2017). Permite também conhecer a visão dos destinatários dos cuidados, bem como aperfeiçoar a assistência prestada, possibilitando a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem e ganhos não só em saúde, mas também económicos.

A qualidade dos cuidados de saúde é algo que preocupa tanto gestores como profissionais de saúde. Nesse sentido, têm sido implementadas várias políticas para estabelecer critérios e parâmetros para que as instituições alcancem um patamar de qualidade cada vez mais elevado, proporcionando maior qualidade nos cuidados prestados e com a maior eficiência financeira (NASCIMENTO et al., 2019). O processo de globalização da atualidade tem colocado o foco na produtividade, elevando o nível de exigência aos profissionais e às organizações de saúde, resultando em exigências de oferta de serviços de saúde de qualidade (AMARAL et al., 2017). Neste sentido, atualmente, os modelos de governança estabelecem princípios de que a eficácia e efetividade das intervenções de qualidade possibilitam a poupança de recursos materiais e humanos. Efetivamente, nos últimos anos, a qualidade tem sido um tema de crescente interesse e preocupação para as instituições da área de saúde. Tanto a nível internacional como nacional, esta questão é motivo de implementação de políticas de saúde com o objetivo de aumentar a qualidade dos cuidados prestados em saúde em geral e de enfermagem em particular (ROCHETA, 2018) de Demanda Bioquímica de Oxigênio (DBO).

Por esse motivo vários têm sido os instrumentos desenvolvidos para monitorizar ou medir os cuidados de enfermagem. Designadamente de avaliação dos resultados ou ganhos em saúde, nos diferentes níveis de atuação; estado de saúde; qualidade de vida; satisfação do utente; qualidade cuidados e entre outros. Revisão de literatura mostra que as investigações que têm sido realizadas permitem determinar os ganhos em saúde, efetividade e ganhos económicos dos diversos cuidados e tratamentos, com o objetivo de uma melhor gestão dos recursos (SILVEIRA et al., 2015).

A avaliação dos cuidados de enfermagem está intrinsecamente dependente de bons instrumentos de avaliação da qualidade, que podem assumir diversos formatos como sejam: questionários, escalas de medida ou indicadores de qualidade (DUARTE, 2018). Por conseguinte, conhecer instrumentos que permitam a avaliação sistemática dos níveis de qualidade dos cuidados prestados é um aspeto relevante tanto na gestão dos cuidados de enfermagem como na governança dos serviços e instituições de saúde (SILVEIRA et al., 2015).

A revisão de literatura mostrou escassez de instrumentos para avaliação dos cuidados de enfermagem, designadamente evidenciou a lacuna existente na avaliação da qualidade dos cuidados em contexto hospitalar. Instrumentos fidedignos de avaliação dos cuidados de enfermagem são essenciais para implementar a melhoria continua dos cuidados de enfermagem.

Por conseguinte, surgiu a questão de investigação: *Quais os instrumentos usados pelos enfermeiros para avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem em contexto hospitalar?*

## OBJETIVO

Para responder à questão de investigação foi definido o seguinte objetivo: Mapear a evidência disponível sobre quais os instrumentos de avaliação mais utilizados para a avaliação da qualidade nas práticas de enfermagem em contexto hospitalar.

## METODOLOGIA

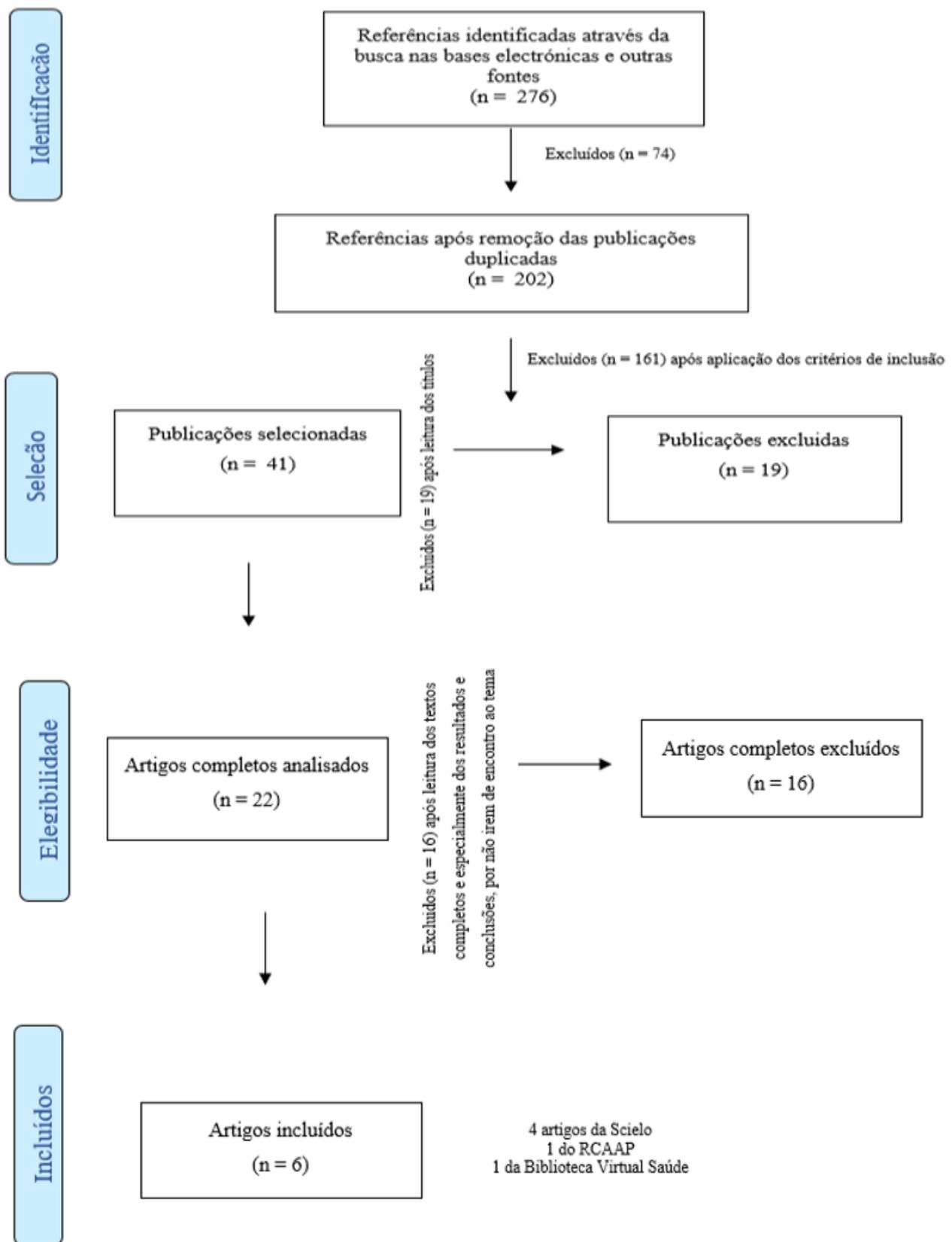
Realizou-se uma *scoping review* para identificar estudos relevantes a incluir que respondam aos critérios de inclusão previamente delineados. Uma *scoping review* consiste numa estratégia de revisão de literatura usada para identificar e resumir os principais conceitos subjacentes a uma área de pesquisa (JBI, 2020), a fim de responder a uma pergunta específica e identificar lacunas (ARKSEY; O'MALLEY, 2005).

A questão de investigação - Quais os instrumentos usados pelos enfermeiros para avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem em contexto hospitalar? ? foi elaborada considerado o acrónimo PICO, correspondendo o P (Participantes) a Enfermeiros; I (Intervenção) a Qualidade dos cuidados de enfermagem; C (Contexto) – internamento hospitalar; e O (Resultados) a Instrumentos de avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem. Para localizar os estudos foi efetuada pesquisa nas bases de dados. PubMed/ MEDLINE, a EMBASE, a Cochrane Library, Web of Science, CINAHL, Scielo e RCAAP, visando clarificar o fenómeno em estudo. Os descritores selecionados foram usados para pesquisa em três idiomas, português, inglês e espanhol, nas diferentes bases de dados. Para a construção da frase booleana de pesquisa nas diferentes bases foram utilizando os operadores booleanos (AND, OR e NOT). Estes descritores foram validados no MeSH e DeSC conforme recomendado (Donato & Donato, 2019), e foram usadas as combinações de pesquisa MeSH

Os descritores exatos são Quality of Health Care\_ID: D011787; Nursing Care\_ID: ID: D009732; Hospital\_ID: D006761; a combinação de pesquisa DeSC: Quality of Health Care\_D011787; Nursing Care\_D009732; Hospital\_DDCS051542. A pesquisa dos estudos efetuou-se no espaço temporal de 25 de janeiro de 2020 a 26 de setembro de 2020, sendo a pesquisa realizada em língua portuguesa e inglesa. Para a seleção dos artigos a incluir no estudo foram definidos critérios de inclusão e de exclusão que se especificam seguidamente. Como critérios de inclusão foram considerados artigos escritos em língua portuguesa, inglesa e espanhola; artigos publicados até 10 anos; todos os artigos que tenham como objetivo principal a avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem em ambiente hospitalar; todos os artigos que sejam publicados em full text gratuitos. Foram excluídos artigos que não tinham como objetivo a avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem em ambiente hospitalar; todos os artigos publicados em outras línguas, para além das mencionadas.

A partir da pesquisa foram localizados 276 artigos nas diferentes bases de dados, dos quais foram excluídos 74, restando 202 apenas com exclusão dos artigos repetidos. Ao aplicar todos os critérios de inclusão, excluíram-se 161, restando 41 artigos. Após verificação dos títulos de cada um foram retirados 19, ficando apenas com 22. Depois de efetuar uma leitura mais aprofundada de todos os artigos, focando a leitura mais aprofundada nos resultados e conclusões de cada um deles, verificou-se que 16 artigos não versavam sobre o objetivo da revisão. Deste modo a amostra ficou constituída por 6 artigos que estudaram Instrumentos de avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem em serviços hospitalares. A figura 1 apresenta o Fluxograma PRISMA que sintetiza o processo de análise elegibilidade dos artigos.

**Figura 1:** Diagrama com o processo de seleção dos estudos (PRISMA).



**Fonte:** Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., & The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*; 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

## RESULTADOS

A análise dos artigos selecionados mostra que os enfermeiros na sua prestação de cuidados utilizam instrumentos de avaliação da qualidade. O quadro 1 sintetiza os principais resultados dos estudos relativos aos instrumentos de avaliação mais utilizados para a avaliação da qualidade nas práticas de enfermagem em contexto hospitalar.

**Quadro 1:** Estudos incluídos na análise sobre instrumentos de avaliação da qualidade na prática de enfermagem em contexto hospitalar

Título do Artigo	Autores/Ano/País	Objetivo do estudo	Desenho, duração	População/Amostra	Principais resultados
<i>A.1.</i> Qualidade dos cuidados de enfermagem: construção e validação de um instrumento	Martins, et al, (2016) Portugal Revista brasileira de enfermagem - Reben	Descrever o processo de construção e validação de uma escala para mensurar a percepção dos enfermeiros acerca das atividades que contribuem para a qualidade dos cuidados de enfermagem	Estudo metodológico e de revisão da Literatura. Desenvolvimento de uma escala de 25 itens e 5 dimensões para avaliação. Instrumento para identificar a percepção dos enfermeiros, acerca das atividades que contribuem para a qualidade dos cuidados. Período de maio a julho de 2014 com o espaço temporal de 60 dias.	Aplicado a 775 enfermeiros de um hospital do norte de Portugal.	<b>Escala de percepção das atividades de enfermagem que contribuem para a qualidade dos cuidados (EPAECQC).</b> A versão final da escala tem 7 dimensões e 25 itens com elevada consistência interna (alfa de Cronbach de 0,940). A versão final tem adequadas propriedades psicométricas, revelando potencial para utilização em futuros estudos. Estas 7 dimensões tiveram como base os indicadores de qualidade para os cuidados de enfermagem, identificados na revisão de literatura.

<p><b>A2.</b> Qualidade dos cuidados de enfermagem: contribuições de enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica</p>	<p>Ribeiro, et al, 2020, Portugal Revista Rene</p>	<p>Identificar a realização de atividades congruentes com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem por enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, em contexto hospitalar.</p>	<p>Estudo descritivo, multicêntrico em 36 hospitais. A colheita de dados decorreu entre julho de 2015 e janeiro de 2016 com enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica</p>	<p>Amostragem não probabilística de conveniência de 259.</p>	<p><b>Escala de percepção das atividades de enfermagem.</b> Tem estrutura com 7 dimensões: a satisfação do cliente; promoção da saúde; prevenção de complicações; bem-estar e autocuidado; readaptação funcional; organização dos cuidados de enfermagem; responsabilidade e rigor. Cota numa escala do tipo Likert (varia 1-4).</p>
<p><b>A3.</b> “Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses”.</p>	<p>Ribeiro, Martins, Tronchin, (2017)  Portugal Revista de Enfermagem Referência</p>	<p>Analisar a percepção dos enfermeiros relativamente à concretização dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.</p>	<p>Estudo exploratório-descritivo, de carácter quantitativo, multicêntrico, realizado em 36 instituições hospitalares EPE Portuguesas (continente), dos departamentos de medicina e cirurgia, urgência e medicina intensiva. Foi usada a Escala de percepção das atividades de enfermagem que contribuem para a qualidade dos cuidados, construída e validada por Martins, Gonçalves, Ribeiro e Tronchin (2016).</p>	<p>Amostra não probabilística de conveniência de 3451 enfermeiros.</p>	<p>Foi usada a <b>Escala de percepção das atividades de enfermagem que contribuem para a qualidade dos cuidados.</b> A maioria dos enfermeiros concretiza às vezes ou sempre as atividades que contribuem para a qualidade dos cuidados de enfermagem. A análise mostra que a Promoção da saúde, Bem-estar e autocuidado e Readaptação funcional, são as dimensões que os enfermeiros percebem como menos executadas. As atividades mais frequentemente concretizadas, são a Responsabilidade e rigor e a Prevenção de complicações.</p>

<p><b>Art 4</b> Produção científica acerca dos instrumentos de avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem: Estudo Bibliométrico</p>	<p>Dias, C F. et al, 2018 Brasil Saúde Santa Maria</p>	<p>Identificar estudos que conduzissem a instrumentos de avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem, realizada a partir de critérios de inclusão e de exclusão, sem recorte temporal.</p>	<p>Trata-se de um estudo bibliométrico e descritivo. Foi usada a base de dados do Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem da Associação Brasileira de Enfermagem (CEPEen), da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD).</p>	<p>Base de dados do Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem da Associação Brasileira de Enfermagem (CEPEen) que se rege pelas disposições do Estatuto da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e regimento próprio e da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações</p>	<p><b>Escala de Service Quality Gap Analysis (SERVQUAL)</b> adaptada e modificada. É composta por três subescalas referentes à expectativa, percepção e grau de importância na opinião do usuário, quanto ao atendimento na instituição. A Subescala I – relacionada às expectativas do cliente quanto à qualidade do serviço; Subescala II – Relacionada às percepções do cliente quanto à qualidade do serviço da instituição; Subescala III – Relacionada ao grau de importância relativo à qualidade de serviço<sup>13</sup>. <b>Rocha (2011) o Instrumento de Satisfação do Paciente</b> – avalia a satisfação do paciente hospitalizado com o cuidado de enfermagem - é a adaptação cultural e validação do <i>Patient Satisfaction Instrument</i> de 25 itens agrupados em domínios: área técnica profissional; o conhecimento; e a confiança; a comunicação; e área educacional. <b>Borsato (2012)</b> utilizou 3 instrumentos para avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem: “<b>Roteiro de Entrevista do Paciente Internado</b>”; o <b>Ambiente de Internação do Paciente</b>”; e o “<b>Roteiro de Auditoria dos Registros de Enfermagem</b>”.</p>
--	--	--	--	---	--

<p><b>A5</b> Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino</p>	<p>Freitas et al, 2014. Brasil, Revista Latino-Americana de Enfermagem</p>	<p>Avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem, a satisfação do paciente e a correlação entre ambos.</p>	<p>Estudo transversal. Foram realizadas entrevistas com questões para a caracterização sociodemográfica. Foi usado o “<i>Patient Satisfaction Instrument</i>” e o <i>Roteiro de Entrevista do Cuidado de Enfermagem para Paciente Internado</i>. Estudo decorreu no período entre novembro de 2012 a janeiro de 2013.</p>	<p>Amostra não probabilística de 275 utentes internados em Unidades de Clínica médica, ortopédica, cirurgia plástica e tropical num hospital da Região Centro-Oeste do Brasil.</p>	<p>Foi usado o <b>Patient Satisfaction Instrument</b>”, com 25 frases afirmativas, agrupadas em três domínios: técnico-profissional, confiança e educacional, construídas em forma de escalas tipo Likert de cinco pontos: concordo totalmente, concordo, não tenho opinião, discordo e discordo totalmente. O <b>Roteiro de Entrevista do Cuidado de Enfermagem para Paciente Internado</b>, construído com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), com 9 itens. Foi validado no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná. Para todos os itens existem 3 possibilidades de respostas: sim, não e não se aplica (apenas 1 era permitida).</p>
<p><b>A6</b> Validação de indicadores de efetividade hospitalar na dimensão cuidado centrado no doente</p>	<p>Seiffert, LS et al, 2017 Brasil, Revista de Enfermagem Referência</p>	<p>Validar indicadores de deteção de atributos para medir a efetividade da assistência hospitalar na dimensão do cuidado centrado no doente.</p>	<p>Estudo quantitativo do tipo <i>survey</i>, para avaliação de 8 indicadores, considerando 11 atributos. Utilizada a técnica Delphi e a plataforma eletrónica Survey Monkey. Decorreu no período de maio a setembro de 2017 através de questionário online.</p>	<p>Amostra não probabilística com 43 participantes.</p>	<p>Validar indicadores quanto à caracterização de atributos que possibilitem medir a efetividade da assistência hospitalar na dimensão do cuidado centrado no doente. Instrumento de avaliação com 8 indicadores dos quais foram validados apenas 4: Recomendação do hospital pelo doente; Envolvimento do doente com o próprio cuidado; Satisfação do doente; Cirurgias canceladas no dia agendado.</p>

## DISCUSSÃO

Pela análise dos artigos selecionados nesta revisão verificou-se que os enfermeiros na sua prestação de cuidados utilizam instrumentos de avaliação da qualidade. Segundo os estudos/artigos analisados conclui-se que alguns utilizam os mesmos instrumentos. Constatou-se que em 50% dos artigos analisados, os instrumentos utilizados foram a *Escala de percepção das atividades de enfermagem*, que avalia a qualidade dos cuidados de acordo com 7 indicadores de qualidade: *a satisfação do cliente; a promoção da saúde, prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados de enfermagem e responsabilidade e rigor*, conforme corroborado por Martins et al. (2016), Ribeiro et al. (2017) e Ribeiro et al. (2020). Também os instrumentos de avaliação que incluem o indicador *Satisfação do Cliente* e ainda que a *Entrevista ao Paciente Internado* foi mencionada em 33% dos artigos selecionados.

Borsato (2012) utilizou três instrumentos para avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem: o primeiro denominado Roteiro de Entrevista do Paciente Internado, que permite levantar, sob a ótica do paciente, informações relacionadas a higiene e conforto, atividade física, segurança física, sono e repouso, nutrição e hidratação, eliminações, necessidades emocionais, necessidades espirituais, necessidades sociais e condições de alta. O segundo consiste na observação do ambiente de internação do mesmo paciente que foi entrevistado, utilizando-se o Roteiro de Observação do Ambiente de Internação do Paciente, esse permite verificar aspetos do ambiente físico e das condições do paciente, no que se refere a higiene e conforto, atividade física, segurança física, nutrição e hidratação, oxigenação e ventilação, eliminações e utilização de equipamentos. O terceiro é avaliado os registos de enfermagem do paciente que foi anteriormente entrevistado e o ambiente de internamento também foi observado. Utiliza-se o instrumento de coleta denominado Roteiro de Auditoria dos Registos de Enfermagem, com

itens que abordam dados de identificação. De referir ainda, que tanto o estudo de Ribeiro et al. (2020) como Ribeiro et al. (2017) chegam à mesma conclusão relativamente às atitudes mais frequentemente realizadas pelos enfermeiros, sendo elas a responsabilidade e rigor e a prevenção de complicações.

Muito utilizados também são os instrumentos que têm por base a entrevista ao doente internado, como se pode constatar no estudo de Dias et al. (2018) e Freitas et al. (2014). Pode afirmar-se que este é um instrumento de fundamental importância em todas as áreas, especialmente na saúde. Um estudo realizado na área da enfermagem de reabilitação, conclui que da análise do conteúdo das entrevistas dos participantes afluíram um conjunto de elementos considerados fundamentais para a qualidade da Enfermagem de Reabilitação e que foram indispensáveis para desenhar um instrumento de Avaliação da Qualidade da Enfermagem de Reabilitação em Unidades de Internamento” (GOMES, 2011), colocando de manifesto o grande contributo que tem a opinião dos clientes no processo de melhoria contínua da prestação de cuidados.

Relativamente à Auditoria aos Registos de Enfermagem, como instrumento para avaliação da qualidade, apenas 1 estudo recorre a esse método para avaliação da mesma. Não significa que seja um instrumento que não possa ser eficaz para avaliação da qualidade apenas se pode afirmar que, nos estudos em análise, não é dos mais utilizados. A afirmação anterior é confirmada quando analisados outros estudos existentes, que entendem que os sistemas de informação em enfermagem são uma importante ferramenta de trabalho e avaliação da qualidade (FERNANDES & TARECO, 2016). Um motivo para que não seja dos mais utilizados poderá ser por este apresentar subjetividade e ser abrangente, tal como afirmado por Silvestre (2012) que argumenta que os registos não podem refletir a qualidade dos cuidados de enfermagem se não traduzirem toda a informação que o enfermeiro tem. Nesta mesma linha Seiffert et al (2017), defende que as

informações e as ações dos enfermeiros que valorizam e estimulem a qualidade do seu desempenho devem ser alvo de correto e oportuno registo com auxílio de sistemas inteligentes.

Também referenciado num dos artigos selecionados, o instrumento Escala de Service Quality Gap Analysis (SERVQUAL) é um instrumento usado para avaliação da qualidade. A SERVQUAL adaptada e modificada, é composta por três subescalas referentes à expectativa, percepção e grau de importância na opinião do usuário, quanto ao atendimento na instituição. A Subescala I – relacionada às expectativas do cliente quanto à qualidade do serviço; Subescala II – Relacionada às percepções do cliente quanto à qualidade do serviço da instituição; Subescala III – Relacionada ao grau de importância relativo à qualidade de serviço. Os estudos de Silva (2014) mostraram que o SERVQUAL é um instrumento eficaz e fiável, com níveis satisfatórios de consistência interna.

Verificou-se também, que os instrumentos para avaliação da qualidade não aplicam os indicadores mais adequados para avaliação da mesma, tal como se pode constatar pelo estudo de Seiffert et al, (2017), que dos 8 indicadores utilizados no instrumento, apenas 4 mostraram resultados e propriedades fidedignas para poderem ser validados. Outro indicador fortemente utilizado nos instrumentos de avaliação da qualidade, nos estudos selecionados para esta revisão, é a satisfação dos clientes. Este é também valorizado por outras investigações que o consideram imprescindível na avaliação da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros aos utentes durante o internamento no hospital (SILVA, 2014).

Rocheta (2018) utilizou o instrumento intitulado Instrumento de Satisfação do Paciente é exclusivo para a avaliação da satisfação do paciente hospitalizado com o cuidado de enfermagem que ele recebe, é uma adaptação cultural e validação do Patient Satisfaction Instrument. Este instrumento é composto por 25 itens agrupados em três domínios: área técnica profissional, que avaliam a competência do enfermeiro para o desenvolvimento de atividades técnicas e o conhe-

cimento baseado nas necessidades para se completar as tarefas do cuidado de enfermagem; confiança, que avaliam as características do enfermeiro que permitem uma interação construtiva e confortável para o paciente, bem como aspetos da comunicação; e área educacional, que se referem à habilidade do enfermeiro em fornecer informações e orientações, incluindo suas respostas aos questionários feitos pelo paciente, explicações sobre o cuidado e demonstrações de técnicas.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que em contexto hospitalar, a equipa de enfermagem utiliza vários instrumentos de avaliação da qualidade nos registos que efetua diariamente, resultantes da sua atividade profissional. Verificou-se que o instrumento mais usado foi a *Escala de Perceção das Atividades de Enfermagem*. Contudo são ainda usados outros instrumentos como: a *Escala de Service Quality Gap Analysis (SERVQUAL)*; o *Instrumento de Satisfação do Cliente*; a *Entrevista do Paciente Internado*; a *Observação do Ambiente de Internamento do Cliente*; e a *Auditoria dos Registos de Enfermagem*. Todos os instrumentos encontrados nesta revisão estão adaptados para a realidade hospitalar. Verificou-se que o processo pelo qual passam os instrumentos de avaliação da qualidade, é contínuo, uma vez que a sua elaboração está em constante processo de melhoria. Estes permitem além de padrões de qualidade cada vez mais elevados, maior segurança para o doente e melhores resultados em saúde.

## REFERÊNCIAS

ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: Towards a methodological framework, *International Journal of Social Research Methodology: Theory and Practice*, v.8, n.1, pp. 19–32, 2005.

AMARAL, J. A. B.; SPIRI, W. C.; BOCCHI, S. C. M. Indicadores de qualidade em enfermagem com ênfase no centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. *Revista SOBECC*, v.22, n. 1, p. 42–51, 2017.

DIAS, C. F. C. Avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem em um hospital universitário. **Universidade Federal de Santa Maria**, 2018.

DIAS, C. F. C.; LIMA, S. B. S.; FERNANDES, G. A. B. Produção científica acerca dos instrumentos de avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem: estudo bibliométrico. **Saúde (Santa Maria)**, v.44, n. 2, 2018.

DUARTE, M. C. Efetividade de Protocolos de Dor Toracica para Alta Precoce e Segura de Adultos com Sintomas Sugestivos de Síndrome Coronariana Aguda: revisão sistemática e metanálise. **Universidade São Paulo**, 2018

FERNANDES, S.; TARECO, E. Sistemas de informação como indicadores de qualidade na saúde. Uma revisão de níveis de abordagem. **Revista Iberica de Sistemas e Tecnologias de Informacao**, v.19, p. 32–45, 2016.

FREITAS, J. S. ; SILVA, A. E. B.; MINAMISAVA, R.; BEZERRA, A. L. Q.; SOUSA, M. R. G. de. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22 n.3, p. 454–460, 2014.

GOMES, J. A. P. Percurso para a avaliação da qualidade em unidades de internamento: resposta para a reabilitação. **Escola Superior de Enfermagem do Porto**, 2011.

JBI. Review Research Quick Reference Guide (C. Godfrey & M. Harrison (eds.)). **Queen´s university**, 2020.

MARTINS, M. M. F. P.; GONÇALVES, M. N. ; RIBEIRO, O. M. P. L.; TRONCHIN, D. M. R. Quality of nursing care: instrument development and validation. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n.5, p.920–926, 2016.

NASCIMENTO, T.; FRADE, I.; MIGUEL, S.; PRESADO, H.; CARDOSO, M. Os sistemas de informação em enfermagem e os indicadores de qualidade: contributos e desafios para a prática clínica. **Atas Ciai**. v. 1, p.965–970, 2019

RIBEIRO, O.; MARTINS, M. M.; SOUSA, P.; TRINDADE, L.; FORTE, E.; SILVA, J. Qualidade dos cuidados de enfermagem: contribuições de enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica. **Revista Rene**, v. 21, 2020.

RIBEIRO, O.; MARTINS, M.; TRONCHIN, D. Nursing care quality: a study carried out in Portuguese hospitals. **Revista de Enfermagem Referência**, IV Série n.14, p.89–100, 2017.

ROCHETA, J. F. Indicadores de qualidade em unidade de cuidados intensivos. **Universidade Nova de Lisboa**, 2018.

SEIFFERT et al. Validação de indicadores de efetividade hospitalar na dimensão cuidado centrado no doente. *Revista de Enfermagem Referência*, v. 5, n. 2, pp. 1-7, 2020

SILVA, C. P. da. Avaliação Da Qualidade De Serviço Numa Organização De Saúde Privada Em Lisboa. **Instituto Universitário de Lisboa**, 2014.

SILVEIRA, T. V. ; ALÂNI. L.; PRADO JÚNIOR, P. P.; SIMAN, A. G.; AMARO, M. The importance of using quality indicators in nursing care. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.36, n.2, p.82–88, 2015.

SILVESTRE, M. C. C. Os Registos de Enfermagem: um olhar sobre o estado real da saúde das pessoas? **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**, v. 31, n.5, 2012.

doi: 10.48209/978-65-84959-25-E

---

## **CAPÍTULO 15**

---

# **O BEM-ENVELHECER DA PELE: ANTIOXIDANTES NANOENCAPSULADOS COMO ESTRATÉGIA COSMÉTICA *WELL-AGING***

Letícia Marques Colomé  
Eduardo André Bender  
Maria Eugênia Lima Cardoso  
Bethânia Saldanha Gonçalves  
Pedro Santos da Silva  
Luana Menezes Silva

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento saudável tem sido um tema muito abordado nas conversas sociais e nos meios médicos, quando se trata de saúde e qualidade de vida. Quando se trata do envelhecimento cutâneo, termos como well-aging ou pró-aging vêm substituindo os antigamente utilizados - antiaging ou antienvelhecimento - para designar cosméticos utilizados com esta finalidade.

A pele é considerada o maior órgão do corpo humano, sendo a primeira defesa do organismo (JUNQUEIRA; CARNEIRO et al, 2018). É composta por três camadas principais: a epiderme (mais externa), a derme (entre camadas) e a hipoderme (mais profunda, também conhecida como tecido subcutâneo) e suas subcamadas que possuem células com funções distintas tais como manutenção da elasticidade, pigmentação, hidratação e função de barreira (WALTERS; ROBERTS, 2002; SANTOS, 2014). Alguns fatores podem provocar alterações e acelerar o processo de perda de funções ou envelhecimento cutâneo, classificando este envelhecimento como intrínseco (natural do organismo) ou extrínseco (relacionado a causas externas do meio) que levam à perda da elasticidade e acarretam o aparecimento de rugas e hiperpigmentação cutânea (LIMA, 2018).

Os antioxidantes são excelentes ativos well-aging, que podem diminuir a velocidade dos processos envolvidos no envelhecimento cutâneo (ALAM; GLADSTONE; TUNG, 2010). Contudo, nem todos os ativos conseguem penetrar a barreira cutânea de forma adequada para desempenhar sua função nas camadas mais internas (SILVA; MUNIZ, 2020). Para tanto, podem ser utilizados carreadores nanométricos, de modo a viabilizar a penetração cutânea de ativos. Os principais nanosistemas utilizados na indústria cosmética são: lipossomas, nanoemulsões, nanopartículas poliméricas, nanopartículas lipídicas sólidas e carreadores lipídicos nanoestruturados, originado produtos comumente denominados “nanocosméticos”. Os nanocosméticos são utilizados com a finalidade de aperfeiçoar o

desempenho, alterar características físico-químicas e aumentar a área superficial de disponibilização dos ativos, de modo a promover uma permeação mais profunda em camadas viáveis da pele e evitar a ocorrência de efeitos indesejáveis como irritação cutânea (FRONZA et al, 2007). Além disso, nanossistemas podem promover proteção para substâncias lábeis, protegendo-as da degradação quando estão expostas ao meio externo (CORNIER et al, 2019; SILVEIRA et al, 2019).

Considerando a possibilidade de utilização de antioxidantes para contornar os efeitos do envelhecimento cutâneo, bem como a possibilidade de veiculação destes ativos em nanossistemas de modo a melhorar seu desempenho, este trabalho teve como proposta a realização de uma revisão bibliográfica sobre antioxidantes nanotecnológicos com aplicabilidade cosmética.

## **METODOLOGIA**

O presente projeto trata-se de um estudo de revisão bibliográfica onde para a estruturação teórica foram utilizados livros físicos e em formato e-book, teses, dissertações e artigos científicos acessados nas bases de dados Periódicos CAPES, Science Direct e Google Acadêmico, em português e inglês em um tempo pretérito de até dez anos. Para a pesquisa foram utilizadas as seguintes palavras-chave: “Skin Barrier”, “Skin aging”, “Envelhecimento cutâneo”, “Nanotechnology”, “Cosmetic”, “Nanocosmetics”, “Antiaging”, “Antioxidants”, “Nano-antioxidant”.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **A pele e sua função de barreira**

A pele é considerada o maior órgão do corpo humano, compondo 16% do peso corporal (JUNQUEIRA; CARNEIRO et al, 2018) e desempenhando funções como regulação do calor, sensibilidade e proteção do organismo ao meio

ambiente (WALTERS; ROBERTS, 2002). É dividida em três camadas: a epiderme, porção mais externa ou superficial que se mantém diretamente em contato com o ambiente; a derme, localizada abaixo da epiderme, que possui estruturas dos sistemas circulatório, linfático e nervoso; e a hipoderme, também chamada de tecido subcutâneo, atuando como termorregulação e reserva energética (SANTOS, 2014). Os mecanismos de defesa iniciam na epiderme, camada que é dividida em quatro diferentes porções: basal, granulosa, espinhosa e córnea (ANDRADE, 2017). A camada basal localiza-se próxima a derme (RIBEIRO, 2010) apresentando elevada quantidade de células em divisão responsáveis pela renovação da epiderme (BARONI, 2012). Nesta camada encontram-se também os melanócitos, responsáveis pela coloração da pele (RIZZO, 2012) e os hemidesmossomas, complexos juncionais que proporcionam a fixação das células basais (BLAIR, 2020).

A camada espinhosa, por sua vez, encontra-se acima da camada basal sendo composta por fileiras de células que possuem grande quantidade de tonofibrilas e filamentos intermediários de citoqueratina, que abrangem todo o citoplasma chegando às placas de desmossomas, responsáveis pela adesão das fileiras de células desta camada (ALMEIDA, 2020). À medida que os filamentos proteicos vão se dispersando para a superfície da epiderme, sofrem diferenciação e aumentam seu peso molecular, iniciando a formação da camada granulosa, localizada imediatamente acima (BENSON, 2012). Esta camada é responsável pela formação da bicamada de lipídeos presente entre as fileiras de células cornificadas, tendo como função formar uma barreira protetora e fornecer resistência à absorção percutânea, além de atuar na fixação das células queratinizadas (YOUSEF, 2017).

Finalmente, a camada mais superficial da epiderme, a camada córnea, é formada por células conhecida como corneócitos que se diferenciam a partir da camada granulosa e formam uma barreira à permeabilidade (LAI-CHEONG MCGRATH, 2017). Os corneócitos presentes na camada córnea são responsáveis pela manutenção da água e dos eletrólitos no tecido cutâneo (DRAELOS, 2015).

## Envelhecimento Cutâneo

O envelhecimento é um processo natural do corpo humano que ocorre sequencialmente de forma individual e irreversível, sendo um processo não-patológico (SIMÃO, 2019). Ocorrendo por influência genética e podendo ser acelerado por fatores externos, o envelhecimento pode ser classificado como intrínseco ou extrínseco (LIMA, 2018). O fator intrínseco representa um processo natural do organismo ocorrendo ao longo da vida, variando de acordo com idade, raça e sexo do indivíduo (POLJSAK, 2012). Algumas teorias são consideradas para auxiliar na explicação desse acontecimento, tal qual a teoria dos radicais livres, onde moléculas altamente reativas, como as espécies reativas de oxigênio (ROS), podem provocar reações que culminam com a oxidação de estruturas da pele, o que denomina-se estresse oxidativo (BIRCH-MACHIN; BOWMAN, 2016). Uma outra teoria ligada ao envelhecimento intrínseco é o encurtamento dos telômeros, pontas terminais dos cromossomos constituídas de nucleoproteínas que possuem a função de estabilidade do genoma protegendo-o da degradação (TURNER; VASU et al, 2019). O dano causado a partir do encurtamento dessas estruturas está ligado ao desencadeamento de senescência ou morte celular (GU; HAN et al, 2020).

Já o envelhecimento extrínseco está relacionado com fatores externos ao organismo, como o meio ambiente, a exposição ao sol, a forma de alimentação e o estilo de vida (TOBIN, 2017). O uso de substâncias como álcool e tabaco são prejudiciais para o envelhecimento saudável, assim como a exposição à poluição e o estresse intenso, apontados como causadores de desordens orgânicas mediadas pela ação de radicais livres e outros processos que prejudicam o bom envelhecimento cutâneo (FUSSEL, 2020). Contudo, dentre os fatores externos, o fotoenvelhecimento representa a principal causa de envelhecimento precoce, sendo ocasionado por prolongada exposição aos raios solares, radiações advin-

das de aparelhos eletrônicos, ou ainda à luz azul de aparelhos eletrônicos sem a utilização de fotoproteção (ZHANG; DUAN, 2018).

Em relação à radiação solar, os raios ultravioletas (UV) que atingem a pele podem ser classificados em UVA e UVB. Os raios UVA estão majoritariamente presentes na atmosfera, podendo penetrar nas camadas mais profundas da pele intensificando a produção de melanina e interferindo em reações fisiológicas, podendo levar ao desenvolvimento de câncer de pele. Os raios UVB, por sua vez, representam radiações que atingem a pele de modo mais superficial, estando relacionados com o espessamento da derme e da epiderme, com queimaduras solares intensas e, com exposições repetidas, com o câncer de pele (LOPES et al, 2012; JUCHEM et al, 2001; LOPES, 2018).

## **Cosméticos nanotecnológicos: o que são e como atuam no envelhecimento saudável da pele**

A pele íntegra representa uma barreira à penetração do ativo, o que muitas vezes impede que obtenha-se o resultado esperado com o uso de cosméticos well-aging, embora a utilização de ativos comprovadamente efetivos. Sendo assim, diversos produtos atualmente empregam a nanotecnologia de modo a permitir adequada veiculação e permeação cutânea dos ativos well-aging (SILVA; MUNIZ, 2020).

A nanotecnologia é o estudo de partículas manipuladas em escala atômica e molecular com tamanho entre 1-1000 nm. O termo foi introduzido por Eric Drexler em 1986 em seu livro “Engines of Creation: The Coming Era of Nanotechnology”, onde o engenheiro buscou explicar a visão do físico norte-americano Richard Feynman, considerado o pai da nanotecnologia. Em 1959 durante uma palestra que posteriormente originou um artigo científico, Richard Feynman, citou a frase “Há muito espaço lá embaixo” dando a ideia da minimização de estru-

turas. A escala nanométrica atualmente é utilizada para muitas áreas de pesquisa e na indústria, visando explorar as diversas aplicações e funcionalidades das partículas nanométricas (ROLIM; FEITOSA, 2021).

No âmbito cosmético, o termo nanocosméticos define formulações contendo ingredientes nanoestruturados ou estruturas nanométricas responsáveis por carrear ativos (FRONZA et al, 2007), designando ainda produtos cosméticos que possuem características estruturais inferiores a 999 nm (NEVES, 2008). Devido ao seu tamanho reduzido e grande área superficial, as nanopartículas podem proporcionar alterações nas características físico-químicas de compostos, permitindo modificações na velocidade de absorção do ativo, aumento de sua permeabilidade nas membranas biológicas ou penetração em camadas mais profundas da pele (CORNIER et al, 2019). Além disso, as nanopartículas podem promover estabilidade do ativo encapsulado, aperfeiçoar o desempenho do ativo e evitar irritação dérmica (SILVEIRA et al, 2019). Na indústria cosmética, as nanopartículas são utilizadas atualmente para a fabricação de shampoo, maquiagem, protetores solares e cremes well-agings (DE JESUS LEOPOLDO et al, 2020).

## **PRINCIPAIS CARREADORES USADOS EM NANOCOSMÉTICOS**

### **Lipossomas**

Os lipossomas foram descobertos no ano de 1960 pelo cientista britânico Alec Bangham enquanto observava propriedades de membranas celulares (BANGHAM, 1992). Lipossomas são vesículas lipídicas com diâmetro de 50 a 150 nm com um núcleo aquoso envolto por uma bicamada lipídica, mantendo a porção polar voltada para o interior e o exterior, devido à afinidade com a água. Assim, apresenta natureza anfifílica permitindo o encapsulamento de substâncias hidrofílicas e hidrofóbicas, o que representa uma vantagem para o encapsulamento de

ativos cosméticos (GONÇALVES, 2014). Pela alta biocompatibilidade deste carreador, apresenta menor risco de sensibilização e alergias. Além disso, também atua na prevenção da degradação de ativos fotossensíveis, como são a maioria dos ativos utilizados na prevenção do envelhecimento (ASSIS, 2018).

## **Nanoemulsão**

A nanoemulsão é um sistema disperso simples formado a partir de líquidos imiscíveis como óleo em água (O/A) ou água em óleo (A/O), apresentando gotículas com tamanho entre 50 a 200 nm. A separação em três fases (a oleosa, a interface e a aquosa) é garantida com a utilização de agentes emulsificantes para a formação da interface, geralmente constituída de materiais de origem natural, como a lecitina, ou semi sintética como dioleilfosfatidiletanolamina (DOPE) e diestearilfosfatidilcolina (DSPC). Os emulsificantes possuem a função da manutenção da estabilidade, promovendo uma redução na tensão interfacial e evitando que ocorra a agregação das gotículas. Para constituir a fase oleosa, a escolha pode ser feita de acordo com a solubilidade do ativo a ser carreado. Para garantia da estabilidade da preparação, geralmente são agregados antioxidantes, como a Vitamina E, na fase oleosa, enquanto na fase aquosa são inseridos agentes conservantes (BRUXEL et al, 2012; GARCIA, 2020).

Na área cosmética, a utilização desses nanossistemas pode adicionar vantagens ao produto cosmético final, dada suas características estruturais e sua capacidade de transportar diversos ativos, abrangendo parte considerável de moléculas. Ainda, destacam-se como características importantes sua estabilidade, capacidade de penetração cutânea e agradável sensorial, devido a fluidez e uniformidade de tamanho das nanoestruturas (SELBACH, 2016).

## Nanopartículas poliméricas

As nanopartículas poliméricas (NP) são constituídas por polímeros geralmente biodegradáveis e biocompatíveis, possuindo tamanho entre 10 e 1000 nm. Podem ser classificadas em dois tipos: nanoesferas, que possuem uma matriz polimérica em formato esférico, sem núcleo; e nanocápsulas, que são compostas por um núcleo oleoso envolto por uma parede polimérica de espessura fina, formando um sistema reservatório. Devido a sua composição polimérica, as NPs são geralmente mais estáveis durante o período de armazenamento em comparação aos lipossomas (SCHAFFAZICK et al, 2003).

Quando ativos são associados às NPs, podem localizar-se de diferentes maneiras no carreador. No caso de substâncias lipofílicas, estas podem estar dissolvidas ou dispersas no núcleo oleoso das nanocápsulas. Podem ainda estarem dispersas, ligadas ou adsorvidas à parede polimérica de nanocápsulas ou nanoesferas, dependendo de sua afinidade com o polímero. Nesse quesito, levando em consideração a diversidade de materiais poliméricos, é necessário avaliar com cuidado qual material será utilizado para a preparação, visando os quesitos de biocompatibilidade, as características biodegradáveis e processáveis, a possibilidade de poderem ser esterilizados, assim como suas propriedades mecânicas (CARDOSO, 2019).

Na indústria cosmética, geralmente as nanocápsulas são a principal escolha para o carreamento de ativos, devido a possibilidade de veicular substâncias lipofílicas, abrangendo a maioria dos compostos cosméticos. Outras vantagens deste sistema nanoestruturado estão relacionadas a possibilidade de redução de odores, proteção das substâncias sensíveis a luz e/ou temperatura, evitando sua degradação química, e modulação da liberação de substâncias (COSTA; SANTOS, 2017).

## **Nanopartículas lipídicas sólidas e carreadores lipídicos nanoestruturados**

As nanopartículas lipídicas sólidas (NLS) foram descritas por Speiser nos anos 70 e podem ser consideradas como uma combinação entre as características dos lipossomas e das nanopartículas poliméricas. Sua preparação foi planejada com base na preparação de emulsões óleo em água, onde o lipídio líquido (óleo) é substituído pelo lipídio sólido, utilizando-se ainda tensoativos que garantem a estabilidade física da suspensão lipídica (ROSSAN, 2011; KALITA, 2019).

Os carreadores lipídicos nanoestruturados (CLN), por sua vez, são considerados uma segunda geração de nanopartículas lipídicas, sendo constituído por lipídios sólidos e líquidos, apresentando uma estrutura menos cristalina e permitindo melhor encapsulamento de ativos (GALVÃO, 2015). Na preparação de formulações de CLN podem ser utilizados triglicerídeos contendo ácidos graxos de diferentes tamanhos, formando uma estrutura desorganizada. Essa estrutura disponibiliza maior espaço na matriz para a substância carregada, diminuindo a possibilidade de expulsão do princípio ativo, o que representa uma vantagem em relação às nanopartículas lipídicas sólidas (LIMA, 2018; PARDEIKE; HOMMOSS; MÜLLER, 2009).

Os dois tipos de nanoestruturas - NLS e CLN - são vantajosas para formulações cosméticas, dada a característica de adesão à superfície da pele, permitindo a liberação local do ativo (GARCÊS, 2018). Além disso, ambas possibilitam que o ativo seja permeado a camadas cutâneas mais profundas, melhoram a estabilidade dos compostos durante períodos de armazenamento e apresentam biocompatibilidade com os tecidos cutâneos e biodegradabilidade (LINGAYAT, 2017).

## **Ativos antioxidantes nanoencapsulados utilizados como *well-aging***

Os ativos cosméticos antioxidantes são empregados como uma proteção contra o efeito das espécies reativas de oxigênio (ROS), atuando de modo a prevenir a ocorrência de oxidação e retardar o processo de envelhecimento cutâneo (ALAM; GLADSTONE; TUNG, 2010). Os antioxidantes podem ser produzidos sinteticamente ou obtidos através de fontes naturais, dentre os grupos de ativos antioxidantes mais conhecidos, encontram-se as vitaminas, os ácidos orgânicos e compostos fenólicos. (PALADINI; LOPES; MACHADO, 2020).

### **Vitaminas**

O ácido ascórbico, popularmente conhecido por vitamina C, é um dos principais compostos antioxidantes utilizados em cosméticos *well-aging*. Contém duas formas, levógiara (L) e dextrógiara (D), sendo apenas a ácido L-ascórbico a forma ativa, qual torna a molécula um bom agente redutor utilizado como antioxidante para proteção de radicais livres (CAVALARI; SANCHES, 2018). Além de sua atividade contra radicais livres que podem causar alterações no DNA, levando a perda das funções biológicas da pele, a Vitamina C é importante para a síntese de colágeno e para inibir a degradação dos fibroblastos, assim interferindo também na síntese de elastina. Adicionalmente, possui ação de despigmentante cutâneo, atuando no combate à hiperpigmentação e deposição irregular da melamina causada pela exposição excessiva à radiação solar (CAMARA; TAVARES, 2019).

Embora estudos demonstrem a efetividade de sua ação antioxidante, quando utilizada em formulações tópicas, a vitamina C apresenta dificuldades de penetração na pele, devido a sua alta solubilidade aquosa, que faz com que seja

repelida pelas barreiras cutâneas formadas por lipídios de membrana (PULLAR; CARR; VISSERS, 2017). Além disso, em relação a sua estabilidade, quando em contato com calor, umidade e luz é facilmente oxidada, ou seja, após a abertura de um produto a base desta vitamina, inicia-se um processo de degradação que leva à perda gradual da atividade (VIEIRA, 2020). Para garantir a eficácia de uma formulação contendo vitamina C, a concentração ideal de uso é de, no mínimo, 10%. Assim, usualmente formulam-se produtos contendo 20% de vitamina C, na tentativa de manter uma concentração efetiva durante o período de uso do produto cosmético (SANTOS et al, 2021).

Desse modo, para manter a qualidade e garantir a eficácia e segurança das formulações de vitamina C, o mercado cosmético utiliza alternativas para a melhorar a estabilidade e as características de permeação do ativo. Dentre estas alternativas, está o uso de nanocarreadores, que facilitam o transporte do ativo através da pele e reduzem a ocorrência de oxidação e a perda da atividade do produto pela exposição a fatores que afetam sua estabilidade (COMUNIAN et al, 2020).

Nesta classe, outro ativo de interesse é a vitamina A e seus derivados, especialmente o retinol e o ácido retinóico, derivados de modificações químicas da estrutura original. Além destes, os retinóides naturais, como os betacarotenos, fazem parte do arsenal de opções da indústria cosmética (OLIVEIRA et al, 2018). Esse grupo de compostos têm funções diversificadas, atuando sobre a estimulação da renovação celular, aumento da elasticidade cutânea, estímulo da produção de colágeno, culminando com efeito de hidratação da pele e redução das linhas de expressão. Em relação à estabilidade, são instáveis ao calor sofrendo oxidação na presença de luz, o que aponta para o benefício de produzir formulações nanotecnológicas que possam auxiliar na estabilidade destas moléculas, fornecendo proteção contra degradação (SILVA et al, 2021).

## Ácidos Orgânicos

O ácido hialurônico (AH) é popularmente conhecido por sua utilização na área estética, na forma de injeção intradérmica para o preenchimento facial, reduzindo rugas e linhas de expressão. No entanto, em formulações tópicas, sua deposição é superficial podendo promover hidratação cutânea, melhorar a elasticidade da pele e preencher superficialmente as linhas de expressão, sendo a sua ação de preenchimento superficial atribuída a sua afinidade com a água (LIMA, 2020). Também é relatada sua ação antioxidante, baseada no sequestro dos radicais livres, protegendo a pele das ações causadas por essas espécies reativas e contribuindo para que ocorra restauração tecidual (FERREIRA; CAPOBIANCO, 2016).

Outro ácido que se destaca pelo potencial cosmético é o ácido kójico, o qual apresenta ação antioxidante e despigmentante. Comumente é utilizado para atenuar sinais de envelhecimento e no tratamento de melasmas, devido à capacidade de inibição não-competitiva com a enzima tirosinase, a qual atua na biossíntese da melanina. A interferência nas reações de melanogênese ocorre pela ação antioxidante, uma vez que atua como redutor de intermediários, bloqueando os processos que são essenciais para a formação da melanina (RIBEIRO, 2010).

Além disso dos citados acima, o ácido ferúlico também é utilizado em preparações cosméticas, sendo um composto orgânico da família dos ácidos hidroxicinâmicos, atuando como antioxidante e oferecendo proteção contra os radicais livres. É considerado um potente ativo contra espécies reativas devido a capacidade de neutralizar diferentes tipos de radicais livres, tais como peróxido de hidrogênio e ânion superóxido. O ácido ferúlico age como quelante de metais e atua durante o estresse oxidativo, interrompendo sua ação ou atuando na regulação enzimática importante no combate deste processo (PERES, 2015).

A encapsulação dos ácidos orgânicos em nanossistemas pode aumentar sua efetividade no uso tópico, dada à adequada distribuição superficial, à proteção conferida ao ativo encapsulado e, especialmente, à possibilidade de permeação cutânea, garantido a localização do ativo em camadas mais profundas da pele.

## **Compostos Fenólicos: resveratrol**

O resveratrol é um antioxidante natural que possui uma estrutura polifenólica, sendo geralmente encontrado na casca da uva. Apresenta ação anti-inflamatória, pelo que é utilizado como tratamento complementar para pacientes com problemas cardíacos. Apresenta também atividade antioxidante, que protege contra os radicais livres. Na pele estimula a proliferação dos fibroblastos por meio da proteção contra as reações de oxidação mediadas por espécies reativas. Outro benefício do resveratrol como antioxidante está ligado à afinidade com o receptor (proteico) de estrogênio, relacionada à síntese de colágeno I e II. Assim, atua de modo a impedir situações pós-estresse oxidativo desencadeadas pela liberação de interleucinas-1 e fator de necrose tumoral, as quais poderiam gerar lesões na pele devido à degradação do colágeno, ácido hialurônico e elastina, além dos processos de oxidação lipídica (PALADINI; LOPES; MACHADO, 2020).

O resveratrol é fotossensível e sob a luz ultravioleta é possível observar duas isoformas, trans e cis. Devido à isoforma trans ser mais ativa, a indústria cosmética utiliza esta para o preparo das formulações, incluindo as nanotecnológicas. Encontra-se o trans-resveratrol, geralmente associado ao óleo de romã, o qual também possui características que auxiliam na proteção contra as espécies reativas (ÜCKER; RIGO, 2019).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os nanocosméticos antioxidantes atuam prevenindo ou atenuando os sinais do envelhecimento cutâneo, de modo a contribuir para um envelhecer saudável da pele. Neste contexto, foram destacadas as vantagens da encapsulação de antioxidantes em nanossistemas, tais como a estabilização do ativo encapsulado, a permeação facilitada e a melhoria das características sensoriais. O avanço da tecnologia e a necessidade de informação de qualidade transmitida aos consumidores de cosméticos impulsionaram a inserção cada vez maior da nanotecnologia nesta área. Percebe-se nítido crescimento na busca dos consumidores por produtos com maior eficácia, o que facilitou a ascensão no mercado de cosméticos dos antioxidantes nanoencapsulados. Por fim, ainda não há legislação no Brasil que regule o uso da nanotecnologia em cosméticos, sendo utilizadas as bases da regulamentação de cosméticos convencionais.

## REFERÊNCIAS

- ALAM, Murad; GLADSTONE, Hayes B.; TUNG, Rebecca C. *Dermatologia cosmética*. Elsevier Brasil, 2010.
- ALMEIDA, Bianca de Lima et al. **Modelo de pele humana reconstruída como plataforma para estudos de fotoenvelhecimento**. p 20-25, 2020. Disponível em: <<https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/7847>> Acesso em: 20 de mar de 2023.
- ANDRADE, G. **Anatomofisiologia aplicada à estética**. Porto Alegre: Grupo A. p. 7-8, 2017.
- ASSIS, Beatriz Alves. **Nanocosmetotecnologia: principais nanoestruturas e suas aplicações**. 2018.
- BANGHAM, Alec D. Liposomes: realizing their promise. **Hospital Practice**, v. 27, n. 12, p. 51-62, 1992.
- BARONI, Adone *et al.* Structure and function of the epidermis related to barrier properties. **Clinics in dermatology**, v. 30, n. 3, p. 257-262, 2012.

BENSON, Heather AE. Skin structure, function, and permeation. **Topical and Transdermal Drug Delivery: Principles and Practice**, 1st ed.; Benson, HAE, Watkinson, AC, Eds, p. 1-22, 2012

BIRCH-MACHIN, M. A.; BOWMAN, A. Oxidative stress and ageing. **British Journal of Dermatolog**, v. 175, p. 26-29, 2016.

BLAIR, Michael J. et al. Skin Structure–Function Relationships and the Wound Healing Response to Intrinsic Aging. **Advances in wound care**, v. 9, n. 3, p. 127-143, 2020.

BRUXEL, Fernanda et al. Nanoemulsões como sistemas de liberação parenteral de fármacos. **Química Nova**, v. 35, n. 9, p. 1827-1840, 2012.

CAMARA, Maria Eduarda Lessa; TAVARES, Maria Izabel Leite. **Análise da utilização da vitamina c em formulações cosméticas no combate aos radicais livres**. 2019. Disponível em: <<http://tcc.fps.local:80/handle/fpsrepo/610>> Acesso em: 20 de mar de 2023.

CARDOSO, Filipa Dias. **Nanotecnologia aplicada à dermofarmácia**. [s. l.], p. 1–72, 2019. Tese de Doutorado.

CAVALARI, Tainah GF; SANCHES, Rosely Alvim. Os efeitos da Vitamina C. **Revista saúde em foco**, p. 749-765, 2018.

COMUNIAN, T. et al. Protection and controlled release of vitamin C by different micro/nanocarriers. **Critical Reviews in Food Science and Nutrition**, p. 1-22, 2020.

CORNIER, Jean; KECK, Cornelia M.; VAN DE VOORDE, Marcel (Ed.). **Nanocosmetics: From Ideas to Products**. Elsevier, 2020.

COSTA, Raquel; SANTOS, Lúcia. Delivery systems for cosmetics - From manufacturing to the skin of natural antioxidants. **Powder Technology**, [s. l.], v. 322, p. 402–416, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.powtec.2017.07.086>.

DE JESUS LEOPOLDO, Claudemir; DEL VECHIO, Gustavo Henrique. Nanotecnologia e suas aplicações: uma revisão quanto aos seus conceitos, potencial de uso, riscos e tendências. **Revista Interface Tecnológica**, v. 17, n. 2, p. 144-154, 2020.

DRAELOS, Zoe Diana (Ed.). *Cosmetic dermatology: products and procedures*. **John Wiley & Sons**, 2015.

FERREIRA, Natália Ribeiro; CAPOBIANCO, Marcela Petrolini. Uso do ácido hialurônico na prevenção do envelhecimento facial. **Revista Científica UNILAGO**, v. 1, n. 1, p. 1-10, 2016.

GARCÊS, A. et al. Formulations based on solid lipid nanoparticles (SLN) and nanostructured lipid carriers (NLC) for cutaneous use: A review. **European Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 112, p. 159-167, 2018.

GARCIA, Mariana et al. **Nanoemulsões antienvhecimento: uma inovação para o mercado cosmético**. 2020. Disponível em: <<https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/197>> Acesso em: 20 de mar de 2023.

GONÇALVES, Joana Carrapiço et al. **Nanotecnologia aplicada à pele**. 2014. Dissertação de Mestrado.

GU, Yanpei et al. Biomarkers, oxidative stress and autophagy in skin aging. **Aging research reviews**, v. 59, p. 101036, 2020.

JUNQUEIRA, Luiz C.; CARNEIRO, José. **Histologia Básica - Texto & Atlas**, 13ª edição. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2017.

KALITA, Mr Pratap. Historical Development, Preparation, Characterization, and Pharmacokinetics of Nanoparticles: A Review. **Asian Journal of Pharmaceutics (AJP)**: Free full text articles from Asian J Pharm, v. 12, n. 04, 2019.

LAI-CHEONG, Joey E.; MCGRATH, John A. Structure and function of skin, hair and nails. **Medicine**, v. 45, n. 6, p. 347-351, 2017.

LIMA, Francélia Pereira Pinto. Envelhecimento cutâneo da pele: relação entre o excesso de carboidratos e a Reação de Maillard na formação de produtos de glicação avançada (AGES). **Scire Salutis**, v. 8, n. 1, p. 1-7, 2018.

LIMA, Pedro Henrique Correia de et al. **Sistema lipossomal modificado com ácido hialurônico: preparação e caracterização**. 2020. Dissertação de Mestrado. Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Disponível em: <<http://repositorio.utfpr.edu.br/jspui/handle/1/24704>> Acesso em: 20 de mar de 2023.

LINGAYAT, Vishal J.; ZAREKAR, Nilesh S.; SHENDGE, Rajan S. Solid lipid nanoparticles: a review. **Nanoscience and Nanotechnology Research**, v. 2, p. 67-72, 2017.

NEVES, Kátia. Nanotecnologia em cosméticos. **Cosmetics & Toiletries**, v. 20, p. 22, 2008.

OLIVEIRA, Camila de Lima et al. A evolução da molécula de vitamina A utilizada em formulações cosmeceúticas. **Brazilian Journal of Natural Sciences**, v. 1, n. 1, p. 17-17, 2018.

PALADINI, Andreia Medeiros; LOPES, Talita Durante; MACHADO, Karina Elisa. Benefícios do resveratrol como ativo cosmético na prevenção do envelhecimento cutâneo. **Infarma-Ciências Farmacêuticas**, v. 32, n. 4, p. 319-328, 2020.

PARDEIKE, Jana; HOMMOSS, Aiman; MÜLLER, Rainer H. Lipid nanoparticles (SLN, NLC) in cosmetic and pharmaceutical dermal products. **International journal of pharmaceutics**, v. 366, n. 1-2, p. 170-184, 2009.

PERES, Daniela D’Almeida. Ácido ferúlico em protetores solares: desenvolvimento e eficácia multifuncional in vitro, ex vivo e in vivo. 2015. Tese (Doutorado em Produção e Controle Farmacêuticos) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas, University of São Paulo, São Paulo, 2015. doi:10.11606/T.9.2015.tde-03092015-075933. 20 de mar de 2023.

POLJŠAK, Borut; DAHMANE, Raja G.; GODIĆ, Aleksandar. Intrinsic skin aging: the role of oxidative stress. **Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat**, v. 21, n. 2, p. 33-36, 2012.

PULLAR, Juliet M.; CARR, Anitra C.; VISSERS, Margreet. The roles of vitamin C in skin health. **Nutrients**, v. 9, n. 8, p. 866, 2017.

RIBEIRO, Claudio. **Cosmetologia aplicada a Dermoestética**. 2. ed. São Paulo: Pharmabooks, 2010.

RIZZO, Donald C. **Fundamentos da Anatomia e Fisiologia**: Tradução da 3ª edição norte-americana. São Paulo: Cengage Learning Brasil, 2016. p. 112-116 2012.

ROSSAN, Marcos Roberto et al. **Preparação e caracterização de micro e nanopartículas lipídicas sólidas para aplicação em cosméticos**. [s. l.], 2011. Dissertação de Mestrado.

SANTOS, Aline Dantas; DE SENA, Dirlan Vitoria Ferrari; RAMBO, Douglas Fernando.

Aquaporinas 3 aplicadas a cosmetologia em região de face face de mulheres: uma revisão de literatura. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 7, n. 4, p. 997-1010, 2021.

SANTOS, Nivea Cristina Moreira. **Anatomia e Fisiologia Humana**, 2ª edição. São Paulo: Editora Saraiva, 2014.

SCHAFFAZICK, Scheila Rezende et al. Caracterização e estabilidade físico-química de sistemas poliméricos nanoparticulados para administração de fármacos. **Química nova**, v. 26, p. 726-737, 2003.

SELBACH, Sarah Ledur et al. **Desenvolvimento e avaliação do potencial antioxidante de uma nanoemulsão de uso tópico**. 2016. Disponível em: <<http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/7613>> Acesso em: 18 de mar de 2023.

SILVA, Antônia Castro et al. Envelhecimento e ativos cosméticos antienuelhecimento. **Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa**, v. 37, n. 72, p. 113-127, 2021.

SILVEIRA, Camila Costa et al. Estudo científico de Nanocosméticos. **Revista Brasileira de Iniciação Científica**, v. 6, n. 2, p. 108-120, 2019.

SIMÃO, Daniele. **Cosmetologia aplicada I**. Porto Alegre, RS: Grupo A, 2019. 9788595028722. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595028722/>. Acesso em: 15 de mar de 2023.

TOBIN, Desmond J. Introduction to skin aging. **Journal of tissue viability**, v. 26, n. 1, p. 37-46, 2017.

Turner KJ, Vasu V, Griffin DK. Telomere Biology and Human Phenotype. **Cells**. 2019; 8(1):73. <https://doi.org/10.3390/cells8010073>

ÜCKER, Juliana Maronn; RIGO, Marinês Pérsigo Morais. Ação antioxidante do resveratrol no tratamento dermatológico: revisão de literatura. **Revista Destques Acadêmicos**, v. 11, n. 3, 2019.

VIEIRA, Ana Carolina da Rocha. **Atividade antioxidante da vitamina C**: aplicações na indústria farmacêutica e de alimentos e formas de evitar a oxidação mantendo sua estabilidade. 2020. Disponível em: <<https://repositorio.bc.ufg.br/handle/ri/19405>> Acesso em: 15de mar de 2023.

WALTERS, Kenneth A.; ROBERTS, Michael S. The structure and function of skin. **Drugs and the Pharmaceutical Sciences**, v. 119, p. 1-40, 2002.

YOUSEF, Hani; ALHAJJ, Mandy; SHARMA, Sandeep. **Anatomy, skin (integument), epidermis**. 2017.

---

## **CAPÍTULO 16**

---

# **BENEFÍCIOS DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES PARA A SAÚDE E O BEM-ESTAR DE PESSOAS COM FIBROMIALGIA: PESQUISA BASEADA EM EVIDÊNCIAS**

Ana Lydia Vasco de Albuquerque Peixoto

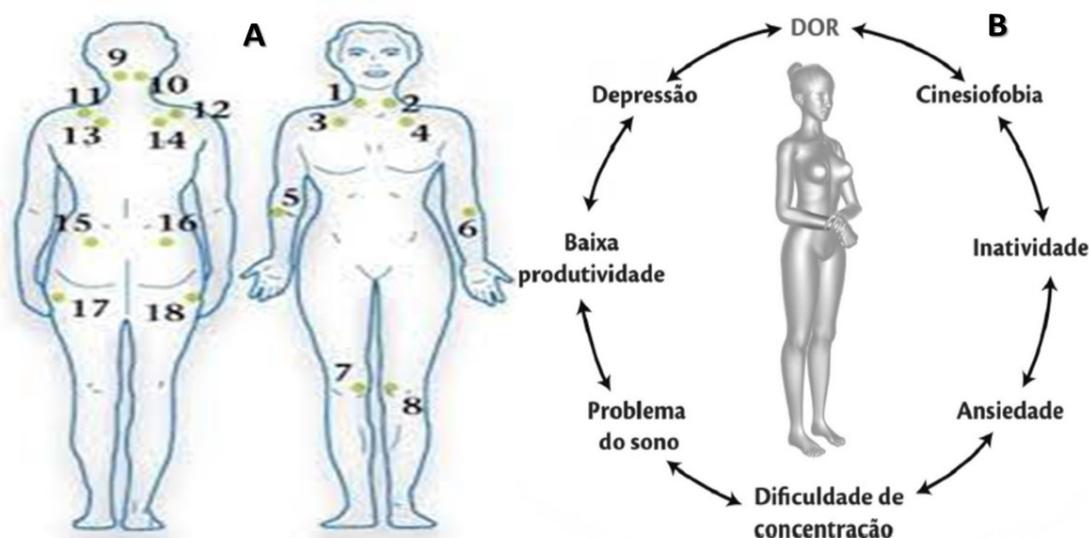
Kristiana Cerqueira Mousinho

## INTRODUÇÃO

A fibromialgia pode ser definida como síndrome dolorosa crônica não-inflamatória que acomete o sistema músculo-esquelético de forma difusa e com múltiplos pontos doloroso (MERSKEY; BOGDUK, 1994; PROVENZA et al., 2004), apresentando duração de mais de três meses (MERSKEY; BOGDUK, 1994). A dor crônica pode estar associada à fadiga, disfunção cognitiva, distúrbio do sono, rigidez matinal, ansiedade e/ou depressão. Pode ser acompanhada de outros sintomas como fadiga, cefaleia, distúrbios do sono e depressão, cujos mecanismos fisiopatológicos ainda não foram identificados (PROVENZA et al., 2004; AGUIAR et al., 2021).

Trata-se de um distúrbio que acomete cerca de 2% da população brasileira, sendo prevalente em mulheres, com idade média de 35,8 anos. No Brasil, estima-se que entre 41 e 61% da população economicamente ativa sofre de dores crônicas, sendo um importante fator de absenteísmo ao trabalho, o que gera custos tanto para a economia quanto para o setor de saúde (SOUZA; PERISSINOTTI, 2018).

Este tipo de dor é um importante fator agravante de saúde pública mundial e responsável pela maior parte da procura por consultas médicas sendo, portanto, foco de várias pesquisas que utilizam diferentes técnicas para o seu controle. Pode ser uma dor difusa pelo corpo (Figura 1 - A), mas há casos em que é mais localizada. Geralmente a pessoa tem dificuldade de definir quando e como começou a dor, pois ela começa leve e pode ir aumentando a intensidade com o passar do tempo. Os sintomas da fibromialgia podem afetar negativamente a qualidade de vida e o desempenho profissional da maioria dos acometidos pela doença pois pode comprometer a capacidade funcional e provocar o estresse psicoafectivo. Por conseguinte, no desenvolvimento diário das funções cotidianas, afetando a capacidade de laboral, a vida familiar, social, o sono e vida sexual (SOUZA; PERISSINOTTI, 2018).

**Figura 1:** Tender points (A) e ciclo da dor (B).

Fonte: Google imagens

A etiopatogenia da FM ainda não está totalmente esclarecida, sabe-se que a pessoa com FM possui maior sensibilidade à dor e isso tem relação com o centro de dor no sistema nervoso. Desta maneira, nervos, medula e cérebro, fazem que qualquer estímulo doloroso seja mais intenso. O diagnóstico da fibromialgia é essencialmente clínico, pela história e exame físico, e após serem excluídas outras causas para a dor e demais sintomas.

Estudos mostram que as pessoas com fibromialgia apresentam a redução de tolerância generalizada à dor, decorrente de baixos níveis de serotonina e altos níveis de substância P, a qual foi maior no líquido de pacientes com fibromialgia quando comparado ao grupo controle, provavelmente ocasionado por disfunção de neurotransmissores (RIBERTO; PATO, 2004).

O paciente com dor crônica, independente da origem de sua dor, acaba tornando-se um problema para a atenção primária à saúde, uma vez que seu quadro crônico, de difícil manejo, gera aumento no número de consultas por demanda espontânea, devido sua busca por resolução ou ao menos minimização de suas

dores. Muitas vezes leva o paciente a praticar automedicação numa tentativa de diminuir sua dor, o que pode gerar novos problemas para o paciente e, com isso, novas demandas por consultas, ou seja, gera um ciclo incessante (SILVA, 2018).

Por ser uma patologia de acometimento crônico, o tratamento para a fibromialgia requer atenção aos sintomas clínicos, podendo ser farmacológico ou não-farmacológicos. Entretanto, o objetivo das medidas terapêuticas adotadas deve primar pelo alívio da dor, melhora da qualidade do sono, manutenção ou restabelecimento do equilíbrio emocional, melhora do condicionamento físico e da fadiga, além do acompanhamento clínico das comorbidades associadas (PROVENZA et al., 2004).

Convém ressaltar que, fibromialgia não tem cura, mas seus sintomas podem ser atenuados através do uso de medicamentos mediante prescrição do médico assistente e adoção das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) como coadjuvante ao tratamento tem contribuído para a melhoria dos sintomas clínicos e ao restabelecimento da qualidade de vida. O termo Práticas Integrativas e Complementares (PICS) foi designado pelo Ministério da Saúde (MS), refere-se ao conjunto de práticas e saberes agrupados pela característica comum e não pertencente ao grupo de saberes/práticas consagrados na medicina convencional (BRASIL, 2006). Evidências científicas têm mostrado os benefícios do tratamento integrado entre medicina convencional e práticas integrativas e complementares. Além disso, há crescente número de profissionais capacitados e habilitados e maior valorização dos conhecimentos tradicionais de onde se originam grande parte dessas práticas (BRASIL, 2018).

No Brasil, já existiam registros de PICs em vários serviços do SUS desde a década de 1980, observando-se crescente interesse acadêmico pelo tema. A evolução histórica da institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (SUS), mostra que na 8ª Conferência Nacional de

Saúde foi deliberada a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde; em 1988 a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) fixou normas e diretrizes para o atendimento em Homeopatia, Acupuntura, Termalismo, Técnicas Alternativas de Saúde Mental e Fitoterapia. Em 2006, foi publicada a Portaria Ministerial que aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) instituiu no Sistema Único de Saúde (SUS) abordagens de cuidado integral à população por meio de sistemas complexos e outras práticas que envolvem recursos terapêuticos diversos. A inclusão das PIC no SUS, com ênfase na Atenção Básica, tendo em vistas a prevenção de agravos e da promoção e recuperação de saúde, favorecendo o cuidado continuado, humanizado e integral.

Em 2018, foram incorporadas mais dez técnicas às PICs ofertadas pelo SUS, perfazendo 29 práticas integrativas e complementares oferecidas no Sistema Único de Saúde, são elas: ayurveda, homeopatia, **medicina tradicional chinesa**, medicina antroposófica, plantas medicinais/fitoterapia, arteterapia, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, **terapia comunitária integrativa**, termalismo social/crenoterapia, yoga, apiterapia, aromoterapia, bioenergética, cromoterapia, constelação familiar, geoterapia, hipnoterapia, **imposição de mãos**, ozoniterapia e terapia de florais (BRASIL, 2018).

O texto objetivou analisar as evidências científicas disponíveis no âmbito global e local, sobre os benefícios das práticas integrativas e complementares para a saúde e o bem-estar de pessoas com fibromialgia.

## METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritiva de revisão integrativa que consiste no agrupamento das evidências científicas do tema em estudo cujo objetivo é sintetizar e analisar os textos recuperados na base de dados *Scielo*. A pesquisa bibliográfica é uma das melhores formas de iniciar um estudo, buscando-se semelhanças e diferenças entre os artigos levantados nos documentos de referência.

O estudo foi feito em cinco etapas a serem seguidas na revisão integrativa, sendo elas: formulação do problema, coleta dos dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados (COOPER, 1989). Foram consideradas as variáveis relevantes para a delimitação do problema delimitado a fim de responder a seguinte questão: quais as evidências sobre os benefícios das práticas integrativas e complementares para a saúde e o bem-estar de pessoas com fibromialgia?

As palavras-chave utilizadas foram “*fibromialgia*”, “*práticas integrativas OR complementar*”, “*saúde e qualidade de vida OR bem-estar*” unidos pelo operador booleano *AND*, com a inclusão de publicações de janeiro de 2013 a abril de 2023. Foram incluídos na pesquisa: artigo completo, artigo de revisão (narrativa, integrativa e/ou sistemática) e/ou relato de caso e/ou artigos completos publicados em português, inglês ou espanhol. E excluídos os artigos que: estava em duplicidade, não tratavam da temática e/ou não estivessem no período delimitado, bem como pesquisas envolvendo menores de 18 anos, realizados com modelo animal, editoriais, cartas ao editor, resenha de livro, resumos, relato breve, comunicação rápida e/ou comentários.

A seleção dos artigos foi realizada em três etapas: 1) aplicação dos critérios de exclusão; 2) avaliação de títulos e resumos e 3) leitura completa dos textos pré-selecionados, ficando apenas com os estudos realmente relevantes à pesquisa

(COOPER, 1989). As informações registradas dos artigos científicos utilizados neste estudo foram coletadas com a utilização de ficha de estudo, contendo as seguintes informações: numeração, autor(es), título, periódico, local de estudo, ano do artigo, volume, número, descritores/palavras-chave, objetivo/questão de investigação, metodologia, resultados, limitações/recomendações.

Ao término da seleção dos artigos, foi realizada leitura minuciosa para análise e interpretação dos dados, classificando os estudos selecionados de acordo com a Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) dos Estados Unidos da América, que avalia os artigos em níveis de um a seis, sendo o primeiro nível o de maior relevância, a saber: nível 1 - metanálise de múltiplos estudos controlados; nível 2 - estudo individual com delineamento experimental; nível 3 - estudo com delineamento quase-experimental como estudo sem randomização com grupo único pré e pós-teste, séries temporais ou caso-controle; nível 4 - estudo com delineamento não-experimental como pesquisa descritiva correlacional e qualitativa ou estudos de caso; nível 5 - relatório de casos ou dado obtido de forma sistemática, de qualidade verificável ou dados de avaliação de programas e nível 6 - opinião de autoridades respeitáveis baseada na competência clínica ou opinião de comitês de especialistas, incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas (STETLER et al., 1998).

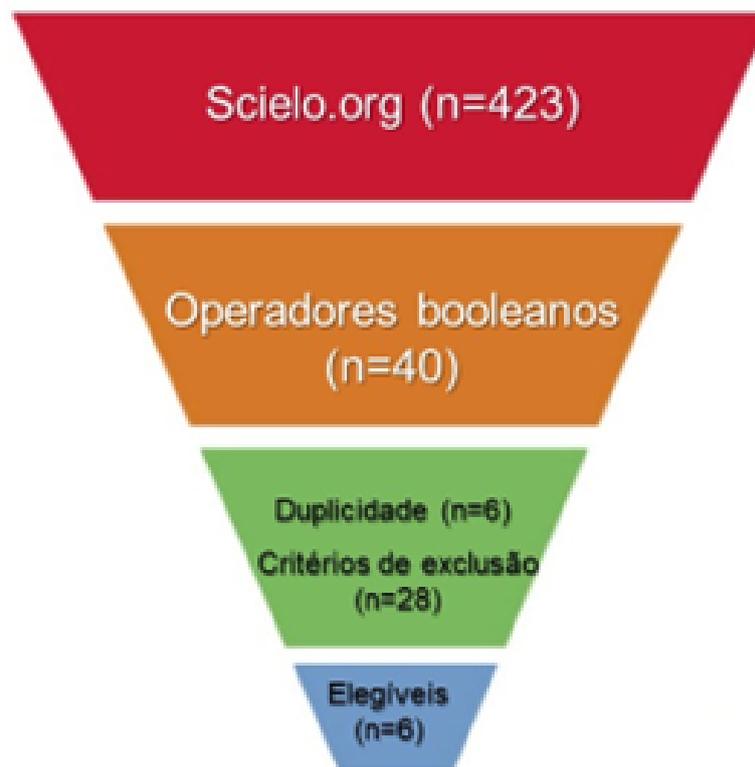
Em seguida, as informações relevantes foram compiladas, sintetizadas, agrupadas e organizadas em um quadro sinóptico para visualização e discussão dos principais resultados decorrentes do estudo (COOPER, 1989). A análise dos estudos selecionados, foi realizada de forma descritiva, possibilitando reunir o conhecimento produzido e divulgado nos últimos dez anos, de modo que seja possível apresentar os benefícios das práticas integrativas (PICS) reconhecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) - à saúde e bem-estar dos pacientes fibromiálgicos.

Os achados da pesquisa foram divulgados de forma clara e completa no sentido de permitir ao leitor avaliar criticamente as informações contidas nas evidências científicas consultadas (COOPER, 1989). Os aspectos éticos da pesquisa foram assegurados através da citação e referência das evidências científicas utilizadas, seguindo as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

## **RESULTADOS**

Ao iniciar a pesquisa bibliográfica sobre Fibromialgia, foi possível identificar 413 artigos publicados na base de dados Scielo.org, no período de 2001 a 2023, em seguida foram aplicadas as estratégias de busca com o uso dos operadores booleanos conforme descrito na metodologia.

A figura 1 ilustra as etapas de seleção, podendo ser observado que dos 40 artigos recuperados com o uso da estratégia de busca com o uso de operadores booleanos, aplicação dos critérios de exclusão, avaliação de títulos e resumos e leitura completa dos textos pré-selecionados, apenas 06 artigos científicos atenderam aos critérios de elegibilidade estabelecidos para o presente estudo.

**Figura 1:** Etapas de identificação e seleção dos artigos.

Fonte: Dados da pesquisa

Os estudos analisados demonstraram que a acupuntura é eficaz no tratamento da fibromialgia, sendo capaz de reduzir a resposta imediata da dor, contribuindo para o alívio dos estados de ansiedade e depressão e na melhora da qualidade de vida dos fibromiálgicos (PEREIRA et al., 2021). No que tange à terapia comunitária integrativa, constatou-se que a intervenção interdisciplinar foi capaz de favorecer ao empoderamento de pessoas que vivem com fibromialgia, repercutindo de forma positiva no processo saúde-doença e autocuidado. E por fim, o toque terapêutico no cuidado de enfermagem, permitiu a individualização do cuidado humanizado e integral de forma autônoma, despontando como ferramenta de conforto e valorização da saúde da pessoa com fibromialgia (Quadro 1).

**Quadro 1:** Descrição dos artigos incluídos neste estudo.

Ano da publicação	Autores	Nível de evidência	Tipos de pesquisa	Objetivo	Amostra	Resultados
2014	Stival et al.	2	Estudo randomizado, controlado e duplo-cego	Avaliar a eficácia da acupuntura no tratamento da fibromialgia, considerando-se como desfecho primário a resposta imediata da escala visual analógica (VAS) para avaliação da dor	15 sujeitos	A acupuntura mostrou ser eficaz na redução imediata da dor em pacientes portadores de fibromialgia com tamanho do efeito estatisticamente significativo.
2015	Stall et al.	3	Caso controle	Verificar a eficiência do método Rolwing de Integração Estrutural, da acupuntura e da combinação das duas técnicas no alívio da dor, nos estados de ansiedade e depressão e na melhora da qualidade de vida dos fibromiálgicos.	60 sujeitos	As duas técnicas foram eficazes, individualmente e/ou associadas, no alívio da dor, nos estados de ansiedade e depressão e na melhora da qualidade de vida dos fibromiálgicos.
2016	Miranda et al.	4	Qualitativa	Analisar o modelo da terapia comunitária integrativa para o empoderamento de pessoas que vivem com fibromialgia e discutir a repercussão dessa intervenção interdisciplinar no processo saúde-doença e autocuidado.	11 sujeitos	A terapia comunitária integrativa revelou-se como ferramenta dinâmica à construção e ampliação do conhecimento sobre fibromialgia e no empoderamento para o autocuidado.
2016	Lee et al.	5	Revisão de literatura	Descrever a abordagem terapêutica da fibromialgia por meio da acupuntura, por meio de revisão da literatura, para uma abordagem de tratamento integrativa.	39 textos	Acupuntura é uma alternativa no manejo da dor em pacientes com fibromialgia, que para obter melhores resultados, requer o uso síncrono de todos os pontos que podem ser benéficos no alívio da dor.
2021	Pereira et al.	5	Revisão integrativa	Realizar uma revisão integrativa sobre o uso da acupuntura na analgesia em pacientes com fibromialgia.	07 textos selecionados	A literatura científica sugere que a acupuntura é eficaz para o tratamento de dor em pacientes com fibromialgia, com melhora na qualidade de vida e intergerência positiva no sono.
2022	Mendes et al.	5	Revisão integrativa	Analisar o conceito de toque terapêutico no cuidado de enfermagem, especificando seus atributos, antecedentes e consequentes	08 textos selecionados	O toque terapêutico promoveu bem-estar, conforto, tranquilidade e paz, esperança, segurança, motivação, humor, qualidade de o sono, redução do estresse e comportamentos perturbadores e promoveu melhor estado funcional e qualidade de vida.

Fonte: Dados da pesquisa

## DISCUSSÃO

De acordo com o Quadro 1, a associação de PICS ao tratamento da dor crônica caracteriza-se pela necessidade de implantação de programas multidimensionais que possam agir sobre características biopsicossociais, corroborando com Riberto e Pato (2004), Aguiar et al. (2021) e Trevisan et al. (2022). Neste sentido, observa-se que, no aspecto biológico, esses programas visam regular os mecanismos endógenos de controle da dor e a concentração de neurotransmissores (como serotonina, noradrenalina e dopamina), no aspectopsicológico reduzem ansiedade, depressão, angústia e incapacidades mentais geradas pela dor crônica. E, por fim, o aspecto social que visa favorecer a autoestima, a participação social e a produtividade intelectual e física.

Os resultados do estudo podem ser corroborados pelo consenso do National Institutes of Health -NIH- (1998), traz a acupuntura como ferramenta útil como terapia integrativa ou como tratamento coadjuvante. Deve ser incluído em programas de controle da dor em pacientes com fibromialgia ou em condições como dores de cabeça, tensão pré-menstrual, lombalgias, síndrome do túnel do carpo, dentre outras (NIH, 1998). Sabe-se que o uso da acupuntura, ou seja, inserção de agulhas em pontos determinados seguindo as linhas dos meridianos (PEREIRA et al., 2021). Induzindo a liberação de neurotransmissores com a finalidade analgésica, antidepressiva, anti-ansiolítica, anti-inflamatória entre outras (SIRACURA et al., 2021).

Os resultados da pesquisa mostram utilização de ferramentas terapêutica em grupo possibilita o desenvolvimento de características como cooperação, vínculos, comunicação, adaptação crítica e reflexiva à realidade, entre outras ligadas ao desenvolvimento sustentável de comunidades, corroborando com Brasil (2018), quando afirma que a Terapia Comunitária Integrativa desponta como be-

néfica ao tratamento coadjuvante de pessoas com fibromialgia visto que envolve os os participantes na atividade de construção de redes sociais solidárias para promoção da vida e mobilização dos recursos e competências dos indivíduos, famílias e comunidades.

É válido ressaltar que tal ferramenta, durante a partilha de experiências vislumbra a valorização das histórias pessoais, o resgate da identidade, a restauração da autoestima e da autoconfiança, a ampliação da percepção e da possibilidade de resolução dos problemas, pontos fundamentais aos princípios do bem-estar e da qualidade de vida.

Prática terapêutica coletiva que envolve os membros da comunidade numa atividade de construção de redes sociais solidárias para promoção da vida e mobilização dos recursos e competências dos indivíduos, famílias e comunidades. Objetiva a criação e o fortalecimento de redes sociais solidárias. A TCI é desenvolvida em formato de roda, visando trabalhar a horizontalidade e a circularidade. Aproveita os recursos da própria comunidade e baseia-se no princípio de que a comunidade e as pessoas possuem problemas, mas também desenvolvem recursos, competências e estratégias para criar soluções para as dificuldades. A partilha de experiências visa à valorização das histórias pessoais, favorecendo assim, o resgate da identidade, a restauração da autoestima e da autoconfiança, a ampliação da percepção e da possibilidade de resolução dos problemas (MENDES et al., 2022).

O toque terapêutico através da imposição das mãos permite a canalização da energia vital afim de promover o equilíbrio energético, necessário ao bem-estar físico e mental com a finalidade de estimular os mecanismos naturais de recuperação da saúde. Desta forma, demonstrou seu efeito benéfico como coadjuvante ao tratamento de pessoa com fibromialgia, visto que atua sobre o equilíbrio da energia vital com o propósito de harmonizar as condições gerais do corpo e da mente de forma integral, conforme preconiza Brasil (2018).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do estudo, observou-se que a Fibromialgia apresenta fatores emocionais - ansiedade e /ou depressão, cujo ciclo da dor crônica contribui de forma diretamente nos aspectos biopsicossocial, incluindo a incapacidade laboral do paciente.

Ao longo da trajetória de vida, a pessoa com Fibromialgia, importante síndrome dolorosa crônica entre os pacientes, busca assistência clínica no sistema de saúde público e/ou privado, cujo tratamento é sintoma-dependente, exigindo o olhar multidisciplinar afim de promover melhorias nas condições física-emocional e psicossocial. Entretanto, pode-se observar que para tratamento para a Fibromialgia é recomendado o uso de fármacos para o controle da dor (anti-inflamatórios e analgésicos), além de outras ferramentas terapêuticas apropriadas (acupuntura, toque terapêutico, terapia comunitária integrativa dentre outras) que demonstram serem capazes de contribuir para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar da pessoa com fibromialgia.

O presente estudo aponta os benefícios das práticas integrativas e complementares para a saúde e o bem-estar de pessoas com fibromialgia – Acupuntura, Terapia Comunitária Integrativa e Toque Terapêutico – relatados nas evidências analisadas.

A acupuntura em associação ao tratamento farmacológico da pessoa com fibromialgia contribui para a redução a intensidade da dor, o número de pontos dolorosos e o índice miálgico em pessoas com fibromialgia, promovendo a melhora da qualidade de vida de pessoas com fibromialgia no que tange à (aos): capacidade funcional, dor e nos aspectos físico, emocional e psico-social. No que se refere a Terapia Comunitária Integrativa e o Toque Terapêutico, responderam de forma positiva à melhoria da condição de saúde integral da pessoa com fibro-

mialgia, ou seja, contribuem para o conforto, bem-estar e qualidade de vida das pessoas com fibromialgia.

Convém ressaltar que, manter o acompanhamento médico para estabelecimento da melhor conduta terapêutica: seleção do melhor medicamento para o seu caso; recomendação para avaliação com equipe multiprofissional (avaliação psiquiátrica, psicológica, fisioterapêutica, nutricional etc.), melhoria nas condições e padrão do sono poderão ser o diferencial à manutenção de vida plena e com qualidade.

## **REFERÊNCIAS**

AGUIAR, D. P.; SOUZA, C. P. Q.; BARBOSA, W. J. M.; SANTOS JÚNIOR, F. F. U.; OLIVEIRA, A. S. Prevalência de dor crônica no Brasil: revisão sistemática. **BrJP**. São Paulo, v. 4, n. 3, p. 257-67, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS**. Brasília: 2018, 56p.

COOPER, H.M. **Interating research: A guide for literature reviews**. 2.ed. Newbury Park. Sage, 1989.

KRELING, M. C. G. D., CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C. A. Prevalência de dor crônica em adultos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.59, n. 4, p. 509-13, 2006.

MARTIN, D.P.; SLETTEN, C.D.; WILLIAMS, B.A.; BERGER, I.H. Improvement of fibromyalgia symptoms with acupuncture: Results of a randomized controlled trial. **Mayo Clin Proc.**, v. 81, p. 749-57, 2006.

MENDES, Alcina Maria Ferreira Ascenso da Silva; BRÁS, Sônia Cristina Neto; MARQUES, Rita Margarida Dourado; PONTICE-SOUSA, Patrícia. Toque terapêutico no cuidado da enfermagem: uma análise conceitual. **Acta Paul. Enferm.**, v. 35, p. 1-8, 2022.

MERSKEY, H, BOGDUK N. **Classification of chronic pain. Description of chronic pain syndromes and definitions of terms**. 2. ed. Seattle: IASP Press; 1994. p.45.

MIRANDA, Nathália Aparecida Costa Guedes; BERARDINELLI, Lina Márcia Miguéis; SABÓIA, Vera Maria; BRITO, Irma da Silva; SANTOS, Rosângela da Silva. Práxis interdisciplinar de cuidado em grupo de pessoas que vivem com fibromialgia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 6, p. 1115-1123, 2016.

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH (NIH). Conseses conference on Acupuncture. **JAMA**. V. 280, p. 1518-15124, 1998.

PEREIRA, Heloísa Salvador dos Santos Pereira; NUNES, Mariangela da Silva; RIBEIRO, Caíque Jordan Nunes; RIBEIRO, Maria do Carmo de Oliveira. Efeito da acupuntura na fibromialgia: revisão integrativa. **BrJP**. São Paulo, v. 4, n. 1, p. 68-71, 2021.

PROVENZA, J. R.; POLLAK, D. F.; MARTINEZ, J. E.; PAIVA, E. S.; HELFENSTEIN, M.; HEYMANN, R.; MATOS, J. M. C.; SOUSA, E. J. R. Fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**. v. 44, n. 6, p. 443-449, 2004.

RUSSELL, I.J. Fibromyalgia syndrome. In: Loeser JD, Butler SH, Chapman CR, Turkey DC, editores. **Bonica's management of pain**. 3. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, p. 543-56, 2001.

SENNA, E.R.; BARROS, A. L. P.; SILVA, E.O.; COSTA, I.F.; PEREIRA, L. V. B.; CICONELLI, R.M.; FERRAZ, M. B. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. **J Rheumatol.**, v. 31, p. 594-7, 2004.

SILVA, R.L.P. **Abordagem ao paciente com dor crônica: grupo multiprofissional de dor crônica como alternativa ao tratamento medicamentoso no programa saúde da família Abdalla Felício no município de Ponte Nova – Minas Gerais**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado na Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista. 2018.

SOUZA, J. B.; PERISSINOTTI, D. M. N. A prevalência da fibromialgia no Brasil – estudo de base populacional com dados secundários da pesquisa de prevalência de dor crônica brasileira. **Br J Pain**. São Paulo, v. 1, n. 4, p. 345-348, 2018.

STETLER, C.B.. MORSI, D.; RUCKI, S. et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. **Appl Nurs Res**. v. 11, n. 4, p. 195-206, 1998.

STIVAL, Rebecca Saray Marchesini; CAVALHEIRO, Patrícia Rechetello. STASIAK, Camila Edith Stachera; GALDINO, Dayana Talita; HOESKTRA, Bianca Eliza; SCHAFRANSKI, Marcelo Derbli. Acupuntura na fibromialgia: um estudo randomizado-controlado abordando a resposta imediata da dor. **Revista Brasileira de Reumatologia**. v. 54, n. 6, p. 431-436, 2014.

SIRACUSA, R.; PAOLA, R. D.; CUZZOCREA, S.; IMPELLIZZERI, D. Fibromyalgia: Pathogenesis, Mechanisms, Diagnosis and Treatment Options Update. **International journal of molecular sciences**. v. 22, n. 8, p. 3891, 2021.

doi: 10.48209/978-65-84959-25-G

---

## **CAPÍTULO 17**

---

# **ARTETERAPIA COMO RECURSO TERAPÊUTICO NO ATENDIMENTO COM PESSOAS IDOSAS**

**Gilmar Antoniassi Junior  
Vânia Cristine de Oliveira  
Rosa Marcia Rodrigues Braga**

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um sistema biológico conceituado culturalmente e socialmente formado e definido. A abrangência geral da ordem de envelhecimento deve-se ao fato da ordem de se encontrar registrado no tempo de vida biológico, universal a todo ser humano. Se o envelhecimento é o destino biológico de todo ser humano, ele acontece de conformidade com o contexto social em que o indivíduo está inserido (LIMA, 1988).

A velhice não precisa ser compreendida como a última etapa do processo da vida, porque a velhice não é um processo como o envelhecimento, é antes um estado que identifica a condição do ser humano. Marcado por expressões corporais expressadas por traços como: rugas, cabelos brancos, calvice, redução de reflexos, constrição da coluna vertebral, enrijecimento, dentre outros aspectos.

O processo de envelhecimento é um acontecimento que é igual para todos os seres humanos, sem nenhuma restrição. Sendo visto como uma norma progressiva, dinâmica e irreversível, que estão ligadas a fatores psíquicos, biológicos e sociais (BRITTO; LITVOC, 2004).

Segundo Guedes (2007, p. 92), a velhice pode ser vista da seguinte maneira, é uma etapa da vida cercada por impedimentos e constrangimentos, dos mais diversos. Estar envelhecendo implica enfrentar transformações no corpo e na vida social. Em muitos casos, junto ao tempo livre aparecem também sentimentos negativos que podem transformar em problemas de saúde, como depressão e solidão.

Constata-se que a arte através de meios artísticos diversos, tem como benefício socializar o idoso, pois é um meio de expressão e comunicação, sendo uma atividade lúdica, a qual permite descobertas e aprendizagem, visto que nesse processo os indivíduos revelam seus sentimentos, emoções, além da criatividade.

A arteterapia é um excelente recurso como um canal de expressão. Para pacientes com sintomas depressivos, sentimentos de solidão ou de invisibilidade social, esta técnica promove um espaço em que seus sentimentos e pensamentos são materializados e vistos. Para idosos empobrecidos socialmente e em sua rotina, que se sentem ociosos, improdutivos e incapazes, a arteterapia resgata motivação, a sensação de serem ativos, capazes, produtivos e criativos, agindo diretamente em sua autoestima, humor e estimulação cognitiva.

O presente estudo se justifica por ser nesse sentido um tema de grande relevância espera-se com esse estudo mostrar aos leitores que na velhice o indivíduo pode ter mais dignidade e mostrar sua capacidade de criar e construir um mundo melhor dentro de si mesmo. É relevante ver as pessoas retornarem suas capacidades de expressão criativa; descobrir a arte como um reconciliador de conflitos emocionais.

Desse modo, o objetivo foi de refletir sobre a importância da arteterapia na velhice, apresentando os conceitos e aspectos históricos da arteterapia, afim de caracterizar a terceira idade e listar os aspectos positivos da arteterapia na terceira idade.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa de revisão bibliográfica do tipo conceitual, ao qual buscou selecionar obras relacionados ao tema mediante o cruzamento das palavras-chaves: *arteterapia*, *velhice*, *benefícios*, *psicoterapia*, resultado numa discussão a respeito o uso da arte no processo psicoterapêutico.

## **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Em relação à concepção do envelhecer lembra-se que este ocorre por uma evolução que acontece durante toda a vida do ser humano, tendo início com o nascer e seu término com a morte. A evolução do envelhecimento causa no corpo alterações psicológicas, biológicas e sociais. No entanto, é na velhice que essas alterações aparecem de uma forma mais clara. As alterações biológicas são as morfológicas, demonstradas pelo surgimento de cabelos brancos, rugas e outras: as alterações fisiológicas estão relacionadas às mudanças das funções orgânicas; as bioquímicas estão ligadas diretamente às alterações das reações químicas que acontecem no organismo. As mudanças psicológicas acontecem quando, ao tornar-se velho, o ser humano necessita moldar-se a cada nova situação do seu dia a dia. As alterações sociais são observadas no momento em que as relações sociais tornam-se modificadas em razão do decréscimo de sua produtividade e principalmente do poder econômico e físico (PERES, 2010; SILVA, 2014; SOARES, 2009).

O modo de ver a velhice na contemporaneidade tem apreciado e valorizado a aceitabilidade de declarar seu caráter íntimo, como foi comentado por Peixoto ao referir sobre a vivência de procedimentos raros de envelhecer, e não apenas uma velhice. Cada velhice é resultado de um histórico único de vida que com o passar do tempo vai ampliando o processamento da evolução individual e de socialização junto ao meio e ao grupo em que está inserido, incorporando condutas, valores, princípios, cultura (GUSMÃO, 2001, p. 18).

‘Existir no seu tempo é a arte por excelência de nosso desenvolvimento como pessoas, em todas as fases. O tempo, em cada estágio da vida, tem seus encantos e desencantos. A velhice pode ser um tempo de encanto, serenidade, mistério, confiança, sedução, elegância diante dos fatos. Um tempo sem a urgência das relações, onde se pode viver mais apoiado na própria construção interna do que já foi feito.’ (CARIDADE, 2004, p. 143).

A Arteterapia está baseada na crença de que o processo criativo envolvido no fazer arte é aumentado à qualidade de vida. Criar arte e comunicá-la é um processo que quando realizado junto com um arteterapeuta, permite a qualquer pessoa uma ampliação de sua consciência. E, assim ela enfrenta seus sintomas, seu estresse e suas experiências traumáticas com habilidades cognitivas reforçadas, para então, desfrutar os prazeres da vida que se confirma, artisticamente, criativa (AATA, 2003).

“Arte é a expressão mais pura que há para a demonstração do inconsciente de cada um. É a liberdade de expressão, é sensibilidade, criatividade, é vida.” (JUNG, 1920, p. 85). A história da arteterapia teve seu surgimento durante a Segunda Guerra Mundial, ocasionada pelo grande número de pessoas doentes, feridas, mutiladas, pelo terror da guerra, e infinitamente traumatizadas. Essas pessoas não conseguiam se expressar verbalmente, ficando quase que impossível o convívio com estes pacientes. Médicos e enfermeiros, profissionais das ciências sociais, psicologia, arte e pedagogia, criaram atividades que poderiam libertar esses indivíduos do trauma que estavam surgindo. Neste momento, surge a arte como terapia que, através da pintura, do desenho, da modelagem e também de outras atividades, melhoravam o interno e externo no dia a dia do desenvolvimento de cada um (NAZARETH, 2007).

Segundo Valladares (2008) desde tempos remotos o homem tem utilizado a arte como forma de expressão. Na época das cavernas, em grandes culturas do passado, no oriente e no ocidente, os recursos artísticos se fizeram presentes não apenas como uma demonstração do homem e seu tempo, mas, além disso, como um meio de conseguir objetivos terapêuticos. Como terapia está sendo pesquisada desde o século XIX.

Dr. Max Simon, um grande psiquiatra, em 1876 analisou pinturas de alguns pacientes e catalogou-as em conformidade com as patologias que os mesmos

apresentavam. Neste mesmo período, médicos europeus se interessaram pelas expressões apresentadas pelos doentes. Entre eles, destaca-se Morselli, Júlio Dantas e Fusac. Um grandioso estudo de comparação dos trabalhos de doentes mentais e de pessoas saudáveis como também de renomados artistas, onde foi reparada a expressão de histórias de vida e de conflitos pessoais nestas obras foi feito por Mor. Este estudo influenciou no desenvolvimento dos testes que hoje são utilizados pela psicologia, como o Roschach e TAT (Murray) (FERNANDES, 2011).

No início do século XX houve interesse de Freud pela arte e ele postulou que o inconsciente se manifesta através de imagens que transmitem significados mais diretamente do que as palavras. Observou que o artista pode simbolizar concretamente o inconsciente na produção artística, retratando conteúdos do psiquismo que, para ele, é uma forma de catarse. Ao estudar o quadro de Leonardo da Vinci em 1910, *A Virgem e o Menino com Sant'na*, Freud declarou que o artista teria demonstrado questões referentes à sua infância e à própria personalidade. A *Escultura de Moisés*, de Michelangelo analisada em 1913, Freud acreditou que o pintor tinha instalado cólera na expressão de Moisés, que estaria demonstrando uma indignação ao povo ou até mesmo ao abalado convívio que Michelangelo tinha com o papa daquela época (RIVERA; TÂNIA, 2005).

Freud e Jung contribuíram para a fundamentação da arteterapia, porém dois grandes e renomados psiquiatras brasileiros também têm seu grande papel: Osório César e Nise da Silveira (SILVEIRA, 2006).

Osório César, estudante interno do Hospital Juqueri em 1923, trabalhou com a arte no hospital, sob a influência da psicanálise freudiana e publicou 'A arte primitiva nos alienados'. Criou em 1925 a Escola Livre de Artes Plásticas do Juqueri, em Franco da Rocha, SP, onde aconteceram muitas publicações e mais de 50 exposições de arte. O objetivo de Osório é a divulgação da expressão

artística de doentes mentais tentando afirmar a dignidade humana desses pacientes internos e também valorizar a técnica de arteterapia onde ele acredita que ao fazer arte já concedia “a cura por si” por ser um veículo condutor de acesso ao conhecimento do mundo interno (VALLADARES, 2003).

Em 1927, Osório publica “Contribuição para o estudo do simbolismo místico nos alienados”, e “Sobre dois casos de estereotipia gráfica com simbolismo sexual”. Em 1929 publica “A expressão artística nos alienados”. Osório trocou experiências com Freud, fez vários estudos, porém muitos se perderam. Em 1946, surge Nise da Silveira que trabalhava no Centro Psiquiátrico D. Pedro II, que sob o conceito da teoria Junguiana procurava entender as imagens produzidas pelos pacientes. Nise apresentou os trabalhos dos internos em um Congresso de Psicopatologia na Europa. Correspondeu com Jung, e em 1952 fundou o Museu de Imagens do Inconsciente. Em 1981 escreveu o livro ‘Imagens do inconsciente’ (VALLADARES, 2003).

A arteterapia extrapola os estudos psiquiátricos. A arteterapia foi utilizada por Margaret Naumburg em seu consultório, que seguindo os princípios da psicanálise, chamou seu trabalho de ‘Arteterapia e orientação dinâmica’. Em 1968, Margaret ministrou cursos de extensão em Arteterapia. Em Marylande, no ano de 1953, Hanna Yaka Kitkowska dá início a um trabalho de arteterapia com grupos e família, por confiar que a arteterapia seria de imensa utilidade para solucionar os problemas (REIS, 2014).

Edith Kramer em 1958 aplica a arteterapia com seguimento da psicanálise freudiana, onde Edith passa a dar mais crédito ao processo do que ao produto final. Ela prioriza a observação do comportamento durante a execução sem a necessidade de expressar, acreditando que o destaque no trabalho está na transferência (CIORNAI, 2005).

Janie Rhyne utilizou dos princípios da Gestalt-terapia, descrevendo suas experiências e transformação de seus clientes com a aplicação de suas técnicas de

fazer arte. Escreveu e publicou o livro ‘The Gestal Art Experience’, onde cita a possibilidade de combinar o contato com os conflitos e estruturar a própria compreensão através da arte (ANDRADE, 2000).

Em 1974 Natalie Rogers, filha de Carl Rogers trabalha os princípios da teoria centralizada na pessoa junto ao trabalho expressivo, pintura, modelagem, expressão corporal, teatro, dança, música, poesia e mímica. Clama que a expressão deve ser falada e compreendida pelo próprio cliente e não interpretada pelo terapeuta. Este trabalho é chamado de Conexão Criativa. Maria Margareth M.J. de Carvalho, no ano de 1957, dá início a um trabalho de arteterapia na Universidade de São Paulo (USP) e constata o grandioso valor do trabalho em arte (CIORNAI, 2005).

Em 1964, faz um curso de extensão na PUC, trabalho este relacionado a trabalhos com arteterapia familiar onde associou seu interesse pela psicologia juntamente com a arte. Em 1968, deu início a breves cursos em instituições públicas e particulares e incluindo seu próprio consultório. Em 1972, dá início a um trabalho de arteterapia na penitenciária do estado de São Paulo. Em 1974, deu início a um trabalho de arteterapia com pacientes ambulatoriais do Hospital do Servidor Público de São Paulo. Em 1980/81, implantou o primeiro curso de arteterapia em São Paulo no Sedes Sapientiae (ANDRADE, 2000).

Luiz Duprat, em 1970, deu início no Rio de Janeiro a grupos de estudos e prática de arteterapia. Mais tarde, em 1979, Ângela Phillipini começa a estudar arteterapia e organiza um curso de Cinco Semanas em Arte no Rio. Neste momento fica criada a Clínica Pomar, sob a coordenação de Ângela, que mantém uma equipe multidisciplinar com desenvolvimento de trabalhos em arteterapia com crianças, adolescentes, adultos, idosos e grupos portadores de HIV/AIDS e, se desloca pelo Brasil para ministrar cursos básicos de arteterapia (PHILIPPINI, 2002).

Joua Elizer fundou em 1999 a Associação Paulista e Brasileira de Arteterapia no Museu de Artes de São Paulo. A partir de então, muitas universidades passaram a oferecer cursos de especialização em arteterapia e o arteterapeuta passou a ocupar importante papel no que diz respeito à recuperação e prevenção de doenças motoras e psicossomáticas (PHILIPPINI, 2002).

A arteterapia tem crescido em grande escala no Brasil nas últimas décadas. Vários congressos nacionais já foram realizados onde reuniu arteterapeutas de variados estados brasileiros, da Europa e EUA, onde a arteterapia é bastante difundida.

O uso da arte como terapia vem ocupando a cada dia mais espaço no mercado e cada vez mais pessoas estão se especializando na área para atender a demanda. Organizações não Governamentais (ONGS) estão sendo criadas e as universidades estão percebendo que há um imenso campo a ser explorado e que os resultados positivos dessas terapias estão sendo comprovados (UBAAT, 2013).

‘A velhice, com efeito, é honrável, contanto que se defenda a si mesmo, que mantenha seus direitos, que não se submeta a ninguém e que até o derradeiro alento guarde seu império sobre os seus. Assim como estimo um adolescente no qual se encontra algo de um velho, assim aprecio um ancião no qual se encontra alguma coisa de um adolescente; aquele que seguir esta regra poderá ser velho de corpo, não será jamais de alma!’ (NOGUEIRA, 2013, p. 32).

O pensamento de Morin (1999) em relação ao método de envelhecer é de que o ser humano refugando a morte como refuga, com todas as forças, ele tende também a refugar a velhice, de repente por ser a etapa da vida que esteja mais próxima da morte, fazendo da velhice um peso. Assim sendo, o ser humano fica marcado pelo espírito da morte, onde ele tenta descobrir os mitos para negá-la ou para encontrá-la, pensando em meios para aceitá-la. Assim dá-se conta de que problema da consciência e do ser humano é cruzado pelo tempo se tornando trágico pela morte. Essa influência se verte em dor para o ser humano, especialmente durante a velhice. Concluindo, Morim et al. (2001, p. 78) afirmam que “Não

enfrentamos as tragédias da idade se não nos posicionarmos frente a frente com a tragédia da morte.”

[...] De tudo ficaram três coisas: a certeza de que se está sempre começando, a certeza de que era preciso continuar e a certeza de que seria interrompido antes de terminar. Fazer da interrupção um caminho novo; fazer da queda um passo de dança, do medo uma escada, do sonho uma ponte, da procura um encontro: (SABINO, 1981, p. 147).

É difícil reconhecer o princípio, a causa do processamento de envelhecer, pois a natureza patológica da velhice demonstra-se em três planos: no social; no pensamento da velhice sadia e patológica enquanto velhice em si; na própria morte que é patológica a qual é aproximada pela velhice.

Morim (1997) acredita que a morte e velhice fazem parte da herança genética do ser humano e que são procedimentos normais e naturais, uma vez que ambos são universais e não sofrem nenhuma exceção entre os mortais.

O idoso é um ser de seu espaço e de seu tempo. É o resultado do seu processo de desenvolvimento, do seu curso de vida. É a expressão das relações e interdependências. Faz parte de uma consciência coletiva, a qual introjeta em seu pensar e em seu agir. Descobre suas próprias forças e possibilidades, estabelece a conexão com as forças dos demais, cria suas forças de organização e empenha-se em lutas mais amplas, transformando-as em força social e política. (SÁ, 2002, p. 1120).

A velhice não precisa ser compreendida como a última etapa do processo da vida, porque a velhice não é um processo como o envelhecimento, é antes um estado que identifica a condição do ser humano. Marcado por expressões corporais expressadas por traços como: *rugos, cabelos brancos, calvice, redução dos reflexos, constrição da coluna vertebral, enrijecimento dentre outros aspectos*. Podendo esses estar presentes em pessoas não idosas e que em muitos momentos são mascarados por intervenções que torna-se difícil delimitar a idade para entrar na velhice. Sendo a velhice reconhecida apenas no outro ser humano e nunca em quem a está vivenciando, e que envelhece. Assimilado no aspecto temporário da existência, percebe-se a cada instante e de uma forma renovada que a velhice

parece caminhar novos limites que poderão ser cada vez mais altos se o idoso aceitar, reconhecer e integrar-se à sua família e comunidade, fazendo com que essas ações o tornem aceito, integrado e reconhecido por todos.

Beauvair (1990) recorda que sendo que em nós o velho é o outro, e não em nós, a descoberta de nossa idade é vista através do outro, referindo que, mesmo empobrecido, enfraquecido, exilado no seu tempo, o idoso não muda, permanece sempre o mesmo ser humano.

O processo de envelhecimento é um acontecimento que é igual para todos os seres humanos, sem nenhuma restrição. Sendo visto como uma norma progressiva, dinâmica e irreversível, que estão ligadas a fatores psíquicos, biológicos e sociais (BRITTO; LITVOC, 2004).

A maneira como todos envelhecem está subentendida com a forma como se desenvolvem. O envelhecimento ou senescência é uma função do meio social e físico em que o ser humano se desenvolve, ou seja, esse processo é a contrapartida do desenvolvimento. A nível biológico é representado por um enfraquecimento físico notável, demonstrado por sinais físicos comuns como rugas acentuadas, perda de massa muscular, cabelos brancos, assim como das percepções auditivas visual. No nível psíquico o curso também se estabelece de modo evidente. Neste momento da vida capacidades como locomoção, linguagem, sono, memória e capacidade de concentração diminuem de maneira lenta e gradativa. O envelhecimento é um conjunto de fatores socioeconômicos, culturais e biológicos num esquema de associação entre sociedade, indivíduos e meio ambiente (CAMACHO, 1991).

Envelhecer para Strehle, (1990) inclui as seguintes características: universal, porque manifesta em todos os seres vivos; progressivo, é uma ação continuada; degenerativo, pela perda de qualidades naturais que ocorrem no decorrer da vida. Lima (1988) afirma que o envelhecimento é um sistema biológico concei-

tuado culturalmente e socialmente formado e definido. A abrangência geral da ordem de envelhecimento deve-se ao fato da ordem de se encontrar registrado no tempo de vida biológico, universal a todo ser humano. Se o envelhecimento é o destino biológico de todo ser humano, ele acontece de conformidade com o contexto social em que o indivíduo está inserido.

A velhice não é caracterizada só por limitações e perdas. É uma etapa da vida em que é acometida de doenças e limitações biológicas. Porém, é possível manter e reforçar a função dos domínios cognitivos, físico e afetivo. Devido ao número cada vez maior de idosos e seus problemas, há uma necessidade de um atendimento distinto e prioritário da parte de todos. Conforme Birren e Schroots (1996), o envelhecimento pode ser compreendido por três subdivisões que são: envelhecimento primário, envelhecimento secundário e envelhecimento terciário.

O envelhecimento primário é conhecido por envelhecimento normal ou senescência e atinge todo e qualquer ser humano pós-reprodutivo, sendo uma característica genética própria da espécie. É um tipo de envelhecimento que atinge o ser humano de maneira gradual e progressiva e possui efeito cumulativo. O ser humano nesta etapa está propenso a influência de alguns fatores determinantes para um envelhecimento saudável, tais como dieta, exercícios, bom estilo de vida, educação e posição social, exposição a eventos. O envelhecimento primário é determinado geneticamente ou pré-programado, ele é universal porque está presente em todas as pessoas (BIRREN; SCHROOTS, 1996).

Hershey (1984) apud (SPIRDUSO, 2005) afirma que o envelhecimento primário é relativo às alternâncias universais, com a idade em uma determinada raça ou população, sendo livre de interferências ambientais e doenças. Para Birren e Schroots (1996), o envelhecimento secundário ou patológico é o envelhecimento que se refere a doenças e estas não se confundem com a ordem normal de enve-

lhecimento. Estas doenças variam desde lesões cerebrais, lesões cardiovasculares, até mesmo alguns tipos de câncer, podendo este ser originado do estilo de vida do indivíduo e também da influência dos fatores ambientais que o cercam e de dispositivos genéticos.

O envelhecimento secundário se refere com demonstração de sintomas clínicos, onde já estão incluídos os efeitos das doenças e do ambiente. É um envelhecimento que tem como resultado as relações das influências externas e é diferente entre indivíduos em meios diferentes, tendo como característica o fato de decorrer de fatores geográficos, cronológicos e culturais (SPIRDUSO, 2005; PAPALÉO NETTO, 2002).

Para Spirduso (2005), embora as causas sejam diferentes, os envelhecimentos primário e secundário se relacionam fortemente. Salienta o autor que tanto o stress ambiental como as patologias podem acelerar os processos básicos de envelhecimento, aumentando até mesmo a vulnerabilidade do indivíduo em relação ao stress e as doenças.

Envelhecimento terciário ou terminal é para Birren e Schroots (1996), um período que é caracterizado por grandes perdas tantas físicas, como cognitivas, originadas pelo acumular dos efeitos do próprio envelhecer, como também por doenças originadas pela própria idade.

Pode-se falar em cinco tipos de envelhecimento: *o biológico; cronológico; funcional; psicológico e social*. *Biológico* é o processo natural que tem início na maturação sexual e vai ocasionando através de ações externas e internas, a vulnerabilidade do organismo, diminuindo a sua probabilidade de sobrevivência. *O cronológico* é aquele que mostra apenas o passar do tempo.

Para os mesmos autores o envelhecimento funcional é caracterizado pela dificuldade de adaptação às exigências do corpo e do meio em que se vive. Cria-

-se uma dependência através da dificuldade de realizar as atividades básicas da vida diária como comer, andar, vestir, levantar, sentar, deitar e etc. sabendo que pode aparecer em qualquer momento da vida. Envelhecimento *psicológico* que através de pesquisas e questionários podem-se observar alterações cognitivas (atenção, percepção, memória, raciocínio, juízo, imaginação, pensamento e linguagem), porém, sem relatos de maiores alterações de personalidade. Envelhecimento *social* é quando o indivíduo passa a não ter perspectiva de futuro e a se sentir excluído da sociedade, deixando de interagir com as outras pessoas e com o mundo (BIRREN, SCHROOTS, 1996).

Para Rowe e Kahn (1998), o envelhecimento bem-sucedido seria composto por três fatores: engajamento com a vida; manutenção de altos níveis de habilidades funcionais e cognitivas e baixa probabilidade de doença, e incapacidade relacionada à prática de hábitos saudáveis para redução de riscos. De fato, esses fatores são essenciais, mas essa visão corre o risco de secundarizar as dimensões socioculturais e coletivas, atribuindo a responsabilidade do envelhecimento bem-sucedido ao âmbito particular e individual, baseada apenas no autocontrole.

Para falar de envelhecimento saudável, é necessário pensar na interação de múltiplos fatores, dentre eles: saúde física e mental, independência de vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica, entre outros.

Para Neri (2007), a boa qualidade de vida na idade madura excede os limites da responsabilidade individual e deve ser vista por múltiplos aspectos, ou seja, uma velhice satisfatória não será atributo do indivíduo biológico, psicológico ou social, mas resulta da interação entre pessoas em mudança vivendo em sociedade e de suas relações intra, extra-individuais e comunitárias.

Segundo Peres (2010) a velhice tem seu início ao nascer e seu término com a morte. Ao nascer o homem já dá início à sua velhice e com o passar dos anos o aspecto da velhice já se torna visível aos próprios olhos e aos olhos do outro.

Os métodos para pensar em uma velhice bem-sucedida são: ausência de doenças, manter a autonomia e independência, pensar em uma velhice saudável quando é possível controlar o quadro clínico, e por último defender a ideia de uma definição psicológica para o envelhecimento saudável, que é a posição subjetiva em relação à velhice que permita que o idoso viva bem o processo de envelhecimento através da efetivação de recursos psíquicos que permitam o enfrentamento dos desafios (NERI, 2004).

Como explica Goldfarb (1998, p. 23-24), “A velhice é um constante e sempre inacabado processo de subjetivação.” Desta forma, “[...] podemos dizer que na maior parte do tempo não existe um ‘ser velho’, um ser envelhecendo.”

[...] de que falamos quando falamos de velhos? Falamos de um sujeito psíquico em constante crescimento e evolução, altamente afetado pela representação de um corpo que deteriora e pela consciência da finitude. Mas estamos falando de um limite e não de uma limitação. Limite que será o do corpo biológico que sofre uma involução, mas não daquele outro, que sabemos capaz de prazer, instrumento de amor e que deverá ser incentivado a sentir e se sensibilizar com a proximidade dos outros e a força dos vínculos. Limite que será o da finitude elaborativa, orientando investimentos adequados, promovendo reflexão e não desespero, solidariedade e não solidão. Limite, enfim, que não feche a porta à paixão sempre possível’ (GOLDFARB, 2009, p. 94).

A velhice é resultado de um histórico único de vida, onde são observadas características como fator social, econômico, psicológico, biológico. Todo ser humano envelhece só que de formas diferentes. A maneira como envelhecemos tem a ver com a forma como nos desenvolvemos (PEIXOTO, 2001).

O Brasil antes reconhecido como um país jovem, hoje está vivendo uma situação de envelhecimento populacional, “Uma em cada 9 pessoas no mundo tem 60 anos ou mais, estima-se um crescimento para 1 em cada 5 por volta de 2050.” (SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS, 2013).

Em 2050, pela primeira vez, haverá mais idosos que crianças menores de 15 anos. Em 2012, 810 milhões de pessoas têm 60 anos ou mais, constituindo

11,5% da população global. Projeta-se que esse número alcance 1 bilhão em menos de dez anos e mais, duplique em 2050 alcançando 2 bilhões de pessoas, ou seja, 22% da população global. O número de idosos cresce 55% em 10 anos e representa 12% da população. O envelhecimento é reflexo do mais baixo crescimento populacional aliado a menores taxas de natalidade e fecundidade. O número de idosos dobrou nos últimos 20 anos no Brasil, aponta o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013). Os idosos, pessoas com mais de 60 anos, somam 23,5 milhões de brasileiros, isso significa que em 20 anos será o sexto país no mundo com o maior número de idosos (SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS, 2013).

O crescimento do número de idosos está relacionado à esperança de longevidade. E no Brasil, a população idosa entre 60 e 80 anos ou mais tem se destacado nos últimos tempos. Dados dessa natureza tornam-se um desafio para o país, pois o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo. A longevidade implica em aumento do tempo da velhice. E, os anos vividos podem trazer sofrimentos, doenças, desconforto familiar, isolamento social, depressão, entre outros fatores. Mas a velhice pode estar entrelaçada à autonomia e a independência do idoso (BRASIL, 2012).

O envelhecimento é uma característica de todo e qualquer ser humano e, contudo, vem acompanhado de alterações e mudanças, sendo estas o resultado de um histórico único. Esta etapa da vida não precisa ser só de doenças e dor. A velhice pode ser um acontecimento ou uma transformação em que o ser humano envelheça com dignidade, com saúde física e mental, desde que o idoso tenha uma independência física, econômica, uma integração social e também um suporte familiar.

Morin (1997) acredita que a morte e a velhice fazem parte da herança genética do ser humano, sendo ambas universais. Por ser universal não há nenhuma

exceção entre os seres vivos, todos envelhecem e todos morrem. Para Strehle (1990) o envelhecimento é uma característica universal, uma vez que se manifesta em todos os seres vivos. Este envelhecimento se dá de uma forma continuada e progressiva e, também, pelas perdas de qualidades naturais que ocorrem no decorrer da vida do ser humano.

No entanto, o profissional da psicologia ao trabalhar com o idoso requer uma visão diferenciada, pautada na escuta e acolhimento, ver que o idoso precisa ser acolhido e visto com um olhar mais humanizado, não de dó e piedade. Mas, um olhar de um ser humano que está em fase de envelhecimento e crescimento interior. Aceitar limitações, deficiências e perdas não é fácil para quem está vivenciando. O idoso precisa ser levado a ter um novo olhar: de esperança, vida, bem estar, velhice saudável e produtiva.

É nesta perspectiva que o psicólogo se beneficia da didática da arteterapia. De acordo com Neri (2004), o idoso vivencia a vulnerabilidade e a dificuldade de adaptação aos desafios no processo de envelhecimento. Sendo assim, o psicólogo além do acolhimento e da escuta atua na avaliação psicológica, informação, e na reabilitação cognitiva, na psicoterapia de idosos, orientação e aconselhamento a familiares e cuidadores, na área da informação à comunidade acerca do envelhecimento.

Segundo Guedes (2007, p. 92), a velhice pode ser vista da seguinte maneira: “é uma etapa da vida cercada por impedimentos e constrangimentos, dos mais diversos. Estar envelhecendo implica enfrentar transformações no corpo e na vida social.” Em muitos casos, junto ao tempo livre, aparecem também sentimentos negativos que podem se transformar em problemas de saúde, como depressão e solidão.

Constata-se que a arte através de meios artísticos diversos, tem como benefício socializar o idoso, pois é um meio de expressão e comunicação, sendo

uma atividade lúdica, a qual permite descobertas e aprendizagem, visto que nesse processo os indivíduos revelam seus sentimentos, emoções, além da criatividade.

A arteterapia é um excelente recurso como um canal de expressão. Para pacientes com sintomas depressivos, sentimento de solidão ou de invisibilidade social, esta técnica promove um espaço em que seus sentimentos e pensamentos são materializados e vistos. Para idosos empobrecidos socialmente e em sua rotina, que se sentem ociosos, improdutivos e incapazes, a arteterapia resgata motivação, a sensação de serem ativos, capazes, produtivos e criativos, agindo diretamente em sua autoestima, humor e estimulação cognitiva.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo possibilitou identificar que a arte tem sua origem em tempos remotos e o homem a tem utilizado como formas de expressão. Hoje está mais direcionada como recursos terapêuticos, a população está envelhecendo e a expectativa de vida aumentando. As pessoas estão prolongando seus anos de vida em uma sociedade em que o velho não tem espaço, tornando este um ser esquecido, angustiado a espera da morte.

Utilizar da arte como recurso didático na terapia com o idoso, mostra que este velho pode expressar seus sentimentos, suas angústias através da arte, produzindo, criando e se sentindo vivo e com vontade de viver, proporcionando uma velhice com dignidade e produtividade.

O artigo proporcionou a ampliação de conhecimentos e reflexão à pesquisadora por mostrar como a arte tem uma influência benéfica na velhice, norteando e possibilitando a valorização do idoso através de atividades artísticas.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Liomar Quinto. **Terapias Expressivas: Arte-terapia, Arte-Educação e Terapia Artística**. 1. ed. São Paulo: Vetor. Editora Psico-pedagogia, 2000. p. 131.

BAGAGEM, M. P. Pessoas Idosas Presente e Futuro. **Servir**. Lisboa, v. 40, n. 3, p. 4-15 maio/jun.1992.

BARREIROS, J. **Envelhecimento e Lentidão Psicomotora**. In: Actas do Simpósio 99-Envelhecer com a Actividade Física. Cruz Quebrada: FMH Edições, p. 63-71.

BARRETO, E. C., M. F. G. Criatividade não tem idade, arteterapia reiventando o envelhecimento. **IGT NA Rede**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 10, p. 28-38, mar. 2009. Disponível em: <[www.overmundo.com.br](http://www.overmundo.com.br)>. Acesso em: 02 set. 2014.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

\_\_\_\_\_. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990. 711 p.

BERGER, L.; MAILLOUX; POIRIER, D. **Pessoas Idosas: uma abordagem global**. Lisboa: Lusodidacta, 1995.

BIRREN, J. E., E SCHROOTS, J. J. F. History, concepts and theory in the psychology of aging. In: J. E. Birren; K. W. Schaie (Eds.), **Handook of The Psychology of agin**. 4. ed. San Diego: Academic Press, 1996. p. 3-23.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos. **Dados sobre o envelhecimento no Brasil**. Brasília, DF, 2013.

BRITO, F. C. E.; LITVOC, C. J. Conceitos básicos. In: BRITO, F. C.; LITVOC, C. (Ed.), **Envelhecimento: prevenção e promoção de saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004. p.1-16.

BROWN, D. **Fundamentos da Arteterapia**. Porto Alegre: Vitória Régia. 2000. Disponível em: <[www.portalcapixabao.com](http://www.portalcapixabao.com)>. Acesso em: 15 out. 2014.

CAMACHO, Alessandra Conceição Leite Funchal. A Gerontologia e a Interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 229-233, 2002. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000200016>> Acesso em: 20 set. 2015.

CARIDADE, Amparo. **Caminhos e Caminhantes**. Recife: Bagaço, 2004. p. 143.

CIORNAI, Selma. **Percursos em Arteterapia: arteterapia e educação, arteterapia e saúde**. São Paulo: Summus, 2005. p. 28.

FERNANDES, F. S. **As pessoas idosas na legislação brasileira: direito e gerontologia**. São Paulo: LTR, 1997.

FIGUEIRA, Emílio. **Primeiros Estudos e Ensaio**. São Paulo: Edição do Autor. Ag Book, 2013.

GOLDFARB, Delia Catullo. **Corpo, tempo e envelhecimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998. 125 p.

\_\_\_\_\_. Corpo e temporalidade: contribuição para uma clínica do envelhecimento. In: CÔRTE, Beltrina; GOLDFARB, Delia Catullo; LOPES, Ruth Gelehrter da Costa (orgs.). **Psicogerontologia: fundamentos e práticas**. Curitiba: Juruá, 2009. p. 89-94.

GUEDES, M. H. M. **Idoso e Arte: Uma relação possível com a autoimagem?** Dissertação de mestrado. Universidade Católica de Brasília, 2007.

GUSMÃO, N. M. M. A maturidade e a velhice: um olhar antropológico. In: NERI, A. L. (org). **Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. Campinas: Papyrus, 2001. p.113-139.

LIMA, M. Um novo paradigma para tratamento do público asilar na terceira idade. In: PHILIPPINI, A. (Org.). **Arteterapia: métodos, projetos e processos**. Rio de Janeiro: WAK, 2007. p. 83-90.

LIMA, A.; VIEGAS, S. **A Diversidade Cultural do Envelhecimento: A construção social da categoria de velhice**. Psicologia. Lisboa. v. IV, n. 2, p. 175-195. 1988.

MORAES, E. M. D. A prática da arteterapia com a terceira idade. **Portal da Educação**, Rio de Janeiro, n. 1, p. 1, maio. 2014. Disponível em: <www.portaleducacao>. Acesso em: 30 ago. 2014.

MORIN, E. O homem e a morte. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

NAZARETH, L. Arteterapia, qualidade de vida e profilaxia. In: I Forum Paulista de Arteterapia, 2010, São Paulo. Anais do I Forum Paulista de Arteterapia. São Paulo, 2007. v. 1.

NÉRI, A. L. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidência de pesquisa. In: NERI, A. L. **Qualidade de vida e idade madura**. 5. ed. Campinas: Papirus, 1995. 285 p.

NÉRI, Anita Liberalesso, YASSUDA, Mônica. (Orgs.). **Velhice Bem-Sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos**. Campinas: Papirus, 2004 (Coleção VivaIdade).

\_\_\_\_\_. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. Campinas: Alínea, 2007. p. 13-59.

\_\_\_\_\_. O Desenvolvimento Integral do Homem. **A Terceira Idade**. São Paulo: Ano VI, n. 10, 4-15, julho de 1995.

\_\_\_\_\_. **Velhice e sociedade**. 2. ed. Campinas: Papirus, 2004. 232 p.

PAPALÉO NETTO, M. História da velhice no século XX: Histórico, definição do campo e temas básicos. In: FREITAS E.V. et al. (Eds.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.1-12.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2005. 109 p.

PAÍN, S. **Os fundamentos da arteterapia**. Petrópolis: Vozes, 2009.

PEDREIRA, A. B. C. **A gerontologia e os tipos de envelhecimento**. Portal Educação, jan. 2013. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/educacao/artigos/31323/a-gerontologia-e-ostiposdeenvelhecimento>>. Acesso em: 21 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. A gerontologia e os tipos de envelhecimento. In: **PORTAL DA EDUCAÇÃO**. 2013. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/educacao-fisica/artigos/31323/a-gerontologia-e-os-tipos-de-envelhecimento>> Acesso em: 21 abr. 2015.

PEIXOTO, C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade. In: BARROS, M. M. L. (Org.). **Velhice ou terceira idade?** Rio de Janeiro: FGV, 1998.

PERES, Marcos Augusto de Castro. A Andragogia no Limiar da Relação Entre Velhice, Trabalho e Educação. **Revista Educação e Cidadania**, v. 4, n. 2, p. 87-94, 2005.

PHILIPPINI, A. Criação-Universo Junguiano e Arteterapia. **Revista Imagens da Transformação**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 5, p.14, jun. 1997.

PUFFAL, D. C.; WOSIACK, R. M.; BECKER JÚNIOR, Benno. Arteterapia: favorecendo a autopercepção na terceira idade. 2009. Disponível em: <[www.ufp.br](http://www.ufp.br)>. Acesso em: 02 set. 2014.

REIS, L. A. Envelhecer em paz. In: NEGREIROS, Teresa Creusa de Goes Monteiro (org). **A Nova Velhice: uma visão multidisciplinar**. Negreiros, T. C. (Org.) 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2007.

RIVERA, Tânia. **Arte e Psicanálise**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

RODRIGUES, I. M. C.; ZIMMERMANN, E. B.; VALLADARES, A. C. A. Arteterapia na roda de mulheres: a vida em movimento. **Revista Científica de Arteterapia**. Santa Catarina, v. 15, n. 15, p. 13, jul. dez. 2012. Disponível em: <[www.arcana.org](http://www.arcana.org)>. Acesso em: 10 set. 2014.

ROWE, J. W.; KAHN, R. **Successful aging**. New York: Pantheon Books, 1998.

SABINO, F. T. **O Encontro marcado**. 34. ed. Rio de Janeiro, Record, 1981. 285p.

SILVEIRA, N. **O mundo das imagens**. 1. ed. São Paulo: Ática, 2006.

SPIRDUSO, W. W. **Dimensões físicas do envelhecimento**. Baureri: Manole, 2005.

UBAAT. União Brasileira de Associações de Arteterapia. 2006. Disponível em: <[www.ubaat.org](http://www.ubaat.org)>. Acesso em: 10. set. 2015.

VALLADARES, Ana Cláudia Afonso. **A Arteterapia Humanizando os Espaços de Saúde**. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

---

## **CAPÍTULO 18**

---

# **INTEGRAÇÃO DOCENTE E DISCENTE NAS ATIVIDADES TEÓRICO-PRÁTICAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM DA DISCIPLINA DE AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL**

**Palloma de Oliveira Saraiva Bezerra**

**Jeniffer Ailane Nunes Torres**

**Jéssica Vitória Couto Muricy**

**Matheus Sobral Silveira**

**Michele Vantini Checchio Skrapec**

**Andréa Marques Sotero**

## INTRODUÇÃO

A monitoria acadêmica foi institucionalizada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (BRASIL, 1996). Ela proporciona, ao discente-monitor, um maior aprofundamento na sua formação com base nos três pilares de uma universidade: ensino, pesquisa e extensão (CAVALCANTI; ANJOS, 2020). Além disso, funciona como um instrumento que beneficia o ensino durante a graduação, fortalecendo e aperfeiçoando-o por meio de experiências pedagógicas que conectam teoria e prática, bem como visam uma cooperação mútua entre o binômio aluno-docente (LINS *et al.*, 2009).

A atuação na monitoria acadêmica é uma oportunidade de o estudante experienciar vivências inerentes à prática docente, bem como desenvolver habilidades técnicas e sociais que abarca não apenas os discentes monitorados como também objetiva auxiliar o docente nas suas atividades, o que intensificará as relações entre o colegiado do curso e seus beneficiários (MATOSO, 2014). Sua prática não diz respeito somente à atuação do monitor para a resolução de dúvidas, visto que a monitoria também é um local para o convívio e troca de experiências com os monitorados (FLORES, 2018).

A disciplina de Avaliação do Estado Nutricional (AEN), ministrada na Universidade de Pernambuco, situada no *campus* Petrolina-PE, é um componente curricular obrigatório do curso de Nutrição, ofertada aos discentes do quarto semestre, com carga horária de 45 horas teóricas e 30 horas práticas, onde após período pandêmico pôde, pela primeira vez, ser ofertada de forma integralmente presencial.

A AEN tem como objetivo identificar possíveis distúrbios e riscos nutricionais, determinando a gravidade desses parâmetros para que, dessa forma, seja possível traçar uma conduta que viabilize a recuperação ou manutenção do estado nutricional do avaliado (MUSSOI, 2014). A mesma envolve técnicas e abor-

dagens que viabilizam a avaliação e identificação do estado nutricional da população e, para tanto, emprega diversos indicadores, dentre eles os antropométricos, a história clínica e alimentar, a triagem de risco nutricional, bem como o exame físico e os exames bioquímicos.

Por isso, entender as características dos diferentes ciclos de vida é tão importante, tendo em vista que os parâmetros utilizados se adaptam às diferentes faixas etárias, sendo este conhecimento um dos objetivos da disciplina. Todos esses parâmetros são imprescindíveis e auxiliam na identificação de possíveis desvios, como nos casos de desnutrição ou excesso de peso, avaliando a composição corporal para, então, chegar a um diagnóstico nutricional, sendo este o objetivo principal da disciplina (CUPPARI, 2005).

Portanto, o objetivo do estudo foi descrever a integração do docente e alunos-monitores nas atividades teórico-práticas, incentivando ao estudo e aprimoramento das técnicas de utilização das ferramentas de avaliação do estado nutricional nos diferentes ciclos da vida, bem como uma análise dos resultados sob a ótica do corpo discente.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, quali-quantitativo, do tipo relato de experiência, a respeito da vivência de monitoria na disciplina de Avaliação do Estado Nutricional, ministrada ao quarto período do curso de bacharelado em Nutrição da Universidade de Pernambuco, *campus* Petrolina, sob o ponto de vista das discentes-monitoras e a percepção dos alunos-monitorados. A monitoria ocorreu durante o semestre letivo de 2022.1, envolvendo o retorno às aulas presenciais após a pandemia do covid-19.

Os encontros entre discentes-monitoras e alunos-monitorados ocorriam de forma presencial, duas vezes por semana, em sala de aula, por meio da abordagem da Avaliação do Estado Nutricional nos diferentes ciclos da vida (gestante,

criança, adolescente, adulto e idoso) com a aplicação de casos clínicos, e também nas aulas práticas, realizadas no Laboratório de Ensino Pesquisa e Extensão em Avaliação do Estado Nutricional (LEPEAEN) nas dependências internas da universidade, ou em locais externos, tais como unidades básicas de saúde do município de Petrolina-PE, Hospital de Ensino Dr. Washington Antônio de Barros, escolas de referência em ensino médio, etc. Além disso, os discentes monitorados pelas monitoras tiveram assessoramento *online*, tanto pela plataforma Google Meet® como pelo aplicativo WhatsApp®.

A plataforma foi utilizada como uma ferramenta de ensino-aprendizagem e apoio para plantões “tira-dúvidas”, havendo o reforço dos conteúdos ministrados em sala de aula pelo docente responsável da disciplina ou aprofundamento de pontos específicos que, por alguma razão, não tenham sido completamente elucidados nas aulas teóricas, associando com a aplicação de pequenos questionamentos para melhor fixação. Tais encontros eram realizados em dias e horários pré-estabelecidos, conforme a disponibilidade dos alunos monitorados e das discentes-monitoras.

Já o aplicativo WhatsApp® foi utilizado em livre demanda, sendo a turma dividida em duas sub-turmas, e cada uma delas constava o auxílio de duas monitoras para estarem solucionando dúvidas e publicando materiais, tais como apostilas, resumos, tutoriais de antropometria, tabelas e gráficos antropométricos, a fim de que houvesse a fixação e o exercício dos conteúdos abordados pela docente em sala de aula.

No que tange às aulas práticas externas, estas ocorreram por meio de avaliação do estado nutricional em instituições de ensino e Unidades Básicas de Saúde (UBS), com os alunos-monitorados assegurados com Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), instrumentos antropométricos (balança, estadiômetro, fita antropométrica, balança de bioimpedância e adipômetro), protocolos para cada ciclo da vida (elaborado pelas monitoras com supervisão do docente)

e instrumentos de medição de força (dinamômetro). O objetivo dessas atividades era associar o conhecimento teórico ao seguimento prático, além de aprimorar a conduta profissional, ética e técnica dos discentes.

Visando a sistematização e análise do *feedback* de experiências vivenciadas durante a monitoria, as discentes-monitoras elaboraram um questionário eletrônico, produzido no Formulários Google®, composto por 7 perguntas objetivas que compreenderam a percepção do monitorado acerca da vivência na monitoria, dos plantões virtuais realizados, das aulas práticas, da resolução de casos clínicos e desempenho das monitoras. Além disso, foi questionado sobre sua performance individual; média obtida na disciplina e sua aprovação.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de alunos matriculados na disciplina de Avaliação do Estado Nutricional, 16 alunos monitorados (44,5%) responderam ao questionário de satisfação enviado pelas monitoras. Com relação à percepção sobre o programa da monitoria acadêmica, houve unanimidade quanto ao quesito (Figura 1).

**Figura 1:** Percepção sobre a importância da monitoria

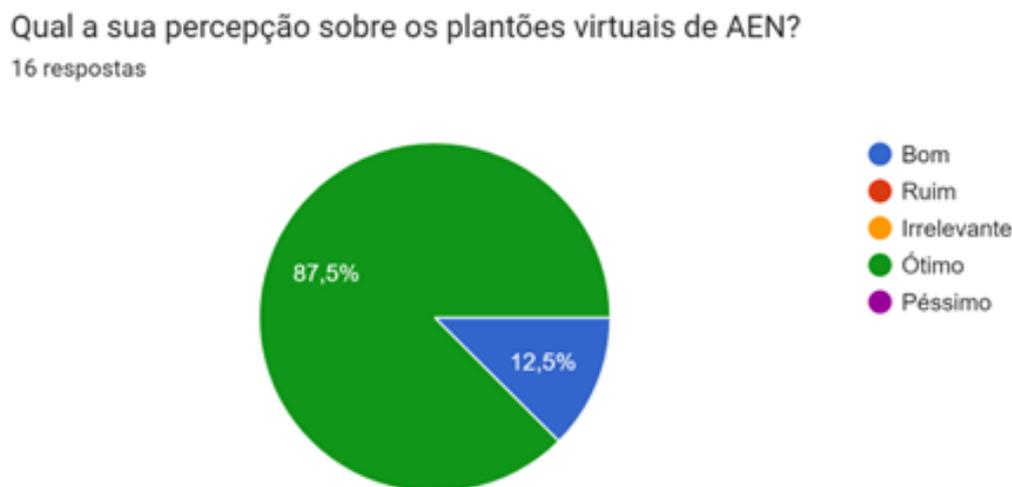
Qual a sua percepção sobre a sua experiência com a monitoria de AEN?  
16 respostas



Fonte: Autores, 2023.

O resultado sobre a satisfação dos plantões tira-dúvidas também se mostrou positivo (Figura 2), indicando que esse momento atuou como um auxiliador na construção dos conhecimentos, uma vez que reforça o que é ministrado pela docente em sala de aula.

**Figura 2:** Satisfação dos monitorados com os plantões tira-dúvidas



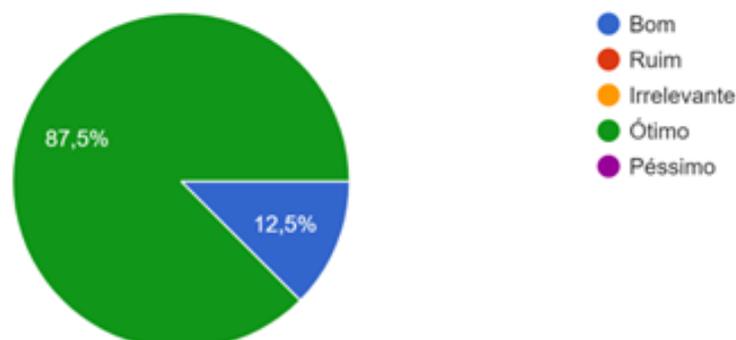
Fonte: Autores, 2023.

O momento das aulas práticas externas também é de suma notabilidade, visto que é quando os alunos têm contato com pacientes reais, nas suas mais diversas particularidades, podendo exercer sua conduta profissional. Para tal, foi perguntado sobre a importância dessa oportunidade. Destaca-se que a maioria (87,5%) classificou as práticas externas como ótima (Figura 3). O mesmo resultado foi encontrado com relação à aplicação de casos clínicos (Figura 4), mostrando que o apoio das monitoras nestes momentos é fundamental para o aprimoramento do aprendizado, tanto no auxílio de atividades extraclasse como no aprofundamento de conhecimentos. Corroborando com esse ponto, Alves et al. (2022) e Campos; Santos e Arruda et al (2020) reforçam a importância de um olhar amplo para as necessidades do corpo discente, bem como requer a utilização de recursos didáticos para a adequação das metodologias pedagógicas alternativas, visando o êxito no aprendizado dos discentes.

**Figura 3:** Percepção sobre a importância de aulas práticas externas

Qual a sua percepção sobre as aulas práticas externas de AEN?

16 respostas

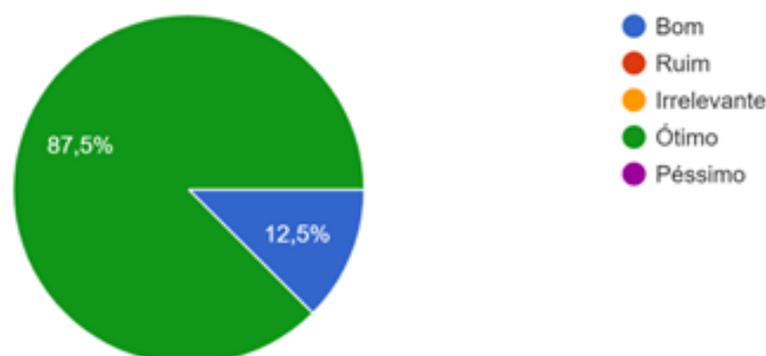


Fonte: Autores, 2023.

**Figura 4:** Percepção sobre a aplicação de casos clínicos

Qual a sua percepção sobre as aulas práticas com resolução de casos clínicos em AEN?

16 respostas



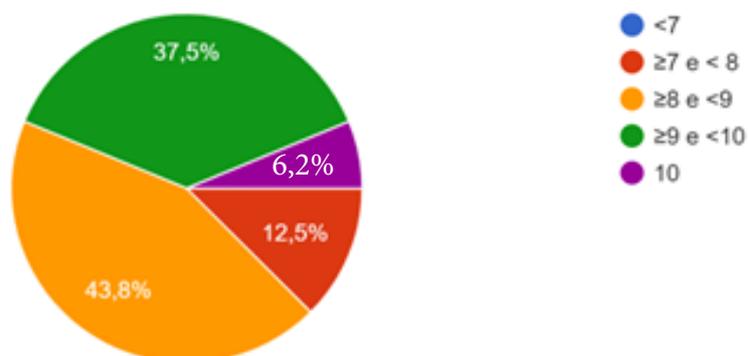
Fonte: Autores, 2023.

Todo o empenho das discentes-monitoras em conjunto com docente orientador para a realização de um projeto de monitoria que auxiliasse ao máximo os monitorados, por meio de resumos, apostilas, plantões, suporte nas práticas externas, entre outros métodos, também foi refletido no desempenho individual (Figura 5) e aprovação final (Figura 6) dos discentes, indicando excelência na execução das atividades. Evidenciou-se que 6,3% dos discentes foram aprovados com o escore 10 de aproveitamento na disciplina, seguido de 12,5% com notas entre 7 e 8 pontos; 43,8% com notas entre 8 e 9 pontos, e 37,5% com notas entre 9 e 10.

**Figura 5:** Média de aprovação dos alunos

Qual foi a sua média do SIG@ em AEN?

16 respostas

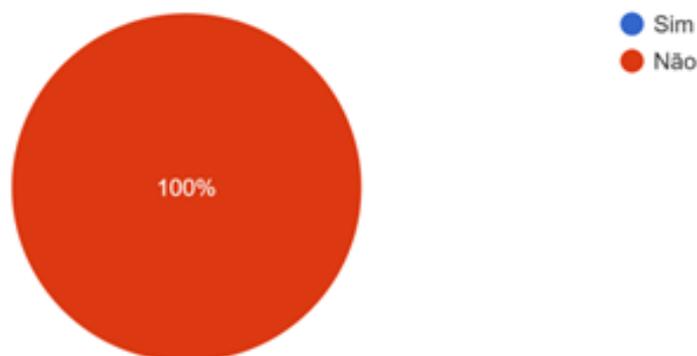


Fonte: Autores, 2023.

**Figura 6:** Aprovação final dos alunos monitorados

Você ficou de recuperação final em AEN?

16 respostas

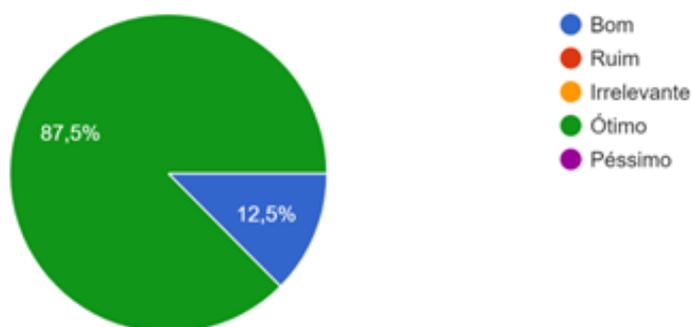


Fonte: Autores, 2023.

Por fim, foi perguntado aos alunos-monitorados sobre o desempenho das alunas-monitoras durante todo o processo da monitoria, chegando a um resultado notável, onde 87,5% destes indicaram que o desempenho foi “ótimo”, e 12,5% apontando um “bom” desempenho (Imagem 7).

**Imagem 7:** Satisfação com o desempenho das monitoras

Qual a sua percepção sobre o desempenho das monitoras (Adriana, Jeniffer, Jéssica e Palloma) da disciplina de AEN? (\*considerar auxílio no whatsapp e presencialmente, didática e afetividade)  
16 respostas



Fonte: Autores, 2023.

Pode-se observar, neste capítulo, que a monitoria acadêmica é um despertar para a docência, pois aguça a curiosidade dos monitores para ocupar espaços e servir de suporte sob essa ótica, além de torná-lo coadjuvante no processo de ensino-aprendizagem, como dito pela monitora bolsista em seu relatório final:

*“A oportunidade de monitoria é algo que deveria ser usufruída com mais afinco pelos graduandos de cursos superiores. A possibilidade de fazer as vezes de professor e aplicar conhecimentos ao mesmo tempo em que concentra responsabilidades é, sem dúvidas, um dos fatores que mais enriquecem a experiência de um discente em sua graduação (M1).”*

Ser monitor também é uma porta de entrada para o conhecimento de maneira mais palpável. O relacionamento entre monitores também é relevante para que as coisas fluam. Nesse sentido, a experiência torna-se ainda mais prazerosa quando há cooperativismo, como afirma outra monitora:

*“Estar em grupo com as monitoras foi imensamente prazeroso. Trabalhamos com muito respeito, compreensão e empatia. Nos ajustamos com muita sabedoria em cada situação e novo desafio, fazendo com que essa experiência me aproximasse mais ainda da docência, área pela qual tenho um grande apreço (M2).”*

Fica claro que, quando o aluno vivencia a monitoria acadêmica, sua percepção própria, autoestima e confiança perante os conteúdos e a forma de repassá-los se tornam mais aguçados, conforme achados de Burgos et al. (2019), e em consonância com os relatos de uma das monitoras:

*“Em cada dúvida sanada eu me sentia útil e necessária na vida das outras pessoas. Posso afirmar que foi um divisor de águas na minha vida, e os frutos pessoais colhidos por mim foram: confiança, autoestima e mais conhecimento (M3).”*

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A monitoria exige do aluno a busca contínua por atualizações, interesse pelas mais diversas formas lúdicas e criativas de passar o seu conhecimento, estreitamento de laços entre monitor-discente-docente, interesse pela docência, interesse pelo aprofundamento de virtudes como a temperança, adaptabilidade, coragem, entre outros, e não apenas esses pontos positivos, como também insere o aluno no processo formativo de outros discentes.

Dessa forma, é notório o benefício tanto aos monitorados, com a abertura para a possibilidade de esclarecimento de dúvidas, como para as monitoras, mediante o fortalecimento de habilidades. Percebe-se, também, uma melhora significativa da relação monitor-monitorado no que concerne à jornada acadêmica, por estarem em uma realidade mais próxima, a de estudantes, diferentemente da relação discente-docente, que é marcada, na maioria das vezes, pelo receio e acanhamento por parte do aprendiz, dificultando, em alguns aspectos, a construção do conhecimento.

## REFERÊNCIAS

ALVES, B. L. Q. et al. Perfil da monitoria acadêmica no processo de ensino e aprendizagem. **Saúde coletiva**, v. 12, n. 75, 2022.

BURGOS, Cinthya das Neves et al. Monitoria acadêmica na percepção dos estudantes de enfermagem. **Rev. enferm. UFSM**, p. [14]-[14], 2019.

CAMPOS, S. L.; SANTOS, H. S.; ARRUDA, T. D. M. O uso das monitorias no ensino como proponente ampliador do conhecimento. **Research, society and development**, v. 9, n. 10, p. 1-17, 2020.

CAVALCANTI, M. E. M.; ANJOS, F. A. dos. Relato de experiência sobre a monitoria acadêmica do componente Laboratório de Língua Inglesa em uma universidade brasileira. **Revista Eletrônica de Línguas e Literaturas Estrangeiras**, v.10, n. 2, p. 40-51, 2020.

CUPPARI, L. **Nutrição clínica no adulto**. 2<sup>a</sup> ed. Barueri: Manole, 2005.

FERREIRA, I. C. L.; CARLOS, V. da S.; NAVARRO, L. N. P.. Monitoria acadêmica da disciplina de avaliação nutricional: relato de experiência no processo de retorno às aulas presenciais pós pandemia. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 2, p. e4612239939-e4612239939, 2023.

FLORES, J. B. **Monitoria de cálculo e processo de aprendizagem**: perspectivas à luz da Sócio-interatividade e da teoria dos três mundos da matemática. 2018. 226 f. Tese (Doutorado em Ciências e Matemática) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

LINS, L. F. *et al.* A importância da monitoria na formação acadêmica do monitor. **Jornada de ensino, pesquisa e extensão, IX**, p. 1-2, 2009.

MATOSO, L. M. L. A importância da monitoria na formação acadêmica do monitor: um relato de experiência. **Revista Científica da Escola da Saúde**, v. 3, n. 2, p. 77-83, 2014.

MUSSOI, T. D. **Avaliação nutricional na prática clínica**: da gestação ao envelhecimento. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

# **SOBRE OS ORGANIZADORES E AS ORGANIZADORAS**

## **Ramon Missias-Moreira**

Pós-doutor em Atividade Física e Saúde pelo Centro de Investigação em Atividade Física, Saúde e Lazer (CIAFEL), vinculado à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Portugal (FADEUP-2022). Doutor em Educação pela Universidade Federal da Bahia (UFBA-2017) com reconhecimento pela Universidade do Minho (2023). Mestre em Saúde Pública pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB-2012). Especialista em Atividade Física, Educação e Saúde para Grupos Especiais pela Faculdade da Cidade do Salvador (FCS-2010). Especialista em Neuropsicopedagogia e Educação Infantil pela UniBF (2023). Licenciado Pleno em Educação Física pela UESB (2009). Licenciado em Pedagogia pela Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES-2019). Acadêmico de Biomedicina pela UNIBF (2020-Atual). Professor Permanente no Mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Vale do São Francisco. Professor Permanente no Programa de Pós-graduação (Mestrado e Doutorado) em Saúde da Família - RENASF/FIOCRUZ/UECE. Líder do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar sobre Saúde, Educação e Educação Física - GIPEEF/UNIVASF/CNPq. Membro da Rede Internacional de Pesquisas sobre Representações Sociais de Saúde (RIPRES), com sede na Universidade de Évora, Portugal. Membro da Associação Brasileira de Pesquisadores Negros (ABPN).

E-mails: [ramon72missias@gmail.com](mailto:ramon72missias@gmail.com) / [coordenacao@gipeef.com](mailto:coordenacao@gipeef.com)

## **Maria José Nogueira**

Doutora em Enfermagem pela Universidade de Lisboa. Professora Adjunta no Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESESJD) da Universidade de Évora. investigadora integrada no NursID, CINTESIS.

## **Carlos Laranjeira**

Doutor em Enfermagem. Especialista e Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Professor Coordenador na Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria. Investigador integrado no Center for Innovative Care and Health Technology (ciTechCare), Leiria, Portugal. Membro colaborador no Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Portugal.

## **Isabel Bico**

Doutora em Enfermagem pela Universidade de Lisboa (ULisboa). Portugal. Professora Adjunta na Universidade de Évora – Departamento de Enfermagem- Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus (UE-ESESJD).

## **SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES**

### **Ana Lydia Vasco de Albuquerque Peixoto**

Doutora em Ciência Veterinária pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRA). Professora Titular da Universidade Estadual de Alagoas (UNEAL). Líder do Diretório de Pesquisa em Ciência, Tecnologia e Sociedade. Formação em Práticas Integrativas - Constelação Familiar, Aromaterapia, Florais de Bach, Hipnose, Acupuntura, Tethahealing, Psicoenergética dentre outras.

### **Ana Pereira**

Doutora em Ciências do Desporto pela Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD). Professora Adjunta do Departamento de Ciências e Tecnologias da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Setúbal, Polytechnic University (IPS). Coordenadora da Licenciatura em Desporto e membro do Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV).

### **Andréa Marques Sotero**

Doutora em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Mestre em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora Adjunta do Colegiado de Nutrição da Universidade de Pernambuco (UPE).

### **Andreia Dos Santos Pinto**

Enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – UISNT Unidade hospitalar de Mirandela.

### **Antonio Domenico Alves Monteiro**

Técnico Químico, Tecnólogo em Alimentos (Termomecânica), Graduação em Farmácia (USP).

### **Beatriz Coelho da Luz**

Acadêmica do Curso de Nutrição da Universidade de Pernambuco (UPE).

### **Bethânia Saldanha Gonçalves**

Farmacêutica residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Integrante do Grupo de Pesquisa em Nanobiotecnologia e Nanotoxicologia (LabNano/UNIPAMPA)

### **Caio Eduardo Doná Araujo**

Bacharel em Administração pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC SP.

### **Carla Santos**

Licenciada em Enfermagem, pela Escola Superior de Enfermagem Vila Real. Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica pela Escola Superior de Enfermagem Cruz Vermelha Portuguesa-Alto Tâmega. Curso de Pós Graduação em Gestão e Administração de Serviços de Saúde, pela IPV.

### **Cintia Francyne de Paula**

Graduada em Enfermagem pela Faculdade CESCAGE, Instrumentadora Cirúrgica pela Faculdade Tuiuti, Enfermeira na Clínica Mauro e Ribeiro em Ponta Grossa PR.

### **Cristina Kaori Suzuki**

Técnico Químico, Graduação em Farmácia (USP).

### **Dalila Sousa Lopes**

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Especialista em Saúde da Família pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UNIVASF. Especialista em Gestão em Saúde pela UFRB. Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da UNIVASF. Psicóloga do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba - IFPB, Brasil.

### **Delfina Teixeira**

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde de Santarém. Santarém, Portugal. Doutoranda em Ciência de Enfermagem, ICBAS UP. Investigador no NursID, CINTESIS-RISE.

### **Denise Machado Duran Gutierrez**

Doutora em Saúde da Mulher e da Criança pelo Instituto Fernandes Figueira - FIO CRUZ, R.J. Professora Associada da Universidade Federal do Amazonas e Coordenadora de Tecnologia Social do Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia. Líder do Grupo de Pesquisas e Estudos Clínico-Sociais (GPECS/UFAM).

### **Eduardo André Bender**

Doutor em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor Adjunto do Curso de Farmácia e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Integrante do Grupo de Pesquisa em Nanobiotecnologia e Nanotoxicologia (LabNano/UNIPAMPA).

### **Ermelinda do Carmo Valente Caldeira**

Doutora em Enfermagem pela Universidade de Lisboa (ULisboa). Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora. Investigadora do Comprehensive Health Research Centre (CHRC).

### **Eva Mendes Monteiro**

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Biomédica pela Faculdade Patos de Minas. Docente no Departamento de Graduação e Pós-graduação em Psicologia da Faculdade Patos de Minas (DPGPSI-FPM).

### **Filipa de Oliveira Fernandes**

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Centro Hospitalar Trás-os-Montes Alto Douro (CHTMAD).

### **Gabriel Matavelli Nicolini Teixeira**

Técnico Químico, Graduação em Química (USP).

### **Gilmar Antoniassi Junior**

Pós-doutor, Doutor e Mestre em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca (UNIFRAN). Psicólogo pela Faculdades Integradas de Fernandópolis (FIFE) e Pedagogo pela Faculdade Patos de Minas (FPM). Docente no Departamento de Graduação e Pós-graduação em Psicologia da Faculdade Patos de Minas (DPGPSI-FPM). Membro do Laboratório de Promoção Social do PPG em Promoção de Saúde da UNIFRAN. Líder do Grupo de Pesquisa Cultura, Subjetividade e Promoção Psicossocial do DPGPSI-FPM.

### **Ingrid de Carvalho Oliveira**

Acadêmica do curso de nutrição pela universidade de Pernambuco (UPE).

### **Isabel Feitosa dos Santos**

Acadêmica do curso de Nutrição da Universidade de Pernambuco (UPE).

### **Jeniffer Ailane Nunes Torres**

Discente de Nutrição pela Universidade de Pernambuco (UPE).

### **Jéssica Dantas de Sá Tinôco**

Doutora em enfermagem. Docente da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem (GRUPECC/UERN).

### **Jéssica Vitória Couto Muricy**

Discente de Nutrição pela Universidade de Pernambuco (UPE).

### **Joana Coelho**

Licenciada em Enfermagem, pela Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria do Porto. Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica pela Escola Superior de Enfermagem Cruz Vermelha Portuguesa-Alto Tâmega.

### **João Queirós**

Mestre em Gerontologia: Atividade Física e Saúde no Idoso pela Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD). Professor de Educação Física com experiência na aplicação de programas de treino de exercício físico e psicomotricidade em idosos institucionalizados.

### **João Pinheiro de Barros Neto**

Pós-doutorado pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC SP), Doutor em Sociologia e Mestre em Administração pela mesma IES. Professor Assistente Doutor do Departamento de Administração da PUC SP. Membro do Grupo de Estudos em Empreendedorismo e Inovação – GEEI/PUC-SP/CNPq, Grupo de Pesquisa Aplicada em Administração – GEPAD/CRA-SP e Grupo de Excelência em Gestão de Instituições de Ensino Superior – GEGIES/CRA-SP.

### **Jonas William Barros Godoy**

Bacharel em Administração pela Pontifícia Universidade Católica (PUC/SP).

### **Jorge Soares**

Doutor em Ciências do Desporto pela Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD). Professor Auxiliar Convocado do Departamento de Ciências do Desporto, Exercício e Saúde da UTAD. Docente na área da Prescrição de Exercício Físico em populações especiais e membro do Centro de Investigação em Desporto, Saúde e Desenvolvimento Humano (CIDESD).

### **Juliano de Paula**

Especialista em Segurança Pública e Direito Militar pela Faculdade UNINA. Bacharel em Administração pelo Centro Universitário Santa Amélia, Policial Militar do Estado do Paraná lotado no 4ºCRPM do 1º Batalhão de Polícia Militar e Equoterapeuta.

### **Kristiana Cerqueira Mousinho**

Doutora em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará (UFCE). Professora Adjunta Adjunta da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). Desenvolve pesquisa nas linhas de pesquisa comunitária e clínico laboratorial com ênfase em câncer. Tem experiência na área de Farmácia Hospitalar, Farmácia Comunitária e Acupuntura.

### **Lara Simone Messias Floriano**

Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP). Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem, da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Coordenadora das ações institucionais de atenção psicossocial da UEPG, Membro do Grupo de pesquisa: Núcleo interdisciplinar de pesquisa em saúde (NIP'S).

### **Letícia Marques Colomé**

Doutora em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor Adjunto do Curso de Farmácia e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Líder do Grupo de Pesquisa em Nanobiotecnologia e Nanotoxicologia/LabNano/UNIPAMPA.

### **Lília Iêda Chaves Cavalcante**

Doutora em Psicologia - Teoria e Pesquisa do Comportamento (UFPA), com Pós-Doutorado em Psicologia (UFRGS). Professora do Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento (PPGTPC/UFPA) e da Faculdade de Serviço Social (FASS/UFPA). Coordenadora do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Acolhimento Institucional e Adoção (NEPAIA/UFPA) e do GT Família, Processos de Desenvolvimento e Promoção da Saúde da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq – Nível ID.

### **Luana Menezes Silva**

Graduanda em Farmácia pela Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Integrante do Grupo de Pesquisa em Nanobiotecnologia e Nanotoxicologia/LabNano/UNIPAMPA.

### **Luciana de Araújo Mendes Silva**

Doutora e Mestra em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca (UNIFRAN). Bióloga pelo Centro Universitário do Cerrado de Patrocínio. Docente na Graduação e Pós-graduação em Psicologia da Faculdade Patos de Minas (DP-GPSI-FPM).

### **Luis Leitão**

Doutor em Ciências do Desporto pela Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD). Professor Adjunto do Departamento de Ciências e Tecnologias da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Setúbal, Polytechnic University (IPS). Docente na área da Prescrição de Exercício Físico em populações especiais e membro do Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV).

### **Madalena Mota**

Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Médico-Cirúrgica pela Escola Superior de Enfermagem Cruz Vermelha Portuguesa-Alto Tâmega.

### **Mailson Marques de Sousa**

Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Clínica (DENC), Centro de Ciências da Saúde (CCS), da UFPB. Pesquisador do Grupo de Pesquisa em Doenças Crônicas (GPDOP/PPGENF/UFPB).

### **Maria Eugênia Lima Cardoso**

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Graduada em Farmácia pela Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Integrante do Grupo de Pesquisa em Nanobiotecnologia e Nanotoxicologia (LabNano/UNIPAMPA)

### **Maria Isabel da Conceição Dias Fernandes**

Doutora em enfermagem. Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem (GRUPECC/UERN) e do Grupo de Pesquisa Práticas Assistenciais em Saúde e em Enfermagem (PAESE/UFRN).

### **Maria Julia Gomes de Araújo Costa**

Acadêmica do curso de Nutrição da Universidade de Pernambuco (UPE).

### **Maria Luiza de Araújo Guedes**

Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Enfermeira do trabalho na empresa Três corações. Membro do Grupo de Pesquisa Práticas Assistenciais em Saúde e em Enfermagem (PAESE/UFRN).

### **Maria Luiza Marchiori Visintin Formigoni**

Coordenadora de Atividades Técnicas - Faculdade de Tecnologia SENAI – Alimentos. Formada em Engenharia de Alimentos (IMT), com Mestrado (IMT) e Doutorado (USP).

### **Matheus Sobral Silveira**

Mestre em Medicina e Saúde Humana pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Professor do Colegiado de Nutrição da Universidade de Pernambuco (UPE). Doutoramento pelo Programa de Reabilitação e Desempenho Funcional (UPE).

### **Maurício Wisniewski**

Doutor em Educação pela Universidade Federal do Paraná (2014), Professor e Coordenador do Curso de Psicologia da Faculdade Sant'Ana e Professor Colaborador da Departamento de Educação da Universidade Estadual de Ponta Grossa. Psicólogo e Neuropsicólogo, nas abordagens da Terapia Cognitivo-Comportamental e EMDR.

### **Michele Saray Bonfim**

Mestre em Processos Psicológicos e Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas - PPGPSI / UFAM, psicóloga hospitalar no Hospital Universitário Getúlio Vargas. Membro do Grupo de Pesquisas e Estudos Clínico-Sociais (GPECS/UFAM).

### **Michele Vantini Checchio Skrapec**

Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professora Adjunta do colegiado de Nutrição da Universidade de Pernambuco (UPE).

### **Natália da Silva Morais**

Enfermeira. Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem (GRUPECC/UERN).

### **Nívia Samara Dantas de Medeiros**

Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Bolsista CAPES. Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem (GRUPECC/UERN).

### **Paloma Esthefany Bezerra Martins**

Acadêmica do Curso de Nutrição pela Universidade Pernambuco (UPE).

### **Paula Solange de Jesus Pinto da Silva**

Enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica - SUB de Montalegre.

### **Paulo Henrique da Silva Santos**

Técnico Químico, Técnico em Alimentos, Tecnólogo de Alimentos (SENAI), Mestre em Ciências – Tecnologia de Alimentos (USP), Doutorando em Ciências Tecnologia de Alimentos (USP).

### **Pedro Santos da Silva**

Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Graduada em Farmácia pela Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Integrante do Grupo de Pesquisa em Nanobiotecnologia e Nanotoxicologia (LabNano/UNIPAMPA).

### **Raul Santiago Rosa**

Formado em Farmácia-Bioquímica (USP), Doutorando em Ciências Tecnologia de Alimentos (USP).

### **Rayonara Medeiros de Azevedo**

Discente de enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem (GRUPECC/UERN).

### **Rita Fernandes**

Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem de Médico-Cirúrgica pela Escola Superior de Enfermagem Cruz Vermelha Portuguesa-Alto Tâmega.

### **Rosa Marcia Rodrigues Braga**

Especialista em Psicologia Clínica e Psicólogo pela Faculdade Patos de Minas (FPM). Docente no Departamento de Graduação e Pós-graduação em Psicologia da Faculdade Patos de Minas (DPGPSI-FPM) e Faculdade Cidade de João Píneiro (FCJP). Membro do Grupo de Pesquisa Cultura, Subjetividade e Promoção Psicossocial do DPGPSI-FPM.

### **Samily Juany Nascimento Araujo**

Acadêmica do curso de Nutrição da Universidade de Pernambuco (UPE).

### **Silvia da Costa Fernandes**

Enfermeira Especialista em Enfermagem Medico Cirúrgica – Centro Hospitalar Trás os Montes Alto Douro (CHTMAD).

### **Simone Helena dos Santos Oliveira**

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora Titular do Centro Profissional e Tecnológico - Escola Técnica de Saúde (CPT-ETS), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Líder do Grupo de Pesquisa em Doenças Crônicas (GPDOC/PPGENF/UFPB).

### **Suellen Viencoski Skupien**

Mestre em Tecnologia em Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR). Professora Substituta do Departamento de Enfermagem, da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG).

### **Susana Sobral Mendonça**

Doutor em Enfermagem pela Universidade de Lisboa (ULisboa). Professora Adjunta. Universidade de Évora. Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (UE-ESESJD) da. Investigador do ciTechCare.

### **Suzana Caetano da Silva Lannes**

Professor Associado III da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo. Formada em Engenharia Química (ESQOC), com Mestrado e Doutorado em Tecnologia Bioquímico-Farmacêutica – Área Tecnologia de Alimentos (USP). Pós-Doutorado no Dipartimento di Ingegneria Chimica e di Processo - Università degli Studi di Genova (UNIGE), Genova, Itália.

### **Tatiane do Nascimento Galvão**

Acadêmica do curso de Nutrição da Universidade de Pernambuco (UPE).

### **Vanessa Yadira Lopes**

Especialista e Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Enfermeira no Hospital Distrital de Santarém.

### **Vânia Cristine de Oliveira**

Mestra em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca (UNIFRAN). Psicólogo pela Faculdade Patos de Minas (FPM). Docente no Departamento de Graduação e Pós-graduação em Psicologia da Faculdade Patos de Minas (DP-GPSI-FPM) e Faculdade Cidade de João Pinheiro (FCJP). Membro do Grupo de Pesquisa Cultura, Subjetividade e Promoção Psicossocial do DPGPSI-FPM.

### **Vítor da Silva Valente**

Enfermeira especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica - Estabelecimento Prisional do Porto.



[www.terried.com](http://www.terried.com) 

[@editora\\_terried](https://www.facebook.com/editora_terried) 

[/editeraterried](https://www.instagram.com/editeraterried) 

[contato@terried.com](mailto:contato@terried.com) 



**TERRIED**