

Volume 7, Número 2
2º semestre de 2020

ISSN: 2237-3756

lifestyle

JOURNAL

UNASPRESS

Imprensa Universitária Adventista

UNASP

CENTRO UNIVERSITÁRIO ADVENTISTA
DE SÃO PAULO



Divisão Sul-Americana da IASD

Presidente: Erton Köhler

Secretário: Edward Heidinger

Tesoureiro: Marlon Lopes



Administração da Entidade Mantenedora (IAE)

Diretor-presidente: Maurício Lima

Diretor administrativo: Edson Medeiros

Diretor-secretário: Emmanuel Oliveira Guimarães

Diretor depto. de educação: Ivan Góes



Centro Universitário Adventista de São Paulo

Reitor: Martin Kuhn

Vice-reitores executivos / diretores de campus: Afonso Cardoso Ligório,

Antônio Marcos Alves, Douglas Jefferson Menslin

Vice-reitor Administrativo: Telson Bombassaro Vargas

Pró-reitor de graduação: Afonso Cardoso Ligório

Pró-reitor de pesquisa e desenvolvimento institucional: Allan Macedo de Novaes

Pró-reitor de educação à distância: Fabiano Leichsenring Silva

Pró-reitor de pós-graduação (lato sensu): Antônio Marcos Alves

Pró-reitor de desenvolvimento espiritual: Martin Kuhn

Diretores administrativos: Cláudio Valdir Knoener, Flávio Knoner, Murilo Marques Bezerra

Diretor do Seminário adventista latino-americano de teologia : Reinaldo Wenceslau Siqueira

Diretor-geral de educação básica: Douglas Jefferson Menslin

Secretário-geral e procurador institucional : Marcelo Franca Alves

Diretora de recursos humanos : Karla Cristina de Freitas Souza

Diretor de produções artísticas: Tuiú Costa

Advogado-geral : Misael Lima Barreto Junior

Chefe de gabinete: Anna Cristina Pascual Ramos



Editora Universitária Adventista

Editor-chefe: Rodrigo Follis

Gerente de projetos: Bruno Salles Ferreira

Editor associado: Alysson Huf

Supervisor administrativo: Werter Gouveia

Supervisora de vendas e logística: Francieleide Santos

Editores: Gabriel Pilon Galvani, Luiza Simões e Thamires Mattos

Designers gráficos: Felipe Rocha, Jônathas Sant'Ana e Kenny Zukowski



revista lifestyle journal

Editor chefe
Editores associados

Prof. Dr. Elias Ferreira Pôrto (Centro Universitário Adventista de São Paulo)
Prof. Dr. Fabio Marcon Alfieri (Centro Universitário Adventista de São Paulo)
Prof. Dr. Antônio Adolfo Mattos de Castro (Universidade Federal do Pampa)

Corpo editorial e Conselho

Prof. Dr. Vinicius Carlos Lamonti (Universidade de São Paulo - USP)
Prof. Dr. Leonardo Tavares Martins (Centro Universitário Adventista de São Paulo)
Prof. Dra. Claudia Kümpel (Centro Universitário Adventista de São Paulo)
Profa. Dra. Maria Cecília Leite de Moraes (Universidade de São Paulo - USP)
Profa. Dra. Maria Dyrce Dias Meira (Centro Universitário Adventista de São Paulo)
Profa. Dra. Gina Abdala (Centro Universitário Adventista de São Paulo)
Profa. Dra. Marcia M. H. de Oliveira Salgueiro (Centro Universitário Adventista de São Paulo)
Prof. Dr. Isaac Rosa Marques - (Centro Universitário Adventista de São Paulo)
Profa. Dra. Natália Oliveira Vargas e Silva (Centro Universitário Adventista de São Paulo)
Profa. Dra. Marcia Cristina Teixeira Martins (Centro Universitário Adventista de São Paulo)
Prof. Dr. Luiz Fernando de Oliveira Moderno (Hospital Edmundo Vasconcelos)
Prof. Dr. Eduardo Filoni (Universidade de Mogi das Cruzes)
Prof. Dr. Felipe Cortopassi (Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UNERJ; Boston Institute)
Prof. Dr. Adriano C. Rodrigues (Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional de São Paulo)
Profa. Dra. Marilza Henrique Amaral de Souza (Centro Universitário Adventista de São Paulo)
Prof. Dr. Esdras Ferreira Gonsalves - (Universidade de Buenos Aires)
Prof. Dr. José Renato de Oliveira Leite (Universidade São Camilo e Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional de São Paulo)
Profa. Dra. Glória Lúcia Alves Figueiredo (Universidade de Franca - Unifran)
Prof. Dr. Marcelo Picinin Bernuci (Unicesumar)
Profa. Dra. Cléria Maria Lôbo Bittar (Universidade de Franca - Unifran)
Profa. Dra. Sonia Maria Marques Gomes Bertolini (Unicesumar)
Profa. Ma. Nyvian Alexandre Kutz (Universidade de São Paulo - USP)
Prof. Me. Anselmo Cordeiro de Souza (Faculdade de Educação e Tecnologia da Amazônia - FAM)

Unaspres

Editoração: Rodrigo Follis
Revisão e Normatização: Thamires Mattos
Projeto gráfico: Edimar Veloso
Diagramação: Felipe Rocha

FICHA CATALOGRÁFICA

L7227 LifeStyle Journal — Centro Universitário Adventista de São Paulo, v. 7, n. 2 (2º semestre de 2020). São Paulo: Unaspress — Imprensa Universitária Adventista, 2020.

Semestral

ISSN: 2237-3756 (online)

1. Interdisciplinar
2. Ciências da Saúde
3. Promoção da Saúde



Sumário

7

ÍNDICE DE RISCO DE APNEIA DO SONO EM JOVENS ADULTOS: AS RELAÇÕES COM O ESTILO DE VIDA

*Bianca Veríssimo da Silva
Maria Patrícia Issa Miguel Machaalani
Marcelo Colucci*

Submissão: 08/09/2019
Aceite: 26/11/2019

17

EXERGAMES COMO RECURSO PEDAGÓGICO PARA EDUCANDOS COM ALTAS HABILIDADES

*Rodolfo Lemes de Moraes
Natália C. Oliveira Vargas e Silva
Rubens Venditti Jr.*

Submissão: 04/09/2019
Aceite: 02/12/2019

27

PERCEPÇÃO SOBRE HUMANIZAÇÃO NA ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO

*Verônica Castro Ferreira
Eduardo Filoni
Vera Lúcia dos Santos Alves*

Submissão: 14/08/2019
Aceite: 26/11/2019

34

PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO DE UNIVERSITÁRIOS RESIDENTES NO CAMPUS DE UM CENTRO UNIVERSITÁRIO EM SÃO PAULO

*Daiane Graciella Abegg
Greyce Vanessa Rutz
Elisabete Venturini Talizin*

Submissão: 30/07/2019
Aceite: 06/08/2019

46

ESTILO DE VIDA E AVALIAÇÃO FUNCIONAL DO IDOSO

*Cássia Costa Leão
Kléuma Maressa da Silva Rodrigues
Sammyla Paulino Bispo*

Submissão: 17/04/2019
Aceite: 05/09/2019

57

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: ADESÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE E IDOSOS DE ITUIUTABA/MG

*Andreza Cristina Stuchi
Victor Antonio Ferreira Freire
Luciana Karen Calábria*

Submissão: 13/12/2017
Aceite: 06/08/2019

65

PERCEPÇÃO DE SAÚDE MENTAL DE GRADUANDOS DE CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE

*Julia Catiusse Glinke
Elisabete Agrela de Andrade*

Submissão: 13/12/2017
Aceite: 06/08/2019



Artigos

Life Style

ÍNDICE DE RISCO DE APNEIA DO SONO EM JOVENS ADULTOS: AS RELAÇÕES COM O ESTILO DE VIDA



Bianca Veríssimo da Silva¹

Maria Patrícia Issa Miguel Machaalani²

Marcelo Colucci³

Resumo: A apneia obstrutiva do sono (AOS) é caracterizada pelo colapso das vias aéreas superiores, causando obstrução total ou parcial durante o sono. A melhor forma de diagnóstico é através da polissonografia. A aplicação de questionários também pode ser útil no diagnóstico, um dos melhores é o Epworth. Analisar por meio do questionário Epworth a frequência de apneia obstrutiva do sono em adultos jovens. Todos os indivíduos participantes responderam a três questionários, o primeiro tem a finalidade de coletar os dados antropométricos e de hábitos de vida, e estilo de vida, o segundo questionário é o questionário de Berlin que tem por finalidade saber se o participante tem indicativo para apneia do sono, e o terceiro questionário é o de Epworth que tem por finalidade avaliar a sonolência diurna e índice de apneia do sono. Foram coletados dados de 108 participantes, sendo que foram excluídos um total de 22 questionários. A frequência de SAS foi maior entre as mulheres do que para os homens, também aqueles com peso maior do 100kg e IMC maior que 25 teve alta frequência de SAS, assim como entre aqueles com alimentação não saudável. Existe a possibilidade de indivíduos com SAS dormirem enquanto estiverem dirigindo um automóvel. A frequência de apneia do sono vista pelo questionário de Berlin foi de 15%, sendo maior entre as mulheres, indivíduos com IMC maior do que 25 kg/m².

Palavras-chave: apneia obstrutiva do sono; Sonolência; Roncos.

SLEEP APNEA RISK INDEX IN YOUNG ADULTS: RELATION WITH LIFESTYLE

Abstract: Obstructive sleep apnea (OSA) is characterized by the collapse of the upper airways, causing total or partial obstruction during sleep. The best form of diagnosis is through polysomnography, the application of questionnaires can also be useful in the diagnosis, one of the best is Epworth. To analyze, through the Epworth questionnaire, the frequency of obstructive sleep apnea in young adults. All participating individuals answered three questionnaires, the first is to collect anthropometric and lifestyle data, and the second questionnaire is the Berlin questionnaire, which aims to find out if the participant has an indication for sleep apnea, and the third

.....
1 Fisioterapeuta formada pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo. Atua no Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch (M'Boi Mirim). E-mail: bi_verissimo@icloud.com.

2 Fisioterapeuta pós-graduada pela Faculdade Inspirar.

3 Fisioterapeuta formada pela Universidade de Guarulhos. Mestre em Reabilitação pela Universidade Federal de São Paulo.

questionnaire is Epworth's which aims to assess daytime sleepiness and sleep apnea index. Data from 108 participants were collected, and a total of 22 questionnaires were excluded. The frequency of SAS was higher among women than for men, also those with weight greater than 100kg and BMI greater than 25 had a high frequency of SAS, as well as among those with unhealthy diets. There is a possibility for individuals with SAS to fall asleep while driving a car. The frequency of sleep apnea seen by the Berlin questionnaire was 15%, being higher among women, individuals with a BMI greater than 25 kg / m².

Key words: obstructive sleep apnea; Drowsiness; Snoring.

A apneia obstrutiva do sono (AOS) é caracterizada pelo colapso das vias aéreas superiores, causando obstrução total ou parcial durante o sono (DRAGER E POYARES, 2019). Considerada uma doença crônica e progressiva, podendo acarretar outras complicações, como sequelas neurológicas, cardiovasculares e aumento da pressão arterial (RODRIGUES *et al.*, 2016). Sendo um problema de saúde pública, acomete principalmente homens, obesos, com idade igual ou superior a 40 anos de idade que representa cerca de 38% da população de São Paulo (VALERA *et al.*, 2014). Os fatores de risco são idade, sexo masculino, índice de massa corporal elevado, e a circunferência do pescoço maior que 37cm para mulheres e 43 cm para homens (CRUZ *et al.*, 2018).

Fisiologicamente a AOS engloba alterações anatômicas superiores. Durante a vigília permanecem sem alterações, porém durante o relaxamento da musculatura ocorre o colapso das mesmas (GEBRIM *et al.*, 2019). As alterações fisiológicas contribuem para riscos cardiovasculares, principalmente para insuficiência cardíaca, devido ao aumento inflamatório causado pelo estresse oxidativo (ROSA *et al.*, 2017).

Os períodos de pausas respiratórias ocasionam um aumento do trabalho respiratório, gerando aumento da pressão intratorácica que leva a sobrecarga do ventrículo esquerdo, hipoxemia e sono fragmentado (DRAGER E POYARES, 2019). Os sinais e sintomas são caracterizados por roncos, sonolência diurna, boca seca, despertar noturno, noctúria, agitação, sudorese, alterações de humor, alteração de memória e concentração além de cefaleia matinal (CRUZ *et al.*, 2018). A melhor forma de diagnóstico é por meio da polissonografia. É um exame que realiza o registro gráfico das alterações fisiológicas ao longo do sono (VOLPATO, ALVES E RAMOS, 2016).

Os adultos jovens representam a maior prevalência sendo os homens a maior classe de fator de risco quando comparado com as mulheres, em relação ao IMC e a IAH, porém as mulheres sofrem alterações hormonais devido a menopausa, o que aumentam significativamente seus riscos (KOO *et al.*, 2017).

A aplicação de questionários também pode ser útil no diagnóstico. Um dos melhores é o Epworth, que tem a intenção de quantificar a tendência a dormir em situações de rotina, e diferencia indivíduos roncadores dos indivíduos com AOS (DOLCI *et al.*, 2004). As medições do sono incluem o inventário de atividade sono-vigília, o índice de sonolência diurna da pesquisa de triagem para a apneia do sono, a escala de sonolência diurna de Rotterdam e a escala de sonolência de Epworth (ESE) (BERTOLAZI, 2009).

A Síndrome da apneia obstrutiva do sono representa de 3 a 4% da população mundial. Os sinais e sintomas são principalmente respiratórios, porém as consequências podem acarretar complicações adjacentes (PRADO *et al.*, 2014). Entretanto o que se sabe é que mais da metade dos casos de apneia do sono não são diagnosticados, e os acometidos vivem em risco das complicações. Outro fator importante é que a prevalência desta doença vem aumentando entre adultos jovens e de meia idade principalmente entre indivíduos obesos e inativos fisicamente.

Objetivos

Analisar através do questionário de Berlim e Epworth a frequência de apneia obstrutiva do sono e sonolência noturna em adultos jovens e correlacionar com o estilo de vida.

Métodos

Este é um estudo transversal, descritivo e quantitativo, no qual participaram voluntários que atenderem os critérios de participação e responderem aos questionários de forma completa.

Critérios de inclusão

Participaram deste estudo indivíduos de ambos os sexos, na faixa etária de 20 a 40 anos de idade, que tenha respondido por completo os questionários; que concordaram em assinar eletronicamente o termo de consentimento livre e esclarecido.

Critério de exclusão

Foram excluídos deste estudo todos os questionários respondidos por indivíduos fora da faixa etária ou ainda aqueles que estiveram incompletos.

Protocolo de coleta dos dados

O questionário foi disponibilizado através das redes sociais. O link ficou disponível por um período de um mês no feed do Instagram e do Facebook e foi enviado no privado para a lista de contatos das integrantes da pesquisa, além disso foi repostado diariamente nos stories das três redes sociais citadas. Aos participantes foi sugerido que a pessoa que respondesse ao questionário, o repassasse adiante.

Todos os indivíduos participantes responderam a três questionários, o primeiro tem a finalidade de coletar os dados antropométricos e de hábitos de vida, e estilo de vida, o segundo questionário é o questionário de Berlin que tem por finalidade saber se o participante tem indicativo para apneia do sono, e o terceiro questionário é o de Epworth que tem por finalidade avaliar a sonolência diurna e índice de apneia do sono.

O questionário de dados antropométricos e hábitos de vida foi criado pelos autores da pesquisa para atender as particularidades da mesma, contém questões para identificação antropométricas e questões para avaliar os hábitos de vida que favorecem o surgimento de apneia do sono, questões como: Você é tabagista? Você consome bebidas alcoólicas rotineiramente? Você pratica atividade física? Você consegue dormir quantas horas de sono por noite? Você tem uma alimentação que evita consumo de embutidos, enlatados alimentos processados e frituras?

O questionário de Berlin tem a finalidade saber se a pessoa tem indicativo para apneia. O score é separado em categorias 1, 2 e 3, sendo que cada categoria tem uma pontuação diferente. Se pela soma dos pontos mais de uma categoria forem positivas é possível que a pessoa sofra de apneia do sono (NETZER *et al.*, 1999).

Escala de Epworth

A escala de Sonolência de Epworth é uma ferramenta utilizada para avaliar o grau de sonolência diurna. Ela foi desenvolvida pelo Dr. Murray Johns e considera aspectos do dia a dia e modo de vida recente. De acordo com os resultados, ela pode sugerir a possibilidade de o paciente estar sofrendo

de algum distúrbio do sono como a hipersonia diurna, apneia obstrutiva do sono e insônia. Durante a avaliação é necessário responder um questionário com notas que vão de 0 a 3 que representam as chances de cochilar em diferentes ações do dia a dia. Quanto maior a pontuação, maiores são os indícios de algum tipo de distúrbio do sono (MURRAY, 1991). A ESE foi concebida com base em observações relacionadas a natureza e a ocorrência da sonolência diurna. O questionário é composto por oito situações que envolvem atividades diárias, das quais o paciente dá uma nota de 0 a 3 para a sua chance de cochilar ao executar tais situações, sendo 0 é nenhuma chance de cochilar; 1 para pequena chance de cochilar; 2 moderada chance de cochilar e 3 para alta chance de cochilar (FILHO, 2016).

A escala de Sonolência de Epworth é de fácil aplicabilidade e autoaplicável. Apresenta um score global de 0 a 24, sendo considerado sonolência diurna excessiva (SDE) quando o valor for acima de 10 (BERTOLAZI, 2009). A ESE foi traduzida para o português e validada por um estudo na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), visto que os resultados foram semelhantes a escala original (FILHO, 2016).

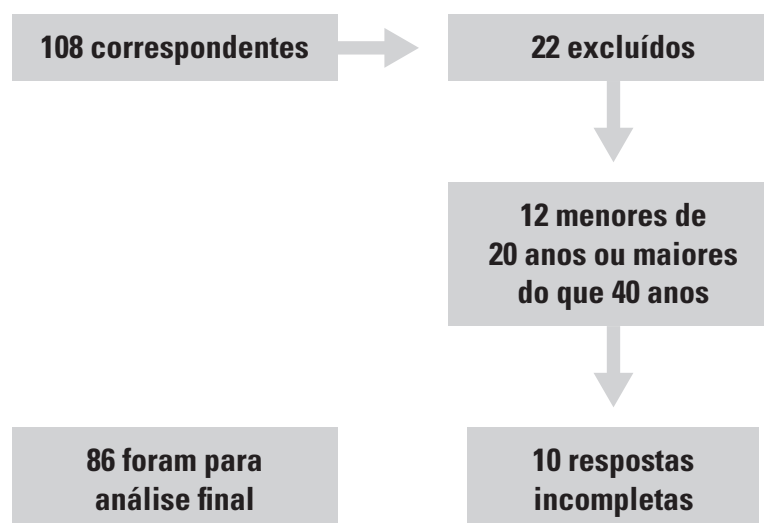
Análise estatística

O teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para avaliação da distribuição dos dados em relação à normalidade. Quando os dados tiveram distribuição normal, foram utilizados testes paramétricos para análise; quando a distribuição foi anormal, aplicou os testes não paramétricos. Os dados estão apresentados em média e desvio padrão, foi utilizado o teste T não pareado para comparação entre os grupos, as comparações das proporções foram realizadas por meio do teste de qui quadrado ou exato de Fisher. Foi considerado $p < 0,05$ como significância estatística.

Resultados

Foram coletados dados de 108 participantes, sendo que foram excluídos um total de 22 questionários, 12 devido a não se encaixarem na faixa etária de 20 a 40 anos de idade e 10 por não estarem respondidos por completo, restando assim um total de 86 questionários para serem avaliados.

Figura 1 – fluxograma de seleção dos pacientes



A idade variou entre 21 e 40 anos com IC 95% (23 a 37) anos, O índice de massa corporal variou entre 22 e 40 IC 95% (24 a 33 kg/m²). A maioria da amostra foi mulheres, havia baixo percentual de tabagistas, mas alto percentual de alcoolistas, 41% afirmaram que não faz uso regular de alimentos embutidos, processados, enlatados ou frituras, assim como procura evitar gorduras transtornadas, 48% disseram fazer atividades física regular variando de três a cinco vezes por semana, e apenas 4% dormia o recomendável. Tabela 1.

Tabela 1 – Característica antropométrica e de estilo de vida da amostra

Variáveis	Frequência (n=86)
Idade (anos)	21 a 40
Peso (Kg)	50 a 150
IMC (kg/m ²)	22 a 40
Mulheres (%)	67,4
Homens (%)	32,6
Tabagista (%)	7
Alcoolista (%)	60
Alimentação saudável (%)	41,8
Fisicamente ativo (%)	48
Sono entre 7 e 8h (%)	4
Epworth+ Berlim positivos (%)	13
Epworth positivo (%)	51
Berlim positivo (%)	18

A frequência de SAS foi maior entre as mulheres do que para os homens, também aqueles com peso maior do 100kg e IMC maior que 25 teve alta frequência de SAS, assim como entre aqueles com alimentação não saudável, tabela 2 .

Tabela 2 – Frequência de síndrome de apneia do sono para amostra segundo características antropométrica e de hábitos de vida

Variável	SAS (+)	SAS (-)
Homens	7,40	92,59
Mulheres	18,64	81,35
Peso > 100 kg	83,38	16,4
IMC > 25 kg/m2	30,60	69,4
Tabagista	0	100
Alcoolistas	5,76	94,23
Fisicamente ativos 47,67%	7,31	92,68
Horas de sono > 7h	6,73	93
Alimentação não saudável	20	80

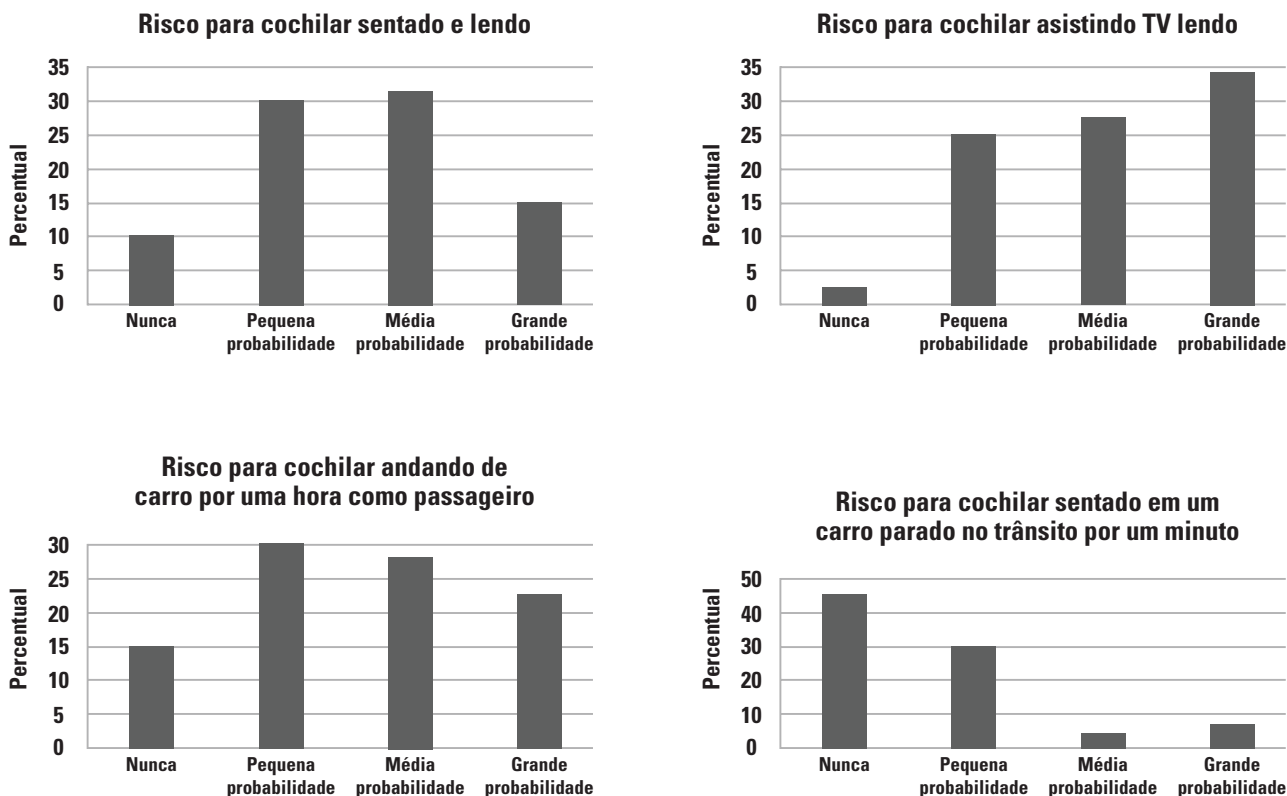
Foi observado que os indivíduos com possível síndrome da apneia do sono têm maior frequência que os indivíduos que dormem com o celular ligado, que roncam, que acordam cansado e que se sentem cansados durante o dia, Tabela 3.

Tabela 3 – Comparativo entre os indivíduos com possível apneia do sono e aqueles que não tem esta possibilidade

Variável	SAS (+)	SAS (-)	p
Dorme com celular ligado (%)	88,3	11,7	0,0021
Ronca (%)	43	23	0,0012
Ronco alto (%)	63	11	0,0025
Frequência de roncos mais de três vezes por semana (%)	40	10	0,0014
Faz apneia durante o sono	13	0	
Frequência de acordar cansado mais de três vezes por semana	29	4	0,002
Frequência sentir cansando mais de três vezes por semana	48	21	0,0015

A figura 2 mostra as probabilidades dos indivíduos com possível apneia do sono cochilar quando estão lendo, assistindo televisão, andando de carro como passageiro e como motorista de carro, quando este para no trânsito por um minuto. O que se percebe é que para algumas pessoas esta possibilidade é real.

Figura 2 – Riscos para cochilar em indivíduos com possível apneia do sono



Discussão

O principal objetivo deste estudo foi avaliar a frequência de apneia do sono em indivíduos adultos jovem e relacionar com o estilo de vida. Dentre os principais resultados podem ser discutidos: a frequência de SAS é maior entre as mulheres, entre indivíduos com IMC maior do que 25 kg/m², e que houve baixa frequência entre os ativos fisicamente, tabagistas, e que fazem uma alimentação saudável. Também foi visto que existe a probabilidade dos indivíduos desta amostra com possibilidade de SAS de dormirem enquanto estiverem dirigindo um automóvel.

Estudos epidemiológicos baseados na população descobriram a alta prevalência e amplo espectro de gravidade da apneia obstrutiva do sono não diagnosticada e constataram consistentemente que mesmo a apneia obstrutiva do sono leve está associada a uma morbidade significativa (LINDBERG *et al.*, 2000; YOUNG *et al.*, 2002). Evidências de estudos de coorte metodologicamente fortes indicam que a apneia obstrutiva do sono não diagnosticada, com ou sem sintomas, está associada de forma independente ao aumento da probabilidade de hipertensão, doença cardiovascular, acidente vascular cerebral, sonolência diurna, acidentes com veículos motorizados e diminuição da qualidade de vida (WRIGHT *et al.*, 1998; TRADLING *et al.*, 1997).

Estratégias para diminuir a alta prevalência e morbidade associada à apneia obstrutiva do sono são criticamente necessárias (WHITE *et al.*, 2020). A redução ou eliminação de fatores de risco por meio de iniciativas de saúde pública com apoio clínico é promissora (YOUNG *et al.*, 2020). Os fatores de risco potencialmente modificáveis considerados incluem sobrepeso e obesidade, álcool, tabagismo, congestão nasal e depleção de estrogênio na menopausa (YAGGI *et al.*, 2005).

Em uma metanálise os dados sugerem que a apneia obstrutiva do sono está associada a todos esses fatores, mas atualmente a única estratégia de intervenção apoiada em evidências adequadas é a perda de peso (WHITE *et al.*, 2000). Um foco no controle de peso é especialmente importante, dada a crescente epidemia de sobrepeso e obesidade nos Estados Unidos e em todo o mundo. Os prestadores de cuidados primários serão essenciais para abordagens clínicas para lidar com o ônus e o desenvolvimento de estratégias de busca de casos com custo-benefício e tratamento viável para apneia obstrutiva do sono leve que justifique alta prioridade (SIN *et al.*, 1999). Entre estas estratégias deve-se ter como foco, um estilo de vida saudável (TUOMILEHTO *et al.*, 2009).

Setenta e dois pacientes consecutivos com excesso de peso (índice de massa corporal, 28-40) com SAS leve foram recrutados. O grupo de intervenção (n = 35) completou o programa dieta de baixa caloria com modificação supervisionada do estilo de vida, e o grupo controle (n = 37) recebeu aconselhamento de rotina no estilo de vida. O índice de apneia-hipopneia (IAH) foi a principal variável de resultado objetivamente medida. Mudança nos sintomas Qualidade de Vida foram usadas como medidas subjetivas.

A intervenção no estilo de vida reduziu efetivamente o peso corporal ($-10,7 \pm 6,5$ kg; índice de massa corporal, $-3,5 \pm 2,1$). Houve diferença estatisticamente significativa na mudança média no índice de apneia e hipopneia entre os grupos de estudo ($p = 0,017$). O odds ratio ajustado por apresentar SAS leve foi acentuadamente reduzido (odds ratio, 0,24 [intervalo de confiança de 95%, 0,08-0,72]; $p = 0,011$) no grupo de intervenção. Todos os sintomas comuns relacionados à SAS e algumas características da qualidade de vida melhoraram após a intervenção no estilo de vida (TUOMILEHTO *et al.*, 2009).

As limitações deste estudo referem-se ao fato de que a frequência de apneia do sono foi avaliada por meio de questionários, mesmo sendo validados para esta função. No entanto, tem importante aplicação clínica, visto que um estilo de vida saudável pode ser uma estratégia essencial para reduzir a frequência de indivíduos com apneia do sono e melhorar o estado clínico entre os doentes.

Conclusão

A frequência de apneia do sono vista pelo questionário de Berlin foi de 15%, sendo maior entre as mulheres, indivíduos com IMC maior do que 25 kg/m^2 , e que houve baixa frequência entre os ativos fisicamente, tabagistas, e que fazem uma alimentação saudável. Também foi visto que existe a probabilidade dos indivíduos desta amostra com possibilidade de SAS dormirem enquanto estiverem dirigindo um automóvel.

Referências

ALVES, P. R. R.; RAMOS, F. A.; VOLPATO, T.B. Qualidade de vida em indivíduos com apneia obstrutiva do sono moderada a grave antes e após tratamento com pressão positiva contínua nas vias aéreas. **ABCS Health Sciences**, v. 41, n. 3, p. 146-149, 2016.

BERTOLAZI, A. N.; FAGONDES, S. C.; HOFF, L. S.; PEDRO, V. D.; BARRETO, S. S. M.; JOHNS, M. W. Validação da escala de sonolência de Epworth em português para uso no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 35, n. 9, p. 877-883, 2009.

BOARI, L. CAVALCANTI, C.M; BANNWART, S.R.F.D; SOFIA, O.B; DOLCI, J.E.L. Avaliação da escala de Epworth em pacientes com a Síndrome. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 70, n. 6, p. 752-756, 2004.

CAMPOSTRINI, D. D. A; PRADO, L. B. F.; PRADO, G. F. Síndrome da apneia obstrutiva do sono e doenças cardiovasculares. **Revista Neurociência**, v. 22, n. 1, p. 102-112, 2014.

DRAGER, L. F; POYARES, D. Apneia obstrutiva do sono e doença cardiovascular. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 29, n. 2, p. 155-159, 2019.

KOO, S. K.; AHN, G. Y.; CHOI, J. W.; KIM, Y. J.; JUNG, S. H.; MOON, J. S.; LEE, Y. I. Obstructive sleep apnea in postmenopausal women: a comparative study using drug induced sleep endoscopy. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 83, n. 3, p. 285-291, 2017.

ROSA, M. L. G.; SILVA, K. V.; JORGE, A. J. L.; LEITE, A. R.; CORREIA, D. M. S.; SILVA, D. S.; CETTO, D. B.; BRUM, A. P.; NETTO, P. S.; RODRIGUES, G. D. Prevalência de Risco para Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono e Associação com Fatores de Risco na Atenção Primária. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s. v.], [s. n.], online, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/2Z2VS7h>. Acesso em: 10 fev. 2021.

LEI, Q.; LV, Y.; LI, K.; MA, L.; DU, G.; XIANG, Y.; LI, X. Efeitos da pressão positiva contínua nas vias aéreas na pressão arterial em pacientes com hipertensão resistente e apneia obstrutiva do sono: revisão sistemática e meta-análise de seis ensaios clínicos controlados aleatórios. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 43, n. 5, p. 373-379, 2017.

LEITE, A. R.; MACEDO, E. E.; JORGE, A. J. L.; ROSA, M. L. G. Correlação de Risco entre Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono e Insuficiência Cardíaca na Atenção. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 30, n. 5, p. 459-463, 2017.

LINDBERG, E.; GISLASON, T. Epidemiology of sleep-related obstructive breathing. **Sleep Medicine Reviews**, v. 4, n. 5, p. 411-433, 2000.

MASSA, K. H. C.; DUARTE, Y. A. O.; FILHO, A. D. P. C. Análise de prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 24, n. 1, p. 105-114, 2019.

MURRAY, J. W. A New Method for Measuring Daytime Sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. **Sleep**, v. 14, p. 540-545, 1991.

NETZER, N. C.; STOOHS, R.A.; NETZER, C. M.; CLARK, K.; STROHL, K. P. Using the Berlin Questionnaire to identify patients at risk for the sleep apnea syndrome. **Annals of internal medicine**, v. 131, n. 7, p. 485-491, 1999.

PASSOS, U. L.; GENTA, P. R.; MARCONDES, B. F.; FILHO, G. L.; GEBRIM E. M. M. S. Alterações nas vias aéreas superiores avaliadas por TC multidetectores durante a vigília e o sono em indivíduos saudáveis e em pacientes com apneia do sono durante eventos obstrutivos. **Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia**, v. 45, n. 4, online, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/2Z3rKZv>. Acesso em: 10 fev. 2021.

QUEIROZ, D. L. C.; YUI, M. S.; BRAGA, A. A.; COELHO, M. L.; KUPPER, D. S.; SANDER, H. H.; ALMEIDA, L. A.; FERNANDES, R. M. F.; ECKELI, A. L.; VALERA, F. C. P. Adherence of obstructive sleep apnea syndrome patients to continuous positive airway pressure in a public service. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 80, n. 2, p. 126-130, 2014.

SÁ, R. T. O.; FRANÇA, I. M. L.; CATÃO, C. D. S.; CRUZ, J. B. Análise dos fatores de risco para síndrome da apnéia obstrutiva do sono em motoristas de caminhão. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 17, n. 1, p. 65-77, 2018.

SILVA, E. D. L.; CATÃO, M. H. C. V.; COSTA, R. O.; COSTA, I. R. R. S. Multidisciplinaridade na apneia do sono: uma revisão de literatura. **Revista CEFAC**, v. 16, n. 5, p. 1621-1626, 2014.

SIN, D. D.; FITZGERALD, F.; PARKER, J. D.; NEWTON, G.; FLORAS, J. S.; BRADLEY, T. D. Risk factors for central and obstructive sleep apnea in 450 men and women with congestive heart failure. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 160, n. 4, p. 1101-1106, 1999.

STRADLING, J.; DAVIES, R. J. Sleep apnea and hypertension: what a mess. **Sleep**, V. 20, N. 9, P. 789-793, 1997.

TUOMILEHTO, H. P.; SEPPÄ, J. M.; PARTINEN, M. M.; PELTONEN, M.; GYLLING, H.; TUOMILEHTO, J. O.; VANNINEN, E. J.; KOKKARINEN, J.; SAHLMAN, J. K.; MARTIKAINEN, T.; SOINI, E. J.; RANDELL, J.; TUKIAINEN, H.; UUSITUPA, M.; KUOPIO SLEEP APNEA GROUP. Lifestyle intervention with weight reduction: first-line treatment in mild obstructive sleep apnea. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 179, n. 4, p. 320-327, 2009.

YOUNG, T.; PEPPARD, P. E. Epidemiology of obstructive sleep apnea. In: MCNICHOLAS, W. T.; PHILLIPSON, E. A. (Eds.). **Breathing disorders in sleep**. London: W. B. Saunders, 2002, p. 31-43.

YOUNG, T.; PEPPARD, P. E.; GOTTLIEB, D. J. Epidemiology of obstructive sleep apnea: a population health perspective. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 165, n. 9, p. 1217-1239, 2002.

WHITE, D. P. Central sleep apnea. In: Kryger, M. H; Roth, T.; Dement, W. C. (Eds.). **Principles and practice of sleep medicine**. Philadelphia: W. B. Saunders, p. 827-839, 2000.

WRIGHT, J.; SHELDON, T. **Sleep apnea and its impact on public health**. Thorax, v. 53, p. 410-413, 1998.

EXERGAMES COMO RECURSO PEDAGÓGICO PARA EDUCANDOS COM ALTAS HABILIDADES



Rodolfo Lemes de Moraes¹

Natália C. Oliveira Vargas e Silva²

Rubens Venditti Jr.³

Resumo: A identificação e atendimento da população com altas habilidades/superdotação no período escolar, são demandas que têm aumentado nos últimos anos, mas ainda há alguns mitos e ideais que não correspondem à realidade, e dificultam tanto o processo de identificação, quanto a oferta de serviços que visem à melhoria do estilo e qualidade de vida deste público. O artigo objetiva verificar a aplicabilidade de tecnologias de realidade virtual para esta população. Tecnologias estas que o professor de Educação Física possa incluir no seu planejamento curricular. Cinco participantes com idade entre 7 e 16 anos realizaram uma sessão individual com tecnologia de realidade virtual e exergames para o console de jogos eletrônicos Nintendo® Wii sem ter conhecimento prévio. O estudo analisou qualitativamente os relatos dos participantes. Resultados: os participantes relataram que houve fatores que comprometeram o grau de imersão e envolvimento da tecnologia de realidade virtual, mas ficaram motivados para concluir as tarefas dos minijogos com êxito. Este estudo apresentou uma sistematização de atividades com exergames utilizando o Nintendo® Wii para educandos com altas habilidades/superdotação, contribuindo para que professores de Educação Física possam fazer uso desse tipo de tecnologia, de maneira a promover um estilo de vida ativo entre esses educandos.

Palavras-chave: Educação Física; Educação Especial; Altas Habilidades; Superdotação; Desenvolvimento Humano; Tecnologias Assistivas.

EXERGAMES AS A PEDAGOGICAL RESOURCE FOR HIGH SKILLED STUDENTS

Abstract: The identification and assistance of the gifted population during the school years, are demands that have increased in recent years, but there are still some myths and ideals of those students that do not correspond with reality and hinder both the identification process and the offering

.....

1 Estudante de mestrado na Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho (UNESP - Campus Rio Claro) no Programa de Desenvolvimento Humano e Tecnologias. Laboratório de Atividade Motora Adaptada, Psicologia Aplicada e Pedagogia do Esporte LAMAPPE, na UNESP - Campus Bauru. E-mail: ro.lemes.moraes@gmail.com.

2 Doutora em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina da USP. Docente nos bacharelados de Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Enfermagem e no Mestrado Profissional em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo.

3 Doutor em Educação Física e Sociedade pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); Docente na Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp).

new services for this population aiming at improving their lifestyle and quality of life. The objective of the article is to verify the applicability of virtual reality technologies for this population, technologies that are applicable by the Physical Education teacher in his curricular planning. Five participants aged between 7 and 16 years old held an individual session with virtual reality technology and exergames for the Nintendo® Wii game console without prior knowledge. The study analyzed qualitatively the participants' reports. Participants reported factors that compromised the degree of immersion and involvement in the virtual reality technology, but were motivated by it to complete the tasks of the mini-games successfully. This study presented a systematization of activities with exergames using the Nintendo® Wii for students with high skills / giftedness, assisting Physical Education teachers to include this as a part of care for this population, contributing to promote an active lifestyle among these students.

Key words: Physical Education; Special Education; Giftedness; Human Development; Assistive Technologies.

O atendimento de pessoas com altas habilidades/superdotação (AH/SD), é uma demanda que tem aumentado com o passar dos anos, e o trabalho interdisciplinar é fundamental para que esse atendimento seja feito da melhor forma possível (VIRGOLIM, 2019). Este estudo apresenta uma proposta de protocolo de atendimento para crianças e adolescentes com AH/SD que utiliza *exergames*, uma das tecnologias de realidade virtual (RV), como um recurso pedagógico que pode ser usado pelo professor de Educação Física (EF) para desenvolver habilidades motoras e realizar enriquecimento curricular de tipo I, que favorece a exploração de novos conteúdos e a descoberta de interesses dos educandos.

Pesquisas apontam que os déficits motores são um núcleo potencial característico das crianças com AH/SD, por esta razão, intervenções destinadas a melhorar esses déficits e a promover um estilo de vida ativo são desejáveis pois contribuem para o aumento da qualidade de vida dessa população (FOURNIER *et al.*, 2010).

As tecnologias de RV têm sido cada vez mais utilizadas como recurso terapêutico e metodológico inovador para, por exemplo, realizar intervenções em habilidades psicomotoras de crianças com Síndrome de Down (LORENZO; BRACCIALLI; ARAÚJO, 2015), para manutenção e desenvolvimento de funções cognitivas de idosos (MORAES *et al.*, 2016), e para a reabilitação e melhora do equilíbrio corporal em paciente acometido por acidente vascular cerebral (AUDI *et al.*, 2018), o que reforça os benefícios da utilização desta tecnologia nas áreas da saúde, educação e estilo de vida de forma interdisciplinar.

Estas tecnologias são computacionais e interativas, oferecendo aos seus usuários a ilusão de que estão imersos em um mundo construído virtualmente, com cenários que solicitam movimentos específicos, com amplitude e velocidade definidos e que podem variar de acordo com a experiência do usuário, e os benefícios do seu uso como uma terapia ou programa podem ir além dos elementos clínicos e fisiológicos, pois além de estimular a independência e autonomia na realização das tarefas, também promove inclusão. A RV conta com fatores motivacionais que favorecem as mudanças nos aspectos psicossociais, culturais e pedagógicos, sendo este entendido como estratégias, técnicas e recursos para facilitar a aprendizagem (CAPARRÓZ; LOPES, 2008; ITAKUSSU *et al.*, 2015; MENEGHINI *et al.*, 2016; RODRIGUES; PORTO, 2013).

Há três elementos básicos que constituem as experiências de RV e que devem ser atendidas por qualquer tecnologia que pretenda proporcioná-la: o usuário deve se sentir imerso no ambiente criado virtualmente, que “enganará” seus sentidos para que ele se sinta parte do cenário que está visualizando, e para isso, quanto maior o número de órgãos dos sentidos a tecnologia conseguir envolver, maior o grau de imersão. Quanto maior o grau de controle que o usuário tenha sobre o cenário virtual e quanto mais rápido forem as alterações nele a partir da ação dele, maior será o grau de *interação* com esta tecnologia. E o *envolvimento* está relacionado ao quão comprometido o usuário está em se manter realizando determinada tarefa (RODRIGUES; PORTO, 2013).

Os *exergames* são um exemplo de jogos que utilizam sensores para identificar a movimentação de segmentos corporais do usuário como interação com a interface do jogo, promovendo mudanças em tempo real na atividade. Estudos têm apresentado resultados que aumentam a relevância da sua utilização como um recurso pedagógico que pode ser usado pelo professor de EF e que promovem resultados positivos sob o ponto de vista fisiológico do exercício, apresentando aumento de gasto energético (CHEN, 2013) e também no aumento do nível de atividade física (HUANG *et al.*, 2017), mas também sob o ponto de vista pedagógico, apresentando novas formas de abordar os conteúdos da própria EF e fazendo parte do seu currículo escolar (CELUPPI; FLORES, 2016) para contribuir com o seu desenvolvimento motor (MEDEIROS *et al.*, 2018), a RV também ajuda a quebrar os tabus sobre a dança (SMOUTEN; COUTINHO, 2016).

Mas ainda que não haja possibilidades de inserir as tecnologias de RV no currículo da EF escolar (por diversos motivos), ela ainda pode ser utilizada esporadicamente como uma estratégia de enriquecimento curricular para educandos com AH/SD, pois possibilita a apresentação de novos conteúdos, ou a reapresentação de conteúdo familiar aos educandos sob uma nova perspectiva, estimulando a curiosidade e possibilitando o descobrimento de novos interesses, como é a proposta do modelo de enriquecimento curricular proposto por Joseph Renzulli (2014).

De acordo com o autor, este tipo de atividade poderia ser entendida como o primeiro de três tipos deste modelo, cujo objetivo é apresentar novas experiências que possam despertar o interesse destes educandos e que vai contribuir também para aqueles que não têm AH/SD (RENZULLI, 2014a; VIRGOLIM, 2019). Pela legislação brasileira e políticas públicas voltadas para a Educação Especial o indivíduo com AH/SD, tem as seguintes características (BRASIL, 2008, p. 15):

[...] demonstram potencial elevado em qualquer uma das seguintes áreas, isoladas ou combinadas: intelectual, acadêmica, liderança, psicomotricidade e artes. Também apresentam elevada criatividade, grande envolvimento na aprendizagem e realização de tarefas em áreas de seu interesse.

Há que se destacar que estas pessoas formam um grupo heterogêneo, com necessidades que são específicas e com interesses que podem variar de uma pessoa para a outra, contrariando a imagem do educando idealizado por alguns professores que acreditam que, as necessidades são as mesmas para alunos com o mesmo diagnóstico (MARTINS E CHACON, 2016; SABBAG E ARANTES-BRERO, 2017). E por isso, é importante que diferentes atividades de enriquecimento curricular sejam planejadas, pois o educando com AH/SD terá um comprometimento maior com tarefas que são de sua área de interesse (RENZULLI, 2014a; VIRGOLIM, 2019).

Um dos mitos sobre esta população é o de que esses educandos terão excelentes notas em seus boletins escolares e mostrarão um alto desempenho em todas as áreas do conhecimen-

to, embora esta característica seja apresentada por alguns destes alunos, o que contribui para a identificação do tipo acadêmico de AH/SD, este é um dos fatores que dificulta a identificação dos outros educandos que não apresentam esta mesma característica e são parte do tipo criativo-produtivo⁴, uma vez que as expressões artísticas e o alto desempenho esportivo é deixado de lado (RENZULLI, 2014b; SABBAG E ARANTES-BRERO, 2017; VIRGOLIM, 2019).

Neste sentido, o professor de Educação Física pode contribuir para os processos de identificação de educandos com AH/SD e também fazer parte do atendimento deles, contanto que ele tenha o conhecimento e ferramentas necessárias para fazê-lo (MORAES *et al.*, 2019). Verificamos que a prática regular de atividades físicas por crianças com necessidades especiais pode beneficiá-las, assim como beneficia às demais crianças, entretanto, pesquisas envolvendo a promoção de um estilo de vida ativo nessa população ainda são escassas (LOURENÇO *et al.*, 2015).

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi verificar a aplicação de tecnologias de realidade virtual para estes educandos, por meio de uma análise qualitativa dos dados e a proposta de um protocolo para o atendimento dos alunos, utilizando *exergames* como uma estratégia pedagógica e que pode ser realizado pelo professor de Educação Física.

Materiais e método

Este estudo de caso é qualitativo, apresentando análise de relatos dos próprios participantes (MARCONI E LAKATOS, 2016). Todos os participantes eram menores de 18 anos, leram e concordaram com o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, bem como seus responsáveis legais que os acompanharam leram e concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, permitindo a participação deles neste estudo, que fez parte da pesquisa intitulada "Avaliação da qualidade da educação ofertada aos alunos Público Alvo da Educação Especial em escolas públicas da Comarca de Bauru" aprovada pelo Comitê de Ética sob certificado de apresentação para apreciação ética (CAAEE) nº 57741416.7.0000.5398.

Como material deste estudo, foi usado o console de jogos eletrônicos *Nintendo® Wii* com um controle *Wii Remote* e o acessório *Wii Motion Plus* acoplado neste. O console possui um sensor que reconhece e traduz para a interface as direções e velocidades dos movimentos realizados pelo controle remoto em tempo real, cujo participante precisa segurar enquanto interage com o console. O controle possui botões que precisam ser acionados simultaneamente ao movimento ou para realizar uma ação de início/finalização da interação. Comparado com outros consoles de jogos eletrônicos, o escolhido para este estudo apresenta custo financeiro menor, além de não precisar de uma área mínima para que o sensor reconheça os movimentos do controle na mão do usuário, este console já foi material para outros estudos, como os citados na revisão de literatura deste estudo.

O jogo escolhido é da série "*Wii Sports Resort*" da franquia "*Wii Sports*"; totalmente na língua inglesa e sem possibilidade de configurar outra língua, compatível com o console escolhido para o estudo, do qual foram escolhidos quatro minijogos, à saber: *Bowling* que simula uma partida individual de boliche, onde o objetivo é derrubar o maior número de pinos por jogada/rodada, *Table Tennis* que simula uma partida de tênis de mesa contra um adversário simulado pelo minijogo e cujo nível de dificuldade foi padronizado para todos os participantes, *Basketball* que simula

.....
4 Há pessoas com AH/SD que apresentarão características de ambos os tipos, não podendo subdividir estas pessoas entre ser do tipo acadêmico ou criativo-produtivo (RENZULLI, 2014b).

uma partida individual de um minijogo de basquete conhecido como “reloginho”, no qual o usuário precisa arremessar cinco bolas na cesta a partir de cinco posições diferentes da linha de três metros da quadra de basquete dentro do tempo estipulado, e o *Frisbee® Dog* que simula uma partida individual de lançar o disco com um tutorial em três etapas, para que o usuário entenda a dinâmica básica do jogo, e a partida propriamente, com pontuações relacionadas à distância entre onde o disco caiu e o alvo inicial, com um cachorrinho simulando que busca o disco sempre que ele cai.

Participaram cinco crianças com idade entre 7 e 16 anos (identificados como P1, P2, P3, P4 e P5) e todos apresentaram relatório de identificação de AH/SD, realizado por um projeto de extensão de uma Universidade Pública do Estado de São Paulo (ARANTES-BRERO *et al.*, 2018).

Após a leitura e aceitação dos termos, os participantes responderam a uma anamnese para investigar possíveis experiências prévias com o console, com os jogos e outras tecnologias de RV. Nenhum deles apresentou queixas sobre dores musculares ou qualquer outro fator que pudesse limitar sua amplitude de movimento ou comprometer sua interação com o console.

A sessão com cada participante foi individual, estando presentes apenas um pesquisador responsável, o participante e seu responsável legal. Antes de iniciar os quatro minijogos na ordem citada acima (escolhidos em ordem do menos para o mais complexo), o pesquisador deu instruções básicas, como a função dos botões que iniciavam e terminavam uma ação ou partida, e os movimentos básicos necessários para que a dinâmica do minijogo acontecesse. Foi observado se os participantes conseguiriam atingir as metas apenas com estas instruções. Quando o número de erros por tentativa da tarefa era igual a três, o pesquisador poderia fornecer novas dicas de acordo com o erro apresentado de cada participante para que ele pudesse completar a tarefa.

Ao final da sessão individual, os educandos responderam um questionário sobre seus sentimentos ao jogar com esta tecnologia, o que sentiam nos momentos em que acertavam/ganhavam e o que sentiam quando erravam/perdiam a partida.

Resultados

Como resultado da anamnese aplicada no início da sessão individual, todos os participantes responderam que não tinham experiência prévia com o console para jogos eletrônicos *Nintendo® Wii*, sendo que as plataformas de jogos eletrônicos citadas que eles mais utilizavam eram celular, computador pessoal (com sistema operacional *Windows®*) e *xBox®*, fazendo tempo médio de 3,5 (\pm 2) horas de uso destas tecnologias em média de 5 (\pm 3) dias por semana.

Entre os estilos de jogos citados pelos participantes encontram-se os de aventura, luta, dança, construção em mundo simulado, FPS (*First Person Shooter*⁵), MMORPG (*Massively Multiplayer Online Role-Playing Game*⁶) e esporte. O jogo de dança que todos eles tiveram contato anterior foi da franquia “*Just Dance*” para o console de jogos eletrônicos *XBox®* com acessório *Kinect* e, segundo eles, esta foi a única experiência prévia com *exergames*, e apenas dois dos participantes ainda jogavam esses jogos.

Destacou-se aqui as observações e a interação dos participantes com o console que chamaram a atenção dos pesquisadores. O P2 encontrou por conta própria botões com a função de ajustar o ângulo em que a bola de boliche seria lançada, enquanto P4 encontrou a função, mas não

.....
5 Para a língua portuguesa se traduz como atirador em primeira pessoa.

6 Para a língua portuguesa se traduz como jogo online de representação de papéis multijogador em massa.

conseguiu usar para facilitar a conclusão da tarefa proposta no minijogo. Todos apresentaram dificuldades no minijogo *Frisbee® Dog*, mas o P1 não conseguiu completar a meta do jogo mesmo com o feedback do pesquisador presente sobre os movimentos realizados por ele.

Tabela 1 – Relatos de cada participante sobre o que achou de jogar com a plataforma Nintendo® Wii

Sujeito	Relato
P1	"Foi legal, gostei do controle."
P2	"Foi legal. Descobri que sou horrível em algumas coisas. Foi diferente."
P3	"Legal."
P4	"Achei legal. Ajuda a melhorar meus movimentos."
P5	"Percebi falhas em algumas coisas no sensor de movimento."

A Tabela 1 descreve o relato dos participantes ao responder à pergunta "O que achou de jogar com o console *Nintendo® Wii?*"; um console que eles não tiveram qualquer experiência prévia, a Tabela 2 descreve o relato dos participantes ao responder à pergunta "O que achou dos minijogos?", que se referia ao *Bowling*, *Table Tennis*, *Basketball* e *Frisbee®* e a Tabela 3 descreve o sentimento que os participantes tiveram quando acertaram/ganharam e quando erraram/perderam os jogos.

Tabela 2 – Relatos de cada participante sobre o que achou de jogar os minijogos do Wii Sports Resort

Sujeito	Relato
P1	"Achei meio caído. Jogo chato porque falta história e objetivos."
P2	"Achei legal. Gostei."
P3	"Legais, achei um pouco difícil acertar os balões no jogo de disco."
P4	"Legal, impressionante."
P5	"Foram feitos para testar o próprio console."

Tabela 3 – Relatos de cada participante sobre o que sentiram ao acertar/ganhar e ao errar/perder em um ou mais minijogos

Sujeito	Sentimento ao acertar/ganhar	Sentimento ao errar/perder
P1	"Gostei."	"Fiquei brava."
P2	"Feliz."	"Triste e chateado."
P3	"Feliz e animado."	"Decepçãozinha."
P4	"Continuei acertando. Gostei."	"Vou tentar melhorar."
P5	"Nada."	"Nada."

Discussão

A diferença entre a idade mínima e máxima dos participantes desta pesquisa foi inicialmente, considerada como um critério de exclusão para este estudo, mas isto foi reconsiderado, já que a população aqui estudada pode apresentar um desenvolvimento assíncrono, ou seja, apresentar uma diferença grande de desempenho motor, cognitivo e emocional. Com isso percebemos a necessidade de observar a interação do participante de 7 anos de idade com o *Nintendo*® e também do adolescente de 16 anos (RENZULLI, 2014b; VIRGOLIM, 2019).

Pela observação da interação destes participantes com o console e suas respostas sobre a experiência prévia e no momento da sessão, é possível inferir que o grau de imersão e envolvimento, que parcialmente caracterizam a experiência com tecnologias de RV, foram afetados negativamente por fatores como, a falta de história e objetivo que os mantivessem empenhados em realizar as tarefas que os minijogos propunham aos usuários (mostrados nas Tabelas 1 e 2.). O grau de interação, apresentou-se baixo na perspectiva de apenas um participante, que relatou falhas no sensor de movimento (Tabela 1).

Em contrapartida, quatro dos cinco participantes gostaram da experiência quando acertavam uma finalização ou ganhavam a partida do minijogo (Tabela 3), reforçando o grau de motivação que esta tecnologia pode promover nos educandos por meio dos efeitos gráficos, característicos deste tipo de tecnologia. E o relato do P4 indica que ele sabe que, mesmo sendo identificado com AH/SD, ele não é bom em tudo, mas que pode tentar melhorar. Isto reforça a importância do professor de Educação Física desconstruir mitos sobre esta população e utilizar suas competências para mediar este processo de autoconhecimento destes educandos, pois eles podem se sentir cobrados por um desempenho que está além de suas capacidades (MARTINS E CHACON, 2016).

Levando em consideração o tempo médio que estes participantes gastam utilizando tecnologias digitais e de RV, tem-se um indicativo de que eles conhecem estas tecnologias, e que elas podem ajudar o professor de Educação Física a construir um currículo voltado à promoção de um estilo de vida ativo, uma vez que elas são familiares para esses alunos, e o professor pode explorar tecnologias novas ou de pouco contato aos estudantes em atividades de enriquecimento curricu-

lar de tipo I, favorecendo não somente aqueles com AH/SD, mas também os que não apresentam essa condição (REZULLI, 2014a).

Para além do prazer em realizar as tarefas dos minijogos, a realização delas contribui para o desenvolvimento motor nesta faixa etária (MEDEIROS *et al.*, 2018), bem como melhora a qualidade dos movimentos realizados (CASTAÑER *et al.*, 2016) e aumenta os níveis de atividade física, contribuindo para a manutenção de um estilo de vida ativo, que é fator de prevenção à obesidade em crianças e adolescentes (HUANG *et al.*, 2017).

Sabemos que educandos não precisam ter AH/SD na área psicomotora para se destacarem nas aulas de Educação Física, pois podem também contribuir na alteração e organização de regras, estratégias de jogo e até outras formas de jogar o mesmo jogo, gerando novas experiências para os demais educandos da turma, desenvolvendo sua criatividade na resolução de problemas por exemplo, que é uma das definições de inteligência (GARDNER, 2001; PAES E BALBINO, 2014)

Protocolo

Este protocolo pode ser adaptado de acordo com as necessidades e contextos de cada professor de Educação Física e educando que será atendido por ele.

Ele se inicia com a aplicação de uma anamnese, na qual o professor terá conhecimento sobre as experiências prévias do educando com a tecnologia de RV de forma geral, e também com a que ele irá utilizar no atendimento, bem como os interesses e estilos preferidos de jogos, aumentando as chances de promover um alto grau de imersão e envolvimento do educando.

Em seguida, o professor configura o console para jogos eletrônicos de acordo com as características do aluno, bem como o jogo e/ou minijogos que serão jogados naquela sessão para que atenda aos objetivos do professor (que pode levar em consideração a melhoria de alguma habilidade motora) e, após a sessão, o professor aplica um questionário ao atendido para que ele tenha um *feedback* da sessão e possa planejar as demais, dando sequência ao planejamento.

Conclusões

Os pesquisadores reconhecem como fatores limitantes deste estudo o número de participantes e que a inclusão de um grupo de educandos sem superdotação poderia ser benéfica para a comparação entre os comportamentos e relatos sobre a interação com o console, e ressaltam também a escassez de trabalhos que mostrem resultados da interação e/ou aplicação da realidade virtual com esta população, destacando a relevância de novos estudos. O presente estudo sugere o uso de RV como ferramenta possível ao professor de Educação Física, na promoção de um estilo de vida ativo e no desenvolvimento habilidades motoras de alunos com AH/SD.

O atendimento de educandos identificados com AH/SD e outros serviços que oferecem atividades diversas para esta população ainda é realizado por Salas de Recurso Multifuncionais (SRM), porém presentes em poucas cidades dos estados brasileiros (MANI *et al.*, 2018). Este estudo aponta um caminho que pode ser seguido por professores de Educação Física para que eles façam parte deste atendimento em suas aulas regulares.

Referências

ARANTES-BRERO, D. R. B.; OLIVEIRA, A. P. De; CAPELLINI, V. L. M. F. Identificação de estudantes com indicativos de Altas Habilidades/ Superdotação e aconselhamento par apais e equipe escolar.

In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO PARA ALTAS HABILIDADES/ SUPERDOTAÇÃO, 1., 2018, Londrina. **Anais [...]** Londrina: [s. l.], 2018.

AUDI, M.; BARROZO, A. L.; PERIN, B. O.; FROTA, J. B. B.; BRACCIALLI, L. M. P. Realidade virtual como tecnologia para reabilitação: estudo de caso. **Revista Educação Especial**, v. 31, n. 60, p. 153-166, 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília: MEC/SEESP, 2008.

CAPARRÓZ, A. S. C.; LOPES, M. C. P. Desafios e perspectivas em ambiente virtual de aprendizagem inter-relações formação tecnológica e prática docente. **Educação, Formação & Tecnologias**, v. 1, n. 2, p. 50-58, 2008.

CASTAÑER, M.; CAMERINO, O.; LANDRY, P.; PARES, N. Quality of physical activity of children in exergames: Sequential body movement analysis and its implications for interaction design. **International Journal of Human Computer Studies**, v. 96, p. 67-78, 2016.

CELUPPI, P. R.; FLORES, L. J. F. Educação Física e o Videogame: Uma Relação Possível. In: HASPER, R.; BARROS, G. C.; MULLER, C. C. (Eds.). **Os Desafios da Escola Pública Paranaense na Perspectiva do Professor PDE**. Curitiba: SEED -PR, 2016.

CHEN, A. Effects of exergaming and the physical education curriculum. **Journal of Sport and Health Science**, v. 2, n. 3, p. 129-130, 2013.

FOURNIER, K. A.; HASS, C. J.; NAIK, S. K.; LODHA, N.; CAURAUGH, J. H. Coordination in autism spectrum disorders: A synthesis and meta-analysis. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v.40, n.10, p.1227-1240, 2010.

GARDNER, H. **Inteligência: um conceito reformulado**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HUANG, H. C.; WONG, M. K.; LU, J.; HUANG, W. F.; TENG, C. I. Can using exergames improve physical fitness? A 12-week randomized controlled trial. **Computers in Human Behavior**, v. 70, p. 310-316, 2017.

ITAKUSSU, E. Y.; VALENCIANO, P. J.; TRELHA, C. S.; MARCHIORI, L. L. M. Benefícios do treinamento de exercícios com o Nintendo® Wii na população de idosos saudáveis: revisão de literatura. **Revista CEFAC**, v. 17, n. 3, p. 936-944, 2015.

LORENZO, S. M.; BRACCIALLI, L. M. P.; ARAÚJO, R. C. T. Realidade Virtual como intervenção na Síndrome de Down: uma perspectiva de ação na interface saúde e educação. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 21, n. 2, p. 259-274, 2015.

LOURENÇO, C. C. V.; ESTEVES, M. D. L.; CORREDEIRA, R. M. N.; SEABRA, A. F. T. Avaliação dos efeitos de programas de intervenção de atividade física em indivíduos com transtorno do espectro do autismo. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 21, n. 2, p. 319-328, 2015.

MANI, E. M. J.; RANGNI, R. A.; COSTA, M. P. R. Salas de recursos nas redes de ensino estaduais brasileiras : atendimento aos alunos com altas habilidades / superdotação. **Revista talento, inteligencia y creatividad**, v. 5, n. 9, p. 3-14, 2018.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 2016.

MARTINS, B. A.; CHACON, M. C. M. Crianças precoces com indicadores de altas habilidades/ superdotação: as características que contrariam a imagem de aluno "ideal". **Educação Unisinos**, v. 20, n. 1, p. 96-105, 2016.

MEDEIROS, P.; SANTOS, J. O. L. Dos; CAPISTRANO, R.; CARVALHO, H. P.; BELTRAME, T. S.; CARDOSO, F. L. Efeitos dos exergames em crianças com risco e dificuldade significativa de movimento: um estudo cego randomizado. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 40, n. 1, p. 87-93, 2018.

MENEZHINI, V.; BARBOSA, A. R.; MELLO, A. L. S. F. De; BONETTI, A.; GUIMARÃES, A. V. Percepção de adultos mais velhos quanto à participação em programa de exercício físico com exergames: estudo qualitativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1033-1041, 2016.

MORAES, R. L.; VENDITTI JÚNIOR, R.; ARANTES-BRERO, D. R. B.; PELIÇÃO, T.; ACÁCIO, M. G. S.; MORANDIM, L. C. C.; CAPELLINI, V. L. M. F. Enriquecimento Curricular na Educação Física Escolar. In: LINHARES, W. L. (Ed.). **A Educação Física em Foco 2**. Ponta Grossa: Atena Editora, p. 60-71, 2019.

MORAES, V. B.; ANDRADE, M. M. A.; TOYODA, C. Y.; ARAUJO, R. C. T. O uso do videogame Nintendo® Wii como recurso terapêutico para idosos: uma análise da atividade na perspectiva da Terapia Ocupacional. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 24, n. 4, p. 705-714, 2016.

PAES, R. R.; BALBINO, H. F. Pedagogia do esporte e as inteligências múltiplas: ensino, vivência e aprendizagem socioesportiva. In: BALBINO, H. F. (Ed.). **Inteligências múltiplas: uma experiência em pedagogia do esporte e da atividade física no Sesc São Paulo**. São Paulo: Edições Sesc São Paulo, p. 97-118, 2014.

RENZULLI, J. The Schoolwide Enrichment Model : A Comprehensive Plan for the Development of Talents and Giftedness. **Revista Educação Especial**, v. 27, n. 50, p. 539-562, 2014a.

RENZULLI, J. S. A concepção de superdotação no modelo dos três anéis: um modelo de desenvolvimento para a promoção criativa. In: VIRGOLIM, A. M. R.; KONKIEWITZ, E. C. (Eds.). **Altas Habilidades / Superdotação, Inteligência e Criatividade**. Campinas: Papirus, 2014b.

RODRIGUES, G. P.; PORTO, C. de M. Realidade Virtual: conceitos, evolução, dispositivos e aplicações. **Interfaces Científicas - Educação**, Aracaju, v. 1, n. 3, p. 97-109, 2013.

SABBAG, G. P. C.; ARANTES-BRERO, D. R. B. Mitos e crenças sobre altas habilidades ou superdotação entre professores de uma escola da DRE Pirituba/Jaraguá. **Revista NEaD-Unesp**, v. 3, n. 2, p. 168-200, 2017.

SMOUTEN, L.; COUTINHO, S. da S. Just Dance como possibilidade na dança criativa em contexto escolar. **Cadernos de Formação RBCE**, v. 7, n. 2, p. 68-77, 2016.

VIRGOLIM, A. M. R. **Altas habilidades/ superdotação: um diálogo pedagógico urgente**. Curitiba: InterSaberes, 2019.

PERCEPÇÃO SOBRE HUMANIZAÇÃO NA ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO



Verônica Castro Ferreira¹

Eduardo Filoni²

Vera Lúcia dos Santos Alves³

Resumo: O artigo objetiva analisar o conhecimento de uma equipe de enfermagem sobre o processo de humanização em um hospital público e buscar suas interpretações. O estudo é transversal com 29 voluntários da equipe de enfermagem de um hospital vinculado ao SUS no Estado de Minas Gerais. Todos os participantes estiveram em uma entrevista e responderam a um questionário semiestruturado com as perguntas construídas a partir das diretrizes preconizadas pelo Manual da Humanização. A maioria dos entrevistados conhece alguns conceitos sobre humanização, porém não se apropriam de todas as interpretações do programa de humanização e seguem a realizar o atendimento de forma intuitiva. O conhecimento sobre humanização na perspectiva da equipe de enfermagem foi classificado como empírico e não compreendeu a visão do programa nacional de humanização como ferramenta capaz de garantir ambiência hospitalar.

Palavras-chave: Humanização hospitalar; Humaniza SUS; Humanização; Enfermagem.

MENTAL HEALTH PERCEPTION OF UNDERGRADUATES IN THE HEALTH AREA

Abstract: This article aims to analyze the knowledge of a nursing team about the process of humanization in a public hospital. A qualitative and quantitative cross-sectional study was performed with 29 volunteers from the nursing team of a public hospital in the State of Minas Gerais. All participants participated in an interview and answered a semi-structured questionnaire with the questions built from the guidelines recommended by the Humanization Manual. Most of the interviewees know some concepts about humanization, but they do not appropriate all the interpretations of the humanization program and continue to perform the service intuitively. Knowledge about humanization from the perspective of the nursing team is empirical and does not understand the vision of the national humanization program as a tool capable of guaranteeing a hospital environment.

Key words: Hospital humanization. SUS Humanization. Humanization and Nursing.

.....
1 Enfermeira. Mestrado Profissional em Ciências e Tecnologia de Saúde pela Universidade de Mogi das Cruzes (UMC).

2 Fisioterapeuta. Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente pela UNICAMP. Coordenador e Professor da UMC.

3 Fisioterapeuta. PhD em Ciências da Saúde. Coordenadora do Instituto de Pesquisa e chefe do serviço de Fisioterapia da ISCMSP. Profa Adjunta da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) e da UMC.

As equipes de enfermagem que atuam no ambiente hospitalar precisam considerar o cuidado, em seus diversos aspectos com olhar para dinâmica do aprender as ações, elaborar o fazer e incluir tendências para acompanhar pessoas sem perder a capacidade de contextualizar o social e o cultural. Assim, examinar a epistemologia pode auxiliar sobre reflexões no final da linha de produção no atendimento a pessoas, e dar o tom na humanização do cuidar (SALVIANO *et al.*, 2016).

A humanização no trabalho é frequentemente fragmentada em um dos pilares que compõe o contexto, seja no trabalhador, no usuário do serviço de saúde ou no gestor. Sendo assim, o papel coletivo que deveria ser seguido, se perde e cria confronto sobre a autonomia dos profissionais, o gerenciamento dos serviços e o bem estar dos pacientes e seus familiares (MICHELAN E SPIRI, 2018).

Quando conseguimos construir pontes entre o "outro" com o "eu" estabelece-se a possibilidade de compreensão que pode envolver o ambiente de trabalho, o processo organizacional e a interação da experiência pessoal entre os enfermeiros e os pacientes e seus familiares. Construir esse processo é fundamental e podemos estudar a forma com que ele acontece ao examinar o cuidador, sua postura ética, a valorização do ser humano e o atendimento prestado no sistema único de saúde brasileiro (RIOS, 2009; PNHAN, 2011; WALDOW E BORGES, 2011).

Para facilitar a materialização do conceito da humanização, foi criado o Programa Nacional de Humanização na Assistência Hospitalar (PNHAH), que estabelece diretrizes e metas direcionadas ao sistema de saúde público e privado, para uma nova cultura que inclui a humanização e engloba o âmbito do trabalho para a enfermagem (RIOS, 2009; BARBOSA *et al.*, 2013; PEREIRA E NETO, 2014). Observamos, porém, escassa literatura sobre o conhecimento do enfermeiro para a complexidade da problemática da humanização, e o texto que se encontra idealizado na PNHAH assim, este estudo teve como objetivo analisar o conhecimento dos profissionais de uma equipe de enfermagem sobre o processo de humanização em um hospital público.

Método

Este estudo foi observacional transversal, e realizado com participação de 29 profissionais do corpo de enfermagem de um hospital filantrópico que presta serviço ao Sistema Único de Saúde (SUS), localizado na cidade de São João Del Rei no Estado de Minas Gerais, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição de origem (parecer nº 1.790.317) e CAAE 53905416.3.0000.5497. Foram incluídos enfermeiros e técnicos de enfermagem, de ambos os sexos, com mais de seis meses de trabalho na instituição, que atuavam nos setores de internação (períodos matutino, vespertino e noturno) e no pronto socorro (noturno) nas especialidades de cardiologia, cirurgia do aparelho digestivo, ginecologia e obstetrícia, hematologia e hemoterapia, medicina intensiva, nefrologia, oftalmologia, pediatria, radiologia, diagnóstico por imagem e reumatologia. Foram excluídos os profissionais que estivessem afastados das atividades laborais por causas médicas, ou em escala de férias.

Todos os participantes foram entrevistados durante sua jornada de trabalho e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da entrevista. Em visita ao serviço, uma pesquisadora agendou com os gestores do hospital datas para coleta de dados. As entrevistas foram individuais e seguiam o formato semiestruturado, com cinco perguntas. As respostas eram gravadas, transcritas e analisadas ao final do encontro com o profissional.

O questionário utilizado foi construído pelos responsáveis do estudo e baseado na Política de Humanização de Assistência à Saúde. Os dados qualitativos foram analisados por meio da

técnica de análise de discurso, que agrupou as res-postas por categorias. As entrevistas foram condensadas em tabelas e quadros. Os dados coletados quantitativamente foram tabulados com uso do software Excel, e a análise estatística foi realizada pelo programa SPSS versão 13.0, com o nível de significância de 5%.

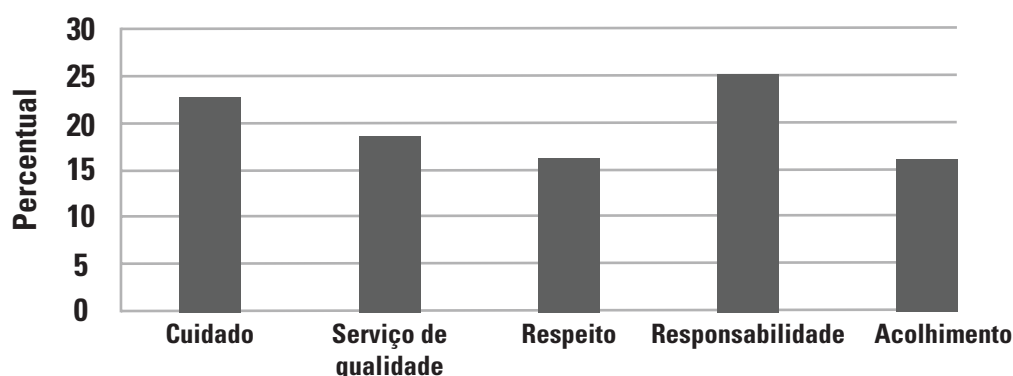
Resultados

A média de idade dos voluntários (n=29) que responderam a pesquisa foi de 41,46 anos (DP12,05) sendo 25 mulheres. Quatro eram enfermeiras graduadas e atuavam há no máximo cinco anos no âmbito hospitalar. Os demais 25 voluntários tinham a formação técnica em enfermagem, desses, sete atuavam há cinco anos; nove entre 10 a 15 anos e nove entre 20 a 25 anos ou mais.

A distribuição entre os períodos de atuação profissional e as especialidades em que os profissionais da equipe de enfermagem estavam alocados foi homogênea com $p=0,712$ e $0,983$ respectivamente.

Na análise das respostas dadas ao longo da entrevista houve o agrupamento em categorias. Para a pergunta que versava sobre o conhecimento do profissional sobre o significado da humanização hospitalar foi obtido que 20,6% acreditavam que o significado é resumido pelo cuidado; 17,2% em prestar serviço com qualidade; 14% resumiram a questão na palavra respeito; 20,6% em responsabilidade e trabalho em equipe; 14% em acolhimento ou relacionamento sadio; 7% em grupo de trabalho humanizado (GTH) e 6% dos entrevistados não responderam à questão.

Figura 1 – avaliação do conhecimento do profissional sobre o significado da humanização hospitalar.



Quando a pergunta foi sobre se o ambiente em que você trabalha é humanizado, 52% dos participantes disseram que sim; 45% responderam que não e 3% não opinaram.

A terceira pergunta fez inferência a existência de canais institucionais de resolução de conflito, 45% dos participantes relataram que não há essa possibilidade na instituição, e os demais 55% relataram que o único mecanismo é o de procurar os supervisores e/ou coordenadores.

Nesse momento, além da dificuldade de comunicação relatada pelos pesquisados, concomitante à falta de um canal para resolução de conflitos, surgiram as falas que relatam problemas internos como forma de enfrentamento a conflitos profissionais, como por exemplo: "tive problemas gravíssimos, muita humilhação e para não mudar de profissão busquei um psicólogo ou pedi para mudar de turno".

Quanto a questão sobre ao treinamento dada de forma continuada, 58% disseram não haver esse tipo de qualificação. A pergunta seguinte era direcionada a explorar "se o tempo de trabalho influência na motivação e realização profissional", as respostas estão expostas na Tabela 1.

Tabela 1. Relação entre tempo (anos) de atuação profissional, realização profissional e motivação dos 29 (n) entrevistados da pesquisa com nível de significância (p).

Sente-se motivado	%	Média de anos de atuação	p
Sim (n=17)	58,6	19,42	0,003
Não (n=12)	41,3	7,68	
Total (n=29)	100	12,53	

A quinta questão era sobre “se o trabalhador se sente respeitado e motivado no seu ambiente de trabalho”. Dos 29 entrevistados, 20 afirmaram se sentir respeitados e desses, 15 relataram estar motivados com correlação de $r=0,81$.

Destaca-se que houve também relação positiva, para o bom relacionamento entre colaboradores e os supervisores. Os colaboradores que acreditam que são ouvidos são os mais motivados ($r=0,89$). Foi analisada também a relação entre a motivação e o tempo de horas trabalhadas semanalmente, não sendo encontrada significância entre as variáveis com $p = 0,234$.

Discussão

Este estudo buscou avaliar a questão da humanização na visão de uma equipe de enfermagem de um hospital generalista e público. A amostra de 29 enfermeiros ou técnicos de enfermagem que constituiu nossa amostra, segue o perfil médio dessa área de atuação com maioria de representatividade dada por mulheres com mais de 30 anos, e mais de 10 anos de atuação profissional.

A preocupação com o conceito de humanização no ambiente profissional deve ser inclusiva, e ser extensiva aos trabalhadores, pacientes e sua rede de apoio, devemos observar que dentro das instituições há o gerenciamento e processos institucionais que podem ser vistos como entraves (SALVIANO *et al.*, 2016; MICHELAN E SPIRI, 2018).

Quando a palavra respeito surge como resposta à pergunta realizada em nossa pesquisa sobre se o profissional tem conhecimento sobre o significado da humanização, podemos inferir que há evidência da aproximação da visão de que o olhar para alguém, requer visualizar o seu interior, aproximar-se do outro com atenção e escutar sendo identificados sentimentos, o que desperta a tolerância e compaixão (WALDOW E BORGES, 2011; PEREIRA E NETO, 2014).

Segundo Pereira e Neto (2014) o respeito ao outro é o princípio ético que deve orientar a atitude de todo profissional, principalmente na área da saúde. Apesar de termos encontrado a referência do respeito com a humanização tivemos voluntários que não responderam à pergunta, e alguns denotaram a inexistência do conhecimento sobre a humanização.

Apesar disso, frases como: "prestar serviço com qualidade e com cuidado"; "relacionamento sadio com os pares e superiores" e "tratamento humano", que foram registradas após a resposta a primeira questão, fazem referência a uma equipe engajada para o entendimento de que o acolhimento humanizado no hospital é importante e esse é um dos itens preconizados pelo manual de humanização (2011) que foca na necessidade de haver interligação do contexto da humanização à capacidade de falar e ouvir (MOREIRA *et al.*, 2015).

Inevitavelmente, o perceber o outro, torna o diálogo fundamental nas relações humanas, e esteve presente e caracterizado na fala dos participantes da pesquisa, com frases repetidas diversas vezes nos discursos de vários voluntários como: “tratar o paciente como a gente gostaria de ser tratado”

Foi mencionado pelo corpo de enfermagem como uma característica para o hospital que participou da pesquisa os lemas “se colocar no lugar do outro”, “trabalho em equipe” e “grupo focado para o trabalho humanizado (GTH)”. Isso denota o alinhamento com a PNHAH, que prevê a manutenção da coletividade organizada de maneira participativa, para que se possa haver democracia e o resgate da assistência à saúde (SALVIANO *et al.*, 2016; RIO GRANDE DO SUL, 2011).

A constituição dos GTH tem papel na cultura hospitalar, desde que a constituição siga a recomendação da inclusão de pessoas em diferentes funções, porém há sempre o respeito a individualidades que analisam ações em setores com características únicas. A função do GTH é a de analisar projetos que devem ser desenvolvidos para humanizar, com a divulgação de proposta e desenvolvimento de ações já em andamento (PALHETA E COSTA, 2012). Apesar de não termos o objetivo de analisar o papel do GTH do hospital investigado, observamos sua constante inferência no grupo.

Para analisarmos de forma mais ampla essas respostas, podemos considerar que houve uma análise externa do ambiente vivido pelo profissional de saúde, como se o próprio pesquisado não se sentisse parte desse meio, e não fosse responsável pela ação de humanizar. Portanto, o profissional precisa ser incentivado a fazer parte desse processo, e entender que sua participação é fundamental, não sendo aceito o distanciamento (RIOS, 2009; BEZERRA *et al.*, 2010; SALES E SILVA, 2011).

Muitos justificaram que a ausência da humanização deriva da falta de recursos financeiros e do número reduzido de funcionários. A fala de um participante representa esse contexto: “a humanização precisa ser mais trabalhada aqui, o pessoal é mecanizado. Falta motivação”. As pesquisas disponíveis na literatura pertinentes a esse conteúdo de humanização, dizem que a mecanização do trabalho e a rotina exaustiva causam a desumanização, a cultura na qual o que era humano foi deixado de lado pela sobrecarga de trabalho (BEZERRA *et al.*, 2010).

Outra vertente interessante foi a imposição de ordens. Observamos pelos relatos que não existia comunicação saudável entre enfermeiros e o corpo médico em nível de pares, sendo que a condução dos processos é de autoritarismo. Uma contra cultura é a da imposição, mas essa necessita ser trabalhada no contexto intra-hospitalar, como ferramenta de transformação e consonância como deseja a PNHAH (RIO GRANDE DO SUL, 2011; MICHELAN E SPIRI, 2018).

Um depoimento preocupante esteve pontuado, pela demonstração de comodismo e conformismo com a situação vivida e um tipo de fala que caracteriza o abandono da busca constante por melhora. Esta informação pode implicar em consequências negativas, pois, para a boa atuação profissional, o indivíduo deve estar de fato preparado e treinado a fim de evitar erros que possam comprometer o bem estar dos usuários do serviço de saúde.

Há então a relação entre variáveis que indicam que quanto maior o tempo de trabalho na atividade profissional, maior o grau de motivação dos profissionais em seu ambiente de trabalho. Pois a profissão representa para muitos um sonho realizado, uma missão de vida. E mais uma vez, reforça o papel da maturidade pessoal e profissional para a resolução de conflitos internos e externos, e de que a gestão de pessoas é fundamental para uma instituição de sucesso que considera o material humano (NEUMANN E FREITAS, 2008; BEZERRA *et al.*, 2010; SALES E SILVA, 2011).

Estar motivado ou não, aparentemente não interferia diretamente no estado em que o trabalhador se encontrava, mas a produtividade pareceu ser afetada pela falta de motivação, apesar

de não termos direcionado nenhuma pergunta a essa situação específica. Apesar disso houve relação positiva entre o se sentir respeitado e estar motivado.

Verificamos que os modelos de gestão onde o enfermeiro coordenador tem papel facilitador e integrador, parece ser capaz de produzir relações mais efetivas e relacionada a competência e qualificação de sua equipe (FLORES *et al.*, 2016).

Os resultados obtidos na pesquisa retratam o perfil de uma amostra de enfermeiros sobre seu entendimento sobre humanização, e pode auxiliar em futuras adequações tanto de gestão do hospital que participou da pesquisa quanto como um ator no contexto da Política Nacional de Humanização.

Na fala dos entrevistados não se observou conhecimento pleno do contexto, mas a situação vivida no cotidiano profissional parece ter papel na avaliação pessoal dos enfermeiros. O estudo denota assim a necessidade de aprimoramento da qualidade do modelo de gestão, com a identificação de políticas próprias, e o aumento de ações que preconizam os princípios do SUS.

Conclusão

O conhecimento sobre humanização na perspectiva da equipe de enfermagem, foi classificado como empírico e não compreendeu a visão do programa nacional de humanização como ferramenta capaz de garantir ambiência hospitalar.

Referências

- BARBOSA, G. C.; MENEGUIM, S.; LIMA, S. A. M.; MORENO, V. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, p. 123-127, 2013.
- BEZERRA, F.; ANDRADE, M. F. C.; ANDRADE, J. S.; VIEIRA, M. J.; PIMENTEL, D. Motivação da equipe e estratégias motivacionais adotadas pelo enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 33-37, 2010.
- FLORES, G. E.; OLIVEIRA, D. L. L.; ZOCHE, D. A. A. Educação permanente no contexto hospitalar: a experiência que ressignifica o cuidado em enfermagem. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 487-504, 2016.
- MOREIRA, M.; LUSTOSA, A. M.; DUTRA, F.; BARROS, E. O.; BATISTA, J. B. V.; DUARTE, M. C. S. Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3231-3242, 2015.
- MICHELAN, V. C. A.; SPIRI, W. C. Percepção da humanização dos trabalhadores de enfermagem em terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 2, p. 372-378, 2018.
- NEUMANN, V. N.; FREITAS, M. E. A. Qualidade de vida no trabalho: percepções da equipe de enfermagem na organização hospitalar. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 531-537, 2008.
- PALHETA, R. P.; COSTA, R. J. Caminhos da humanização hospitalar em Manaus: os trabalhadores na roda. **Saúde e sociedade**, v. 21, n. 1, p. 253-264, 2012.
- PEREIRA, A. B.; NETO, J. L. F. Deploying the national humanization policy at a general public hospital. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, n. 1, p. 67-87, 2014.
- RIOS, I. C. Humanização: A essência da ação técnica e ética nas práticas da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 2, p. 253-261, 2009.
- RIO GRANDE DO SUL. **Manual da Humanização**. Porto Alegre: Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/3qpVg7x>>. Acesso em: 17 jan. 2021.

SALES, C. A.; SILVA, V. A. Atuação do enfermeiro na humanização do cuidado no contexto do hospital. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 10, n. 1, p. 66-73, 2011.

SALVIANO, M. E. M.; NASCIMENTO, P. D. F. S.; PAULA, M. A.; VIEIRA, C. S.; FRISON, S. S.; MAIA, M. A.; SOUZA, K. V.; BORGES, E. L. Epistemologia do cuidado de enfermagem: uma reflexão sobre suas bases. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 6, p. 1240-1245, 2016.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 414-418, 2011.

PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO DE UNIVERSITÁRIOS RESIDENTES NO CAMPUS DE UM CENTRO UNIVERSITÁRIO EM SÃO PAULO

Daiane Graciella Abegg¹

Greyce Vanessa Rutz²

Elisabete Venturini Talizin³

Resumo: As práticas de saúde são fortemente influenciadas pela transição para a vida adulta, estresse e ansiedade, todos presentes na rotina de universitários, o que pode comprometer o autocuidado deles. Descrevemos as práticas de autocuidado de alunos residentes em um Centro Universitário privado e confessional localizado na zona sul da cidade de São Paulo. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada em março e abril de 2019 através de um questionário enviado por meio digital. Foi realizada uma análise descritiva e os resultados apresentados em frequência absoluta e relativa. Participaram do estudo 114 universitários, a maioria do sexo feminino, de 18 a 21 anos, membros da Igreja Adventista do Sétimo Dia, estudavam no período matutino nos cursos de Ciências Humanas e Biológicas, com atividade laboral de 30 horas semanais. Dentre as práticas positivas destacaram-se: realização de 3 refeições diárias com consumo frequente de frutas, verduras e legumes; baixa ingestão de bebidas alcoólicas, situação vacinal atualizada. As seguintes práticas tiveram índices desfavoráveis: ingestão hídrica, exercício físico, sono, higiene pessoal, acompanhamento médico e odontológico. Apesar de várias práticas necessitarem ser melhoradas, quando comparadas com outros universitários, o grupo estudado apresentou bons resultados, acredita-se que estes podem ser atribuídos em parte ao ambiente de moradia estudantil e ao aspecto religioso dos universitários.

Palavras-chave: Autocuidado; Estilo de Vida; Estudantes.

SELF-CARE PRACTICES OF UNIVERSITY RESIDENTS ON CAMPUS OF A UNIVERSITY CENTER IN SÃO PAULO

Abstract: Health practices are strongly influenced by transition to adulthood, stress, and anxiety; all of which are present for a university student, which can compromise self-care. This context may compromise a student's self-care. This article describes self-care practices among university students living in a private confessional university center in the Southern area of the city of São Paulo. Conduct a cross-sectional study, descriptive of applied research with a quantitative approach. The data collection happened during the months of March and April, 2019, using an electronic questionnaire. A

1 Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP). E-mail: daiane.abegg@hotmail.com

2 Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP). E-mail: greycerutz@gmail.com

3 Enfermeira. Mestre em Promoção da Saúde. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem do UNASP. E-mail: elisabete.talizin@unasp.edu.br

descriptive analysis of the collected data was performed, and the percent of involvement for each activity was presented. Participated in the research 114 university students, the majority of the participants were female, between the ages of 18 and 21, members of the Seventh-Day Adventist Church, studied during morning hours on human and biological sciences courses and worked 30 hours per week. Among positive practices stood out: three daily meals with frequent consumption of fruits and vegetables; low alcohol intake and updated vaccination status. However, the following aspects showed bad results: water intake, physical exercise, sleep, personal hygiene and dental and medical follow-ups. Conclusion: despite of the need of improvement in some practices, compared with another students, the study group presented good results, it is believed that they can partly be attributed to the environment of the student accommodation and to their religious aspect.

Key words: Self-care; Life Style; Students.

A transição entre a adolescência e a vida adulta expõe o indivíduo a muitas mudanças e a novos riscos durante esta fase de adaptação, os quais podem influenciar fortemente no desenvolvimento de hábitos que poderão perpetuar-se pelo restante da vida. Tais fatores podem ser intensificados pelo distanciamento da família, tempo escasso e recursos econômicos limitados (OLEA *et al.*, 2016).

As práticas de saúde são, possivelmente, um dos aspectos mais afetados por essa conjuntura, principalmente no âmbito universitário, já que o contexto acadêmico atrelado a situações de ansiedade e estresse contribuem para o estabelecimento de uma rotina insatisfatória quanto a alimentação, sono e exercício físico (LIMA *et al.*, 2013).

É necessário, portanto, que o indivíduo possua autonomia na tomada de decisão e capacidade para gerenciar sua própria saúde, identificando os hábitos prejudiciais e fortalecendo os benéficos, exercendo assim o que é preconizado pela Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2015).

Este conceito está intimamente ligado à Teoria de Enfermagem do Autocuidado, proposta por Dorothea Orem. Para esta autora, o autocuidado é a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. São exemplos destas práticas: manutenção de ingestão suficiente de água, de alimentos, equilíbrio entre a atividade e repouso, prevenção dos perigos à vida, ao funcionamento e bem-estar (MCEWEN E WILLS, 2016).

Em uma população de escolaridade elevada, como no caso dos universitários (ensino superior incompleto), espera-se que os sujeitos compreendam a necessidade de hábitos saudáveis para promover uma boa saúde. Entretanto, um estudo realizado com universitários na Colômbia aponta para um paradoxo comportamental, já que as práticas não condizem com o conhecimento. Tal comportamento é nocivo aos universitários, já que o autocuidado é um fator relevante no desenvolvimento pessoal e acadêmico (ESCOBAR E PICO, 2013).

Diante disso, constata-se a importância de identificar nos diferentes grupos universitários como essa dinâmica se apresenta avaliando as práticas dessas pessoas.

Sendo assim, o objetivo do estudo foi identificar as práticas de autocuidado em universitários que residiam no campus de um Centro Universitário privado e confessional localizado na zona sul da cidade de São Paulo.

Método

Trata-se de um estudo transversal, descritivo de natureza aplicada, com abordagem quantitativa.

O campo de pesquisa foi o campus de um Centro Universitário privado e confessional localizado na zona sul da cidade de São Paulo. Este Centro Universitário possui 16 cursos superiores nas áreas de Ciências Humanas, Exatas e Biológicas.

A amostra populacional foi constituída de universitários regularmente matriculados na Instituição de Ensino Superior, ≥ 18 anos, residentes no campus, praticantes de atividades laborais dentro da instituição e que aceitaram participar do estudo. No primeiro semestre de 2019 havia 390 universitários residentes no campus, divididos respectivamente nos residencial masculino e feminino, somando 134 homens e 256 mulheres. A maioria destes universitários exerciam atividades laborais no próprio campus para ajudar a custear as despesas de moradia e alimentação.

O projeto de pesquisa teve aprovação da diretoria interna do campus e do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Adventista de São Paulo (CAAE 01563318.1.0000.5377).

Como instrumento de coleta de dados foi empregado um questionário on-line desenvolvido pelas pesquisadoras usando a plataforma Google Forms, contendo questões relacionadas a caracterização sociodemográfica, peso e altura aproximados e questões específicas sobre a prática do autocuidado. Para a elaboração do questionário alguns itens foram baseados no instrumento "Estilo de Vida Fantástico", de Añez, Reis e Petroski (2008) sendo eles: atividade, nutrição, álcool e sono.

O instrumento foi previamente testado aplicando-o em seis universitários e adaptado conforme os resultados do teste. Não foram computados para a amostra os participantes que responderam ao pré-teste.

O instrumento foi enviado aos participantes via e-mail, os endereços de e-mail para envio foram selecionados conforme os critérios de inclusão, coletados do sistema da instituição, e enviados por meio do setor de marketing da Instituição. Nenhuma das pesquisadoras teve acesso às informações do sistema.

Os participantes foram conscientizados a respeito dos riscos e benefícios do estudo por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados ocorreu nos meses de março e abril de 2019, estando o questionário disponível para resposta por três semanas.

Foi realizada uma análise descritiva e apresentados os resultados em frequência absoluta e relativa. Com base no peso e altura referidos, foi realizado o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC – peso em kg dividido pela altura em metros ao quadrado) e utilizada a classificação da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2010).

Resultados

Caracterização da amostra

A amostra foi composta por 114 universitários, predominantemente do sexo feminino (72%); prevaleceu a faixa etária de 18 a 21 anos (72%). Em relação a cor, 45% se autodeclarou pardo e 34% era proveniente da região sudeste.

Quanto à preferência religiosa, 95% declarou possuir alguma religião, destes 91% eram da Igreja Adventista do Sétimo Dia.

A maioria dos universitários (83%) era dos cursos de Ciências Humanas e Biológicas, cursando semestres variados, sendo assim não foi possível caracterizar uma predominância de in-

gressantes, no meio do curso ou concluintes. Ademais, 60% dos participantes frequentava aulas no período matutino e 67% praticava atividades laborais com carga horária de 30 horas semanais.

Após a realização do cálculo do IMC, verificou-se que a maioria (70%), apresentava na classificação “peso adequado”.

A exposição dos dados sociodemográficos encontra-se na Tabela 1.

TABELA 1. Dados sociodemográficos de universitários residentes em um Centro Universitário. São Paulo, 2020.

Variáveis (n=114)	n	%
Gênero		
Feminino	82	72
Masculino	32	28
Idade		
18 – 19 anos	42	37
20 – 21 anos	40	35
22 – 23 anos	18	16
24 – 25 anos	14	12
Cor		
Pardo	52	45
Branco	40	35
Negro	19	17
Amarelo	02	02
Indígena	01	01
Local de procedência		
Sudeste	39	34
Norte	32	28

Nordeste	12	11
Sul	16	14
Centro-oeste	11	10
Exterior	04	03
Área do curso		
Humanas	50	44
Biológicas	45	39
Exatas	19	17
Turno das aulas		
Matutino	68	60
Noturno	46	40
Religião		
Adventista do 7º Dia	104	91
Não religiosos	06	05
Evangélico	03	03
Cristão	01	01
Católico	00	00
Espírita	00	00
Afro-brasileira	00	00
IMC		
Peso adequado	80	70
Sobrepeso	18	16
Obesidade	08	07

Baixo peso	07	06
Dados incompletos	01	01

Práticas de autocuidado

Foram avaliadas as seguintes práticas de autocuidado: ingestão hídrica, alimentar e de bebidas alcoólicas, atividade física, sono, higiene pessoal, situação vacinal, atividade sexual e acompanhamento médico e odontológico.

Ingesta hídrica e alimentar

Em se tratando dos hábitos de hidratação e ingestão alimentar, 58% dos participantes relataram tomar até seis copos de água por dia; 74% realizava três refeições diárias, dentre estas, apenas 32% ingeria o desjejum diariamente; e 71% deles consumiam frutas, verduras e legumes com frequência.

A respeito do consumo em excesso de gordura animal, sal, açúcar, biscoitos, salgadinhos e similares, 30% consumia frequentemente pelo menos 2 dos itens descritos.

Atividade e repouso

O questionário continha duas perguntas sobre a prática de exercícios, uma sobre exercícios vigorosos (exemplo: corrida e academia) e outra sobre os moderados (exemplo: caminhada, alongamento, recreação). A maioria dos participantes (55%) respondeu que realizava atividade física vigorosa, 53% praticava atividade física moderada, em ambos os casos menos de uma vez por semana.

Quanto ao sono, 70% dos universitários declarou dormir aproximadamente 5 a 6 horas por dia e 71% relatou que o sono não é restaurador, considerando que se sente descansado apenas algumas vezes, raramente ou quase nunca.

Higiene

Com relação à higiene pessoal, 60% sempre higienizavam as mãos após ir ao banheiro e 43% higienizava as mãos antes das refeições.

A escovação dos dentes após cada refeição foi citada como prática habitual por 70% dos indivíduos, além disso, 38% referiu não fazer uso de fio dental.

Dos respondentes, 80% alegou tomar banho todos os dias.

Acompanhamento de saúde

O maior percentual dos universitários mencionou procurar os serviços de saúde como consultas médicas e odontológicas apenas em emergências, 50% e 38%, respectivamente. Contudo, 70% deles referiu estar com a carteira de vacinação atualizada.

Comportamento de risco

Foi considerado como comportamento de risco o consumo de bebidas alcoólicas e a prática sexual sem proteção (preservativos).

Relatou consumir bebidas alcoólicas somente 12% dos universitários, sendo que 88% afir-

mou ser raro o consumo e 54% nunca ou raramente ingeria mais do que quatro doses em uma ocasião.

Apenas 14% relatou possuir vida sexual ativa e destes, 56% utilizava preservativos em todos os contatos sexuais.

A descrição detalhada das práticas de autocuidado foi apresentada na Tabela 2.

Tabela 2 - Práticas de autocuidado de universitários residentes em um Centro Universitário. São Paulo, 2020.

Variáveis (n=114) n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Ingestão Hídrica (copos)	2-4 26 (23)	4-6 40 (35)	6-8 32 (28)	≥ 8 16 (14)	
Refeições diárias	4 2 (2)	3 84 (73)	2 26 (23)	1 2 (2)	
Desjejum	Nunca 7 (6)	Raramente 32 (28)	Rel. freq. 16 (14)	Quase sempre 23 (20)	Sempre 36 (32)
Ingestão de frutas, verduras, legumes	Nunca 3 (3)	Raramente 12 (10)	Rel. freq. 18 (16)	Quase sempre 35 (31)	Sempre 46 (40)
Ingere gordura, sal, açúcar, salgadinho	4 itens 17 (15)	3 itens 21 (18)	2 itens 33 (29)	1 item 25 (22)	Nenhum 18 (16)
Realiza atividade física vigorosa	<1 x/sem 63 (55)	1-2 x/sem 16 (14)	3-4 x/sem 29 (25)	≥ 5 x/sem 6 (5)	
Realiza atividade física moderada	<1 x/sem 60 (53)	1-2 x/sem 31 (27)	3-4 x/sem 22 (19)	≥ 5 x/sem 1 (1)	
Sono restaurador	Quase nunca 13 (11)	Raramente 15 (13)	Algumas vezes 53 (47)	Relativa frequência 20 (18)	Quase sempre 13 (11)
Horas de sono/ noite	3-4 7 (6)	5-6 80 (70)	7-8 25 (22)	+8 2 (2)	
Higiene das mãos após banheiro	Nunca 0 (0)	Raramente 1 (1)	Rel. freq. 10 (9)	Quase sempre 35 (31)	Sempre 68 (59)
Higiene das mãos antes das refeições	Nunca 11 (10)	Raramente 33 (29)	Rel. freq. 21 (18)	Quase sempre 29 (25)	Sempre 20 (18)
Escovação de dentes após refeições	Nunca 0	Raramente 11 (10)	Rel. freq. 23 (20)	Quase sempre 41 (36)	Sempre 39 (34)
Uso de fio dental	≥3 x/dia 5 (4)	1x/dia 27 (24)	1x/semana 39 (34)	Não utilizo 43 (38)	
Higiene corporal diária	Nunca 0 (0)	Raramente 0 (0)	Rel. freq. 2 (2)	Quase sempre 21 (18)	Sempre 91 (80)
Consulta odontológica	6/6 meses 28 (25)	1x/ano 29 (25)	1x/2 anos 4 (3)	Emergência 43 (38)	Mensal/Ap. 10 (9)
Consulta médica rotina	6/6 meses 27 (24)	1x/ano 26 (23)	1x/2 anos 4 (3)	Quando doente 57 (50)	
Situação vacinal atualizada	Sim 80 (70)	Não 14 (12)	Não sabe 20 (18)		

Vida sexual ativa	Não 98 (86)	Sim 16 (14)	
Uso de preservativos (n=16)	Não 6 (38)	Sim 9 (56)	Não referiu 1 (6)

Discussão

Constatou-se uma maior participação de universitários do sexo feminino no estudo (72%) possivelmente devido ao fato de que o campo de pesquisa possuía quase o dobro de mulheres em comparação aos homens. O fato de haver uma maior porcentagem de mulheres corrobora com a tendência do Ensino Superior Brasileiro, o qual apresenta, conforme o Censo da Educação Superior, uma predominância feminina nas universidades do Brasil (BRASIL, 2017).

Grande parte (95%) dos respondentes referiu professar uma religião, sendo a maioria (91%) destes, frequentadores da Igreja Adventista do Sétimo Dia. Este dado está relacionado ao caráter confessional da instituição.

O estudo contou apenas com alunos participantes do programa de bolsas da instituição, os quais possuíam diferentes cargas horárias de trabalho, sendo que 57% realizavam cerca de 30 horas laborais/semana. De acordo com Carneiro e Behr (2014), tem sido cada vez mais comum no Brasil a conciliação de trabalho e estudo para que alunos de baixa renda se mantenham nas universidades. Segundo estes autores, diante dessa necessidade as universidades têm aberto bolsas trabalho-estudo, nas quais a oportunidade de estudar é viabilizada em troca da força de trabalho do aluno.

Em relação ao IMC, o levantamento VIGITEL (Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico) revelou que na população da cidade de São Paulo existe um percentual de 32,1% de indivíduos entre 18 e 24 anos com excesso de peso (BRASIL, 2017).

O grupo estudado, apresentou 16% dos indivíduos com excesso de peso, resultados bem inferiores aos dos índices da cidade na qual está inserido. Já quanto a obesidade, os dados apresentam-se semelhantes, em São Paulo 9% e entre os universitários estudados 7% (BRASIL, 2017).

Segundo a Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição (SBAN, 2016) o consumo diário de água indicado para adultos é de aproximadamente 2 litros, o equivalente a 8 copos. Pode haver variação segundo o sexo, sendo que os homens podem precisar de cerca de 0,5 litros a mais que as mulheres. Neste estudo 58% dos universitários consumiam uma quantidade menor do que a recomendada, prevalecendo uma ingestão de somente 2 a 6 copos por dia. Um estudo da Universidade de Montclair, nos EUA, apoia esses resultados, quando afirma que a população universitária tende a consumir menos água do que o adequado, preferindo, muitas vezes, consumir bebidas saborizadas ou estimulantes (ALANAZI, 2018).

É sabido que diferentes problemas de saúde são causados pelos hábitos alimentares, dentre eles, o ato de pular refeições, principalmente o café da manhã. Sobre isso, no presente estudo 39% dos universitários nunca ou raramente tomavam a primeira refeição do dia. Um estudo com universitários na Turquia apontou índices ainda mais elevados de omissão do café da manhã, sendo cerca de 48% (NESLISAH E EMINE, 2011). A Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição (SBAN, 2015) aponta, ainda, para um melhor desempenho cognitivo e produtividade naqueles que consomem café da manhã regularmente.

Além disso, 71% afirmou comer frutas, verduras e legumes sempre ou quase sempre. Esse fato pode ser justificado porque os alunos do presente estudo realizam todas as refeições no

restaurante da Instituição de Ensino, que oferece variedade desses alimentos prontos para comer.

Vimos um estudo feito por Ramalho, Dalamaria e Souza (2012) numa Universidade em Rio Branco – AC, que apresentou resultados muito diferentes. Apenas 14,8% dos alunos consumia regularmente frutas e hortaliças. Em conformidade, Rosa, Giusti e Ramos (2016) em um estudo com universitários de Porto Alegre - RS, evidenciaram que o motivo do baixo consumo de vegetais está relacionado à falta de tempo e disposição para comprá-los.

Por outro lado, 62% dos respondentes mencionou ingerir dois ou mais dos seguintes itens: gordura animal, sal, açúcar, guloseimas e salgadinhos, com frequência. Sabe-se que os maus hábitos alimentares estão associados ao desenvolvimento de Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT), como apresentado pelo Guia Alimentar para a População Brasileira, o qual aponta que obesidade, diabetes e doenças cardiovasculares estão intimamente ligadas ao consumo excessivo e/ou frequente de alimentos ultra processados e ricos em gorduras e açúcares, inclusive na população jovem (BRASIL, 2014).

Outro fator de risco para DCNT é o sedentarismo. Jesus *et al.* (2017) afirmam que a baixa adesão à atividade física, além de comprometer a saúde do corpo também tem repercussão na saúde mental, propiciando o desenvolvimento de transtornos, como estresse e baixa autoestima. Apesar da Instituição de Ensino estudada, oferecer gratuitamente aos alunos espaços para a prática de exercícios, como academia, quadra poliesportiva, piscina e pista de corrida, 55% relatou praticar atividade física vigorosa uma vez por semana e 53% praticavam atividade física moderada uma vez por semana. Estes dados revelam que os números se sobrepõem, o que poderia indicar que alguns participantes alternavam entre atividades vigorosas e moderadas semanalmente. Um aspecto que pode estar relacionado a baixa prática de atividade física é a rotina universitária exaustiva, atividades extracurriculares, trabalho, além das aulas em classe (JESUS *et al.*, 2017).

O sono tem papel fundamental na rotina dos universitários, segundo o que declara Fonseca *et al.* a função do sono não é só para o descanso, mas também para o bom desempenho cognitivo e da memória. Portanto, é preocupante o número de respondentes que referiu possuir um sono não restaurador, (70%), pois essa condição pode interferir no seu desempenho acadêmico (FONSECA *et al.*, 2015).

A higiene do corpo se mostra indispensável quando se trata de universitários, por que, como apontado por Al-Rifaa, Al Haddad e Qasem (2018), esse grupo – devido a sua rotina – está exposto a vários ambientes e diferentes pessoas o que aumenta o risco de adquirir doenças. Para isso, medidas protetivas como banhar-se e higienização das mãos não devem ser negligenciadas.

Como apresentado na Tabela 2, 80% dos participantes da pesquisa relataram tomar banho todos os dias. Diante disso, pode-se inferir que os 20% restantes, estão mais vulneráveis a infecções e demais patologias.

Outro aspecto deficitário é a higienização das mãos, sendo que apenas 59% dos universitários responderam que sempre lavavam as mãos após ir ao banheiro e somente 18% referiram sempre lavar as mãos antes de iniciar as refeições. Um artigo informativo desenvolvido por Singh *et al.* (2019), aponta que a prática de higienizar as mãos antes das refeições, reduz consideravelmente a incidência de doenças do sistema digestório e respiratório.

Com relação à saúde bucal, Dewald (2016) expressa que a rotina atarefada dos universitários, mais o distanciamento da família, são fatores que interferem nas boas práticas de higiene bucal. A presente pesquisa revelou que 70% afirmaram realizar a escovação dos dentes sempre ou quase

sempre após as refeições. Já um estudo conduzido por pesquisadores na Índia apontou números muito menores, apenas cerca de 11% dos universitários participantes relataram escovar os dentes três vezes ao dia ou após cada refeição. Ademais, o uso do fio dental diariamente, é prática negligenciada por ambos os grupos de universitários, na presente pesquisa 38% relatou não fazer uso do produto, enquanto na Índia foram cerca de 37% (DESSAI E PATEL, 2018).

O cuidado com a saúde também está atrelado a consultas médicas e odontológicas de rotina, como forma de detecção precoce de disfunções ou realização de procedimentos preventivos. No entanto, apesar de sua importância, 38% dos participantes referiram ir ao dentista somente em emergências e 50% deles mencionam ir ao médico apenas quando já estão doentes. Coelho *et al.* (2016), evidencia em seu estudo que os universitários reconhecem que as consultas de rotina compõem estratégias de manutenção da saúde.

Comportamento de risco

A pesquisa levantou um percentual de apenas 14% dos entrevistados com vida sexual ativa, número baixo quando comparado a estudantes de outras universidades. Em um estudo feito em Minas Gerais por exemplo, apontou vida sexual ativa em cerca de 92% dos universitários (BORGES *et al.*, 2015). A justificativa para tal discrepância possivelmente seja a influência dos princípios religiosos da maioria dos participantes da presente pesquisa, que incluiu a abstinência sexual pré-nupcial. A prática sexual não foi considerada um comportamento de risco, entretanto foi necessário abordá-la para avaliar a exposição à Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Referente ao uso de preservativos, no presente estudo 40% afirmou não utilizar preservativo, valor alto, porém menor do que o apresentado pelos universitários mineiros, destes 60% não utilizavam preservativos frequentemente (BORGES *et al.*, 2015).

Outro comportamento de risco comum na população jovem, é o consumo de bebidas alcoólicas. Quanto a isso o grupo estudado apresentou um percentual de 12% de usuários de álcool, índice muito menor do que o encontrado em um estudo gaúcho por exemplo, que apresentou consumo de álcool entre 85% dos universitários estudados. A religiosidade também se aplica como fator influenciador desses índices, Pelicoli *et al.* (2017) admitem que ser praticante de uma religião – frequentando reuniões semanalmente – implica em um menor consumo de álcool do que a média universitária.

Conclusões

Os resultados mostraram um número significativo de universitários que possuía IMC equilibrado e hábitos saudáveis como o consumo de frutas, verduras e legumes, baixo consumo de bebidas alcoólicas.

Contudo, levando em consideração a importância das práticas do autocuidado, várias delas têm sido negligenciadas, como a ingestão hídrica, exercício físico, sono, higiene pessoal, acompanhamento médico e odontológico. Acredita-se que estas práticas influenciam direta ou indiretamente no processo de aprendizado, desenvolvimento pessoal e bem-estar dos universitários.

Concluiu-se que o ambiente de moradia estudantil, aliado ao aspecto religioso, pode trazer benefícios às práticas gerais de autocuidado dos universitários.

Referências

- AL-RIFAAI, J. M.; HADDAD A. M.; QASEM J. A. Personal hygiene among college students in Kuwait: a health promotion perspective. **Journal of Education and Health Promotion**, v. 7, n. 92, p. 1-9, 2018.
- ALANAZI, M. **An assessment of daily water intake level and its association with total energy intake among college students**. 2018. 102 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Montclair State University. Montclair, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/39wF3X7>>. Acesso em: 22 abr. 2019.
- AÑES, R. R. C.; REIS, R. S.; PETROSKI, E. L. Versão Brasileira do Questionário "Estilo de Vida Fantástico": tradução e validação para adultos jovens. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 91, n. 2, p. 102-109, 2008.
- BORGES M. R.; SILVEIRA R. E.; SANTOS A. S.; LIPPE U. G. Comportamento sexual de ingressantes universitários. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 7, n. 2, p. 2505-2515, 2015.
- BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Censo da educação superior**: Notas estatísticas educacionais. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **VIGITEL Brasil 2017**: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- CARNEIRO, M. P.; BEHR, R. R. Jornada dupla, estudar e trabalhar na universidade: política exploratória ou política de iniciação no mundo do trabalho?. In: ENCONTRO DE ESTUDOS ORGANIZACIONAIS DA ANPAD, 2014, Rio Grande do Sul. In: Encontro de estudos organizacionais da ANPAD, 8., 2014, Gramado. **Anais [...]**. Gramado: [s. l.], 2014, p. 1-15.
- COELHO M. T. A. D.; SANTOS V.P.; CARMO M. B. B.; CERQUEIRA N. S. R. O que é importante cuidar para manter a boa saúde? Concepções de universitários de um curso superior em saúde. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 5, n. 2, p. 176-183, 2016.
- DESSAI, K.; PATEL, S. Assessment of oral hygiene awareness among college students in Surate city. **National Journal of Community Medicine**, v. 9, n.1, p. 236-239, 2018.
- DEWALD, L. L. Dental health practices in US college students: the American college health association-national college health assessment findings. **Journal of Health Disparities Research and Practice**, v. 9, n. 1, p. 26-37, 2016.
- ESCOBAR, M. P.; PICO, M. E. Autocuidado de la salud em jóvenes Universitários, Manizales 2010-2011. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, v. 31, n. 2, p. 178-186, 2013.
- FONSECA, A. L. P.; ZENI, L. B.; FLÜGEL, N. T.; SAKAE, T. M.; REMOR, K. V. T. Estudo comparativo sobre qualidade do sono entre universitários de uma instituição de ensino sul catarinense. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 44, n. 4, p. 21-33, 2015.
- JESUS, F. C.; OLIVEIRA, R. A. R.; BADARÓ, A. C.; FERREIRA, E. F. Nível de atividade física de estudantes da área da saúde de uma instituição superior particular de Ubá-MG. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, v. 11, n. 6, p. 565-573, 2017.
- LIMA, J. R. N.; PEREIRA, K. A. M.; NASCIMENTO, E. G. C.; ALCHIERI, J. C. Percepção do acadêmico de enfermagem sobre o seu processo de saúde/doença durante a graduação. **Saúde & Transformação Social**, v. 4, n. 4, p. 54-62, 2013.

MCEWEN, M.; WILLIS, E. **Bases teóricas de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

NESLISAH, R.; EMINE, Y. A. Energy and nutrient intake and food patterns among Turkish university students. **Nutrition Research and Practice**, v. 5, n. 2, p. 117-123.

OLEA, L. N. S.; AMPUDIA, M. G. L.; CÁRDENAS, R. I. S.; MARTÍNEZ, B. M. Nivel de autocuidado en estudiantes universitarios de cinco licenciaturas del área de la salud. **Cuidarte**, v. 5, n. 10, p. 32-43, 2016.

PELICIOLO, M.; BARELLI C.; GONÇALVES, C. B. C.; HAHN, S. R.; SCHERER, J. I. Perfil do consumo de álcool e prática do beber pesado episódico entre universitários brasileiros da área da saúde. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 3, p. 150-156, 2017.

RAMALHO, A. A.; DALAMARIA, T.; SOUZA, O. F. Consumo regular de frutas e hortaliças por estudantes universitários em Rio Branco, Acre, Brasil: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 7, p. 1405-1413, 2012.

ROSA, P. B. Z.; GIUSTI, L.; RAMOS, M. Educação alimentar e nutricional com universitários residentes de moradia estudantil. **Ciência & Saúde**, v. 9, n. 1, p. 15-20. Disponível em: <<https://bit.ly/2XGelAp>>. Acesso em: 22 abr. 2019.

SINGH, O. P.; GHATAK, A.; DUTTA, A.; SHARMA, S.; ASHATANKAR, T. Improving hand washing practices using age appropriate hand washing platforms in schools and communities. **SSRN**, 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/3bHpG0P>>. Acesso em: 23 abr. 2019. <<https://bit.ly/38HT716>>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. **Água, hidratação e saúde**. Documentos Técnicos SBAN. 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/39zc4Su>>. Acesso em: 22 abr. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. **Alimentação variada e o papel do café da manhã**. Documentos Técnicos SBAN. São Paulo: Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2XEtrfu>. Acesso em: 22 abr. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The problem of overweight and obesity**. Geneva: World Health Organization, 2010.

ESTILO DE VIDA E AVALIAÇÃO FUNCIONAL DO IDOSO



Cássia Costa Leão¹

Kléuma Maressa da Silva Rodrigues²

Sammyla Paulino Bispo³

Elias Ferreira Porto⁴

Resumo: A população idosa tem aumentado, sua prevalência e incidência tem gerado doenças crônico-degenerativas que na qual se crescem significativamente. O objetivo deste estudo é avaliar a capacidade funcional do idoso e correlacionar com o estilo de vida dos mesmos. Metodologia: Foi um estudo transversal observacional na qual participaram 12 pacientes idosos de ambos os sexos. O estudo foi realizado nas dependências da Policlínica Universitária do Centro Universitário Adventista de São Paulo, UNASP-SP. Todos os voluntários realizaram uma avaliação em forma de questionário o de estilo de vida, a escala de Lawton, a escala de Katz, e o questionário sobre o risco para doenças não transmissíveis. Para avaliar o estilo de vida, e a capacidade e independência de realizar atividades da vida diária. Para avaliar a questão da fadiga do paciente utilizamos a escala de Chalder. Os resultados principais deste estudo mostraram que a capacidade funcional tem fortes relações com o estilo de vida, e que a presença de doenças crônicas como HAS e Diabetes reduz a capacidade funcional dos indivíduos. E o risco para DM e HAS correlacionou com um estilo de vida negativo. Um estudo que avaliou a capacidade funcional de idosos maiores de 60 anos e o estilo de vida pode concluir que a capacidade funcional tem fortes relações com o estilo de vida, e que a presença de doenças crônicas como HAS e Diabetes reduz a capacidade funcional dos indivíduos.

Palavras-chave: Estilo de vida; Doenças crônicas; Hipertensão, Diabetes mellitus; Qualidade de vida.

LIFESTYLE AND FUNCTIONAL EVALUATION OF ELDERLY

Abstract: The elderly population has been increasing, its prevalence and incidence has generated chronic-degenerative diseases that grow significantly. The objective of this study is to assess the functional capacity of the elderly and correlate with their lifestyle. It was an observational cross-sectional study in which 12 elderly patients of both sexes participated. The study was carried out on the premises of Policlínica Universitaria at Centro Universitario Adventista de São Paulo, UNASP-SP. All volunteers performed an assessment in the form of a lifestyle questionnaire, the lawton scale, the katz scale, and the questionnaire on the risk for non-communicable diseases. To assess lifestyle, and

.....
1 Fisioterapeuta na Policlínica Universitária (Unasp). E-mail: cassiacleao@gmail.com

2 Fisioterapeuta na Policlínica Universitária (Unasp). E-mail: kleumamaressa@gmail.com

3 Fisioterapeuta na Policlínica Universitária (Unasp). E-mail: sammyla123@hotmail.com

4 Fisioterapeuta; Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo; professor do curso de Fisioterapia e do Mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo. E-mail: eliasporto@gmail.com

the ability and independence to perform activities of daily living. To assess the patient's fatigue issue, we used the chalder scale. The main results of this study showed that functional capacity has strong relationships with lifestyle, and that the presence of chronic diseases such as SAH and Diabetes reduces the functional capacity of individuals. And the risk for DM and SAH correlated with a negative lifestyle. A study that evaluated the functional capacity of elderly people over 60 and lifestyle can conclude that functional capacity has strong relationships with lifestyle, and that the presence of chronic diseases such as SAH and Diabetes reduces functional capacity of individuals.

Key words: life style, chronic disease, hipertension, diabetes mellitus, quality of life.

O envelhecimento ocorre em um processo natural, que faz com que o corpo sofra inúmeras transformações, tanto em sua forma biológica quanto no organismo. No processo de envelhecimento há um enfraquecimento dos sistemas, principalmente o sistema visual, fazendo com que os idosos sofram mais quedas. Acontecem alterações tanto funcionais quanto estruturais do sistema circulatório.

Com o avanço da idade e as alterações fisiológicas, ocorre a fraqueza muscular que pode levar a atrofia. As alterações que os idosos podem ter em sua fisiologia são: a sarcopenia, algumas alterações endócrinas, nutricionais, mitocondriais, genéticas e comportamentais. São fatores para a distinção do grau de sarcopenia em alguns idosos o sedentarismo, e a redução das atividades físicas (ESQUENAZI *et al.*, 2014).

No envelhecimento observa-se que há um processo dinâmico e progressivo, ocorrendo alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas (FERREIRA *et al.*, 2012, p. 6). O processo de envelhecimento biológico inicia-se durante o nascimento e continua até a morte. O período que mostra as mudanças relacionadas a passagem do tempo que trazem efeitos deletérios no organismo, chama-se senescência (TEIXEIRA E GUARIENTO, 2010).

A população idosa tem aumentado, sua prevalência e incidência tem gerado doenças crônico-degenerativas que crescem significativamente, dentre estas, a demência que é uma das importantes causas de morbimortalidade, e compõe o sexto grupo de doenças mais relevantes que geram um impacto na funcionalidade e mortalidade dos idosos (TEIXEIRA E GUARIENTO, 2010). As alterações funcionais acontecem em consequência de doenças, sendo a demência funcional que afeta os movimentos, um dos problemas mais comuns para os idosos.

Há cinco diferentes áreas que compõem a funcionalidade que são: as atividades básicas de vida diária (ABVDs), relacionadas ao autocuidado, e as instrumentais (AIVDs), relacionadas a incapacidade de se administrar no meio ambiente de dentro e o de fora do lar (TAI *et al.*, 2007).

Em um estudo (NOGUEIRA *et al.*, 2010) avaliando os principais fatores de risco para a baixa capacidade funcional do idoso, foi mostrado que os fatores independentes foram: ter 85 anos ou mais (OR=2,91), ser do gênero feminino (OR=6,09), fazer uso contínuo de cinco ou mais medicamentos (OR=2,67), não visitar parentes e/ou amigos pelo menos uma vez por semana (OR=11,91) e considerar a própria saúde pior que a de seus pares (OR=4,40).

Em um estudo feito com 1769 idosos, com o objetivo de verificar as comorbidades que mais influenciam na capacidade funcional do idoso, foi demonstrado que em comparação com a categoria de referência independente, as doenças que exercem uma significativa influência na categoria dependente (AIVDs) são as doenças cardíacas (OR = 1,82), a artropatia (OR = 1,59), as

doenças pulmonares (OR = 1,50) e a hipertensão arterial (OR = 1,39). Quanto à resposta na categoria dependente nas AIVDs e AVDs, os resultados mostram que as doenças pulmonares (OR = 2,58), a artropatia (OR = 2,27), a hipertensão arterial (OR = 2,13) e a doenças cardíacas (OR = 2,10) demonstram um forte efeito (ALVES *et al.*, 2007).

Outros autores já mostraram que um estilo de vida saudável e equilibrado, previne o surgimento destas complicações podendo ser um fator muito importante para a preservação da capacidade funcional ao longo do envelhecimento. Diante disto o objetivo deste estudo é, avaliar a capacidade funcional dos idosos e correlacionar com o estilo de vida deles (PÔRTO, 2016).

Materiais e métodos

Foi realizado um estudo transversal observacional, foi realizada uma coleta de dados de pacientes frequentadores da Policlínica Universidade Adventista de São Paulo, sendo um total de 12 pacientes (10 mulheres e 2 homens) com idade mínima de 60 anos e a máxima de 85 anos, os pacientes foram orientados quanto ao objetivo do estudo e quanto ao caráter voluntário dos participantes, e que era um estudo extremamente confidencial. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética do Centro Universitário Adventista De São Paulo no dia 30/12/2019.

Os participantes foram recrutados do cadastro de pacientes da Policlínica do Centro Universitário Adventista de São Paulo. Os pacientes deste estudo fazem parte do programa de reabilitação da clínica, a instituição que tem parceria com 12 Unidades Básicas de Saúde da região do Capão Redondo. Participaram do estudo indivíduos com as seguintes características: capacidade para responder aos questionários, ser maior de 60 anos de idade, e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Instrumentos utilizados

Os participantes deste estudo responderam a quatro questionários o primeiro foi a escala de fadiga (CHALDER), o segundo sobre incapacidades em atividades instrumentais da vida diária (LAWTON) e o terceiro sobre a independência em atividades da vida diária (KATZ) e o quarto sobre risco para doenças crônicas não transmissíveis.

Escala de Fadiga de Chalder

A escala de fadiga de Chalder avalia a relação das duas últimas semanas, em que o paciente iniciou a coleta. Os itens são feitos e divididos com: nunca, equivale a 0, raramente, equivale a 1, às vezes, equivale a 2, e sempre, que equivale a 3 em pontuação. Esta escala é dividida em duas partes, "a fadiga física", esta parte possui 7 perguntas voltadas a questão física, de cansaço de músculos e membros, e a "fadiga mental", esta parte, tem 4 perguntas voltadas a mente e a questão de pensamento.

Escala de Lawton

A Escala de Lawton e Brody de atividades instrumentais de vida diária, possui oito (sete na versão adaptada) atividades onde o sujeito será avaliado, de acordo com o seu desempenho e/ou participação. Os itens são classificados quanto à assistência, à qualidade da execução e a iniciativa do sujeito. Assim, este instrumento fornece informações referentes à dependência/independência tanto de uma maneira global em AIVDs, quanto em AIVDs específicas.

Escala de Katz

Procedimento: As atividades consideradas básicas são: banho, vestir, banheiro, transferência, continência e alimentação. Para cada item há uma padronização que indica a independência, dependência parcial ou dependência total para a realização das atividades básicas, que deverá ser perguntado ao idoso e assinalado conforme a resposta apresentada.

Avaliação de resultados: a pontuação varia de 0 (zero) a 6 (seis) pontos, onde 0 (zero) indica total independência para desempenho das atividades e 6 (seis), dependência (total ou parcial) na realização de todas as atividades propostas. A pontuação intermediária indica a dependência total ou parcial em quaisquer das atividades e deverá ser avaliada individualmente.

Questionário sobre risco para desenvolver doenças crônicas não transmissíveis

Os fatores de risco para DCNT foram avaliados a partir de um questionário de autopreenchimento elaborado pelo ministério da saúde. Foram analisados seis principais fatores de risco relacionados à DCNT, conforme a seguir:

- **A presença de hipertensão arterial sistêmica (HAS):** foi avaliada por meio de três perguntas do questionário “você apresenta sempre dor na nuca (nucalgia)?”, “você tem alguém na família que tenha hipertensão (pressão alta)?” “você tem hemorragia nasal com frequência (sangramento pelo nariz)?”. Foram considerados riscos de ser hipertensos, aqueles que responderam mais de uma questão positiva” (NOBRE, 2010).
- **O índice de massa corporal (IMC):** foi avaliado mediante duas perguntas “qual o seu último peso?” e “qual a sua última estatura? (quando o entrevistado não sabia a resposta, era verificado). Assim foi possível calcular o IMC pela divisão entre o peso (medido em quilogramas) e o quadrado da altura (medida em metros) para avaliação da obesidade. O sobrepeso foi caracterizado quando o IMC alcançou valor igual ou superior a 25 kg/m², enquanto a obesidade foi caracterizada a partir do IMC de 30 kg/m².
- **A dislipidemia foi avaliada por meio de duas questões:** “na sua última avaliação de colesterol com exame de sangue, você apresentou: (podendo ser marcado mais de uma alternativa) colesterol total maior que 200, triglicerídeos maior que 150, nunca fez exame de sangue para avaliar colesterol? e usa medicação para colesterol?”. Foram considerados dislipidêmicos aqueles que referiram colesterol total acima de 200 mg/dL e/ou valor de triglicerídeos sérico superior a 150 mg/dL, ou quando já utilizavam medicação para esse fim (XAVIER *et al.* 2013).
- **A alteração da glicemia foi avaliada por intermédio de três perguntas:** “você apresenta boca amarga as vezes após refeições?” e “você está constantemente indo ao banheiro fazer xixi? você tem muita sede e muita fome constantemente?” (SIMÃO *et al.*, 2013).
- **O tabagismo foi avaliado por meio de uma pergunta:** “quantos cigarros você fuma por dia? Nunca; menos de 10, 11–20, 21–30, mais de 30. Há quanto tempo fuma?”. Os sujeitos de pesquisa foram classificados em duas categorias: fumantes e não fumantes (NOBRE, 2010).

- **A presença de sedentarismo foi avaliada por meio de uma pergunta:** “você pratica alguma atividade física regularmente?”. Foram classificados como sedentários aqueles que não praticavam regularmente atividade física ou faziam atividade semanal leve por tempo inferior a 150 minutos (XAVIER *et al.*, 2013).

Os fatores de risco para DCNT também foram analisados por meio de um escore de associação de riscos para retratar a presença de qualquer combinação entre esses fatores. O escore variou de 0 a 3 (0=nenhum fator, 1= presença de um fator; 2 = presença de dois fatores; e 3 = presença de três ou mais fatores de risco) (PEREIRA *et al.*, 2009).

Análise Estatística

Para a presente pesquisa foram utilizados métodos padrões de análises exploratórias de dados. Inicialmente foi realizada análise estatística descritiva, bem como a criação de tabelas e gráficos para uma melhor visualização dos resultados do estudo. Para comparação dos grupos, foi utilizado o test t não pareado. As correlações foram realizadas por meio da correlação de Pearson. Para todos os casos, foi considerado $p < 0,05$ como nível de significância.

Resultados

Participaram deste estudo 12 pacientes, todos maiores de 60 anos de idade, e foram distribuídos em dois grupos segundo a idade maior e menor do que 65 anos. A grande maioria era do sexo feminino, a avaliação da massa corporal e estilo de vida não variaram entre os grupos.

Tabela 1. Características antropométricas e de estilo de vida para amostra estudada

	Todos	<65 anos	>65 anos
Idade (anos)	68,8±7,7	62,8±1,3	74,1±7,3
IMC (kg/m ²)	27,6±4,5	28,3±6,2	26,7±1,1
Feminino (%)	90	100	90
Masculino. (%)	10	0	10
EV Total	30,5±6,3	30,0±6,7	29,5±4,9
Nutrição	5,9±2,0	6,2±1,8	6,0±2,4
Ativ. Física	5,6±2,7	5,0±2,9	6,0±2,0
Preventivo	6,0±2,0	6,0±1,5	5,2±2,2
Relacionamento	6,2±2,0	6,4±1,6	6,8±2,1

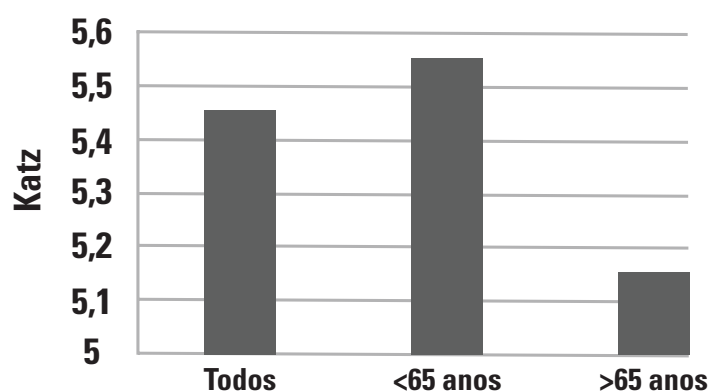
C. estresse	7,1±3,2	7,0±2,8	7,0±3,5
-------------	---------	---------	---------

EV – Estilo de vida

Avaliação da capacidade funcional segunda a escala Katz

Ao avaliar o estado funcional para Independência em Atividades da Vida Diária, de forma geral o grupo apresentou boa independência, entretanto ao analisar separadamente os grupos, ficou claro que os pacientes com idade inferior a 65 anos têm maior independência em realizar as atividades da vida diária.

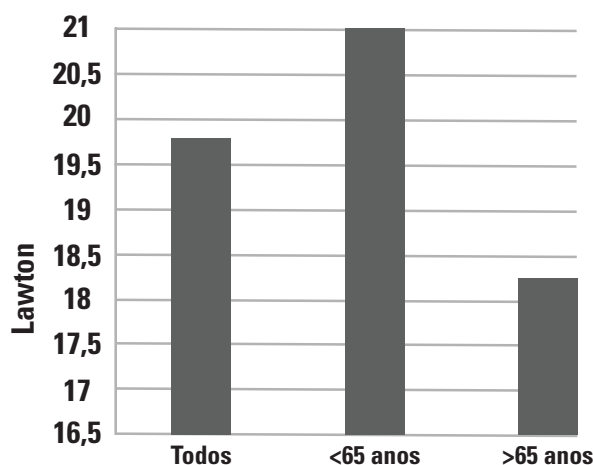
Figura 1 – Capacidade funcional para Independência em Atividades da Vida Diária para ambos os grupos



Avaliação da capacidade funcional segundo a escala Lawton

Ao avaliar o estado funcional para Incapacidades em Atividades Instrumentais de Vida Diária, de forma geral o grupo apresentou boa independência, entretanto ao analisar separadamente os grupos, fica claro que os pacientes com idade inferior a 65 anos têm maior independência em realizar as atividades instrumentais da vida diária.

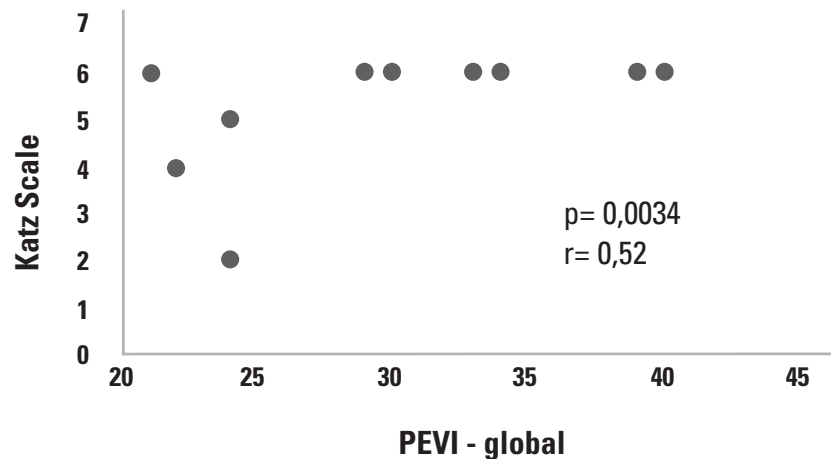
Figura 2 – Capacidade funcional para Incapacidades em Atividades Instrumentais de Vida Diária para ambos os grupos



Associação entre independência em atividades da vida diária e estilo de vida

Foi encontrada uma significativa correlação positiva entre Independência em Atividades da Vida Diária e o estilo de vida verificado por meio do PEVI ($p=0,0034$) ($r=,052$).

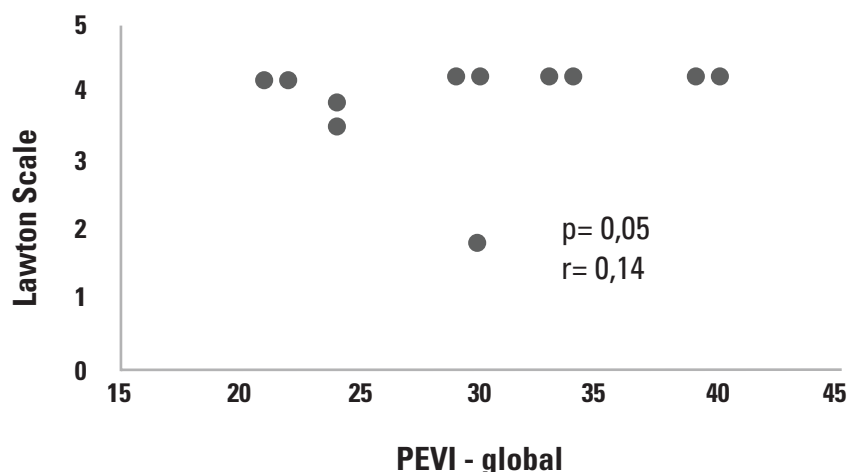
Figura 3 – Correlação entre Independência em Atividades da Vida Diária e estilo de vida por meio do PEVI.



Associação entre independência para atividades instrumentais de vida diária e estilo de vida

Foi encontrada uma significativa correlação positiva entre atividades instrumentais de Vida Diária e o estilo de vida verificado por meio do PEVI ($p=0,05$) ($r=,014$).

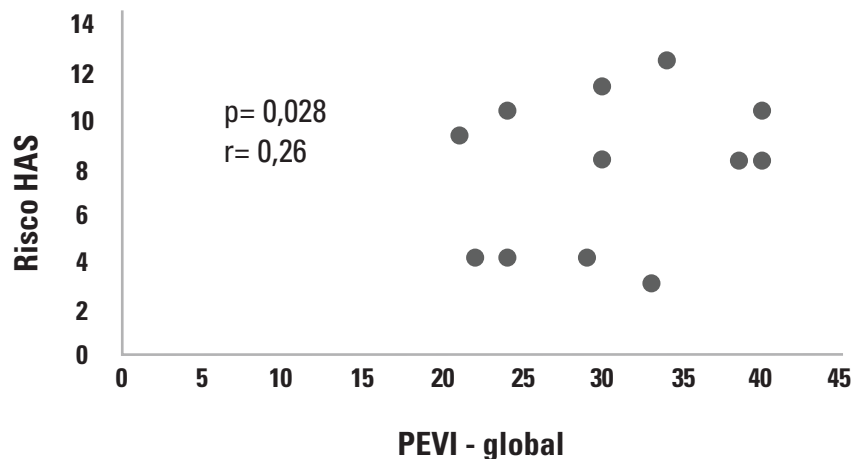
Figura 4 – Correlação entre Independência para atividades instrumentais de vida diária e estilo de vida



Associação entre o risco para hipertensão arterial e estilo de vida

Foi encontrada uma significativa correlação positiva entre risco para HAS e o estilo de vida verificado por meio do PEVI ($p=0,028$) ($r=0,26$).

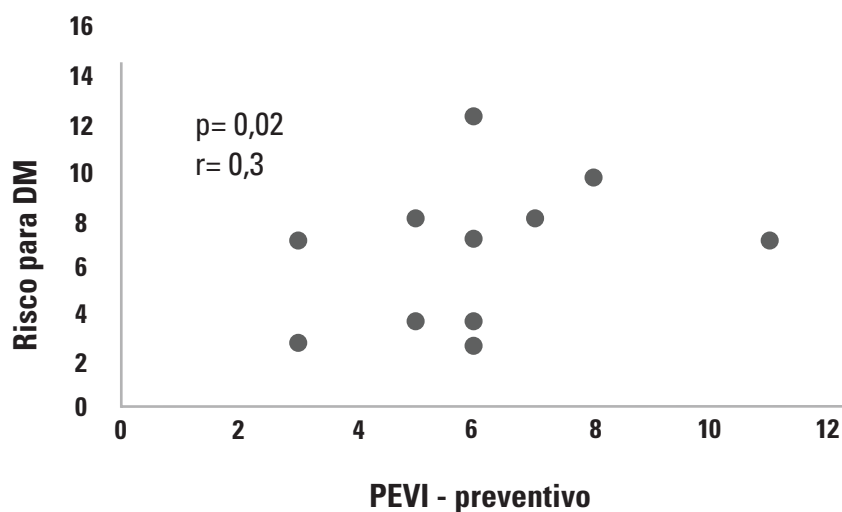
Figura 5 – Correlação entre risco para HAS e estilo de vida



Associação entre o risco para diabetes tipo 2 e estilo de vida

Foi encontrada uma significativa correlação positiva entre o risco para Diabetes tipo 2, e o estilo de vida verificado por meio do PEVI ($p=0,02$) ($r=0,3$).

Figura 6 – Correlação entre risco para Diabetes tipo 2 e estilo de vida, verificado no componente preventivo do questionário PEVI



Discussão

O presente estudo teve como objetivo analisar a capacidade funcional dos pacientes idosos maiores de 60 anos. Os resultados principais deste estudo mostraram que, a capacidade funcional tem fortes relações com o estilo de vida, e que a presença de doenças crônicas como HAS e Diabetes reduz a capacidade funcional dos indivíduos. E o risco para DM e HAS correlacionou com um estilo de vida não saudável.

A capacidade funcional (CF) refere-se ao potencial de realizar atividades da vida diária ou de um determinado ato sem ajuda (FARINATI, 1997), essencial para uma melhor qualidade de vida (ALVES *et al.*, 2007). A escala de Katz para atividades da vida diária (AVD) e a de Lawton

para atividades instrumentais da vida diária (AIVD) são medidas comumente usadas para avaliar a FC individual.

Neste estudo a capacidade funcional e o nível de independência para AVDs foi encontrado em indivíduos maiores de 65 anos. Em um estudo com 150 idosos, cuja capacidade funcional foi avaliada pelo Índice de Barthel e Escala de Lawton. Os resultados mostram que 78% dos idosos foram classificados como dependentes nas atividades básicas e 65,3% nas atividades instrumentais de vida diária. Os autores concluíram que o aumento da idade está relacionado com um maior comprometimento na realização das atividades instrumentais de vida diária (TORRES E REIS, 2010).

Em outro estudo com 363 idosos avaliando a funcionalidade pelas escalas de Katz e Lawton, notou-se que 36,9% dos idosos eram dependentes nas atividades de vida diária e 51,0% nas atividades instrumentais de vida diária. A incapacidade funcional para as atividades de vida diária foi associada à faixa etária, aos movimentos repetitivos, ao sedentarismo, ao número de doenças referidas e à dor musculoesquelética. Enquanto que movimentos repetitivos, número de doenças referidas e sedentarismo mostraram associação com a diminuição das atividades instrumentais de vida diária (TRIZE *et al.*, 2014). As características identificadas que se relacionaram à incapacidade para as atividades de vida diária e instrumentais de vida diária sugerem uma complexa rede causal, sendo necessárias ações preventivas especificamente voltadas para fatores específicos, propiciando benefícios à qualidade de vida dos idosos (FIEDLER E PERES, 2008).

Estudos mostram (NUNES *et al.*, 2010) que idade avançada, sexo feminino, estado civil (viúva), baixo status econômico, baixa escolaridade, inatividade física, equilíbrio e mobilidade prejudicados, depressão e comprometimento cognitivo estão relacionados às deficiências instrumentais (HAIRI *et al.*, 2010).

Outro aspecto muito importante a ser discutido é a relação do estilo de vida com a preservação da funcionalidade do indivíduo na idade avançada. Em um estudo com indivíduos maiores de 65 anos de idade, os participantes foram colocados em um programa de atividade física cinco vezes por semana, e outro grupo de participantes receberam orientações de mudança de estilo de vida.

Os autores verificaram que houve melhora na fadiga, capacidade funcional e função física em indivíduos após quatro semanas de exercício. Modificações no estilo de vida por 4 semanas melhoraram a fadiga e a capacidade funcional em indivíduos (HAIRI *et al.*, 2014).

Em um estudo (ILANNE-PARIKKA *et al.*, 2008) cujo objetivo foi avaliar os efeitos da intervenção no estilo de vida na síndrome metabólica e seus componentes um total de 522 homens e mulheres de meia-idade, com sobrepeso, e com tolerância à glicose diminuída, foram randomizados em um grupo de intervenção de mudanças de estilo de vida individualizado, e um grupo de controle de cuidados padrão. No final do estudo, com seguimento médio de 3,9 anos, encontramos uma redução significativa na prevalência de síndrome metabólica, e na prevalência de obesidade abdominal (0,48 [0,28-0,81]) e aumento da capacidade funcional, no grupo com intervenção, em comparação ao grupo de controle (odds ratio [OR] 0,62 [IC 95% 0,40-0,95]).

Outros autores mostraram que a perda de autonomia esta vinculada ao aumento da idade, comportamento sedentário, sintomas depressivos e estilo de vida não saudável (MARTINHO *et al.*, 2013). As limitações deste estudo estão voltadas ao fato da amostra ter sido muito pequena, entretanto, ainda assim, foi possível notar que a perda da capacidade funcional do idoso, está relacionada ao estilo de vida.

Conclusão

O presente estudo avaliou a capacidade funcional de idosos maiores de 60 anos, e o estilo de vida. Pôde-se concluir que, a capacidade funcional tem fortes relações com o estilo de vida, e que a presença de doenças crônicas como HAS e Diabetes reduz a capacidade funcional dos indivíduos. E ainda, um estilo de vida não saudável foi correlacionado com o risco para DM e HAS.

Referências

- ALVES, L. C.; LEIMANN, B. C. Q.; VASCONCELOS, M. E. L.; CARVALHO, M. S.; VASCONCELOS, A. G. G.; FONSECA, T. C. O. D.; LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, 2007.
- ESQUENAZI, D.; SILVA, S. R. B.; GUIMARÃES, M. A. M. Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. **Revista HUPE**, v. 13, n. 2, p. 11-24, 2014.
- FARINATI, P. T. Avaliação da autonomia do idoso: definição de critérios para uma abordagem positiva a partir de um modelo de interação saúde-autonomia. **Arquivos de geriatria e gerontologia**, v. 1, p. 1-9, 1997.
- FERREIRA, O. G. L.; MACIEL, S. C.; COSTA, S. M. G.; SILVA, A. O. S.; MOREIRA, M. A. S. P. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Envelhecimento**, v. 21, n. 3, p. 6, p. 513-518, 2012.
- FIEDLER, M. M.; PERES, K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 409-415, 2008.
- HAIRI, N. N.; BULGIBA, A.; CUMMING, R. G.; NAGANATHAN, V.; MUDLA, I. Prevalence and correlates of physical disability and functional limitation among community dwelling older people in rural Malaysia, a middle income country. **BMC Public Health**, v. 10, p. 1-13, 2010.
- ILANNE-PARIKKA, P.; ERIKSSON, J. G.; LINDSTRÖM, J.; PELTONEN, M.; AUNOLA, S.; HÄMÄLÄINEN, H.; UUSITUPA, M.; KEINÄNEN-KIUKAANNIEMI, S.; LAAKSO, M.; VALLE, T. T.; LAHTELA, J.; UUSITUPA, M.; TUOMILEHTO, J.; FINNISH DIABETES PREVENTION STUDY GROUP. Effect of lifestyle intervention on the occurrence of metabolic syndrome and its components in the Finnish Diabetes Prevention Study. **Diabetes Care**, v. 31, n. 4, p. 805-807, 2008.
- MARRA, T. A.; PEREIRA, L. S. S.; FARIA, C. D. C. M.; PEREIRA, D. S.; MARTINS, M. A. A.; TIRADO, M. G. A. Avaliação das atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 11, n. 4, p. 267-273, 2007.
- MARTINHO, K. O.; DANTAS, E. H. M.; LONGO, G. Z.; RIBEIRO, A. Q.; PEREIRA, E. T.; FRANCO, F. S.; GONÇALVES, M. R.; MORAIS, K. B. D.; MARTINS, M. V.; DANESIO, J.; TINÓCO, A. L. A. Comparison of functional autonomy with associated sociodemographic factors, lifestyle, chronic diseases (CD) and neuropsychiatric factors in elderly patients with or without the metabolic syndrome (MS). **Archives of gerontology and geriatrics**, v. 57, n. 2, p. 151-155, 2013.
- NOBRE, F. (Org.). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n. 1, supl. 1, p. I-III, 2010.
- NOGUEIRA, S. L.; RIBEIRO, R. C.; ROSADO, L. E.; FRANCESCHINI, S. C.; RIBEIRO, A. Q.; PEREIRA, E. T. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 14, n. 4, p. 322-329, 2010.
- NUNES, D. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2887-2898, 2010.

PEREIRA, J. C.; BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. D. A. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 25, n. 6, p. 491-498, 2009.

PÓRTO, E. F. Estilo de vida e longevidade. **Life Style Journal**, v. 3, n. 1, p. 7-9, 2016.

SHARMA, S. S.; SHETH, M. S.; VYAS, N. J. Fatigue and Functional Capacity in Persons with Post-Polio Syndrome: Short-term Effects of Exercise and Lifestyle Modification Compared to Lifestyle Modification Alone. **Disability, CBR & Inclusive Development**, v. 25, n. 3, p. 78-91, 2014.

SIMÃO, A. F.; PRECOMA, D. B.; ANDRADE, J. P.; CORREA FILHO, H.; SARAIVA, J. F. K.; OLIVEIRA, G. M. M.; MURRO, A. L. B.; CAMPOS, A.; ALESSI, A.; AVEZUM JUNIOR, A.; ACHUTTI, A. C.; MIGUEL, A. C. M. G.; SOUSA, A. C. S.; LOTEMBERG, A. M. P.; LINS, A. P.; FALUD, A. A.; BRANDÃO, A. A.; SANJULIANI, A. F.; SBISSA, A. S.; ALENCAR FILHO, A. C.; HERDY, A. H.; POLANCZYK, C. A.; LANTIERI, C. J.; MACHADO, C. A.; SCHERR, C.; STOLL, C.; AMODEO, C.; ARAÚJO, C. G. S.; SARAIVA, D.; MORIGUCHI, E. H.; MESQUITA, E. T.; CESENA, F. H. Y.; FONSECA, F. A. H.; CAMPOS, G. P.; SOARES, G. P.; FEITOSA, G. S.; XAVIER, H. T.; CASTRO, I.; GIULIANO, I. C. B.; RIVERA, I. V.; GUIMARAES, I. C. B.; ISSA, J. S.; SOUZA, J. R. M.; FARIA NETO, J. R.; CUNHA, L. B. N.; PELLANDA, L. C.; BORTOLOTTI, L. A.; BERTOLAMI, M. C.; MINAME, M. H.; GOMES, M. A. M.; TAMBASCIA, M.; MALACHIAS, M. V. B.; SILVA, M. A. M.; IZAR, M. C.; MAGALHÃES, M. E. C.; BACELLAR, M. S. C.; MILANI, M.; WAJNGARTEN, M.; GHORAYEB, N.; COELHO, O. R.; VILLELA, P. B.; JARDIM, P. C. B. V.; SANTOS FILHO, R. D.; STEIN, R.; CASSANI, R. S. L.; D'AVILA, R. L.; FERREIRA, R. M.; BARBOSA, R. B.; POVOA, R. M. S.; KAISER, S. E.; ISMAEL, S. C.; CARVALHO, T.; GIRALDEZ, V. Z. R.; COUTINHO, W.; SOUZA, W. K. S. B. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 101, n. 6, supl. 2, p. 1-63, 2013.

TEIXEIRA, I. N. D. O.; GUARIENTO, M. E. Biologia do envelhecimento: teorias, mecanismos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2845-2857, 2010.

TORRES, G. G. V.; REIS, L. A.; REIS, L. A. Assessment of functional capacity in elderly residents of an outlying area in the hinterland of Bahia/Northeast Brazil. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, v. 68, n. 1, p. 39-43, 2010.

TRIZE, D. D. M.; Conti, M. H. S. D.; Gatti, M. A. N.; Quintino, N. M.; Simeão, S. F. A. P.; Vitta, A. D. **Factors associated with functional capacity of elderly registered in the Family Health Strategy. Fisioterapia e Pesquisa**, v. 21, n. 4, p. 378-383, 2014.

XAVIER, H. T.; IZAR, M. C.; FARIA NETO, J. R.; ASSAD M. H.; ROCHA V. Z.; SPOSITO, A. C.; FONSECA, F. A.; SANTOS, J. E.; SANTOS, R. D.; BERTOLAMI, M. C.; FALUDI, A. A.; MARTINEZ, T. L. R.; DIAMENT, J.; GUIMARÃES, A.; FORTI, N. A.; MORIGUCHI, E.; CHAGAS, A. C. P.; COELHO, O. R.; RAMIRES, J. A. F. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 101, n. 4, supl. 1, p. 1-20, 2013.

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: ADEÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE E IDOSOS DE ITUIUTABA/MG



Andreza Cristina Stuchi¹

Victor Antonio Ferreira Freire²

Luciana Karen Calábria³

Resumo: A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares estimula a oferta de procedimentos terapêuticos à população no Sistema Único de Saúde no Brasil. O presente estudo investigou a adesão e oferta dessas práticas por idosos atendidos nas Unidades de Saúde de Ituiutaba/MG. Trata-se de uma abordagem mista, descritiva e transversal, na qual os dados foram coletados por meio de entrevista e aplicação de questionário semiestruturado. Dos 155 idosos entrevistados, 89 eram mulheres e 66 eram homens, com idade média de 70,7 anos, tendo a maioria até 4 anos de estudo, aposentados e/ou pensionistas, com companheiro(a), com renda mensal menor ou igual a um mil reais e que não morava sozinho(a). Ainda, 20,6% dos entrevistados relataram utilizar algum tipo de medicina complementar, sendo a fitoterapia a mais citada (78,1%). Do total de entrevistados, 96,1% declararam usar medicamentos alopáticos e 52,3% afirmaram usar plantas medicinais. Conclui-se que poucos idosos utilizam as terapias complementares e que ainda prevalece o modelo biomédico nos atendimentos, talvez por falta de conhecimento, falta de investimentos públicos para a sua oferta, ou treinamento dos profissionais de saúde neste município. Faz-se necessária uma nova abordagem das Práticas Integrativas e Complementares na Saúde tornando-as mais conhecidas, beneficiando integralmente à saúde dos idosos.

Palavras-chave: Envelhecimento; Fitoterapia; Homeopatia; Polifarmácia.

COMPLEMENTARY AND INTEGRATIVE PRACTICES: MEMBERSHIP OF HEALTH AND ELDERLY UNITS IN ITUIUTABA / MG

Abstract: The National Policy on Integrative and Complementary Practices stimulates a range of therapeutic procedures and offers to the population in the SUS in Brazil. This study explored the adherence of these procedures to the elderly assisted at the Health Units of Ituiutaba/MG. Methods: This was a mixed, cross-sectional and descriptive research, in which data were collected

.....

¹ Graduada em Ciências Biológicas pela Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: andrezacstuchi@gmail.com

² Graduado em Ciências Biológicas pela Universidade Federal de Uberlândia; Mestrando em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São João del-Rei. E-mail: vffreire@hotmail.com

³ Bacharel em Ciências Biológicas; Mestre e Doutora em Genética e Bioquímica pela Universidade Federal de Uberlândia; Docente na Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: lkalabria@ufu.br

through interviews and semi-structured questionnaires. A total of 155 elderly were interviewed, 89 were women and 66 were men, with an average age of 70.7 years, and the majority with ≤ 4 years of study, retirees and/or pensioners, with a partner, with monthly income of ≤ 1.000 reais and who did not live alone. Thus, 20.6% revealed the use of alternative therapy, with phytotherapy being the most mentioned among users (78.1%); 96.1% use allopathic medicines and 52.3% the use of medicinal plants. It concludes that few elderly people use complementary therapies and that the biomedical model still prevails in the attendance, perhaps due a lack of knowledge of this population on the existence of complementary practices, due a lack of public investments, or training of health professionals in this county. It is necessary a new approach, so that off benefiting the health of the elderly.

Key words: Aging; Homeopathy; Phytotherapy; Polypharmacy.

Em 1978, na União Soviética, foi realizada a conferência de Alma Ata, com a necessidade de buscar medidas para solucionar os problemas de saúde da população carente, visto o crescimento da desigualdade social, na qual foi proposto aos governos de todos os países a adoção de novas estruturas no serviço de saúde, com incentivo à medicina simplificada (LUZ, 2005). Novos modelos terapêuticos foram sendo introduzidos na comunidade, como a utilização de plantas medicinais pelos indígenas (MARTIUS, 1939), e recentemente com o avanço da ciência e da tecnologia, a incorporação de outras medidas terapêuticas alternativas e complementares no Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo a meditação, a acupuntura, a aromaterapia, o yoga, dentre outras (BRASIL, 2019).

As Práticas Integrativas e Complementares (PICS) compreendem um sistema médico e medidas terapêuticas que buscam estimular de forma natural a prevenção de doenças e recuperação da saúde, com destaque na percepção acolhedora, no incremento do vínculo terapêutico, na integração do homem com o meio ambiente e a sociedade, além da promoção ao autocuidado (BRASIL, 2015).

No Brasil, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) foi a responsável por implementar a medicina alternativa, inicialmente atendendo apenas cinco PICS: a Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, a Homeopatia, as Plantas Medicinais/Fitoterapia, o Termalismo/Crenoterapia e a Medicina Antroposófica (BRASIL, 2006). Recentemente, o Ministério da Saúde incluiu novos recursos terapêuticos à PNPIC, permitindo com que o SUS passasse a ofertar vinte e nove PICS (BRASIL, 2017; 2018a).

Costa e colaboradores (2017) relatam o aumento na procura das PICS pela insatisfação com a medicina tradicional que têm como único foco o tratamento da doença por meio de alopáticos. Outro aspecto que retrata a contínua adesão às PICS é a questão socioeconômica (TESSER, 2009), incluindo a influência da tradição e dos costumes, e exatamente por isso, que a medicina popular demonstra grande credibilidade entre seus praticantes (BARBOSA *et al.*, 2004). Além disso, considera-se o aspecto psicológico e o novo olhar dado à doença, sofrimento e as adversidades (SIAHPUSH, 1999), reforçando a integralidade das terapias alternativas. Nesse sentido, as PICS buscam complementar e melhorar a assistência de saúde, por meio de práticas que difundem o autocuidado, promoção da saúde e qualidade de vida (AGUIAR *et al.*, 2019).

Logo, o impacto das PNPIC no SUS se mostrou significativo, visto que 30% dos municípios brasileiros passarem a adotar uma regulamentação própria para a inclusão dessas terapias

(BRASIL, 2008). Assim, esse estudo teve por intuito apresentar a adesão e oferta das PICS pela população idosa atendida nas Unidades de Saúde de Ituiutaba, MG, correlacionando com determinantes sociais de saúde, indicando assim a realidade deste município.

Método

Trata-se de um estudo realizado no município de Ituiutaba, MG, investigando 155 idosos (de 60 anos ou mais), de ambos os sexos, não institucionalizados, atendidos nas Unidades Básicas de Saúde, no período de março de 2018 a setembro de 2018. Os idosos entrevistados estavam aguardando o atendimento médico ou o início das reuniões do Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes mellitus (HiperDia) nas suas respectivas unidades de Saúde, considerando assim amostragem por conveniência e julgamento.

Os dados da pesquisa foram coletados por meio de entrevista que foram realizadas pelo Grupo de Pesquisa de Atenção Preventiva e Educativa em Saúde do Idoso, utilizando um questionário semiestruturado adaptado de Araújo e colaboradores (2018), composto de perguntas relacionadas à 1) variáveis socioeconômicas e demográficas (idade, sexo, naturalidade, situação conjugal, ocupação, arranjo e renda familiar, e escolaridade); e 2) estilo de vida e saúde (diagnóstico médico autorreferido para doenças crônicas, prática de atividade física e autopercepção da alimentação saudável, etilismo e tabagismo, uso de planta medicinal e de medicamentos alopáticos, tipos de plantas medicinais utilizadas, a prática da Medicina Alternativa e Complementar - meditação, homeopatia, fitoterápicos, acupuntura e yoga).

A coleta dos dados foi realizada em onze Unidades Básicas de Saúde da Família e na Unidade Mista em dias previamente agendados, presentes em doze bairros (PREFEITURA MUNICIPAL DE ITUIUTABA, 2016), sendo eles: Alvorada, Camargo, Elândia, Independência, Jardim do Rosário, Natal, Novo Horizonte, Novo Tempo 2, Pirapitinga, Santa Maria, Setor Norte e Sol Nascente.

Como critérios de inclusão, participaram da pesquisa somente os indivíduos com 60 anos de idade ou mais, autônomos para responder, e que concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (nº 1.089.051) e da Universidade Federal de Juiz de Fora (nº 3.070.463). Foram excluídos da pesquisa idosos que não assinaram o TCLE, que interromperam a entrevista por motivos de logística do ambiente ou que apresentaram dificuldade em responder a entrevista, a falta de memória também foi considerado critérios de exclusão do estudo.

Os dados foram colocados em planilhas e qualificados utilizando-se o software da Microsoft Office Excel 2007® e analisados por meio de estatística descritiva, considerando as frequências absoluta (n) e relativa (%), média e desvio padrão.

Resultados e Discussão

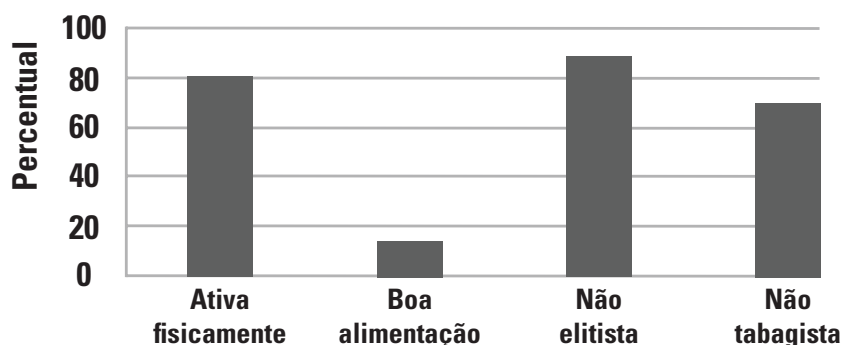
Dos 155 idosos entrevistados atendidos no nível primário e secundário da atenção básica de saúde de Ituiutaba, MG, 89 eram mulheres e 66 eram homens, com idade média de $(70,7 \pm 6,6)$ e variação da faixa etária de 60 a 87 anos, predominando idosos do sexo feminino (57,4%; n=89) e com 70 a 79 anos de idade (49,0%; n=76). Destes, a maioria declarou ter o ensino fundamental incompleto (≤ 4 anos) (47,1%; n=73) e serem analfabetos (12,3%; n=19); aposentados e pensionistas (85,8%; n=133); com companheiro(a) (51,6%; n=80), renda mensal ($\leq 1.000,00$ reais) (44,5%; n=69); e que não moravam sozinhos (74,8%; n=116).

Quanto a utilização e adesão das PICS uma pequena parcela dos idosos afirmou praticar alguma das modalidades investigadas (20,6%; n=32), sendo a fitoterapia a mais citada entre os idosos que utilizam as PICS (78,1%; n=25), seguida da homeopatia (18,8%; n=6), da meditação e acupuntura (9,4%; n=3) e do yoga (3,1%; n=1). Vale ressaltar que em todas as Unidades Básicas de Saúde da Família e na Unidade Mista que participaram da pesquisa, houve relato de adesão às PICS.

Em relação à população usuária das PICS, a idade dos idosos variou entre 61 e 84 anos, sendo prevalente a faixa etária de 70 a 79 anos (53,1%; n=17). Além disso, a maioria dos idosos eram mulheres (68,7%; n=22), aposentados (100%; n=32), vivendo sozinhos (46,9%; n=15) e tendo estudo de 1 a 4 anos (59,4%; n=19), sem diferença significativa nas variáveis, situação conjugal e renda familiar. Além disso, toda a população idosa que declarou utilizar PICS, também afirmou apresentar algum diagnóstico médico para alguma doença crônica e utiliza medicamentos alopáticos.

Quanto ao estilo de vida, 59,4% dos idosos usuários das PICS declararam praticar atividade física (n=19), 68,8% consideram ter uma alimentação saudável (n=22), 21,9% afirmaram ser etilistas (n=7) e 40,6% eram tabagistas (n=13).

Figura 1 – percentual de participantes com estilo de vida saudável



Discussão

Os dados mostraram baixa adesão às PICS pelos idosos entrevistados, apesar do Ministério da Saúde enfatizar que estas práticas podem ser ofertadas no SUS em todos os âmbitos da atenção à saúde, sobretudo na Atenção Básica (BRASIL, 2018a), incluindo as Unidades Básicas e Mistas de Saúde da Família, onde as entrevistas foram realizadas. O desconhecimento associado à baixa escolaridade dos entrevistados pode estar relacionado à não adesão por parte dos idosos acerca das práticas não convencionais. Somado a isso, pode não haver oferta das PICS no SUS do município investigado, ou recomendação médica para o seu uso associado à medicina tradicional (RUELA *et al.*, 2019).

A inserção de disciplinas curriculares que abordem as Práticas Não-Convencionais em Saúde (PNCS) nos Projetos Políticos Pedagógicos dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e áreas afins da saúde é essencial, visto às recusas que ainda existem ao tratar dessa temática (KÜLKAMP *et al.*, 2007; PENNAFORT *et al.*, 2012). A adoção dessas medidas fomentaria a construção de conhecimento e posicionamento do futuro egresso/profissional diante das PNCS favorecendo a capacitação profissional.

Além disso, quando o médico está informado sobre as PNCS, ele atende as necessidades e direitos individuais de seus pacientes, uma vez que a ausência de informação pode levá-lo a

não indicar ou desencorajar o uso de tais práticas (NEVES *et al.*, 2012), auxiliando também o médico a conduzir o tratamento com alopáticos, a fim de prevenir interações medicamentosas (SILVEIRA *et al.*, 2014).

Já se observa a participação das instituições de ensino frente a implementações de ações, projetos e políticas educacionais voltadas ao debate das PICS (MARTINS *et al.*, 2018; BELASCO *et al.*, 2019; LIMA, 2019), porém esse cenário tem que ser mais abrangente de forma que as PICS se tornem mais notáveis e praticáveis pelos futuros profissionais de saúde.

Estudos apontam que há um gradativo interesse pelo conhecimento e adesão das PICS por profissionais de saúde e estudantes em formação (KÜLKAMP *et al.*, 2007), porém a falta de formação nessa temática faz com que os profissionais se sintam inseguros quanto à prescrição (THIAGO, 2009).

A baixa oferta das PICS no SUS pode estar relacionada também às questões orçamentárias. Sousa e Tesser (2017) relataram a falta de investimento financeiro, formativo, avaliativo e de monitoramento para implementação das PICS, sobretudo na atenção primária, o que deveria motivar as instituições públicas e privadas envolvidas com as demandas da saúde na promoção de uma agenda e recurso financeiro para fomento de um orçamento específico destinado às PICS.

Segundo o Manual de Implantação de Serviços de PICS no SUS, é responsabilidade do gestor municipal planejar o custeamento das PICS (BRASIL, 2018b), de acordo com o Plano de Saúde local acordado no Conselho de Saúde (BRASIL, 2015). Isso significa que é possível que os serviços sejam ofertados pelos municípios, porém é necessário que o município priorize a saúde em todos os seus aspectos, incluindo as medidas de prevenção, tratamento e reabilitação.

Apesar de haver políticas públicas no Brasil compromissadas com a ampliação das PICS no SUS, ainda é notório o predomínio do modelo biomédico nos atendimentos ambulatoriais, revelando que ainda é insuficiente a divulgação das PICS entre os usuários e profissionais de saúde (ISCHKANIAN E PELICIONI, 2012).

A maioria dos idosos declarou fazer o uso de medicamentos alopáticos (96,1%; n=148), sendo que destes 47,3% (n=70) praticam a polifarmácia, isso é consumo de cinco medicamentos concomitantes ou mais.

Quando questionados sobre o uso de plantas medicinais, 52,3% (n=81) afirmaram usá-las para tratar algum tipo de enfermidade, sendo a erva cidreira a mais citada (33,3%; n=27), seguida da hortelã (24,7%; n=20), capim cidreira (17,3%; n=14) e a alfavaca (9,9%; n=8), sendo inclusive utilizadas concomitantemente com medicamentos alopáticos.

Neste estudo constatamos durante a entrevista que a população estudada possui a crença de que um fitoterápico ou uma planta medicinal, por ser natural, não produz os mesmos efeitos que um medicamento alopático e, por isso, não trazem malefícios à saúde. No entanto, essa forma de tratamento também produz efeitos terapêuticos e adversos como qualquer outra medicação e deve ser utilizada sob orientação (TOMAZZONI, 2004).

O Decreto nº 5813/2006 aprovou a Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos – PNPMP (BRASIL, 2006), valorizando a utilização de plantas medicinais entre os usuários do SUS. No entanto, vale ressaltar a necessidade de os profissionais de saúde serem capacitados para indicarem algum tipo de fitoterápico e/ou planta medicinal. A sua ampla utilização entre os idosos entrevistados pode se justificar pelo fato de terem um custo acessível e por serem de fácil manipulação e uso (CALÁBRIA E REZENDE, 2016). Além disso, a utilização de plantas para o recurso humano sempre esteve presente ao longo das gerações (FIRMO *et al.*, 2011). Recentemente, o olhar crescente

sobre as plantas medicinais e de seus extratos, se consiste no auxílio com os cuidados básicos de saúde e como medidas de complemento das terapias usuais (FIRMO *et al.*, 2011).

Entre as limitações do presente estudo pode-se citar a dificuldade de memória dos idosos devido as característica de saúde, memória e idade, além do ambiente favorecer a dispersão de atenção durante as entrevistas. Ainda, o número amostral pode ser considerado pequeno por se tratar de um estudo local, porém tal fato não compromete a relevância da pesquisa visto a necessidade de se investigar e debater a temática, bem como a escassez de dados sobre o uso e adesão de tais práticas entre os idosos.

Conclusão

O perfil da população investigada foi composta na sua maioria por idosos jovens do gênero feminino, que vive com companheiro(a), com baixa escolaridade e renda. Observou-se ainda baixa adesão às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, apesar da maioria dos idosos relatar a prática da polifarmácia e de uso de herbácias, sendo a fitoterapia e a homeopatia as PICS mais conhecidas entre eles.

Neste âmbito, faz-se necessária uma nova abordagem das Práticas Integrativas e Complementares na Saúde, de modo que fique amplamente conhecidas pela população idosa de Ituiutaba, MG, tendo a capacitação dos profissionais em saúde no planejamento e execução do cuidado integral do idoso. A baixa adesão às Práticas Integrativas e Complementares revela a carência de investimento público destinado à essas terapias, o pouco conhecimento por parte da população sobre a sua oferta no SUS e a falta de incentivo médico, fazendo com que estas práticas se tornem cada vez mais distantes da população, com um estereótipo de serem condutas místicas/esotéricas ao invés de tratamentos que poderiam contribuir significativamente para a saúde e o envelhecimento ativo.

Referências

- AGUIAR, J.; KANAN, L. A.; MASIERO, A. V. Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. **Saúde Debate**, v. 43, n. 123, p. 1205-1218, 2019.
- ARAÚJO, B. S. S. et al. Plantas medicinais utilizadas por pacientes de uma rede pública de saúde. In: CALÁBRIA, L. K.; REZENDE, A. A. A. (Org.). **Fitoterapia do Cerrado: sua importância e potencial**. Curitiba: Appris, p. 113-127, 2018.
- BARBOSA, M. A.; SIQUEIRA, K. M. BRASIL, V. V.; QUEIROZ, A. L. Crenças populares e recursos alternativos como práticas de saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 12, p. 38-43, 2004.
- BELASCO, I. C.; PASSINHO, R. S.; VIEIRA, V. A. Práticas integrativas e complementares na saúde mental do estudante universitário. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 71, n. 1, p. 103-111, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 145, de 11 de janeiro de 2017**. Altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS para atendimento na Atenção Básica. Brasília: Presidência da República, [2017]. Disponível em: <https://bit.ly/35GIESs>. Acesso em: 27 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006.** Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília: Presidência da República, [2006]. Disponível em: <https://bit.ly/3bH0nMz>. Acesso em: 26 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Práticas Integrativas e Complementares em Saúde:** uma realidade no SUS. Revista Brasileira Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 702, de 21 de março de 2018.** Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: <https://bit.ly/3sAI5DV>. Acesso em: 27 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Casa Civil. **Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006.** Aprova a Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos e dá outras providências. Brasília: Ministério da Casa Civil, 2006. Disponível em: <https://bit.ly/3nJlxdV>. Acesso em 10 set. 2018.

CALÁBRIA, L. K.; REZENDE, C. H. A. Plantas medicinais: desafios da prática do saber popular no envelhecimento. In: FARIA, L.; CALÁBRIA, L. K.; ALVES, W. A. (Org.). **Envelhecimento:** um olhar interdisciplinar. São Paulo: HUCITEC, p. 322-353, 2016.

COSTA, E. A.; SOBRINHO, I. P.; CARVALHO, G. O.; ALMEIDA, G. H.; CAMARGO, R. L.; MENDES, A. A. Valorização da medicina alternativa: conquistando unanimidade de opiniões. In: SEMINÁRIO CIENTÍFICO DO UNIFACIG, 3., 2017, Manhuaçu. **Resumos.** Manhuaçu: FACIG, p. 1-4, 2017.

FIRMO, W. C. A.; MENEZES, V. J. M.; PASSOS, C. E. C.; DIAS, C. N.; ALVES, L. P. L.; DIAS, I. C. L.; NETO, M. S.; OLEA, R. S. G. Contexto histórico, uso popular e concepção científica sobre plantas medicinais. **Cadernos de Pesquisa**, v. 18, n. especial, p. 90-95, 2011.

ISCHKANIAN, P. C.; PELICIONI, M. C. F. Desafios das práticas integrativas e complementares no SUS visando a promoção da saúde. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 22, n. 2, p. 233-238, 2012.

KÜLKAMP, I. C.; BURIN, G. D.; SOUZA, M. H. M.; SILVA, P.; PIOVEZAN, A. P. Aceitação de práticas não convencionais em saúde por estudantes de medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 3, p. 229-235, 2007.

LIMA, L. V. **Análise das práticas integrativas e complementares no contexto da atenção básica.** 2019. 45 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Federal de São Paulo. Santos, 2019.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis**, v. 15, p. 145-176, 2005.

MARTINS, R. D.; PINTO, R. H.; SENNA, S. M.; LIMA, A. W. S.; MOTA, C. R. D. F. e C.; FONTES, D. A. F.; BARROS, F. A.; XIMENES, R. M. Estruturação do espaço Farmácia Viva na Universidade Federal de Pernambuco como estratégia para formação em Fitoterapia. **Vitalle**, v. 30, n. 1, p. 182-191, 2018.

MARTIUS, C. P. V. Natureza, doenças, medicina e remédios dos índios brasileiros. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1939.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Práticas Integrativas e Complementares (PICS):** quais são e para que servem. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3bOYPQm>. Acesso em: 19 fev. 2020.

NEVES, R. G.; PINHO, L. B.; GONZÁLES, R. I. C.; HARTER, J.; SCHNEIDER, J. F.; LACCHINI, A. J. B. The knowledge of health professionals about the complementary therapies on primary care context. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 4, n. 3, p. 2502-2509, 2012.

PENNAFORT, V. P. S.; FREITAS, C. H. A.; JORGE, M. S. B.; QUEIROZ, M. V. O.; AGUIAR, C. A. A. Práticas integrativas e o empoderamento da enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 289-295, 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE IUIUTABA. **Unidades de Saúde**. Iuiutaba: Prefeitura Municipal, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/3nGImkQ>. Acesso em: 25 fev. 2020.

RUELA, L. O.; MOURA, C. C.; GRADIM, C. V. C.; STEFANELLO, J.; IUNES, D. H.; PRADO, R. R. Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4239-4250, 2019.

SIAHPUSH, M. A critical review of the sociology of alternative medicine: research on users, practitioners and the orthodoxy. **Health**, v. 4, n. 2, p. 159-178, 1999.

SILVEIRA, E. A.; DALASTRA, L.; PAGOTTO, V. Polifarmácia, doenças crônicas e marcadores nutricionais em idosos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 818-829, 2014.

SOUSA, J. M. C.; TESSER, C. D. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p. 1-15, 2017.

TESSER, C. D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1732-1742, 2009.

THIAGO, S. C. **Medicinas e terapias complementares na visão de médicos e enfermeiros da Saúde da Família de Florianópolis**. 2009. 148 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2009.

TOMAZZONI, M. I. **Subsídios para a introdução do uso de fitoterápicos na rede básica de saúde do município de Cascavel/PR**. 133 f. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2004.

PERCEPÇÃO DE SAÚDE MENTAL DE GRADUANDOS DE CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE



Julia Catiusse Glinke¹

Elisabete Agrela de Andrade²

Resumo: O presente artigo tem por objetivo analisar a compreensão de saúde mental de estudantes de cursos de graduação da área da saúde e possíveis estigmas que essa compreensão carrega. Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa realizada em dezembro de 2019 com 54 estudantes universitários matriculados no último ano de graduação de cursos de saúde de enfermagem, nutrição, fisioterapia e psicologia de uma instituição de ensino superior (IES) da zona sul de São Paulo/SP. A coleta de dados ocorreu através da aplicação do Questionário de Percepção sobre Saúde Mental. Os dados foram analisados através do Software Microsoft Office Excel 2010; a fim de encontrar as proporções foi utilizado o teste de qui-quadrado, sendo considerado nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Os principais resultados apontam para uma compreensão de saúde mental ainda estigmatizada, mesmo sendo graduandos quase formados; e um forte estigma de que as situações de saúde mental ainda estão muito atreladas à área da psicologia e a questões de depressão e ansiedade. Tal incompreensão da temática possivelmente está relacionada aos aspectos de uma formação ainda norteada por uma ótica biomédica e manicomial mostrando insuficiência de capacitação dos estudantes no que diz respeito a saúde mental, através da sinalização de sentimentos de despreparo e preocupações para realização dos atendimentos.

Palavras-chave: Saúde Mental; Saúde Pública; Estigma social.

MENTAL HEALTH PERCEPTION OF UNDERGRADUATES IN THE HEALTH AREA

Abstract: The goal of this article is to analyze students' perspective of mental health of before graduation from the health field and show some of the stigmas that it brings. It's about quali-quantitative research made in December 2019 with 54 soon-to-be graduate students registered in the last year of graduation from the health care field such as nursing, nutrition, physiotherapy and psychology of an higher education institution (HEIs) in the south side of São Paulo-SP. The data was collected by the application of the Quiz of Perception, which is centrally about mental health. They were analysed by Microsoft Office Excel 2010. In order to find the proportions was used the test of the chi-square, being the level of importance of 5% ($p < 0,05$). The main results point to a still stigmatized comprehension of mental health, and even though the interviewed were

.....
1 Psicóloga formada pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo. E-mail: julianaguisardi@gmail.com

2 Doutora em Psicologia pela USP; docente do bacharelado em Psicologia e do Mestrado Profissional em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo. E-mail: elisabeteagrela1@gmail.com

soon-to-be graduate students, there is a strong stigma that the responsibility of mental health is still connected to the psychology field and is linked to specific mental health prognoses. This kind of misinformation of the thematic is probably co-related to the aspects of a formation that is still guided by biomedic and asylumlike views. It is showing that training of the students on mental health is not proper as per the results.

Key words: Mental Health; Public Health; Social Stigma.

Os movimentos da Reforma Psiquiátrica bem como da Reforma Sanitária trouxeram à saúde um rompimento do modelo manicomial, que visava apenas à cura de patologias e enfermidades, e parte para um caminho de direito e promoção da saúde (NOGUEIRA E BRITO, 2017; MAFTUM *et al.*, 2017). Neste contexto, a definição de saúde mental abrange aspectos sobre o bem-estar subjetivo, autonomia, auto eficácia e autorrealização pessoal e emocional do sujeito. Pensar em saúde mental é mais amplo que focar em transtornos e/ou perturbações mentais, envolve também as esferas física e social e é indispensável para o bem-estar geral das pessoas em nível individual e coletivo.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, saúde mental é “um estado de bem-estar no qual um indivíduo percebe suas próprias habilidades, pode lidar com os estresses cotidianos, pode trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir para sua comunidade” (GAINO *et al.*, 2018, p. 110). Com isso, faz-se necessário pensar o indivíduo em sua singularidade, seu território, suas redes de relações sociais e sua diversidade, como definido nas Diretrizes da Política de Atenção Integral à Saúde Mental, quais sejam: acolhimento, vínculo, responsabilidade e contrato de cuidados (KANTORSKI *apud* BORGES E FARIA, 2017).

Todavia, a temática ainda é impregnada do olhar psiquiátrico, sob uma ótica biomédica e medicalizada. Há duas visões possíveis: a biomédica e a da produção social de saúde. A primeira com foco na doença e em suas manifestações, e a outra entende a saúde como algo mais complexo que as manifestações das doenças, inclui aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais (FERREIRA *et al.*, 2015; GAINO *et al.*, 2018; CABRAL E ALBUQUERQUE, 2015). Desta última é gerada a concepção ampliada de saúde mental, em que os serviços não se restringem apenas às esferas hospitalares, mas extrapolam para as comunidades onde vivem os sujeitos, tomando-os como sujeitos de direitos.

Entretanto, a presença de preconceitos e estigmas sobre pacientes psiquiátricos são ainda aparentes de maneira expressiva. Como aponta Aydin *et al. apud* Ferreira *et al.* (2015), esse estigma, além de ser observado entre a população geral, também é presente entre profissionais que trabalham com saúde, com conotações de reprovação, por vezes de discriminação, que funcionam como uma barreira para a assistência em saúde mental (FERREIRA E CARVALHO, 2017). Assim, desde sua formação na graduação faz-se necessário uma compreensão ampla e adequada sobre saúde mental, pois os alunos iniciantes (mesmo da área da saúde) trazem consigo concepções já estabelecidas e preconceitos a respeito de questões sociais, culturais, que podem influenciar o olhar desse futuro profissional sobre saúde mental. Entende-se aqui que o trabalhador de saúde é um agente transformador de seu ambiente e não um mero sujeito cumpridor de tarefas (BRASIL, 2009).

Uma das funções de toda universidade é formar profissionais com competências e habili-

dades para lidar com os cenários ao qual a profissão se destina, assim, a formação acadêmica em saúde tem como função a instrumentalização do profissional para lidar com os múltiplos cenários possíveis de aparecer na atuação, entretanto, como ressalta Feuerwerker (2014), as tentativas de mudança na formação em saúde no Brasil são complexas. Assim, a presente pesquisa tem por objetivo compreender a percepção de saúde mental de estudantes universitários de cursos de saúde e possíveis estigmas que essa compreensão carrega.

Método

O processo de seleção dos alunos ocorreu de modo aleatório. Do total de 138 alunos matriculados no último semestre do último ano de formação dos cursos de saúde da IES na qual a pesquisa foi realizada, 54 estudantes universitários aceitaram participar da pesquisa. Como critério de inclusão considerou-se alunos maiores de 18 anos, matriculados no último semestre de formação, que estivessem presentes no dia da coleta de dados, aceitassem responder ao questionário voluntariamente e assinassem ao termo de consentimento (TCLE). Foram excluídos os alunos matriculados no último semestre, mas, não formandos – por motivos de alguma adaptação curricular.

Foi construído um Questionário de Percepção sobre Saúde Mental composto por 3 partes, com total de 43 questões, sendo 38 de múltipla escolha e 5 abertas. O mesmo instrumento foi aplicado aos alunos dos quatro cursos de saúde da instituição.

O questionário foi aplicado nas salas de aula dos alunos mediante autorização das coordenações de cursos e professores, no período de duas semanas (1ª e 2ª) do mês de dezembro. O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em pesquisa sob o número CAAE 24235519.6.0000.5377 em 01/12/2019. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Todos os dados coletados foram tabulados e analisados com o auxílio do Software Microsoft Office Excel 2010. A fim de encontrar as proporções foi utilizado o teste de qui-quadrado, sendo considerado nível de significância de 5% ($p < 0,05$). As análises foram realizadas sem distinção entre os cursos, mesmo de psicologia, uma vez que as respostas foram similares aos alunos dos demais cursos.

Resultados

Dos 54 respondentes 18 (33,3%) eram do curso de enfermagem, 15 (27,8%) de fisioterapia, (11,1%) de nutrição e 15 (27,8%) alunos do curso de psicologia, todos de uma IES privada, da Zona Sul de São Paulo (SP), com idades variando de 20 a 54 anos ($M = 31,07$) sendo 13 (24,1%) homens, 41 (75,9%) mulheres, graduandos do último semestre do curso. Destes 54 graduandos, apenas cinco atuam como técnicos ou estagiários no campo da saúde.

Os resultados mostraram que o conhecimento das questões de saúde mental por parte desta amostra de futuros profissionais é ainda vago. Os estudantes universitários de saúde apresentaram respostas similares na compreensão dos três casos, sem, contudo, apresentar um diagnóstico ou parecer de acordo com a realidade de cada caso. No “Caso 1” que tratava do tema gravidez na adolescência, as respostas dadas foram, depressão (74,1%) e ansiedade (53,7%), e apenas 38,9% assinalaram a suspeita de gravidez, ou seja, apenas 21 dos 54 respondentes suspeitaram de gravidez. No “Caso 2” que justamente era um quadro de depressão, 79,6% (43 alunos) indicaram ser esse um caso de ansiedade, seguido pela hipótese de apenas

50,9% que apontaram a depressão, 48,1% esgotamento, e 31,5% disseram ser crise de pânico. No “Caso 3”, um quadro de álcool e drogas a predominância dos resultados foi ansiedade, conforme opinião de 75,9% dos graduandos, em sequência, 42,6% responderam que as características eram de crises de pânico, seguidos por depressão (31,5%), esgotamento (27,8%), 15 respondentes assinalaram o uso de drogas, e somente 2 uso e abuso de álcool.

Em uma questão relacionada às formas de apoio e compreensão dos casos, os resultados mostraram que, apesar de grande parte dos respondentes considerar a família como base do indivíduo, houve respostas preocupantes dos entrevistados, em relação a compreensão de “frescura” ou “necessidade de ocupação para a mente” ou ainda “falta de limites”.

Os resultados mostraram que 13% dos estudantes entenderam “Caso 1” (o caso de gravidez) como “frescura”. Já no “Caso 2” (caso de depressão), 14,8% responderam ser frescura e 9,3% como necessidade de ocupação para a mente ou falta de limites. Na situação do “Caso 3” (caso de álcool e drogas), 18,6% dos futuros profissionais entenderam que era uma questão de necessidade de ocupação ou limites, e ainda 7,4% ainda completaram indicando ser “frescura”.

Quando questionados sobre seu nível de segurança para realizar o atendimento, as respostas nas três situações foram semelhantes, sendo “muito seguros” 25,9%, 18,5% e 14,8%, “seguros” 63%, 55,6% e 44,4%, respectivamente nos casos 1, 2 e 3.

Porém, o mesmo contraste é visto nos níveis de “pouca segurança” e “nenhuma segurança”, quando 11,1% disseram sentir-se pouco seguros com relação ao caso de gravidez (Caso 1), 24,1% e 1,9% dos respondentes; no caso de depressão (Caso 2) responderam sentir-se “pouco seguros” e “sem segurança” respectivamente, e no caso de álcool e drogas (Caso 3) uma diferença é ainda mais perceptível, quando 35,2% e 5,6% assinalaram respectivamente “pouco seguros” e “sem segurança”.

Com respeito aos encaminhamentos, apesar de grande parte entender que precisa entrar em contato com o serviço de saúde e também dar informação também ao usuário, ainda há muitos que entendem que fazer apenas um ou outro seja suficiente, totalizando nos três casos (gravidez na adolescência, depressão, e álcool e drogas) 21,9% das respostas, tendo um aumento gradual entre os casos: 3,6% gravidez na adolescência, 7,4% depressão e 10,9% álcool e drogas.

Ao serem abordados a respeito de qual o profissional indicado para atender os diferentes casos (1 – gravidez na adolescência; 2 – depressão e ansiedade e 3 – álcool e drogas), os estudantes apontaram quase que unanimemente que o psicólogo é o profissional mais recomendado para as três situações, com percentuais de 98,1% (53 respostas) no caso de gravidez, 90,7% (49 respostas) no caso de depressão e ansiedade e 92,6% (50 respostas) no caso de álcool e drogas, e os outros dois profissionais citados para atender a esses casos foram, psiquiatra e médico.

Apesar de 87% dos futuros profissionais terem afirmado que tiveram contato com informações de saúde mental ao longo da graduação, 83,3% afirmam não terem participado de capacitação. Apenas 53,7% dos futuros profissionais indicaram estar preparados para o atendimento em saúde mental, apesar de estarem próximos a concluir seus cursos. Dos entrevistados, 37% afirmam “talvez” estar preparado, e 9,3% afirmam não se sentirem preparados.

Com relação às questões abertas da parte III do instrumento, os alunos responderam de forma extensa quais suas compreensões sobre o conceito/prática saúde mental, e também deram respostas extensas sobre quais seus impedimentos ou o que lhes faltava para atender a tais demandas. Assim, as respostas foram categorizadas conforme suas repetições, sendo “N” o

número de aparecimento das respostas mais frequentes, como indicam as tabelas:

Tabela 1 – Compreensão de saúde mental

Categorias	N	%
Equilíbrio	7	12,9
Bem-estar/Estar bem	22	40,7
Estado mental	11	20,3

Tabela 2 – O que falta para a realização dos atendimentos em saúde mental

Categorias	N	%
Equilíbrio	7	12,9
Bem-estar/Estar bem	22	40,7

Discussão

Os futuros profissionais participantes deste estudo eram, em sua maioria, do sexo feminino (75,9%), o que corresponde ao perfil profissional predominante indicados em outras pesquisas com profissionais de saúde em geral (FARIA *et al.*, 2016; GAINO *et al.*, 2018; GARCIA *et al.*, 2017).

Dentro da literatura há diferentes definições de estigma, contudo, em sua maioria, todas partem da definição de Gofmann (1963), que retrata o conceito como “um atributo profundamente depreciativo” (LOUREIRO E ABRANTES, 2014), de modo que as incompreensões de saúde mental ampliam a existência de estigmas sobre o tema e justamente esses estigmas e crenças atuam como eliciadores de atitudes e sentimentos que podem dificultar o atendimento, no caso dos profissionais de saúde.

Assim, apesar do conhecimento sobre doenças físicas serem amplamente aceitos, o conhecimento sobre questões mentais ainda é negligenciado. Neste estudo identificamos que muitos estudantes não reconhecem distúrbios específicos ou diferentes tipos de sofrimento psíquico, e de igual maneira, muitos não conseguiram reconhecer corretamente questões de saúde mental. Um dos grandes desafios dos serviços de saúde mental gira entorno da incompreensão do tema, não somente por parte da população geral, mas, por parte dos próprios profissionais (FERREIRA *et al.*, 2015; MUHL E HOLANDA, 2016).

A atitude dos profissionais de saúde mental em relação aos usuários dos serviços de saúde deve atuar como um facilitador, ou uma barreira para a melhora da assistência em saúde mental, ou seja, as incompreensões do profissional podem gerar atitudes que dificultem o atendimento adequado bem como os avanços no quadro de saúde dos pacientes (FERREIRA *et al.*, 2015).

Os resultados apresentaram que muitos formandos responderam sentir-se seguros para a

realização dos atendimentos, entretanto, tais percentuais tiveram declínio significativo do primeiro caso para o terceiro, sendo este terceiro, uma descrição de quadro de álcool e drogas. Alguns entrevistados assinalaram que o terceiro caso era também um caso “de polícia e advogado”, situação essa que resgata o estigma ainda presente da visualização de que o paciente drogado ou alcoolizado não cabe aos atendimentos de saúde como canal para acolhimento e possíveis tratamentos, como já discutido na literatura sobre o estigma ao paciente dependente químico (LARENTIS E MAGGI, 2012).

Desde a Lei 10.216 (BRASIL, 2001) mudanças tem ocorrido nessa área no Brasil, porém, ainda não parece estar claro aos profissionais o caminho pelo qual devem atuar, o que leva a discordâncias sobre as formas de ação bem como as demandas e necessidades dos usuários, havendo problemas em determinadas situações, como quando por exemplo, um encaminhamento psiquiátrico é dado sem necessidade ou de maneira inadequada (MUHL E HOLANDA, 2016). Tais aspectos indicam uma visão ainda operada pela lógica manicomial, em consonância a literatura e aos resultados da pesquisa.

Os dados analisados neste trabalho estão em consonância com outros achados científicos, onde observa-se que “as transformações na legislação em saúde mental no Brasil nas últimas décadas parecem não ter sido assimiladas por todos os profissionais da mesma maneira” (MUHL E HOLANDA, 2016, p. 65), de modo que essas divergências de compreensão e conduta implicam em desafios para a realização das ações dos serviços e cooperam para a fixação dos estigmas presentes sobre a saúde mental, aspecto esse que pode ser um indicativo da razão pela qual os respondentes da pesquisa apontam significativa preocupação sobre os atendimentos de saúde mental, apesar de assinalarem segurança para o atendimento. Um profissional que não esteja corretamente capacitado, com influência de uma formação estigmatizada, possivelmente irá sentir-se preocupado – uma vez que não compreende o quadro do paciente a sua frente.

Nos cursos de saúde, é predominante a aprendizagem de métodos e técnicas relacionadas à doença, que tenha pouco diálogo com os princípios do SUS ou da reforma psiquiátrica. Há predomínio de reflexões na ordem individual, deslocado do contexto e de outros entendimentos.

Tanto o SUS, como a reforma psiquiátrica visibilizam a concepção de saúde pautada não mais na simples ausência de doença, mas na promoção das condições de vida dos sujeitos, lançando assim um olhar integral que abarque os diversos contextos sociais e culturais em que os indivíduos estão inseridos, o que caracteriza a saúde coletiva. Para que se possa compreender um sujeito de forma integral, é preciso reconhecer que ele está situado em um determinado contexto histórico e social (SPINK, 2017).

Passados os anos das reformas de saúde e sanitárias, uma grande incompreensão sobre saúde mental é ainda existente, uma vez que saúde mental continua sendo sinônimo de “transtorno mental”, mesmo entre os profissionais atuantes nos serviços de saúde. Assim como outros estudos, este trabalho mostrou que as universidades seguem um modelo ainda muito biomédico e uma compreensão inadequada sobre diversos conceitos de saúde, dentre eles, os aspectos entorno da saúde mental, sendo a temática geralmente associada a ansiedade, depressão, necessidade de cuidados emocionais e transtornos (CABRAL E ALBUQUERQUE, 2015; GAINO *et al.*, 2018).

Diante deste cenário de transformações na forma de avaliar, atender e cuidar do sujeito, há a necessidade de repensar a formação dos profissionais de saúde. Nesse sentido, espaços de

ensino precisam propor diferentes modos de pensar a formação, para possibilitar uma visão ampliada onde estratégias inovadoras sejam construídas. Desde o início da trajetória acadêmica, os estudantes dos cursos de saúde, tomam consciência quanto à responsabilidade do desempenho de uma profissão que diariamente lida com a saúde de diversas pessoas. Haja vista de acordo com o Ministério de Saúde o trabalhador de saúde é um agente transformador de seu ambiente e não um mero sujeito cumpridor de tarefas (BRASIL, 2009).

Em consonância a tais aspectos, as práticas e cuidados da saúde mental podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de saúde (BRASIL, 2009), não sendo endereçadas exclusivamente aos psicólogos ou psiquiatras. Contudo, há evidências científicas de que este é um dos estigmas centrais quando o tema é tratado, uma vez que ainda é concebido, que cabe exclusivamente ao profissional de psicologia os cuidados com tais pacientes, em consonância à errônea compreensão de que saúde mental está diretamente atrelada a transtornos mentais.

Tais incompreensões carecem de trabalho e discussão desde o período de formação do profissional da área da saúde, pois uma formação preocupada com o sujeito holístico deve contemplar com maior eficiência a temática da saúde mental; caso não haja progresso neste sentido podemos ter maiores prejuízos no cuidado e na aceitação pública deste tema; e os pacientes podem não receber apoio adequado, o que gera maiores problemas a curto e longo prazo, tanto no nível individual como coletivo.

Considerações finais

Este estudo teve por objetivo analisar a compreensão sobre saúde mental, de estudantes do último ano de graduação, de cursos da área da saúde e os possíveis estigmas presentes nessa compreensão.

Os resultados deste trabalho mostraram que a compreensão de que a saúde mental não se restringe à psicopatologia e ao tratamento das doenças mentais, não é comum entre os pesquisados. Pois a saúde mental depende de uma rede de cuidados com diversos profissionais.

Os estudantes pesquisados da área da saúde seguem um modelo biomédico, com uma compreensão insuficiente sobre saúde mental, com conhecimentos frágeis sobre a ansiedade, depressão, necessidade de cuidados emocionais e transtornos. Como consequência a incompreensão, surge o estigma de que tais demandas são conta da psicologia e não também dos profissionais de saúde em geral.

Este estudo aponta para uma possível falta ou insuficiência de capacitação dos estudantes, no que diz respeito a saúde mental, uma vez que foi declarado, um despreparo e necessidade de especialização para poderem realizar os atendimentos.

Como possível consequência, quando os estudantes aqui analisados, iniciarem seus trabalhos na rede de atenção à saúde, ao terem contato com demandas que envolvam a temática, poderão desconhecer a atitude correta a ser tomada em relação aos pacientes, ou ainda reproduzir um olhar estigmatizado, distante das ideias de cuidado e atenção preconizados, incorrendo no risco de contribuir negativamente para a saúde da população.

O estudo também apresentou a preocupação dos discentes frente às situações apresentadas. E assim, a necessidade de preparo e proximidade ao longo da graduação na área estudada, com o que são as demandas de saúde mental e como o acolhimento pode ser realizado por todos os profissionais de saúde, não sendo exclusivo à psicologia.

Os graduandos associaram saúde mental, a questões de equilíbrio, bem-estar e estado mental, demonstrando rasas e limitadas compreensões deste conceito; o que pode trazer dificuldades para atender demandas mais específicas. Vimos a necessidade de que tais orientações sejam trabalhadas ao longo do período de formação, para que ao ingressarem como profissionais nos serviços de saúde, estes estejam instrumentalizados em teoria, para que haja a execução de uma boa prática.

Portanto, entende-se que crenças estigmatizadas podem alterar os padrões de busca de ajuda e conseqüentemente as respostas ao tratamento, o que dificulta o atendimento e os encaminhamentos, sendo prejudicial aos atuantes na área da saúde e aos usuários.

Dessa maneira, para que questões de saúde mental sejam reconhecidas e intervenções apropriadas sejam propostas, é necessário aumentar o nível de conhecimento em saúde mental bem como o interesse em pesquisas na área.

Referências

BORGES, C.; FARIA, G. J. Redes Sociais e Atenção em Saúde Mental: Uma Revisão da Literatura. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 9, n. 1, p. 159-174, 2017.

BRASIL. **Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Presidência da República, 2001. Disponível em: <https://bit.ly/3qpq4oV>. Acesso em: 15 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://bit.ly/3qoll5B>. Acesso em: 15 jan. 2021.

CABRAL, T. M. N.; ALBUQUERQUE, P. C. Saúde mental sob a ótica de agentes comunitários de saúde: a percepção de quem cuida. **Saúde Debate**, v. 39, n. 104, p. 159-171, 2015.

FARIA, M. G. A.; ACIOLI, S.; GALLASCH, C. H. Perfil de enfermeiros fluminenses da estratégia de saúde da família participantes de um curso de especialização. **Enfermagem em Foco**, v.7, n.1, p. 52-55, 2016.

FERREIRA, F. N.; FERNANDINO, D. C.; SOUZA, G. R. M.; IBRAHIM, T. F.; FUKINO, A. S. L.; ARAÚJO, N. C.; VIDAL, C. E. L. Avaliação das atitudes de Estudantes da Área da Saúde em relação a Pacientes Esquizofrênicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 4, p. 542-557, 2015.

FERREIRA, M. S.; CARVALHO, M. C. A. Estigma associado ao transtorno mental: uma breve reflexão sobre suas conseqüências. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, v. 6, n. 2, p. 192-201, 2017.

FEUERWERKER, L. **Micropolítica e saúde: promoção de cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

GAINO, L. V.; SOUZA, J.; CIRINEU, C. T.; TULIMOSK, T. D. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas**, v. 14, n. 2, p. 108-116, 2018.

GARCIA, A. C. P.; LIMA, R. C. D.; GALAVOTE, H. S.; COELHO, A. P. S.; VIEIRA, E. C. L.; SILVA, R. C. & ANDRADE, M. A. C. Agente comunitário de saúde no Espírito Santo: do perfil às atividades desenvolvidas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15 n. 1, p. 283-300, 2017.

JORM, A. F.; KORTEN, A. E.; JACOMB, P. A.; CHRISTENSEN, H.; RODGERS, B.; POLLITT, P. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the

effectiveness of treatment. **Medical Journal of Australia**, v. 166, n. 4, p. 182-186, 1997.

LARENTIS, C. P.; MAGGI, A. Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e a Psicologia. **Revista Aletheia**, n. 37, p. 121-132, 2012.

LOUREIRO, L. M. J.; ABRANTES, A. R. D. Estigma e procura de ajuda em saúde mental. In: LOUREIRO, L. M. J. (Coord.). **Literacia em saúde mental**: Capacitar as pessoas e as comunidades para agir. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2014, p. 41-61.

MAFTUM, M. A.; PAGLIACE, A. G. S.; BORBA, L. O.; BRUSAMARELLO, T. & CZARNOBAY, J. Mudanças ocorridas na prática profissional na área da saúde mental frente à reforma psiquiátrica brasileira na visão da equipe de enfermagem. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 9, n. 2, p. 309-314, 2017.

MUHL, C.; HOLANDA, A. F. "Duas faces da mesma moeda": vivência dos psicólogos que atuam na rede de atenção psicossocial. **Revista da Abordagem Gestáltica**, v. 21, n. 1, p. 59-67, 2016.

NOGUEIRA, F. J. S.; BRITO, F. M. G. Diálogos entre saúde mental e atenção básica: relato de experiência do Pet-Saúde no município de Parnaíba-PI. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 12, n. 2, p. 374-387, 2017.

SPINK, M. J. P. **Psicologia social e saúde**: prática, saberes e sentidos. Petrópolis: Editora Vozes, 2017.