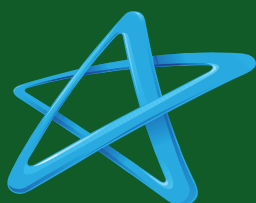


Vol. I
Nº 1

Cadernos em
**CIÊNCIAS DA SAÚDE
E DA VIDA**



UDF
Centro
Universitário

REITORA DO UDF CENTRO UNIVERSITÁRIO

Profa. Dra. Beatriz Maria Eckert-Hoff

EDITORA CHEFE

Profa. Dra. Luciana Zaranza Monteiro

EDITOR EXECUTIVO

Prof. Dr. Bernardo Petriz de Assis

CORPO EDITORIAL

Prof. Dr. Ciro Yoshio Joko

Profa. Dra. Flavia Miquetichuc Nogueira Nascente

Prof. Dr. Emilio Barbosa e Silva

Profa. Dra. Paula Marcela Duque Jaramillo

Prof. Dr. Suderlan Leandro Sabino

Profa. Me. Ana Carolina Alves Rocha

Profa. Me. Raquel Adjafre da Costa Matos

CAPA E DIAGRAMAÇÃO

Prof. Me. Eliel Silva da Cruz

CENTRO UNIVERSITÁRIO UDF

COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO

SEP SUL EQ 704/904 – Conj. A

70390 045 – Brasília/DF

T 55 61 3704 8877

SUMÁRIO

Apresentação 3

Efeitos da prática de Hatha yoga na prevenção e tratamento da depressão, ansiedade e nível de estresse 4

Cândido Francisco Martim Pedrollo, Joana Catarina Santos, Natasha Rebello Almelda, Paloma Maria O. da Silva¹ e Suliane Beatriz Rauber

Mortalidade por câncer de boca e faringe no Distrito Federal, 2000-2017 16

Camila de Carvalho Bispo, Verônica Rodrigues Pôrto Silva, Sara de Souza de Oliveira, Caroline Piske de Azevedo Mohamed

Prevalência da dengue no Distrito Federal – uma década de Políticas Públicas (2006 a 2016) 35

Dayane Alves Mendes de Araujo, Thais Aquino Vieira, Juliana Oliveira de Toledo

Perfil epidemiológico das intoxicações medicamentosas no Distrito Federal no período de 2012 a 2016 48

Marcelo Luiz da Silva, Natasha Sousa Ahmad Amorim, Hugo de Farias Ramalho

Relação entre força de prensão manual e (AVD's) em idosos 75

Alexandre de Medeiros Farias, Heitor Silva Andrade, Lucas Pereira de Souza Henrique Lima Ribeiro

Crêterios de avaliaçãõ da Farmácia Escola do Centro Universitário do Distrito Federal 92

Edmônica Maria, Samanta Silva, Tãnea Brito, Eduardo Lourenço da Silva

Avaliação do bem-estar subjetivo e da qualidade de vida em estudantes universitários 105

Geraldo Faria Júnior, Ingrid Luiza Neto

Análise físico-química e comparação de dados em 03 amostras de bases para tratamento de unhas 117

Alex Sandro Freire Silva, Leonidas Luiz Araújo, Rafael Marcos Moreira, Rossana Soares Almeida

Adoecimento psíquico no puerpério evidenciado em redes sociais 126

Débora Pinto Soares Marcelino, Lorryne Andrea Silva Rafael Matos, Renata Araújo da Cunha, Bárbara de Caldas Melo

A importância da psicoterapia para o graduando em Psicologia de uma instituição de ensino superior 150

Denise Chaves de Melo Pereira, Jacqueline Carla Fontana Bueno Henriques Maimoni, Carolina Conceição Prado

APRESENTAÇÃO

O lançamento de cada número de uma revista científica é sempre algo a ser saudado com entusiasmo. Trata-se de mais uma contribuição ao rompimento do isolamento daqueles que consagram grande parte da vida ao trabalho intelectual, à construção de novos conhecimentos e à divulgação do resultado de um esforço que, muitas vezes, fica restrito a poucos.

O Caderno de Ciências da Saúde e da Vida é um periódico publicado semestralmente de forma on-line, que promove artigos originais e de revisão da literatura das mais diversas áreas da Escola de Saúde do Centro Universitário do Distrito Federal, dentre elas: desempenho e efeitos biológicos do exercício; educação física escolar; sociologia do esporte; aspectos moleculares, bioquímicos e fisiológicos para a saúde; microbiologia e biologia animal; epidemiologia; envelhecimento; enfermagem; saúde coletiva; farmacologia e saúde; saúde bucal; biomedicina e nutrição.

Por isso temos o prazer de entregar este primeiro número do “**Caderno de Ciências da Saúde e da Vida**”. O leitor observará que este volume trata uma diversidade de temas, objetos de estudos e referenciais atuais que importam ao campo da saúde.

Os textos honram o ambiente acadêmico pela qualidade e relevância dos temas tratados e pelas contribuições baseadas em reflexões fundamentadas e ponderadas. Se tivesse que resumir este número em uma frase, eu diria que apresenta discussões sobre a heterogeneidade da atividade docente, procurando evidenciar como o trabalho docente é realizado em diversas situações e condições de trabalho.

A revista preserva todo o processo editorial com controle e transparência, fazendo com que seja reconhecida como uma revista acadêmica de excelência, particularmente no campo da Saúde. Assim, parabenizamos os autores dos trabalhos publicados, com a certeza de que o reconhecimento do mérito acadêmico contribui para a construção de uma formação acadêmica brilhante. Ao mesmo tempo, agradecemos aos professores orientadores que, com sua experiência, conhecimento e zelo, atuaram de forma decisiva para garantir a excelência dos trabalhos apresentados.

Desejo que a leitura desta revista seja proveitosa!

Profa. Dra. Luciana Zaranza Monteiro
Caderno de Ciências da Saúde e da Vida – Editora Chefe

Efeitos da prática de Hatha yoga na prevenção e tratamento da depressão, ansiedade e nível de estresse

Effect of Hatha yoga practice in the prevention and treatment of depression, anxiety and stress level

Cândido Francisco Martim Pedrollo¹, Joana Catarina Santos¹, Natasha Rebello Almelda¹, Paloma Maria O. da Silva¹ e Suliane Beatriz Rauber^{2*}

¹ Acadêmicos do curso de Educação Física - Centro Universitário do Distrito Federal UDF, Brasília, DF

² Docente do Centro Universitário do Distrito Federal UDF, Brasília, DF

RESUMO:

Introdução: O yoga é uma prática milenar da Índia que ganha novos adeptos em busca pela promoção de saúde, bem-estar e equilíbrio físico e mental. Intervenções que envolvem mente-corpo são comumente usadas para lidar com os transtornos psicossociais e o yoga é uma das intervenções mais utilizadas entre mente e corpo. **Objetivo:** Identificar por meio de uma revisão narrativa o efeito da prática de Hatha Yoga na prevenção e tratamento da depressão, ansiedade e nível de estresse. **Métodos:** Foi realizado uma busca de estudos nas bases de dados on line PubMed, SciELO, livros digitais e físicos publicados no período de 1980 a 2017. Os descritores usados seguem a lista do DeCS e foram as palavras em português: saúde mental; Yoga; estresse; e ansiedade; e em inglês: mental health; Yoga; stress; and anxiety. **Resultados:** Acerca da incidência dos transtornos psicossociais, a depressão atinge 5,8% da população da brasileira, totalizando 11,5 milhões de pessoas. O Brasil está em segundo lugar no ranking de países mais estressados, perdendo apenas para o Japão e de acordo com a OMS (2019), e tem a maior taxa de transtornos de ansiedade no mundo, atingindo 18,6 milhões de pessoas. O Hatha Yoga contribui em aspectos como na autonomia sobre o corpo e a mente, conecta essa dualidade (corpo e mente) e atenua situações de cobranças, como pressão na vida pessoal, profissional e modo de vida exacerbado. Os elementos das aulas de Yoga podem justificar o impacto na melhora de transtornos psicossociais, pois aumentam a aceitabilidade para indivíduos deprimidos pela prática promover uma atmosfera não competitiva e sem julgamento, onde o praticante é estimulado ao autoconhecimento. **Conclusão:** A inclusão de temas relacionados aos transtornos psicossociais, o ensino da atenção plena, o ensino de exercícios respiratórios e o fornecimento de orientação para a tradução da aula para a prática em casa podem ajudar a tornar a loga eficaz para combater a depressão, ansiedade e estresse.

Palavras-chave: Depressão, Ansiedade, Estresse, Transtornos psicossociais, Hatha Yoga.

ABSTRACT:

Introduction: Yoga is an ancient practice of India that gains new adepts in pursuit of health, well-being and physical and mental balance. Mind-body interventions are commonly used to deal with psycho social disorders and yoga is one of the most used interventions between mind and body. **Objective:** To identify through a Narrative review the effect of Hatha Yoga practice in the prevention and treatment of depression, anxiety and stress level. **Methods:** A search of studies in the online databases PudMed, SciELO, digital and physical books published from the period of 1980 to 2017 was carried out. The descriptions of users follow the list of DeCS and were the words in Portuguese: mental health; Yoga; stress; and anxiety; and in English: mental health; Yoga; stress; and anxiety. **Results:** Depression affects 5.8% of the Brazilian population, totaling 11.5 million people. Brazil ranks second in the ranking of most stressed countries, second only to Japan and according to WHO (2019), and has the highest rate of anxiety disorders in the world, reaching 18.6 million people. Hatha Yoga contributes in aspects such as autonomy over body and mind, connects this duality (body and mind) and attenuates situations of charges, such as pressure on personal, professional life and exacerbated way of life. The elements of Yoga classes can justify the impact on the improvement of psychosocial disorders, since they increase the acceptability for individuals depressed by the practice to promote a non-competitive atmosphere and without judgment, where the practitioner is stimulated to self-knowledge. **Conclusion:** The inclusion of topics related to psychosocial disorders, mindfulness teaching, teaching respiratory exercises and providing guidance for translating the lesson into practice at home can help make Yoga effective in combating depression, anxiety and stress.

Keywords: Depression, Anxiety, Stress, Psychosocial disorders, Hatha Yoga.

^{2*} Profa. Suliane Beatriz Rauber / suliane.rauber@udf.edu.br (Orientadora)

INTRODUÇÃO

A proposta naturalista do yoga e o conhecimento em relação ao todo, vem corroborando nos últimos tempos para uma cultura de tratamentos alternativos, praticando o uso de métodos não convencionais para tratamento de transtornos psicossociais e problemas de saúde em geral (JUSTEL et al., 2015). O yoga é uma prática milenar que ganha novos adeptos, que buscam promoção de saúde, bem-estar e equilíbrio físico e mental (SILVA & ROSADO, 2017). Dentre os estilos do Yoga, o Hatha yoga é o mais clássico. Em sânscrito (língua morta da Índia) significa o sol (HA) e a lua (THA), sendo traduzido em contexto geral como união e equilíbrio entre os opostos (RIBEIRO, 2018; HERMÓGENES, 1996). O hatha yoga é uma integração do domínio da mente e corpo, levando aos adeptos bem estar psicológico fisiológico e físico.

Nos últimos anos diversos transtornos como a ansiedade, depressão e estresse, são cada vez mais comuns entre a população (BRANDON, 2012). Estes são precursores para desenvolvimento de diversas doenças, principalmente as cardiovasculares. O estado emocional dos indivíduos afetados por emoções estressantes está crescendo de maneira gradativa, tais doenças podem atingir as defesas do sistema imunológico (ÁCARYA 2005). Fatores estressores atuam sobre as ondas vibratórias que afetam o sistema nervoso, enfraquecendo as defesas do corpo, aumentando a probabilidade de doenças psicossomáticas e aumentando a secreção de hormônios adrenérgicos (BARROS, 2014).

Para prevenção dessas alterações surgem as práticas integrativas no Sistema Único de Saúde, via portaria nº971/2006. Dentre elas está o Yoga, especialmente a prática do Hatha Yoga tem se destacado como intervenção positiva na qualidade de vida. De acordo com as diretrizes da Organização Mundial de Saúde, as práticas corporais são expressões individuais e coletivas do movimento corporal advindo do conhecimento e da ginástica. Segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB), as Práticas Integrativas e complementares (PIC) envolvem sistemas de médicos e recursos terapêuticos com métodos respiratórios e Hatha Yoga (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Portanto, o presente estudo teve como objetivo Identificar os efeitos da

prática de Hatha Yoga na prevenção e tratamento da depressão, ansiedade e estresse através de uma revisão bibliográfica narrativa.

METODOLOGIA

O estudo trata-se de a revisão bibliográfica do tipo narrativa. Foi realizada uma busca de artigos nas bases de dados Medline, Lilacs, PubMed e SciELO. Foi utilizado o Portal de Periódicos Capes para acesso às bases *Scopus* e *Web of Science*. Os descritores usados seguem a lista do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) /MeSH (*Medical Subject Headings*) foram as palavras em português: saúde mental; Yoga; estresse; e ansiedade; e em inglês: mental health; Yoga; stress; and anxiety.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Hatha Yoga

No Brasil, a combinação das recomendações da OMS (2006), a Política Nacional de Práticas integrativas e complementares no SUS (PNPIC) implantaram ações e serviços da medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, além de institutos observatórios em saúde para o termalismo social/crenoterapia e para a medicina. Em 2007 eram ofertadas apenas cinco procedimentos nas PNPIC. Já em 2017 foram incorporadas 14 atividades e entre estas atividades está o yoga. Em outubro de 2001, o Hatha yoga ingressa no SUS-DF, com finalidade socioeducativa, cuja encontra-se vinculada ao serviço social do centro de Saúde de Brasília N°15. No dia 13 de maio de 2011, por meio de uma portaria de N° 65 de 10 de maio de 2011/DF foi instituída, a coordenação de práticas integrativas em saúde /SERPIS, institucionalizando a prática no âmbito SUS-DF.

Dentre as modalidades de Yoga o estilo mais popular da Yoga no Ocidente é o Hatha Yoga, etimologicamente significa “Yoga do sol e da lua” ensinando que “o espírito e o corpo não são mais que aspectos diferentes de uma mesma unidade essencial. Por isso, não é o corpo menos digno de cuidados e reverências”. Nascido na Índia, baseia-se principalmente na prática de Ásanas, posições do corpo de modo que se mantenham confortável e estável. Com o tempo, suas origens se perdem nos

séculos, mas existem dois textos antigos que são considerados como principais referências para esta prática: Yoga Sutra de Patanjali e o Hatha Yoga Pradipika de Svamarama. (HERMÓGENES, 1996).

O Hatha Yoga foi desenvolvido e aperfeiçoado a partir das premissas do Yoga, com a introdução de práticas para controlar os efeitos e impactos da natureza (SOUTO, 2009). Assim, a prática do Hatha Yoga busca solucionar esses problemas ao abrir naturalmente a passagem dos *Nadis* e dos *Chakras*, promovendo a liberação de correntes prânicas. Hermógenes (2006), complementa que durante a prática do Hatha Yoga, executam-se as *Asanas*, *Prânâyâma*, *Kriyas*, *Mudrâs*, *Bhandas*, *Dharanas*, *Dhyana* e *Samadhi*.

De acordo com Souto (2009) os *Asanas* que são as posturas físicas que devem ser estáveis e confortáveis realizadas na prática de yoga. O *Prânâyâma* é um termo técnico que se refere à suspensão do reflexo respiratório, por um período de tempo, ou em outras palavras, controle voluntário do reflexo respiratório. Os *Kriyas* são técnicas de purificação interna que visam limpeza do sistema respiratório, do tubo digestivo, do estômago e do cérebro. Os *Mudrâs* e *Bandhas* são parte essencial do *Prânâyâma*, sendo que *Mudrâs* são gestos simbólicos executados com todo o corpo com pressão em pontos vitais. Os *Bandhas* são travas ou selos que bloqueiam alguns níveis do corpo, para influenciar fluidos ou energias. *Dharana* é a concentração ou primeiro estado meditativo com o intuito de deter o movimento da mente; *Dhyana* é a meditação que visa ao controle da mente e ao desenvolvimento das faculdades mentais. Por fim, *Samadhi* é a transconsciência ou o processo de fundir a mente na Consciência Absoluta, a iluminação.

Para Patanjali, no séc. II a. C, sistematizou o yoga Yama que significa controle ou domínio considerados uma espécie de código de ética na yoga e são compostas de cinco princípios básicos: Ahimsa, Satya, Asteya, Brahmacharya, Aparigraha. E os Niyamas que representam uma base moral na yoga, uma espécie de conduta disciplinar. No entanto, atualmente predomina o Hatha yoga, mais associado aos *Asanas* (posturas corporais), que data do período que abrange os séculos VII a XII e se apresenta com uma infinidade de nuances e estilos nos dias atuais (BARROS et al, 2014).

O Hatha Yoga é uma área que fortalece o praticante através de asanas (posturas psicofísicas), pranayamas (técnicas respiratórias e de concentração mental) para reeducação mental. A respiração ritmada e diafragmática possui um papel indispensável levando o praticante ao ritmo do sistema nervoso das suas emoções. O aumento da vitalidade e a progressiva simplificação da mente contribuem para a redução dos quadros de ansiedade e sensações de tranquilidade, com isso a uma melhora do humor, o que pode ser relacionada a prática como um todo, uma vez que esta favorece a todos os aspectos da vida, seja nível social, emocional, físico ou mental.

Segundo Rodrigues (2006) “as práticas do yoga, como um todo ou separadamente em alguns de seus aspectos, trazem benefícios incalculáveis, sejam de ordem física, fisiológica ou psíquica”. Tais benefícios vêm sendo, cada vez mais comprovados através de pesquisas científicas em diversos países.

Transtornos Psicossociais – Estresse, Ansiedade e Depressão

O estresse e a depressão são problemas que se destacam no mundo contemporâneo, promovendo respostas significativas no corpo humano, levando a condições patológicas importantes do ponto de vista da saúde coletiva. Aumento do estresse, depressão e ansiedade são as características do estilo de vida moderno (BRANDON, 2012) e tais mudanças contribuem para o mal-estar físico, mental e social, afetando a incidência de transtornos psicossociais.

Dentre os transtornos está a depressão, transtorno afetivo ou do humor que envolve funções orgânicas, humor e pensamento, e é caracterizada, especialmente, pelos sentimentos de tristeza, ansiedade, culpa, baixa autoestima, distúrbios do sono e do apetite, fadiga, dificuldade de concentração, com duração variada (WECKER e CATALANO, 2006). A depressão afeta mais de 322 milhões de pessoas pelo mundo, de acordo com dados publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017). E entre 2005 e 2015 este número cresceu 18,4%. No Brasil 5,8% da população vive com esse distúrbio, totalizando 11,5 milhões de pessoas. No âmbito global, as mulheres são as mais afetadas com 5,1% e entre os homens a taxa de depressão é 3,6%. É a principal causa de mortes por suicídio, com cerca de 800 mil casos por ano. Possíveis

explicações dos jovens terem maior depressão do que seus pais e avós é o abuso de álcool e drogas (REGIER et al., 1990).

Já o estresse, definido como a percepção do indivíduo de um estímulo como desgastante, que promove uma resposta mensurável, resultando em uma reação psicofisiológica complexa, desencadeada por eventos bioquímicos, frente aos estressores ou desafios de origens variadas (GOODNITE, 2014).

O Brasil está em segundo lugar no ranking de países mais estressados, perdendo apenas para o Japão, de acordo com a International Stress Management Association (ISMA-Brasil, 2017). O que mais estressa o brasileiro, segundo o estudo, é a jornada de trabalho, correspondente a 69% dos casos. Diante deste problema, nosso corpo tende a ter alterações hormonais, dores de cabeça, irritabilidade, insônia, variações de humor, aceleração de batimentos que podem levar ao infarto ou mal súbito, dores musculares e inibição de libido.

Já a ansiedade é caracterizada por um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho (CASTILLO et al., 2000). De acordo com a OMS (2019), o Brasil tem a maior taxa de transtornos de ansiedade no mundo, atingindo 18,6 milhões de pessoas, sendo três vezes maior que a média mundial. Parece que os principais fatores do aparecimento da ansiedade neste momento são a situação econômica do país, desemprego, desigualdade e recessão.

A prática de exercício físico regularmente traz benefícios à saúde, atuando na prevenção e tratamento de doenças crônicas (WARBURTON et al., 2006). Exercícios físicos de modo geral proporcionam uma redução nos sintomas depressivos, estresse e ansiedade. Em treinos aeróbicos, demonstram ser tão eficazes quanto um medicamento antidepressivo padrão, como por exemplo a Sertralina em casos de Transtorno depressivo maior, mais conhecido como TDM (BLUMENTHAL et al., 2007). Há duas décadas, estudos médicos e científicos provam que a prática de Yoga, mostra ser úteis no tratamento de algumas doenças psicossociais (SINGH et al., 2001) e problemas de saúde mental (DUAN-PORTER et al., 2016).

Hatha Yoga na Prevenção e Tratamento de Transtornos Psicossociais

Para prevenção de doenças, especialmente relacionadas à saúde mental, uma série de estratégias são adotadas atualmente. Dentre elas, o Yoga tem recebido atenção. (HENDRIKS et al., 2017). No tratamento de estresse, ansiedade ou depressão o Yoga, contribui em aspectos como na autonomia sobre o corpo e a mente. Ácarya (2005) cita que o yoga conecta o corpo e mente de forma harmoniosa e essa dualidade (corpo e mente) atenua situações de cobranças, como pressão na vida pessoal, profissional e modo de vida exacerbado.

Os efeitos benéficos do yoga corroboram para uma cultura de cuidado consigo mesmo (JUSTEL et al., 2015). Algumas pessoas tornaram-se adeptas aos meios de “curas” alternativas, praticando o uso de métodos não convencionais para tratamento de transtornos psicossociais e problemas de saúde em geral. Na literatura internacional é possível encontrar resultados positivos associados à melhoria física, fadiga e bem-estar, mediante um período de seis meses de Hatha Yoga, com idosos saudáveis de 65 a 85 anos (OKEN et al., 2006).

Ácarya (2005, p.13), relaciona as posturas com melhor homeostase ao sistema endócrino, pois a prática de ásanas (posturas) mantidas no yoga estabelece a secreção em níveis adequados de hormônios, acarretando melhorias ao equilíbrio emocional, físico e mental, em detrimento da sutil pressão causada pelas posturas, em diversas glândulas endócrinas. O controle respiratório (pranayamas) e meditação (dhyana) junto com os ásanas (posturas) formam uma base de benefícios fisiológicos sobre corpo e seus sistemas cardiopulmonar, nervoso e endócrino (RAUB, 2002).

Um ensaio clínico aleatorizado controlado em 2010, com 45 mulheres mastectomizadas com sinais de ansiedade e estresse, avaliou os efeitos de seis intervenções de hatha yoga por 2 semanas, com duração de 45 minutos individualmente para as voluntárias. Concluindo que o Hatha Yoga pode ser uma ferramenta auxiliar para melhorar aspectos de auto estima, aceitação da atual condição estética, ansiedade e estresse (BERNARDI et al., 2013). Em outro estudo com 27 mulheres no climatério em Ribeirão Preto - SP no ano de 2016, avaliou os efeitos da prática de Hatha Yoga durante 9 semanas, sobre os níveis de depressão, ansiedade e estresse. Apresentou melhoras advindas pelo Hatha Yoga como tratamento alternativo e complementar dos transtornos avaliados (RIBEIRO, 2018).

Em uma revisão sistemática de 33 artigos selecionados para análise, foi investigado sobre o efeito do Yoga nos transtornos psicossociais, na Universidade de Lisboa – Portugal, sendo constatado a influência do Yoga no bem-estar dos praticantes, evidenciando de maneira abrangente que a prática de Yoga tem efeitos positivos sobre os níveis psicossociais, com exceção de casos mais graves, cujos possuem estudos experimentais insuficientes para comprovar melhorias significativas nos níveis de depressão e transtornos mentais (SILVA & ROSADO, 2017).

Os elementos das aulas de Yoga podem justificar o impacto na melhora de transtornos psicossociais, pois aumentam a aceitabilidade para indivíduos deprimidos pela prática promover uma atmosfera não competitiva e sem julgamento, onde o praticante é estimulado ao autoconhecimento. Além disso, os instrutores de Yoga têm um estilo de vida que os torna naturalmente gentis e calorosos de modo que possam fornecer atenção individualizada. A inclusão de temas relacionados à depressão nas aulas, o ensino da atenção plena, o ensino de exercícios respiratórios e o fornecimento de orientação para a tradução da aula para a prática em casa podem ajudar a tornar a loga eficaz para combater a depressão. Os comentários dos participantes reforçaram a importância de aspectos da atenção plena, como atenção ao momento presente e aceitação de si mesmo e da própria experiência, como potenciais mecanismos de ação. Outros mecanismos potenciais incluem o uso de práticas respiratórias na vida cotidiana e os mecanismos biológicos subjacentes ao impacto positivo da respiração iogue (UEBELACKER et al., 2017).

CONCLUSÃO

O Hatha Yoga pode ser ferramenta auxiliar para prevenção e tratamento de transtornos psicossociais como ansiedade, estresse e estados de depressão leve, pois seus efeitos são voltados ao equilíbrio do sistema nervoso, endócrino e imunológico, em detrimento dos novos padrões respiratórios (pranayamas). A prática de Hatha Yoga aumenta atividade parassimpática contribuindo conseqüentemente na melhoria do ritmo respiratório e redução da frequência cardíaca, assim como adequado secreção de hormônios carreadores de bem-estar e relaxamento. De forma geral foi observada a necessidade de mais estudos voltados para casos de depressão grave de caráter

experimental, que corroborem para comprovar melhorias em todos os graus de transtornos psicossociais existentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACARYA, Avadhutika Anandamitra. Yoga para a saúde integral. São Paulo: Ananda Marga Publicações, 2005.
- BARROS, Nelson Filice de et al. Yoga e promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 1305-1314, 2014.
- BARROS, Nelson Filice de et al. Yoga e promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 2, p. 1305-1314, 2014.
- BERNARDI, M.L. et al. *The effects of hatha yoga exercises on stress and anxiety levels in mastectomized women*. **Ciencia & saúde coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3621-3632, 2013.
- BLUMENTHAL J.A. et al. *Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder*. **Psychosom Med**. 2007;69:587–596.
- BRANDON, H.B.A. *Depression as a disease of modernity: explanations for increasing prevalence*. **J Affect Disord**. 2012;140:205–14.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS 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. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 de jan., 2017.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Política Nacional de Humanização da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília (DF); 2004. 72p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf e Cadernos humanizaSUS. Brasília (DF); 2010. 244p [acesso em 20 maio 2010]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf
- CASTILLO, Ana Regina GL et al. Transtornos de ansiedade. **Rev. Bras. Psiquiatr**. São Paulo , v. 22, supl. 2, p. 20-23, Dec. 2000 .
- DOMINGUES, Rita B. Modern postural yoga as a mental health promoting tool: A systematic review. **Complementary therapies in clinical practice**, v. 31, p. 248-255, 2018.
- DeMICHELIS, E. *A history of modern yoga: Patañjali and Western Esotericism*. London: **Continuum Books**, 2004.

DUAN-PORTER, W. et al. *Evidence map of yoga for depression, anxiety, and posttraumatic stress disorder*. **J Phys Act Health**. 2016;13:281–8.

GODOY, D.V. et al. *Ioga versus atividade aeróbia: efeitos sobre provas espirométricas e pressão inspiratória máxima*. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. 2006; 32(2), 130-135.

GOODNITE, Patricia M. Stress: A concept analysis. In: **Nursing forum**. 2014. p. 71-74.

GULMINI, L.C. *O Yoga Sûtra, de Patanjali: Tradução e análise da obra, à luz de seus fundamentos contextuais e linguísticos*. Dissertação de Mestrado, **Área de Semiótica e linguística Geral da Universidade de São Paulo**. 2002.

HENDRIKS, Tom; DE JONG, Joop; CRAMER, Holger. The effects of yoga on positive mental health among healthy adults: a systematic review and meta-analysis. **The journal of alternative and complementary medicine**, v. 23, n. 7, p. 505-517, 2017.

HERMÓGENES, J. (1996). *Autoperfeição com Hatha Yoga*. (36ª ed.). Rio de Janeiro (RJ): **Record**.

IYENGAR, B.K.S. *A árvore do ioga: a eterna sabedoria do ioga aplicada à vida diária*. São Paulo: **Editora Globo**. 2001.

JUSTEL, Manuela et al. Idosos praticantes de Hatha Yoga: Avaliação da Qualidade de Vida relacionada à Saúde. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 18, n. 3, p. 295-310.

LUU, Kimberley; HALL, Peter A. Hatha yoga and executive function: a systematic review. **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**, v. 22, n. 2, p. 125-133, 2016.

Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 971 de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 mar., 2006a.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. Brasília, DF, 2006b.

OKEN, Barry S. et al. Randomized, controlled, six-month trial of yoga in healthy seniors: effects on cognition and quality of life. **Alternative therapies in health and medicine**, v. 12, n. 1, p. 40, 2006.

RAMOS, Alcione Cássia dos Santos. *O Yoga como mediador de aprendizagens para a promoção da saúde: entre cuidado, práticas e experiências de si*. 2018. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem.

RAUB, James A. Psychophysiologic effects of Hatha Yoga on musculoskeletal and cardiopulmonary function: a literature review. **The Journal of Alternative & Complementary Medicine**, v. 8, n. 6, p. 797-812, 2002.

REGIER, D. et al. Comorbidity of Alcohol and Other Drug Abuse. **Jama**, v. 264, n. 19, p. 2511–2518, 1990.

RIBEIRO, Mary Carmen Fróes. Yoga como prática integrativa e complementar em mulheres com estresse, ansiedade e depressão no climatério: um estudo quase-experimental. 2018. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

RODRIGUES, M. R. O que é Yoga? In: RODRIGUES, M. R. et. al. Estudos sobre o Yoga. São Paulo: Phorte, 2006. p.45-59.

SILVA, Catarina PM; ROSADO, António. Efeitos psicossociais da prática de yoga: uma revisão sistemática. **Revista iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte**, v. 12, n. 2, p. 203-216, 2017.

SINGH, S. et al. A preliminary report on the role of yoga asanas on oxidative stress in non-insulin dependent diabetes mellitus. **Indian J Clin Biochem**. 2001;16:216–20.

SINGLETON, M. et al. *Religiousness in Yoga: Lectures on theory and practice*. **Boston: University Press of America**, 1980.

SIMÕES, R.S. O papel dos klesas no contexto moderno do ioga no Brasil: Uma investigação sobre os possíveis deslocamentos da causa do mal e da produção de novos bens de salvação por meio da fisiologia biomédica ocidental. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião da **Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**. 2015.

SOUTO, A. A essência do Hatha Yoga: Hatha Pradipika – Gheranda Samhita – Goraksha Shataka. São Paulo (SP) 2009: Phorte. (480 p.)

VORKAPIC, Camila Ferreira; RANGÉ, Bernard. Os benefícios do yoga nos transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 7, n. 1, p. 50-54, 2011.

WARBURTON D.E.R. et al. Health benefits of physical activity: the evidence. **Canadian Medical Association Journal**. 2006;174:801–809.

WECKER L, CATALANO G. Tratamento dos transtornos afetivos. In: Minnemam KP, Wecker L, Larner J, Brody TM, editores. **Brody - Farmacologia humana**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006. p. 275-84.

UEBELACKER, Lisa A. et al. Perceptions of hatha yoga amongst persistently depressed individuals enrolled in a trial of yoga for depression. **Complementary therapies in medicine**, v. 34, p. 149-155, 2017.

Mortalidade por câncer de boca e faringe no Distrito Federal, 2000-2017

Mouth and Pharynx Cancer Mortality in the Federal District, 2000-2017

Camila de Carvalho Bispo¹, Verônica Rodrigues Pôrto Silva¹, Sara de Souza de Oliveira¹

Caroline Piske de Azevedo Mohamed^{2*}

¹ Acadêmicos do Curso de Odontologia - Centro Universitário do Distrito Federal UDF, Brasília, DF

^{2*} Docente do Centro Universitário do Distrito Federal UDF, Brasília, DF

RESUMO:

Introdução: O câncer de boca e faringe é considerado um problema de saúde pública mundial. Segundo dados do Observatório Global de Câncer da Agência Internacional para pesquisa do Câncer (Globocan/Iarc), em 2012, ocorreram 119.992 novos casos e 72.616 mortes por câncer de boca com o aumento na sua incidência e mortalidade, no mundo.

Objetivos: Analisar as taxas de mortalidade por câncer de boca e de faringe, nos anos de 2000 a 2017, na faixa etária de 15-29 anos, 30-49 anos, 50-69 anos e 70-80+ anos, no Distrito Federal segundo sexo, cor, escolaridade e estado civil. **Métodos:** Foi realizado estudo observacional ecológico. Os dados de mortalidade foram obtidos junto ao Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) e no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no período de fevereiro a junho de 2019. **Resultados:** O sexo masculino teve maior prevalência entre os óbitos (77,68%). Os maiores índices de mortalidade foram encontrados na população branca (46,43%), naqueles com 1 a 3 anos de escolaridade (25,09%), de 50 a 69 anos (53,21%) e entre os casados (42,05%). A faixa etária de 70 a 80+ anos obteve os maiores coeficientes (307,9/100 mil hab.), enquanto os mais jovens, de 15 a 29 anos, representaram apenas 2,31/100 mil. **Conclusão:** O estudo indicou a necessidade de atenção do cirurgião-dentista ao perfil do paciente de câncer no DF, tendo um olhar atento ao público masculino, idoso, que apresenta as maiores taxas de mortalidade, mas, também aos mais jovens, que apresentam aumento nos números de óbitos, com o tempo. A prevenção dos fatores etiológicos do câncer bucal e diagnóstico precoce são responsabilidade do cirurgião-dentista no intento de salvar vidas.

Palavras-chave: Mortalidade, Câncer bucal, Epidemiologia.

ABSTRACT:

Introduction: Mouth and pharynx cancer is considered a worldwide public health problem. According to data from the Global Cancer Observatory of the International Cancer Research Agency (Globocan / Iarc), in 2012 there were 119,992 new cases and 72,616 deaths from oral cancer with the increase in incidence and mortality worldwide. **Objectives:** The aim of the study was to analyze the mortality rates for oral and pharyngeal cancer, from 2000 to 2017, in the age group of 15-29 years, 30-49 years, 50-69 years and 70-80 + years, Federal District according to gender, color, education and marital status. **Methods:** An observational ecological study was performed. Mortality data were obtained from the Mortality Information System (SIM) of the Informatics Department of the Brazilian Unified Health System (DATASUS) and from the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), from February to June 2019. **Results:** Males had a higher prevalence among deaths (77.68%). The highest mortality rates were found in the white population (46.43%), those with 1 to 3 years of schooling (25.09%), 50 to 69 years (53.21%) and among married people (42.05%). The age group from 70 to 80+ years obtained the highest coefficients (307.9 / 100 thousand inhabitants), while the youngest, from 15 to 29 years old, represented only 2.31 / 100 thousand inhabitants. **Conclusion:** The study indicated the need for the dentist's attention to the profile of cancer patients in the DF, taking a close look at the male, elderly, who have the highest mortality rates, but also the younger, who have increased numbers. of deaths over time. The prevention of etiological factors of oral cancer and early diagnosis are the responsibility of the dentist in order to save lives.

Keywords: Mortality, Oral cancer, Epidemiology.

^{2*} Profa. Caroline Piske de Azevedo Mohamed/ caroline.mohamed@udf.edu.br (Orientadora)

INTRODUÇÃO

O câncer se refere a um grupo de doenças neoplásicas, nas quais surge uma transformação das células normais do corpo em células malignas. À medida que as células cancerosas proliferam, se diferenciam em tipos diferentes de câncer podendo apresentar as propriedades de contínua multiplicação das células, disseminação do local de origem invadindo sítios distantes o que se denomina metástases (WILKINS, 2004).

Os mais comuns tipos de câncer da boca e faringe são: carcinomas de células escamosas, base da língua, outras partes não especificadas da língua e da boca, gengiva, assoalho da boca, palato, glândulas parótidas, glândulas salivares maiores e não especificadas, amígdala e orofaringe. Os sítios anatômicos da faringe são nasofaringe, seio piriforme e hipofaringe (WILKINS, 2004).

O carcinoma mucoepidermoide é o tumor maligno comumente encontrado em glândulas salivares, ele acomete tanto glândulas maiores quanto menores e apresenta comportamento biológico variável. Parótida e palato são os sítios mais acometidos. Os cortes histológicos revelam neoplasia maligna representada por proliferação de células mucosas (citoplasma pálido, espumoso e núcleo excêntrico), epidermoide (poligonais) e intermediárias (diferentes tamanhos e, em sua maioria, com aspecto basaloide), permeadas por estroma de tecido conjuntivo denso. São notadas tanto áreas sólidas como múltiplas estruturas císticas (SPERANDIO, 2013).

O adenocarcinoma polimorfo de baixo grau é uma neoplasia maligna encontrada em glândulas salivares, principalmente as menores. Ele é caracterizado por apresentar um padrão de crescimento infiltrativo lento; raramente desenvolve metástases. As glândulas salivares menores localizadas no palato duro são as mais acometidas. Histologicamente, é representado por uma neoplasia não encapsulada, composta de proliferação de células exibindo diferentes tamanhos (pequenas e médias) e formato uniforme (circular ou poligonal), em meio a um estroma mucoide ou com áreas hialinizadas. As células neoplásicas possuem núcleos, em suas maiorias ovoides, pálidos, por vezes, hipercromáticos e, ocasionalmente, nucléolos evidentes. Em alguns tumores podem-se notar células claras raras, mucosas, epidermoides ou oncócitos (SPERANDIO, 2013).

O Carcinoma Adenoide Cístico (CAC) é o tumor maligno mais frequente na glândula submandibular e nas glândulas salivares menores da região do palato. O CAC apresenta maiores taxas de recorrência tardia e metástases quando comparado ao adenocarcinoma polimorfo de baixo grau. Microscopicamente, nota-se uma proliferação de células ductais (epiteliais) e células mioepiteliais dispostas de maneira a formar três diferentes padrões histológicos principais. Individualmente as células neoplásicas exibem um formato oval e cuboide, além de núcleo arredondado ou angular, em sua maioria hipercromáticos, e citoplasma eosinofílico (células luminais/ductais) ou claro (células mioepiteliais) (SPERANDIO, 2013).

O carcinoma de células claras não especificadas é uma lesão maligna não encapsulada infiltrativa; na cavidade oral acomete principalmente as glândulas salivares menores. Histologicamente, nota-se uma proliferação de células poligonais a arredondadas exibindo citoplasma claro e abundante, núcleos arredondados a ovais e excêntricos, por vezes hipercromáticos e, em alguns casos, um grau moderado de pleomorfismo (SPERANDIO, 2013).

O Observatório Global de Câncer da Agência Internacional para pesquisa do Câncer (Globocan/IARC) reporta que, em 2012, ocorreram 119.992 novos casos e 72.616 mortes por câncer de boca (FERLAY, SOERJOMARTARAM, *et al.*, 2014). Houve um aumento na incidência e mortalidade por esse tipo de câncer no mundo. Em 2018, houve 354.864 novos casos de neoplasias malignas em lábio e na cavidade oral, sem serem consideradas as neoplasias malignas de orofaringe e amígdala. Neste mesmo ano, houve 177.384 óbitos em homens e mulheres. Mundialmente, os homens apresentam um risco maior para o câncer bucal com 246.420 casos novos, 108.444 óbitos e coeficiente de mortalidade de 2.8/100 mil habitantes (BRAY, FERLAY, *et al.*, 2018).

Os dados de câncer de cavidade oral costumam se concentrar em áreas com apresentação de alto risco sendo percebida a associação entre o baixo Índice de Desenvolvimento Humano e a concentração dos casos. De acordo com Kogevinas e Porta, 1977, as desigualdades em saúde estão relacionadas ao nível socioeconômico e assim a mortalidade por câncer. As populações com níveis socioeconômicos mais baixos têm apresentado maior incidência de câncer em geral (PORTA, 1977).

Existem diferenças da apresentação do câncer bucal entre os sexos, geralmente com maior prevalência entre os homens. A situação socioeconômica e hábitos culturais podem estar associados a uma menor diferença nesse padrão, como por exemplo, no sudeste asiático em que é bem menor a diferença entre os sexos no câncer oral (BRAY, FERLAY, *et al.*, 2018).

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima para o Brasil, no biênio 2018-19, o número de 11.200 novos casos de neoplasias malignas em boca nos homens e 3.500 nas mulheres, para cada ano. Com coeficiente de mortalidade esperado de 10,86 novos casos por cada 100 mil homens, ocupando a 5ª posição, e de 3,28 por cada 100 mil mulheres, o 12ª mais constante de todos os cânceres (INCA, 2019; BORGES, SCHILITZ, *et al.*, 2017).

Existem diferenças entre os sexos e regiões brasileiras quanto à apresentação do câncer bucal. Em 2015, a população masculina apresentou 4.672 óbitos por câncer de cavidade oral e 1.226 óbitos na feminina (DATASUS, 2017). Na Região Sudeste o câncer bucal se apresentou como a quarta maior frequência (13,77/100 mil). Nas regiões Centro-Oeste (9,72/100 mil) e Nordeste (6,72/100 mil) a doença obteve a quinta posição seguida das regiões Sul (15,40/100 mil) e Norte (3,59/100 mil). Na população feminina do Nordeste brasileiro o câncer bucal assumiu a décima primeira posição (3,12/100 mil). As regiões Centro-Oeste (2,96/100 mil) e Norte (1,78/100 mil), apresentaram a doença entre as 12 mais frequentes. As Regiões Sudeste (3,64/100 mil) e Sul (3,59/100 mil) ocupam a décima terceira e décima quinta posições, respectivamente (INCA, 2019; BORGES, SCHILITZ, *et al.*, 2017).

A presença de fatores de risco aumenta a probabilidade futura de apresentação da doença. De acordo com o Departamento de Informática do SUS– (DATASUS), o tabagismo, etilismo, exposição desprotegida a radiação solar, excesso de gordura corporal e infecção pelo vírus HPV são considerados fatores de risco para o câncer de cavidade bucal, lábio e orofaringe (DATASUS, 2017).

Pessoas que consomem tabaco, em suas várias apresentações como: cigarro de palha, de Bali, de cravo ou *kreteks*, fumo de rolo, tabaco mascado, charutos, cachimbos e narguilé, entre outros, tem risco aumentado de desenvolver neoplasias malignas na boca e faringe do que os, não fumantes (SILVA, CANGUSSU, *et al.*, 2013). Na Península Arábica existe o costume de utilizar o tabaco em um formato de

cigarro tradicional de nome *shammah* e na Índia e China se utiliza o betel, mistura de fumo e temperos mascada e sugada. Um terço dos casos de neoplasias malignas em boca no mundo ocorre na Índia, com cerca de 30% de todos os cânceres (COELHO, 2012; SANKARANARAYANAN, RAMADAS, *et al.*, 2005).

Existe o sinergismo entre o consumo de álcool e o fumo com risco ainda maior para as pessoas que além de fumar consomem altas quantidades de álcool, com aumento do risco sendo maior que a soma de cada um deles na previsão do câncer bucal (BRAY, FERLAY, *et al.*, 2018). Estudos *in vitro* mostram que o álcool modifica a permeabilidade da mucosa bucal e o consumo de bebidas com concentração alcoólica entre 15% e 25% facilitaria a penetração de substâncias carcinogênicas presentes no fumo. A barreira de permeabilidade das células epiteliais se torna desorganizada possibilitando a desidratação das células e a penetração de agentes externos, como os carcinogênicos do cigarro (CARRARD, PIRES, *et al.*, 2008). A consistência e a força dessas associações bem como o aumento cumulativo do risco são diretamente associadas ao tempo de duração do hábito e a dose de consumo (FAVERO, BITTENCOURT, *et al.*, 2007).

A cor da pele e a exposição frequente ao sol, sem proteção, são fatores de risco para o câncer de pele. Pereira-Filho, 2011, cita que o câncer de lábio é responsável por cerca de 25% de todas as neoplasias malignas da cavidade oral. O Carcinoma espinocelular representa 95% de todos os casos de câncer de lábio. Ocorrendo, em geral, no lábio inferior de homens idosos, de pele clara, sensível à ação dos raios solares, com histórico pessoal e familiar, com doenças cutâneas prévias e hábitos de etilismo e tabagismo (INCA, 2019; FILHO, VANDERLEI e FILHO, 2011).

Júnior, 1990, cita outros fatores de risco que podem estar implicados na etiologia do câncer bucal como: a irritação crônica mecânica de próteses dentárias mal adaptadas, fraturas e ausência de elementos dentários e as soluções de higiene bucal alcoólica. Além disso, a má higiene oral ligada às condições socioeconômicas e os elementos dietéticos considerados acessíveis (alimentos ultraprocessados) têm sido relatados como possíveis fatores associados ao câncer de boca (INCA, 2019; JÚNIOR, 1990).

Entre os fatores ambientais que contribuem para o câncer bucal a dieta contribui cerca de 35%, o tabaco com 30%, condições e tipo de trabalho, álcool, poluição e aditivos alimentares contribuem com menos que 5%. Fatores dietéticos parecem estar envolvidos em aproximadamente 30% dos cânceres em países ocidentais pelo alto consumo de produtos animais, gordura e açúcar (CARRARD, PIRES, *et al.*, 2008)

A contribuição da dieta como fator de risco do câncer em países em desenvolvimento é menor, provavelmente em torno de 20%. Nestes países a dieta é baseada em um ou dois tipos de alimentos que têm como matéria-prima o amido havendo baixa ingestão de produtos animais, gordura e açúcar (SANKARANARAYANAN, RAMADAS, *et al.*, 2005). Uma dieta adequada pode prevenir de três a quatro milhões de casos novos de cânceres a cada ano (GABRIEL, SILVA, *et al.*, 2019).

Os aditivos alimentares, pesticidas, hidrocarbonetos policíclicos aromáticos, poluição ambiental, somados ao aumento progressivo da longevidade das populações são fatores que têm contribuído para uma exposição maior da população a fatores de risco ambientais que interferem no perfil de morbimortalidade, aumentando a ocorrência das doenças crônico-degenerativas e outros diversos tipos de câncer (INCA, 2019).

O vírus do papiloma humano (HPV) tem sua participação aumentada na incidência de câncer da boca, principalmente nos cânceres de orofaringe onde o DNA do HPV é encontrado em cerca de 60% dos casos (INCA, 2019). Na orofaringe o HPV tem seu maior poder de desencadear câncer em função da facilidade de gerar papilomas. A transformação maligna espontânea desses papilomas é bem menor quando comparada ao poder maior de transformação maligna do papiloma no trato genital. A influência de cofatores para essa transformação ainda não está completamente esclarecida, contudo, já se sabe que o tabagismo, seja passivo ou ativo, e o etilismo desencadeia papéis importantes neste processo. A prática do sexo oral, multiplicidade de parceiros sexuais e a queda da defesa imunológica aumentam, significativamente, a possibilidade de desenvolvimento de câncer oral (BORGES, SCHLITZ, *et al.*, 2017).

As tendências de sobrevida para o câncer de boca e faringe mostraram poucas alterações durante as últimas décadas no mundo, principalmente pelo alto índice de diagnósticos em estágio avançado da doença e pelas dificuldades de atenção em saúde, diagnóstico precoce e tratamento para algumas regiões e grupos populacionais (MACIEL, MACIEL et al., 2010).

Aproximadamente, 90% dos carcinomas orais são do tipo espinocelular (2019). As taxas de sobrevida são influenciadas pela qualidade na assistência aos pacientes com câncer, pela agilidade no atendimento, pela disponibilidade de recursos e de profissionais e, principalmente, o diagnóstico precoce (SANTOS, BATISTA e CANGUSSU, 2010).

As estimativas do Instituto Nacional de Câncer (Inca) apontam para o Brasil no ano de 2019, a estimativa de 14,7 mil notificações de câncer de boca, sendo 11,2 mil em homens e 3,5 mil em mulheres. No Distrito Federal se prevê 180 novos casos da doença sendo 130 no sexo masculino e 50 do feminino (FEDERAL, 2019).

Dentro desse contexto de aumento da incidência do câncer bucal e de faringe no mundo e Distrito Federal, esse estudo tenciona trazer os dados epidemiológicos desses cânceres no Distrito Federal para chamar a atenção aos dados encontrados e a necessidade de contínuas estratégias na prevenção e atenção de saúde da população quanto ao câncer de cavidade bucal e faringe.

O objetivo do presente estudo foram traçar o perfil da mortalidade por câncer de boca e faringe no Distrito Federal na série histórica entre os anos de 2000 a 2017, no sistema SIM- DATASUS, e apresentar as taxas de mortalidade por câncer de boca e faringe no período de 2000 a 2017 no Distrito Federal, segundo sexo, faixa etária, cor, escolaridade e estado civil.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo observacional descritivo ecológico calculando a mortalidade por câncer de boca e faringe através dos números absolutos encontrados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS). Os dados censitários populacionais para homens e mulheres do Distrito Federal foram obtidos no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2019), no período de fevereiro a maio de 2019.

Foram computados os dados do período de 2000 a 2017, no Distrito Federal, segundo sexo, faixa etária (15 a 29 anos; 30 a 49 anos; 50 a 69 anos e 70 a 80+ anos), cor, escolaridade e estado civil. Foram também calculados os coeficientes de mortalidade por câncer de boca e faringe das regiões brasileiras e do Brasil na mesma série histórica, assim como o número total de óbitos por todos os tipos de câncer no Distrito Federal. Os códigos selecionados foram C00 a C14 referentes ao número de óbitos por câncer de boca e de faringe e C00 a D48, conforme a 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

As taxas de mortalidade por câncer de boca e faringe foram calculadas por 100.000 habitantes. Foi considerado como padrão a distribuição porcentual da população do Distrito Federal por faixa etária e sexo. Esse procedimento foi realizado com o intuito de garantir a comparação dos resultados com estudos anteriores que usaram outras populações para padronização. A seguir cálculo da taxa de mortalidade:

Taxa de mortalidade: $\frac{\text{Número de óbitos} \times 100.000}{\text{Pop. DF (Faixa etária)}}$

Pop. DF (Faixa etária).

Não houve obrigatoriedade de envio do protocolo de pesquisa para o Sistema CEP-CONEP, pois os dados estudados são de domínio público, sem identificação dos participantes da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre 2000 e 2017, ocorreram 1120 óbitos por câncer de boca e faringe no Distrito Federal, correspondendo a 3,22% das mortes por todas as neoplasias neste período (34.746). O câncer foi mais prevalente no sexo masculino (77,68%), naqueles com 50 a 69 anos (53,21%), em brancos (46,43%), com 1 a 3 anos de escolaridade (25,09%) e nos casados (42,05%).

No mundo ocidental, a prevalência de câncer bucal em homens é, geralmente, bem superior que em mulheres. Países do sudeste asiático como a Índia apresentam similaridade na apresentação da doença entre os sexos o que pode ser devido aos hábitos de uso de tabaco amplamente aceitos. Em países europeus se percebe, com o tempo, o aumento da prevalência de câncer bucal entre as mulheres e a diminuição da diferença entre os sexos. Isso pode ser devido a mudanças no comportamento

feminino, entrada no mercado de trabalho e certo estereótipo de sucesso ligado ao consumo do fumo e álcool.

Em relação à apresentação do câncer bucal nas faixas etárias estudadas se percebeu que 56.44% dos óbitos ocorreram na faixa etária de 50 a 69 anos de idade (Tabela 1). Ao acompanhar os coeficientes de mortalidade por câncer bucal nas faixas etárias estudadas, na Figura 1, percebeu-se que houve o aumento do coeficiente de mortalidade com o aumento das faixas etária. Na faixa de 70 a 80+ anos houve o maior coeficiente, 307,9/100 mil hab., enquanto os mais jovens, de 15 a 29 anos, representaram apenas 2,31/100 mil hab (Figura 1).

Sakamoto, 2019, citou que uma das possibilidades do câncer ser mais presente e fatal entre os idosos são relativas às alterações genéticas da idade e aspectos do envelhecimento, baixo nível socioeconômico e cultural, pouca conscientização sobre o câncer de boca, dificuldade de acesso à prevenção, medo do diagnóstico e tratamento (SAKAMOTO, BRIZON, *et al.*, 2019; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Pereira Filho, 2011, cita que o câncer de lábio é responsável por cerca de 25% de todas as neoplasias malignas da cavidade oral. Ocorrendo, em geral, no lábio inferior de homens idosos, de pele clara, sensível à ação dos raios solares, com histórico pessoal e familiar, com doenças cutâneas prévias e hábitos de etilismo e tabagismo (INCA, 2019; FILHO, VANDERLEI e FILHO, 2011).

A maioria dos óbitos por câncer de boca e faringe ocorreu em pessoas com baixa ou nenhuma escolaridade. Melo, 2010, encontraram resultados semelhantes em seus estudos, que discute fatores como escolaridade/ocupação do indivíduo, a exposição ao sol ou a falta de conhecimento sobre as medidas preventivas contra o câncer bucal e a apresentação maior da doença (MELO, SILVA, *et al.*, 2010).

No que diz respeito à situação conjugal, não foram encontrados estudos que estabelecem uma relação direta entre a mortalidade por câncer e o estado civil, podendo o dado está relacionado a aspectos do próprio envelhecimento e a chance maior de ser casado e viúvo com a idade.

Tabela 1. Características dos óbitos por câncer de boca e faringe no DF nas faixas etárias de 10-80+ anos, período de 2000-17. SIM - DATASUS. DF, 2019 (Indicadores calculados pelas autoras).

| Características dos casos | Masculino | | Feminino | | Total | |
|---------------------------|-----------|-------|----------|-------|-------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Total | 870 | 77,68 | 250 | 22,32 | 1.120 | 100 |
| Raça/cor | | | | | | |
| Branca | 394 | 45,29 | 126 | 50,40 | 520 | 46,43 |
| Preta | 73 | 8,39 | 25 | 10 | 98 | 8,75 |
| Amarela | 4 | 0,46 | 0 | 0 | 4 | 0,36 |
| Parda | 380 | 43,68 | 96 | 38,40 | 476 | 42,5 |
| Ignorado | 19 | 2,18 | 3 | 1,2 | 22 | 1,96 |
| Escolaridade | | | | | | |
| Nenhuma | 106 | 12,18 | 49 | 19,60 | 155 | 13,84 |
| 1 a 3 anos | 215 | 24,71 | 66 | 26,40 | 281 | 25,09 |
| 4 a 7 anos | 186 | 21,38 | 47 | 18,80 | 233 | 20,80 |
| 8 a 11 anos | 149 | 17,14 | 37 | 14,80 | 186 | 16,62 |
| 12 anos ou mais | 94 | 10,80 | 23 | 9,2 | 117 | 10,45 |
| Ignorado | 120 | 13,79 | 28 | 11,2 | 148 | 13,20 |
| Faixa Etária | | | | | | |
| 15 a 29 anos | 9 | 1,03 | 9 | 3,60 | 18 | 1,61 |
| 30 a 49 anos | 187 | 21,49 | 39 | 15,60 | 226 | 20,18 |
| 50 a 69 anos | 491 | 56,44 | 105 | 42,00 | 596 | 53,21 |
| 70 a 80 + anos | 183 | 21,03 | 97 | 38,8 | 280 | 25,0 |
| Estado Civil | | | | | | |
| Solteiro | 256 | 29,42 | 79 | 31,6 | 335 | 29,91 |
| Casado | 402 | 46,21 | 69 | 27,6 | 471 | 42,05 |
| Viúvo | 62 | 7,13 | 64 | 25,6 | 126 | 11,25 |
| Separado | | | | | 142 | 12,68 |
| Judicialmente | 112 | 12,87 | 30 | 12 | | |
| Outros | 14 | 1,61 | 3 | 1,2 | 17 | 1,52 |
| Ignorado | 24 | 2,76 | 5 | 2 | 29 | 2,59 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 2019 (percentuais calculados pelas autoras).

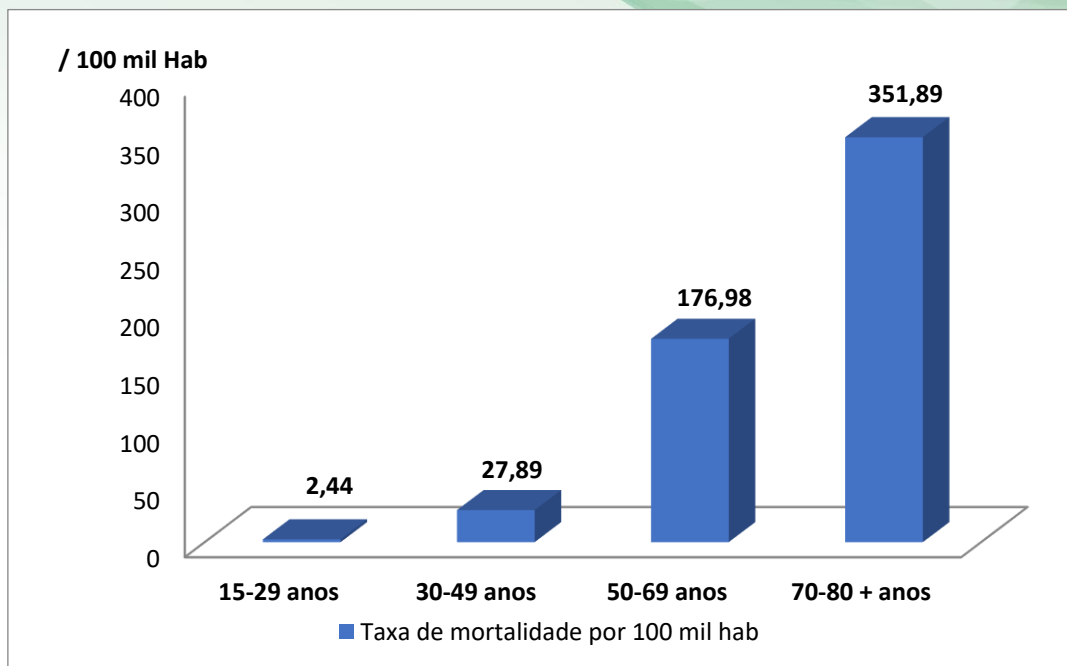


Figura 1. Coeficiente de mortalidade por câncer de boca e faringe, na série histórica de 2000-2017, DATASUS, 2019.

Os coeficientes de mortalidade por câncer de boca e faringe oscilaram entre os anos e faixas etárias. Os óbitos por câncer nos mais jovens se apresentaram de maneira irregular de 2002 a 2009, voltando em 2010 com 0,54 óbitos /100 mil hab. (Tabela 2).

Maciel, 2010, cita em seus estudos que dentre os sítios anatômicos da faringe, o que mais levou as crianças e adolescentes a óbito foi à nasofaringe (49,1%) e, na cavidade bucal, a orofaringe (9,6%), a língua (5,4%), o palato (4,8%) e as glândulas salivares (3,6%). Na análise dos óbitos por faixa etária, o sítio anatômico mais atingido em crianças, foi à cavidade oral (52,5%) e em adolescentes foi à faringe (72,6%). Os maiores números de óbitos ocorreram em adolescentes de 15 a 19 anos, em relação às crianças de 0 a 14 anos (MACIEL, MACIEL et al., 2010).

Os resultados do DF foram similares a outros estudos, onde os homens mundialmente desenvolvem maiores fatores de risco para o câncer bucal, com coeficiente de mortalidade de 2.8/100 mil habitantes (BRAY, FERLAY, *et al.*, 2018). Foram também encontrados resultados próximos aos do Brasil, segundo os dados do

DATA-SUS, em 2015 a população masculina apresentou 4.672 óbitos por câncer de cavidade oral (DATASUS, 2017).

Na Tabela 2, se percebe que os homens apresentaram o coeficiente de mortalidade 3.98 vezes maior que as mulheres. Nos anos de 2000 e 2004 as mulheres não apresentaram óbitos. Na série histórica, chamou atenção o coeficiente na faixa etária de 15 a 29 anos, que foi maior que o coeficiente brasileiro na mesma idade. O câncer de boca é um dos mais incidentes em homens brasileiros, estudos apontam este é o 4º câncer mais frequente no sexo masculino e o sétimo mais frequente no feminino (NEGRI, SOUZA e KLIGERMAN, 2002).

Tabela 2. Distribuição dos valores absolutos e Coeficientes de Mortalidade por câncer de boca e faringe do DF e do Brasil, na população de 15-29 anos, 30-49 anos, 50-69 anos e 70- 80+ anos, entre 2000-17. SIM. DF, 2019

| 15 a 29 anos | Masculino | | Feminino | | Total | | n. Br | CM Br ^d |
|--------------|-----------|--------------------|----------|--------------------|-------|--------------------|-------|--------------------|
| | n. | CM DF ^a | n. | CM DF ^b | n. | CM DF ^c | | |
| 2000 | 1 | 0.28 | 0 | 0 | 1 | 0.13 | 47 | 0.09 |
| 2001 | 2 | 0.56 | 1 | 0.26 | 3 | 0.40 | 58 | 0.11 |
| 2002 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 38 | 0.07 |
| 2003 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 53 | 0.10 |
| 2004 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 47 | 0.09 |
| 2005 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 56 | 0.11 |
| 2006 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 61 | 0.12 |
| 2007 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 58 | 0.11 |
| 2008 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 56 | 0.11 |
| 2009 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 54 | 0.10 |
| 2010 | 3 | 0.84 | 1 | 0.26 | 4 | 0.54 | 52 | 0.10 |
| 2011 | 0 | 0 | 1 | 0.26 | 1 | 0.13 | 69 | 0.11 |
| 2012 | 0 | 0 | 2 | 0.52 | 2 | 0.27 | 90 | 0.17 |
| 2013 | 0 | 0 | 3 | 0.79 | 3 | 0.40 | 66 | 0.12 |

| | | | | | | | | |
|-------|---|------|---|------|----|------|-------|------|
| 2014 | 1 | 0.28 | 0 | 0 | 1 | 0.13 | 61 | 0.11 |
| 2015 | 0 | 0 | 1 | 0.26 | 1 | 0.13 | 67 | 0.13 |
| 2016 | 1 | 0.28 | 0 | 0 | 1 | 0.13 | 72 | 0.14 |
| 2017 | 1 | 0.28 | 0 | 0 | 1 | 0.13 | 60 | 0.11 |
| Total | 9 | 2.52 | 9 | 2.37 | 18 | 2.44 | 1.065 | 2.07 |

| 30 a 49 anos | CM^{aa} | CM^{bb} | CM DF^{cc} | CM Br^{dd} |
|---------------------|------------------------|------------------------|---------------------------|---------------------------|
|---------------------|------------------------|------------------------|---------------------------|---------------------------|

| | | | | | | | | |
|-------|-----|-------|----|------|-----|-------|--------|-------|
| 2000 | 7 | 1.8 | 0 | 0 | 7 | 0.86 | 910 | 1.67 |
| 2001 | 12 | 3.15 | 1 | 0.23 | 13 | 1.60 | 899 | 1.65 |
| 2002 | 7 | 1.8 | 2 | 0.46 | 9 | 1.11 | 981 | 1.80 |
| 2003 | 12 | 3.15 | 3 | 0.69 | 15 | 1.85 | 1.068 | 1.96 |
| 2004 | 5 | 1.31 | 0 | 0 | 5 | 0.61 | 1.020 | 1.87 |
| 2005 | 9 | 2.36 | 4 | 0.92 | 13 | 1.60 | 1.051 | 1.92 |
| 2006 | 12 | 3.15 | 3 | 0.69 | 15 | 1.85 | 1.062 | 1.94 |
| 2007 | 7 | 1.8 | 1 | 0.23 | 8 | 0.98 | 1.027 | 1.88 |
| 2008 | 11 | 2.89 | 2 | 0.46 | 13 | 1.60 | 1.015 | 1.86 |
| 2009 | 14 | 3.68 | 4 | 0.92 | 18 | 2.22 | 1.025 | 1.88 |
| 2010 | 13 | 3.42 | 2 | 0.46 | 15 | 1.85 | 1.021 | 1.87 |
| 2011 | 14 | 3.68 | 3 | 0.69 | 17 | 2.09 | 1.039 | 1.90 |
| 2012 | 11 | 2.89 | 2 | 0.46 | 13 | 1.60 | 989 | 1.81 |
| 2013 | 12 | 3.15 | 2 | 0.46 | 14 | 1.72 | 1.007 | 1.84 |
| 2014 | 8 | 2.10 | 5 | 1.16 | 13 | 1.60 | 979 | 1.79 |
| 2015 | 7 | 1.8 | 3 | 0.69 | 10 | 1.23 | 986 | 1.80 |
| 2016 | 16 | 4.12 | 1 | 0.23 | 17 | 2.09 | 996 | 1.82 |
| 2017 | 10 | 2.63 | 1 | 0.23 | 11 | 1.35 | 945 | 1.73 |
| Total | 187 | 49.23 | 39 | 9.06 | 226 | 27.89 | 18.020 | 33.08 |

| 50 a 69 anos | CM^{aaa} | CM^{bbb} | CM DF^{ccc} | CM Br^{ddd} |
|---------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------------|
|---------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------------|

| | | | | | | | | |
|------|----|-------|---|------|----|------|-------|------|
| 2000 | 22 | 14.56 | 4 | 2.16 | 26 | 7.72 | 2.467 | 8.29 |
| 2001 | 24 | 15.89 | 5 | 2.69 | 29 | 8.61 | 2.526 | 8.49 |

| | | | | | | | | |
|----------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|-----------------------------|--------|----------------------------|
| 2002 | 17 | 11.25 | 4 | 2.16 | 21 | 6.23 | 2.685 | 9.02 |
| 2003 | 19 | 12.58 | 4 | 2.16 | 23 | 6.82 | 2.828 | 9.50 |
| 2004 | 30 | 19.86 | 3 | 1.61 | 33 | 9.80 | 2.907 | 9.76 |
| 2005 | 20 | 13.24 | 5 | 2.69 | 25 | 7.42 | 3.074 | 10.33 |
| 2006 | 24 | 15.89 | 10 | 5.38 | 34 | 10.09 | 3.073 | 10.32 |
| 2007 | 17 | 11.25 | 5 | 2.69 | 22 | 6.53 | 3.209 | 10.78 |
| 2008 | 20 | 13.24 | 5 | 2.69 | 25 | 7.42 | 3.348 | 11.25 |
| 2009 | 25 | 16.55 | 4 | 2.16 | 29 | 8.61 | 3.560 | 11.96 |
| 2010 | 23 | 15.22 | 5 | 2.69 | 28 | 8.31 | 3.664 | 12.31 |
| 2011 | 29 | 19.20 | 5 | 2.69 | 34 | 10.09 | 3.798 | 12.76 |
| 2012 | 24 | 15.89 | 6 | 3.23 | 30 | 8.90 | 3.834 | 12.88 |
| 2013 | 35 | 23.17 | 6 | 3.23 | 41 | 12.17 | 3.976 | 13.36 |
| 2014 | 37 | 24.49 | 9 | 4.85 | 46 | 13.66 | 4.121 | 13.84 |
| 2015 | 33 | 21.85 | 5 | 2.69 | 38 | 11.28 | 4.289 | 14.41 |
| 2016 | 40 | 26.48 | 5 | 2.69 | 45 | 13.36 | 4.477 | 15.04 |
| 2017 | 52 | 34.43 | 15 | 8.08 | 25 | 7.42 | 4.651 | 15.62 |
| Total | 491 | 325.06 | 105 | 56.54 | 596 | 176.98 | 62.487 | 209.92 |
| 70 a 80+ anos | | CM^{aaaa} | | CM^{bbbb} | | CM DF^{cccc} | | CM Br^{ddd} |
| 2000 | 5 | 15.18 | 4 | 8.58 | 9 | 11.31 | 1.206 | 13.05 |
| 2001 | 5 | 15.18 | 1 | 2.14 | 6 | 7.54 | 1.219 | 13.19 |
| 2002 | 7 | 21.25 | 3 | 6.43 | 10 | 12.57 | 1.382 | 14.95 |
| 2003 | 9 | 27.33 | 4 | 8.58 | 13 | 16.34 | 1.337 | 14.47 |
| 2004 | 13 | 39.47 | 2 | 4.29 | 15 | 18.85 | 1.481 | 16.03 |
| 2005 | 6 | 18.22 | 6 | 12.86 | 12 | 15.08 | 1.618 | 17.51 |
| 2006 | 12 | 36.44 | 7 | 15.00 | 19 | 23.88 | 1.661 | 17.97 |
| 2007 | 7 | 21.25 | 4 | 8.58 | 11 | 13.82 | 1.748 | 18.92 |
| 2008 | 5 | 15.18 | 6 | 12.86 | 11 | 13.82 | 1.857 | 20.09 |
| 2009 | 11 | 33.40 | 5 | 10.72 | 16 | 20.11 | 1.857 | 20.09 |
| 2010 | 8 | 24.29 | 3 | 6.43 | 11 | 13.82 | 1.979 | 21.42 |

| | | | | | | | | |
|-------|-----|--------|-----|--------|------|--------|---------|--------|
| 2011 | 10 | 30.36 | 8 | 17.15 | 18 | 22.62 | 2.051 | 22.19 |
| 2012 | 12 | 36.44 | 10 | 21.44 | 22 | 27.65 | 2.138 | 23.14 |
| 2013 | 9 | 27.33 | 3 | 6.43 | 12 | 15.08 | 2.079 | 22.50 |
| 2014 | 18 | 54.65 | 7 | 15.00 | 25 | 31.42 | 2.192 | 23.72 |
| 2015 | 10 | 30.36 | 4 | 8.58 | 14 | 17.59 | 2.318 | 25.08 |
| 2016 | 12 | 36.44 | 9 | 19.30 | 21 | 26.39 | 2.407 | 26.05 |
| 2017 | 24 | 72.87 | 11 | 23.58 | 35 | 43.98 | 2.454 | 26.56 |
| Total | 183 | 555.67 | 97 | 207.98 | 280 | 351.89 | 32.984 | 356.94 |
| Total | 870 | 94.51 | 250 | 24.01 | 1120 | 57.09 | 114.556 | 99.81 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, Dados populacionais IBGE -Censo 2010 (indicadores calculados pelas autoras)

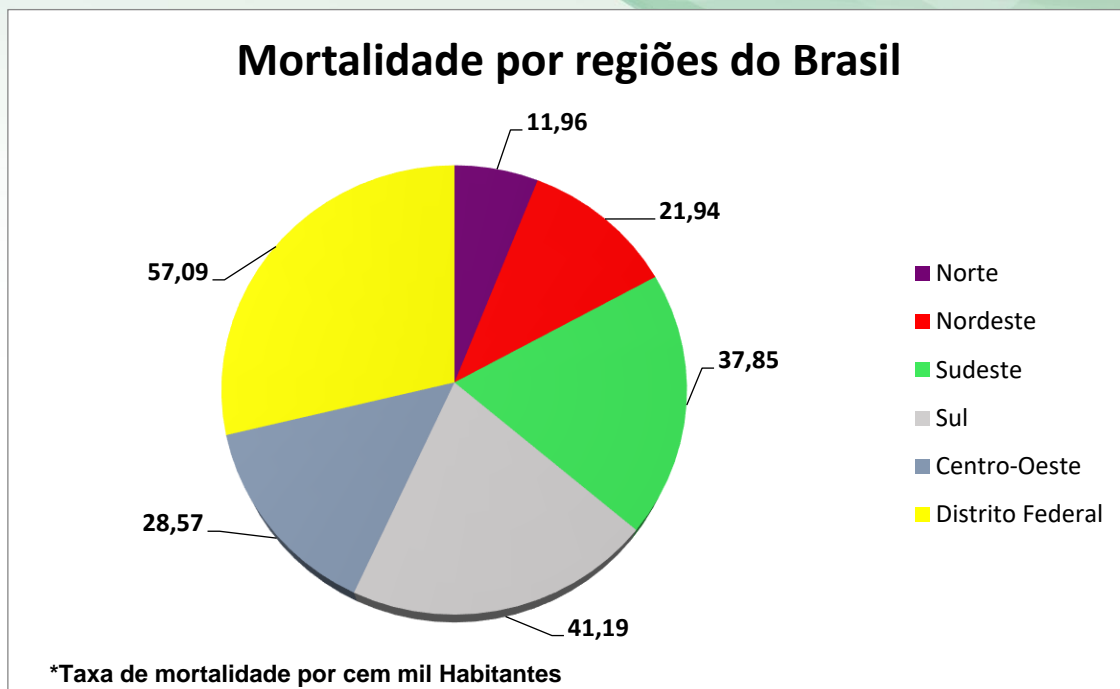
CM Coeficiente de Mortalidade por câncer de boca e faringe ;Br: Brasil; DF: Distrito Federal; População: Pop. Masculino: M ou Masc. Feminino: F ou Fem.

Fórmula do coeficiente de mortalidade por câncer de boca e faringe: n . de óbitos por câncer X 100.000/ população na mesma faixa etária.

| | | |
|---|---|---|
| ^a Pop. mas. DF 15-29 anos: 356.679 | ^{aa} Pop masc. DF 30-49 anos: 379.865 | ^{aaa} Pop. masc. DF 50-69 anos: 151.047 |
| ^b Pop. fem. DF 15-29 anos: 378.294 | ^{bb} Pop fem. DF 30-49 anos: 430.505 | ^{bbb} Pop fem. DF 50-69 anos: 185.709 |
| ^c Pop. Total DF 15-29 anos: 734.973 | ^{cc} Pop Total DF 30-49 anos: 810.370 | ^{ccc} Pop Total DF 50-69 anos: 336.756 |
| ^d Pop. Total BR 15-29 anos: 51.340.473 | ^{dd} Pop Total BR 30-49 anos: 54.475.811 | ^{ddd} Pop. Total BR 50-69 anos: 29.766.550 |

| | |
|---|-------------------------------|
| ^{aaaa} Pop. mas. DF 70-80+ anos: 32.933 | Pop. Total mas. DF: 920.524 |
| ^{bbbb} Pop. fem. DF 70-80+ anos: 46.638 | Pop. Total fem. DF: 1.041.146 |
| ^{cccc} Pop. Total DF 70-80 + anos: 79.571 | Pop. Total DF: 1.961.670 |
| ^{dddd} Pop. Total BR. 70-80+ anos: 9.240.670 | Pop. Total BR :144.823.504 |

Ao se estudar o coeficiente de mortalidade por este tipo de câncer nas regiões brasileiras, na série histórica, se percebeu que a região sul apresentou o maior coeficiente de mortalidade (41,19/100 mil) e na região norte o menor valor (Figura 2). Fatores demográficos podem ser relacionados a estes resultados. A região norte apresenta dificuldades na coleta de dados pelas características territoriais ao acesso das populações a diagnóstico e tratamento e certa precariedade na averiguação e contagem de óbitos. A população brasileira, na região sul, apresenta ainda uma longevidade maior que a da região norte sendo, por si o envelhecimento fator associado ao câncer (2019).



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, Dados populacionais IBGE (Censo 2010) (indicadores calculados pelas autoras).

Figura 2. Comparação dos coeficientes de mortalidade por Regiões do Brasil, SIM-DATASUS, 2000-17.

As tendências de sobrevida para o câncer de boca e faringe mostraram poucas alterações durante as últimas décadas no mundo, principalmente pelo alto índice de diagnósticos em estágio avançado da doença e pelas dificuldades de atenção em saúde. As taxas de sobrevida são influenciadas pela qualidade na assistência aos pacientes com câncer, agilidade no atendimento, disponibilidade de recursos e de profissionais (SANTOS, BATISTA e CANGUSSU, 2010), diagnóstico precoce e tratamento para algumas regiões e grupos populacionais (MACIEL, MACIEL et al., 2010).

CONCLUSÃO

O câncer de boca e faringe no Distrito Federal, onde se localiza a Capital do Brasil, se apresenta mais frequente e mortal no sexo masculino, entre os idosos, casados e nas pessoas com baixa escolaridade. Este grupo populacional se encontra em situação de vulnerabilidade social e de saúde. Geralmente, apresentam alto grau

de dependência de cuidadores e só procuram diagnóstico e tratamento quando o câncer já está em estágios avançados.

Mesmo a boca sendo um local de fácil acesso, a falta de conhecimento do paciente, seu cuidador e a falta de interesse dos profissionais de saúde, o dentista incluído, podem levar a perda de oportunidade do reconhecimento das lesões cancerizáveis e do câncer em estágios iniciais quando o tratamento é muito mais efetivo e menos mutilador.

O câncer de boca e faringe é um problema de saúde pública no Brasil. São necessárias políticas públicas voltadas para a prevenção e identificação do câncer bucal e de faringe que acessem todas as faixas etárias, pois se percebeu um aumento na apresentação do câncer bucal até mesmo nos mais jovens.

Campanhas antifumo e álcool, assim como campanhas de vacinação contra o HPV devem ser realizadas regularmente nos ambientes de aglomeração e suporte das pessoas como escolas, instituições de longa permanência e abrigos. Os profissionais de saúde devem passar por capacitações periódicas para a prevenção e diagnóstico de câncer atuando dentro dos protocolos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde e assim fazendo seu melhor para que os coeficientes de mortalidade por estes cânceres caiam e a nossa população tenha mais saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BORGES, A. K. D. M. et al. **Estimativas 2018**: incidência de câncer no Brasil. 1. ed. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer(INCA), 2017.
- BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**, 2019. Disponível em: <<https://ibge.gov.br/>>. Acesso em: 20 Agosto 2019.
- BRAY, F. et al. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 68, n. 6, NOVEMBER/DECEMBER 2018.
- CARRARD, V. C. et al. Álcool e Câncer Bucal: Considerações sobre os Mecanismos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 54, n. 1, Maio 2008.
- COELHO, K. R. Challenges of the Oral Cancer Burden in India. **Journal of Cancer Epidemiology**, v. 2012, n. 1, February 2012.
- DATASUS. **Departamento de Informática do SUS- DATASUS**, 2017. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/eventos-v/sim-sistema-de-informacoes-demortalidade>>. Acesso em: 25 maio 2019.
- FAVERO, E. et al. Perfil epidemiológico de paciente da Grande São Paulo com carcinoma espinocelular avançado da boca e da orofaringe. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, v. 36, n. 3, Julho- Setembro 2007.
- FEDERAL, S. D. S. D. D. **Agência Brasília**, 2019. Disponível em: <<https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2019/08/28/secretaria-de-saude-alerta-para-os-riscos-do-cancer-bucal/>>. Acesso em: 28 Agosto 2019.
- FERLAY, J. et al. Cancer incidence and mortality worldwide:Sources, methodsand major patterns in Globocan 2012. **International Journal of cancer**, v. 136, n. 5, junho 2014.
- FILHO, F. J. F. P.; VANDERLEI, J. P. D. M.; FILHO, F. V. D. M. Epidemiologia do Carcinoma espinocelular de lábio:experiência do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital das Clinicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. **Rev Bras Cir Craniomaxilofac**, v. 14, n. 4, Agosto 2011.
- GABRIEL, A. et al. Relação do HPV com câncer orofaringe, 05 OUTUBRO 2019. Disponível em: <http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/040_relacao_hpv_cancer.pdf>. Acesso em: 13 Setembro 2019.

INCA. **Instituto Nacional do Cancer (INCA)**, 2019. Disponível em: <<http://www.inca.org.br>>. Acesso em: 27 Junho 2019.

JÚNIOR, S. S. **Oral Cancer**. 5. ed. Estados Unidos da América: American Cancer Society Atlas of Clinical Oncology, 1990.

MELO, L. D. C. et al. Perfil epidemiológico de casos incidêntes de cancer de boca e faringe. **Revista Gaucha de Odontologia**, v. 58, n. 3, Julho/ Setembro 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. 1. ed. Brasil: MS, v. 19, 2006.

NEGRI, B.; SOUZA, R. R. D.; KLIGERMAN, J. **Falando sobre o câncer de boca**. 1. ed. Rio de Janeiro: Engenho e Arte, 2002.

PORTA, K. M. Socioeconomic differences in cancer survival: a review of the evidence. **IARC Scientific Publications**, v. 138, n. 1, June 1977.

SAKAMOTO, A. J. et al. Influência dos índices socioeconômicos municipais nas taxas de mortalidade por câncer de boca e orofaringe em idosos no estado de São Paulo. **Rev.bras.epidemiol.**, v. 22, n. 1, Março 2019.

SANKARANARAYANAN, R. et al. Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India: a cluster-randomised controlled trial. **The Lancet**, v. 365, n. 9475, June 2005.

SANTOS, L. C. O. D.; BATISTA, O. D. M.; CANGUSSU, M. C. T. Characterization of oral cancer diagnostic delay in the state of Alagoas. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 76, n. 4, Julho-Agosto 2010.

SILVA, C. M. G. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com câncer de boca e orofaringe atendidos no Hospital Aristides Maltez no período entre 2000 e 2006. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 12, n. Especial, Dezembro 2013.

SPERANDIO, F. F. **Atlas de Histopatologia Oral Básica**. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Santos, 2013.

V.MACIEL, S. S. S. et al. Cânceres da boca e faringe em crianças e adolescentes Brasileiros: um estudo descritivo. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 28, n. 4, Outubro- Dezembro 2010.

WILKINS, E. M. **Odontologia Geral: Teoria e Prática**. 1ª. ed. São Paulo: Rideel, 2004.

Prevalência da dengue no Distrito Federal – uma década de Políticas Públicas (2006 a 2016)

Dengue prevalence in the Federal District – The decade of public policy

Dayane Alves Mendes de Araujo¹, Thais Aquino Vieira¹, Juliana Oliveira de Toledo^{2*}

¹ Acadêmicos do Curso de Farmácia - Centro Universitário do Distrito Federal UDF, Brasília, DF

^{2*} Docente do Centro Universitário do Distrito Federal UDF, Brasília, DF

RESUMO:

Introdução: A dengue representou, um dos maiores problemas de saúde pública no mundo, e esteve presente principalmente nos países de clima tropicais, quente e úmido, que formam condições ideais para proliferação do mosquito. Porém, a situação em que se encontrou o saneamento básico destes países foram um dos fatores agravantes neste processo, onde o crescimento demográfico, a urbanização desordenada, política pública com falhas graves, deficiência da saúde, foram e são alguns dos motivos para a formação de epidemias de dengue. Em contrapartida, o mosquito desenvolveu resistência às formas de controle. **Objetivo:** Descrever as principais intervenções governamentais para o controle da dengue na área urbana do Distrito Federal. **Métodos:** Foi realizado uma busca de estudos nas bases de dados, como Sistema de Informação de Agravos e Notificação - SINAN, Portal da Saúde, Ministério da Saúde e DATASUS, no período de 2006 a 2016. **Resultados:** Com base nos dados obtidos do SINAN, foram constatados aumento do número de casos de dengue entre 2006 – 2016, sendo que o acesso à informação e as políticas públicas adotadas foram mais intensificadas, o que nos leva a questionar sua eficácia. No Distrito Federal, observou-se um constante crescimento, sendo registrados 468 casos em 2006 e 17.837 casos em 2016. Observamos um defasado saneamento básico em muitos municípios brasileiros, com ausência de investimentos públicos, deixando parte da população desassistida, ocasionando a proliferação da dengue mais rápida e agressiva nas populações mais vulneráveis. **Conclusão:** Observou-se que no Distrito Federal, houve um constante crescimento da doença e notou-se também um ambiente mal planejado e segregado, com efeitos graves sobre a qualidade de vida de sua população e aumento de locais propícios à proliferação do mosquito transmissor.

Palavras-chave: Prevalência, Dengue, Epidemiologia.

ABSTRACT:

Introduction: Dengue represented one of the biggest public health problems in the world, and it was present mainly in hot and humid, tropical climate countries, which constitutes ideal conditions for the mosquito's, proliferation. However, the conditions in which the basic health sanitation of these countries was found were one of the aggravating factors in this process, were demographic growth, disorderly urbanization, public with serious errors, and the countries health deficiency, were and are one of the reasons for the dengue, epidemics formation. In contrast the mosquito developed resistance to the forms of control. **Objective:** To describe how they are mainly involved in the control of the urban area of dengue in the Federal District. **Methods:** A study of database studies was performed, such as Record and Notification Information System - SINAN, Health Portal, Ministry of Health and DATASUS, from 2006 to 2016. **Results:** Based on data used in SINAN, an increase in the number of dengue cases was observed between 2006 - 2016, and the access to information and public policies adopted were more intensified, which leads to question its effectiveness. In the Federal District, steady growth is allowed, with 468 cases registered in 2006 and 17,837 cases in 2016. We have observed a basic health disaster in many Brazilian municipalities, with losses of public investments, leaving part of the population unattended, causing a proliferation of dengue more quickly and aggressively on the most vulnerable threats. **Conclusion:** It was observed that in the Federal District, there was a constant growth of the disease and also a poorly planned and segregated environment, with serious effects on the quality of life of its population and increase of sites favorable to the proliferation of the transmitting mosquito.

Keywords: Prevalence, Dengue, Epidemiology.

^{2*} Profa. Juliana O. de Toledo / juliana.toledo.edu@gmail.com (Orientadora)

INTRODUÇÃO

Decorrido, a dengue representa um dos grandes problemas de saúde pública do Brasil, sendo uma das maiores arboviroses que acomete o ser humano (DIAS et al., 2010).

Entretanto, esse problema não ocorre somente no Brasil, mas em vários países do mundo, sendo que 2,5 bilhões de pessoas vivem em áreas em que a doença pode ser transmitida (OMS, 2008).

A dengue é transmitida principalmente através da picada do mosquito *Aedes aegypti*. Há quatro tipos de vírus da dengue: Den-1, Den-2, Den-3 e a Den-4. Eles pertencem à família *Flaviridae* e são vírus que só contêm RNA. Eles são da mesma família do vírus que causa a febre amarela, e tanto a dengue quanto a febre amarela são transmitidas pelo mesmo mosquito, o *Aedes Aegypti* (FIOCRUZ, 2001).

Esses quatro tipos causam os mesmos sintomas. A diferença é que, uma vez que um indivíduo é picado por um vírus, não pode mais ser infectado por ele. Ou seja, um indivíduo que contrai a dengue só pode tê-lo 4 vezes. Em termos de classificação, nos referimos ao mesmo tipo de vírus com 4 classificações, que do ponto de vista clínico, são absolutamente iguais, e vão gerar o mesmo quadro. A possibilidade de reincidência da doença é preocupante, caso ocorra um segundo episódio de dengue, os sintomas se manifestam com mais severidade. O avanço do vírus tipo 4 de dengue pelo Brasil, é uma ameaça à saúde pública. Não pelo vírus em si, que não é mais nem menos perigoso que os tipos 1, 2 e 3, mas pela entrada em ação de mais uma variação do microrganismo (FIOCRUZ, 2001).

A abrangência do vírus atinge todas as idades, tendo diferentes manifestações, da febre à dengue hemorrágica (ALEN, 2012). A reincidência da doença, nos mostra a ineficácia das medidas de combate utilizadas pela política pública. A dinâmica da urbanização, por devido à expansão de áreas suburbanas produziu um ambiente urbano mal planejado e segregado, com efeitos graves sobre a qualidade de vida de sua população e aumento de locais propícios à proliferação do mosquito transmissor (JACOBI, 2004).

Em uma comparação usando dados do SINAN, podemos verificar que no período de 10 anos, houve um aumento exorbitante do número de casos e óbitos no Distrito Federal. Este se situa no centro-oeste do país, com a área da unidade territorial (2015) de 5.779,99 km², possuindo uma população estimada de 2.977 habitantes (IBGE, 2016). No Distrito Federal, foram registrados 468 casos de dengue no ano de 2006 e 17.837 casos no ano de 2016 (SINAN,2016). Nesse sentido, esse trabalho teve como o objetivo descrever as principais intervenções governamentais para o controle da dengue na área urbana do Distrito Federal.

METODOLOGIA

Foram usados dados secundários encontrados com as palavras chave: dengue, dados epidemiológicos, óbitos.

As fontes de dados usadas foram: bancos de dados de acesso público, sendo SINAN (Sistema de Informação de Agravos e Notificação), Portal da Saúde, Ministério da Saúde e DATASUS; do ano de 2006 ao ano de 2016. Sabendo que os dados que alimentam esses sistemas, são os informados pelas Unidades de Saúde. Foram usados artigos científicos relacionados a dengue para revisão bibliográfica, artigos disponíveis na Scielo, Pub Med e Bireme.

RESULTADOS

As medidas de combate ao *Aedes aegypti*, englobaram componentes básicos como: saneamento básico, esclarecimento através da educação, comunicação, informação e confronto diretamente ao vetor (TEIXEIRA, 1999).

O componente de saneamento teve como objetivo diminuir criadouros do mosquito, para evitar o armazenamento de água em lugares que serviram para armazenamento; cobertura de recipientes úteis; descarte correto de materiais não recicláveis e resíduos sólidos, sendo assim, é possível a eliminação de criadouros (TEIXEIRA,1999).

Na parte de educação e esclarecimento sobre o assunto, foram citadas as campanhas públicas e comunicação de massa. A adesão da comunidade a campanhas no processo de prevenção, o esclarecimento sobre o assunto nas escolas e associações de moradores são potentes armas capazes de causar as mudanças no comportamento da sociedade em geral (TEIXEIRA,1999).

As informações sobre a endemia foram encontradas no Sistema de Informação

Nacional de Agravos e Notificação (SINAN), sendo preenchidas as fichas que são enviadas ao Ministério da Saúde para alimentação do banco de dados para posterior divulgação (TEIXEIRA, 1999).

Com base nos dados obtidos do SINAN, foram constatados aumento do número de casos de dengue entre 2006 – 2016, sendo que o acesso à informação e as políticas públicas adotadas foram mais intensificadas, o que nos leva a questionar sua eficácia (Gráfico 1).

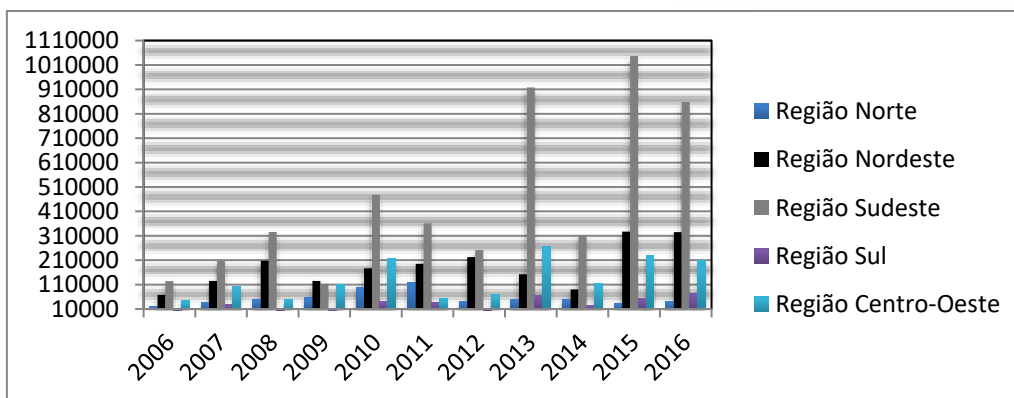


Gráfico 1. A prevalência de dengue nas grandes regiões Brasileira. Casos de Dengue. Brasil, Grandes Regiões, 2006 a 2016. Fonte: SES/SINAN (2017).

O Gráfico 2 mostra que a prevalência da dengue no Distrito Federal aumentou, sendo registrados 468 casos em 2006 e 17.837 casos em 2016.

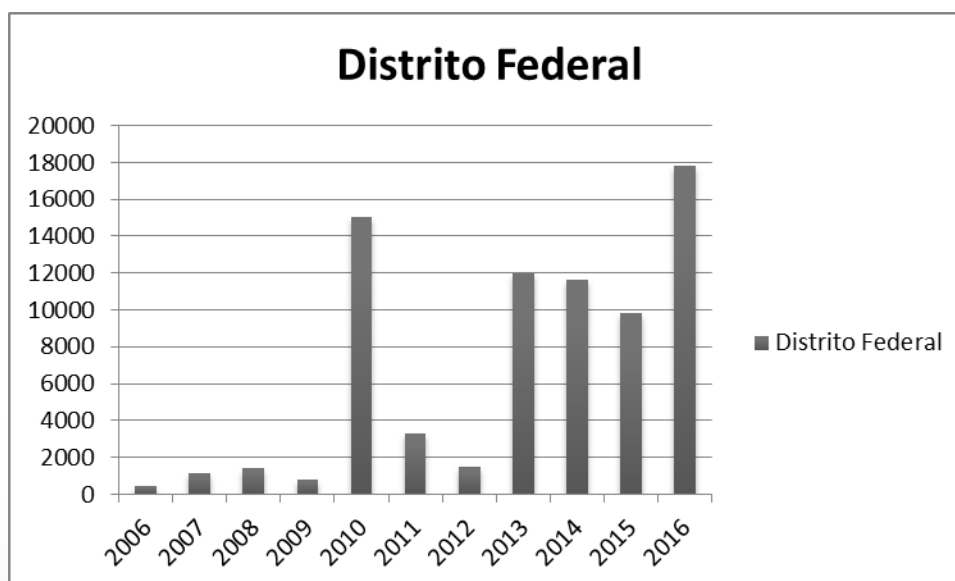


Gráfico 2. Casos de Dengue no Distrito Federal, 2006 a 2016.

Fonte: SES/SINAN (2017).

De acordo com o Boletim Epidemiológico do ano de 2014, as atividades desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, incluíram o repasse em dezembro de 2013, de R\$ 363,4 milhões a todas as secretarias estaduais e municipais do país para execução de medidas de vigilância, prevenção e controle da dengue em 2014.

Esse valor representa 30% do valor anual do Piso Fixo de Vigilância e Promoção à Saúde, repassado para 2014 (R\$ 1,2 bilhão), a distribuição aos estados e municípios, de 100 mil kg de larvicidas, 227 mil litros de adulticida e 10,4 mil kits para diagnóstico, visitas técnicas para assessorar as UFs na elaboração dos planos de contingência da dengue, auxílio na elaboração, além da revisão, dos planos de contingência de enfrentamento das epidemias de dengue e chikungunya das secretarias estaduais de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014.)

No ano de 2015 ocorreu uma variação considerável, passando de 589,1 mil em 2014 para 1,6 milhões em 2015. E associado a isso, surgiu um agravamento da Dengue, o Zika vírus. Uma doença viral aguda ainda pouco conhecida mundialmente, que foi identificado pela primeira vez no Brasil em abril de 2015.

A doença parecia inicialmente apenas uma forma mais branda da dengue, sem maiores consequências nem sequelas, e assintomática em 80% dos casos. Mostrou-se mais preocupante quando no final de 2015, as autoridades públicas de saúde brasileiras comprovaram, pela primeira vez na história, a possível associação entre o contágio de mulheres pelo vírus Zika durante a gravidez e o nascimento de bebês com microcefalia, uma malformação congênita grave em que o cérebro não se desenvolve de maneira adequada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Em contrapartida, o boletim epidemiológico do ano de 2015 demonstrou as atividades desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, entre elas, o repasse adicional, em dezembro de 2014, de R\$ 150.019.037,99 a todas as Secretarias Estaduais e Municipais do país para reforço das atividades de vigilância, prevenção e controle da dengue e da febre de chikungunya em 2015 (Portaria N° 2.757, de 11 de dezembro de 2014), a distribuição, aos estados e municípios, de insumos estratégicos, como inseticidas e kits para diagnóstico, elaboração e divulgação no site da SVS dos Planos de Contingência Nacional de Dengue e Chikungunya, campanha de mobilização e

informação, com a realização do Dia D+1 em 7 de fevereiro, no município de Valparaíso, em Goiás; elaboração do Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika. (Secretaria de Comunicação Social, 2016).

Averiguamos a atuação das políticas públicas de combate à dengue no Brasil, e foi observado um direcionamento dedicado nos diferentes níveis de infestação. Quando a doença recua as ações do governo também recuam. À medida que avançam os casos da doença avançam também as medidas de combate. Nota-se a ausência de uma ação contínua. Essa oscilação gera uma infundada economia dos gastos públicos durante o recuo dos números de casos e traz em decorrência um alto custo econômico durante os picos em níveis epidêmicos.

A intermitência operacional ocasiona ações emergenciais em desvantagens de ações preventivas. Identificamos com isso que a quantidade de agentes e de material é sempre insuficiente. A comunicação em massa com informações para a população, a fim conseguir que a mesma colabore e ajude na prevenção, ocorrem somente quando a situação está em alarme (NEIS et al. 2013).

Observamos um defasado saneamento básico em muitos municípios brasileiros, onde tem ausência de investimentos públicos, deixando parte da população desassistida, ocasionando a proliferação da dengue mais rápida e agressiva nas populações mais vulneráveis. Necessita-se urgência de implantação de uma política de saneamento habitacional mais eficaz, como a regularização do abastecimento de água e tratamento da rede de esgoto (NEIS et al. 2013).

DISCUSSÃO

Os primeiros casos suspeitos de dengue no Distrito Federal ocorreram em 1991, com a confirmação de 29 casos, sendo todos importados de outras Unidades Federadas. Em 1997, foram confirmadas as primeiras cinco infecções autóctones de dengue. Essas transmissões ocorreram no Gama (n=03), Taguatinga (n=01) e Ceilândia (n=01). A partir desse ano, a transmissão da dengue consolidou-se no Distrito Federal, assumindo o padrão endêmico do país. Em relação à febre hemorrágica da dengue (FHD), o primeiro diagnóstico se deu em 1999.

Ao analisar a série histórica da distribuição dos casos de dengue, em todas as formas, por faixa etária, notou-se o predomínio da transmissão no grupo etário de 20-59 anos (72,2%) e uma menor ocorrência entre as crianças (5,6%).

No ano de 2007 Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal registrou no período janeiro a dezembro, 2297 casos suspeitos de dengue, com 646 (28,1%) infecções confirmadas. Dentre as transmissões confirmadas, 336 (52%) ocorreram no DF (autoctonia) e 310 (48%) em outras Unidades Federadas.

Comparando os dados de 2007 com o mesmo período do ano anterior, verificamos um aumento 79,9% entre os casos confirmados e um aumento de 175,4% entre as transmissões autóctones. Os casos de dengue importados, atendidos na rede de saúde do DF, também tiveram um aumento de 36,1% em relação ao mesmo período do ano 2006.

No ano de 2008 a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal registrou de janeiro a dezembro, dados parciais, 3411 casos suspeitos de dengue, com 564 (16,5%) infecções confirmadas. Dentre as transmissões confirmadas, 272 (48,2%) ocorreram no DF (autoctonia) e 292 (51,8%) em outras Unidades Federadas.

Comparando-se os dados de 2008 com o mesmo período do ano anterior, verificou-se um aumento de 43,3% dos casos notificados e uma redução de 20,6% dos casos confirmados. Observamos, também, decréscimo nas variações de casos autóctones (-29,2%) e importados (-10,4%).

Até o dia 31 de dezembro de 2010, fim da 52ª semana epidemiológica, no Distrito Federal, foram inseridos no SINAN/Net, 20.332 casos suspeitos de dengue, em dados parciais.

Durante o ano 2011 foram notificados, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 6864 casos suspeitos de dengue. Um mil quatrocentos e noventa e nove foram confirmados por sorologia, 908 são autóctones (local de infecção no DF) e 591 importados.

Em 2012 foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN online) 3.669 casos suspeitos de dengue e oitocentos e vinte e dois foram confirmados, por exame de laboratório. Foi o menor número desde a epidemia de 2010. Dos casos confirmados 520 são autóctones (local provável de infecção - LPI no DF) e 302 importados. Trinta casos importados estão com local de

infecção em investigação. Em todo o ano foi observado uma redução de 47,5% no número de casos suspeitos notificados, comparado a 2011. Não existiu nenhuma morte confirmada por dengue em 2012. Foram 08 casos de dengue com gravidade. Um de febre hemorrágica da dengue – FHD e 7 de dengue com complicação – DCC.

As cidades do DF, com maior incidência de casos notificados da doença (nº de casos notificados por 100 mil habitantes) foram Estrutural, Planaltina e São Sebastião.

Isto mostrou o fim da epidemia de 2010 e o sucesso das ações de prevenção. Outro aspecto positivo do ano de 2012, para ser comemorado, foi o aumento da participação ativa de outros agentes, além dos profissionais de saúde, nas sete semanas de prevenção, realizadas, e nas outras atividades para sensibilização da população. Todos os números deste Informativo Epidemiológico são parciais.

Em 2013, a dengue apresentou-se como um problema de saúde pública no Brasil e no Distrito Federal. No país, foram mais de 1,4 milhões de casos suspeitos de dengue. A região Centro-Oeste ocupou o 2º lugar no número de casos notificados no país, precedida pela região Sudeste.

No Distrito Federal, a Secretaria de Estado de Saúde (SES) registrou, em 2013, 22.235 casos suspeitos de dengue, sendo 17.890 (80,5%) em residentes no Distrito Federal e 4.345 (19,5%) residentes em outras Unidades Federadas (UF) que foram atendidos pelos serviços de saúde do Distrito Federal. Dos 11.820 casos de dengue confirmados em residentes no Distrito Federal, 58,7% tiveram como local provável de infecção o próprio Distrito Federal. Notou-se que o período de maior ocorrência de casos de dengue foi: março, abril e maio.

Em 2013, a SES implantou em toda rede de saúde o teste rápido para diagnóstico da dengue, com o objetivo de ajudar no diagnóstico clínico e avançar na assistência aos pacientes com dengue.

Em relação ao número de casos graves e óbitos por dengue, ocorridos no Distrito Federal, foram registrados no SINAN, 22 casos de dengue grave e 09 óbitos confirmados.

No ano de 2014 no Distrito Federal, a Secretaria de Estado de Saúde (SES) registrou 19.853 casos suspeitos de dengue até a semana epidemiológica 52. Do total, 17.772 (89,52%) são residentes do Distrito Federal e 2.081 (10,48%) de outros Estados.

Estes números podem estar subdimensionados, pois, os Núcleos de Vigilância Epidemiológica e Imunizações das Coordenações Gerais de Saúde, tiveram dificuldade de acesso ao SINAN – online, para inserir novos casos.

No ano de 2015 no Distrito Federal, a Secretaria de Estado de Saúde (SES) registrou 12.957 casos suspeitos de dengue até a semana epidemiológica 52, a última de 2015, dos quais 12.198 (94%) são residentes do Distrito Federal e 759 (6%) de outras Unidades Federativas. Observou-se em relação a semana epidemiológica 50 um incremento de 253 casos novos registrados como suspeitos.

Dentre os 19.982 casos prováveis de dengue, 17.867 residem no DF e 2.115 residem em outros estados. Em 2016, além do aumento de 74,69% do número de casos prováveis em residentes no DF, observa-se que houve também, uma antecipação do período de maior ocorrência de casos de dengue nos meses de fevereiro e março, quando comparado com 2015, que registrou tal situação nos meses de abril e maio.

Observou-se que a maioria dos casos (55,4%) ocorreram na faixa etária entre 20 e 49 anos, depois em menores de 01 ano até 19 anos (26,2%) e por último acima dos 50 anos (18,4%). Cerca de 3,57% dos casos ocorreram em crianças menores de 5 anos.

Assim, torna-se essencial medidas preventivas e mais consciência da população frente aos agravos da Dengue.

CONCLUSÃO

A reincidência da doença mostra a ineficácia das medidas de combate utilizadas pelas políticas públicas. A dinâmica da urbanização, devido à expansão de áreas suburbanas produziu um ambiente mal planejado e segregado, com efeitos graves sobre a qualidade de vida de sua população e aumento de locais propícios à proliferação do mosquito transmissor (JACOBI, 2004).

Observou-se um defasado saneamento básico em muitos municípios brasileiros, onde tem ausência de investimentos públicos, deixando parte da população desassistida, ocasionando a proliferação da dengue mais rápida e agressiva nas populações mais vulneráveis.

Necessita-se urgência de implantação de uma política de saneamento habitacional mais eficaz, como a regularização do abastecimento de água e tratamento da rede de esgoto. A prevenção e as medidas de combate exigem a participação e a mobilização de toda a comunidade, com a adoção de medidas simples, como evitar o acúmulo de água limpa nas casas, visando à interrupção do ciclo de transmissão e contaminação.

O conhecimento das condições de vida, das prioridades comunitárias, por intermédio da convivência e do diálogo, juntamente com o investimento governamental visando à solução dos problemas de saneamento, parecem caminhos que apontam, para o controle do dengue no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEN, MMF, Schols D. Dengue vírus entry as target for antiviral therapy. *J Trop Med.* 2012; 2012(ID 628475):1-13.

BRASIL – Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Dengue: Diagnóstico e Manejo Clínico. 2. ed. Brasília: Diretoria Técnica de Gestão, 2005. 27 p

BRASIL. Plano Nacional de Controle a Dengue. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde, 2002.

DIAS, LBA, Almeida SCL, Haes TM, Mota LM, Roriz-Filho JS Dengue: transmissão, aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento; 2010.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue. Brasília: Funasa; 2001

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD). Brasília: Funasa; 2002.

FIOCRUZ. Diretrizes para a formulação do plano quadrienal 2001-2005. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2001a

HERRERO LJ, Zakhary A, Gahan ME, Nelson MA, Herring BL, Hapel AJ, et al. Dengue virus therapeutic intervention strategies based on viral, vector and host factors involved in disease pathogenesis. *Pharmacol Ther.* 2013 Feb;137(2):266-82.

HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde - www.hygeia.ig.ufu.br/
ISSN: 1980-1726 A DENGUE NO BRASIL E AS POLÍTICAS DE COMBATE AO Aedes Aegypti: DA TENTATIVA DE ERRADICAÇÃO ÀS POLÍTICAS DE CONTROLE <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/viewFile/16906/9317>

JACOBI, P. Impactos socioambientais urbanos — do risco à busca de sustentabilidade. p. 169-184. In: MENDONÇA, F. de A. (org.). Impactos Socioambientais Urbanos. Curitiba: Ed. da UFPR, 2004.

LEONTISINI, E.; GIL, E.; KENDALL, C.; CLARK, G. G. Effect of a community-based Aedes aegypti control programme on mosquito larval production sites in El Progreso, Honduras. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, n. 87, p. 267-271, 1993.

MENDONÇA, FA, Souza AV, Dutra DA. Saúde pública, urbanização e dengue no Brasil *Sociedade & Natureza, Uberlândia*, 21 (3): 257-269, dez. 2009.

12. MINISTÉRIO DA SAÚDE (2009). Secretaria de Vigilância em Saúde. “Dengue no Brasil”. Informe epidemiológico 17/2009. Monitoramento CGPNCD. Disponível em: <http://www.dengue.org.br/boletimEpidemiologico_n026.pdf>.

NEIS RIBEIRO, A., GASSEN BALSAN, L. y de MOURA G.: "Análise das políticas públicas de combate à dengue", en Contribuciones a las Ciencias Sociales, Abril 2013, www.eumed.net/rev/cccss/24/politicas-publicas-dengue.html

OOGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Mundial da Saúde. Dengue e dengue hemorrágica. Registro Epidemiológico Semanal. 75(24): 193-200, 2000.

OSANAI, CH, Travassos da Rosa AP, Tang AT, do Amaral RS, Passos AD, Tauil PL. Surto de dengue em Boa Vista, Roraima Nota previa. Rev Inst. Med Trop São Paulo 1983; 25(1): 53-4.

PINHEIRO, A.; TRAVASSOS-DA-ROSA, J. F. S. Febres hemorrágicas viróticas: febre hemorrágica do dengue. In: Tratado de infectologia. São Paulo: Atheneu, 1996. cap. 6, p. 258-263.

RANGEL, ML. Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle - propostas inovadoras. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2008;12(25):433-41.

ROCHA, D.C; CÂNDIDO, G. A; DANTAS, R. T. Políticas Públicas para a saúde e o papel da atenção básica de saúde no controle e prevenção da dengue no país. Revista Movimentos Sociais e Dinâmicas Espaciais, Recife, V. 03, N. 02, 2014.

Secretaria de Vigilância em Saúde. Dados e indicadores selecionados. Coordenação: Departamento de Análise de Situação de Saúde, 2003. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

SILVA, Jr JB, Siqueira Jr JB, Coelho GE, Vilarinhos PT, Pimenta Jr FG. Dengue in Brazil: current situation and control activities. Epidemiological Bulletin 2002;23(1):3-6.

SILVA, JS. A dengue no Brasil e as políticas de combate ao aedes aegypti: da tentativa de erradicação às políticas de controle. Hygeia 3(6):163-175, Jun/2008.

SILVA, LB, Soares SM, Fernandes MTO, Aquino AI. Comunicação sazonal sobre a dengue em grupos socioeducativos na atenção primária à saúde. Rev. saúde pública. 2011;45(6):1160-7.

SINAN. Sistema Nacional de Agravos de Notificação - Ministério da saúde/SVS, 2016.

STEPHENSON, JR. Understanding dengue pathogenesis: implications for vaccine design. Bull World Health Organ. 83: 308-314, 2005.

SUCEN. Superintendência de Controle de Endemias. "Controle de vetores e hospedeiros intermediários: dengue" - 2000. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/autarquias/superintendencia-de-controle-de-endemias-sucen>>. Acesso em: 01 maio. 2017.

TEIXEIRA, M.G.L.C. Dengue e Espaços Intra-Urbanos: Dinâmica de Circulação Viral e Efetividade de Ações de Combate Vetorial. 2000. 189 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador.

TEIXEIRA, MG, Barreto ML, Costa Mda C, Ferreira LD, Vasconcelos PF, Cairncross S. Dynamics of dengue vírus circulation: a silent epidemic in a complex urban area. Trop Med Int Health 7: 757-762, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Executive committee of the directing council the regional committee Pan American World Health 120th Meeting CE120/21. Geneva: WHO; 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Dengue [monograph on the Internet]. Geneva: WHO; 2002 [cited 2002 Sept. 18]. Available from: <http://www.who.int/ctd/dengue/burdens.htm>

Perfil epidemiológico das intoxicações medicamentosas no Distrito Federal no período de 2012 a 2016

Epidemiological profile of drug intoxications in the Federal District from 2012 to 2016

Marcelo Luiz da Silva¹, Natasha Sousa Ahmad Amorim¹, Hugo de Farias Ramalho^{2*}

¹ Acadêmicos do Curso de Farmácia - Centro Universitário do Distrito Federal UDF, Brasília, DF

^{2*} Docente do Centro Universitário do Distrito Federal UDF, Brasília, DF

*hugo.ramalho@udf.edu.br

RESUMO:

Introdução: Intoxicações medicamentosas representam a principal causa de intoxicação por agente tóxico exógeno no Brasil e têm apresentado tendência crescente no país. Suas causas possuem caráter multifatorial, partindo de características farmacológicas a problemas de políticas públicas de saúde. **Objetivo:** Avaliar o perfil de intoxicações medicamentosas no Distrito Federal referente ao período de 2012 a 2016. **Métodos:** Método com caráter descritivo, retrospectivo e de corte transversal. Os dados foram obtidos da base de dados do SINITOX. Avaliou-se variáveis associadas aos eventos: agente tóxico e circunstância; e associadas às pessoas: sexo, faixa etária, zona de ocorrência e evolução. **Resultados:** Os resultados mostraram que: houve 6.924 casos ao todo; mais de 35% das intoxicações em todos os anos foram causadas por medicamentos; acidente individual foi a circunstância predominante (58,26%); há predominância do sexo feminino (58,12%); de crianças de 1 a 4 anos (42,84%); da zona urbana (97,13%); e do desfecho cura (79,16%). Ao todo ocorreram 19 óbitos. **Conclusão:** Portanto, intoxicações medicamentosas representam grave problema de saúde pública. A maior parte está associada ao uso indiscriminado de medicamentos. Dessa forma, o desenvolvimento de políticas públicas em saúde e ações na comunidade que promovam o uso racional de medicamentos são ações necessárias na redução desse agravo.

Palavras-chave: intoxicação medicamentosa, autoprescrição, automedicação, SINITOX, CIAT-DF.

ABSTRACT

Introduction: Drug poisonings are the main cause of intoxication by exogenous toxic agent in Brazil and have shown an increasing trend in the country. Its causes are multifactorial, starting from pharmacological characteristics to problems of public health policies. **Objective:** To evaluate the profile of drug intoxications in the Federal District for the period from 2012 to 2016. **Methods:** This study has a descriptive, retrospective and cross-sectional character. Data were obtained from the SINITOX database. Data were obtained from the SINITOX database. Variables associated to the following events were evaluated: toxic agent and circumstance; and associated to people: sex, age, area of occurrence and evolution. **Results:** The results showed that: there were 6,924 cases in all; more than 35% of poisonings in every year were caused by drugs; individual accident was the predominant circumstance (58.26%); there is a predominance of females (58.12%); of children aged 1 to 4 years (42.84%); of the urban area (97.13%); and cure outcome (79.16%). In all, 19 deaths occurred. **Conclusion:** Therefore, drug intoxications represent a serious public health problem. Most are associated with the indiscriminate use of medicines. Thus, the development of public health policies and actions in the community that promote the rational use of medicines are necessary actions in the reduction of this aggravation.

Keywords: drug intoxication, self-prescription, self-medication, SINITOX, CIAT-DF.

INTRODUÇÃO

Um agente tóxico pode ser definido como uma substância química qualquer que possui a capacidade de interagir com o organismo e produzir um efeito tóxico, seja uma alteração funcional ou, ainda, a morte. Ao conjunto de substâncias exógenas que possuem essa característica, é dado o nome de tóxicos ou xenobióticos (MARINHO; PASSAGLI, 2013). Complementarmente, Eaton e Gilbert (2012) classificam os tóxicos em termos de seu estado físico, de sua estabilidade química ou reatividade, da estrutura química geral ou de seu potencial de intoxicação.

Medicamentos representam uma das principais ferramentas terapêuticas no processo de recuperação da saúde do paciente e é definido como um produto farmacêutico, preparado com finalidade profilática, curativa, paliativa e para fins de diagnóstico. Entretanto, seu uso excessivo ou irracional pode causar danos à saúde do paciente e, em casos mais graves, levar a óbito (GONÇALVES et al., 2017). Dessa forma, de acordo com Conner et al. (2014), medicamentos utilizados em terapias farmacológicas estão sujeitos à lei das consequências não pretendidas e podem, portanto, agir como agente tóxico. De forma geral, o espectro de ação dos medicamentos pode resultar em efeitos desejáveis ou indesejáveis, que podem ser leves (efeitos adversos) ou graves (efeitos tóxicos) (**Figura 1**).

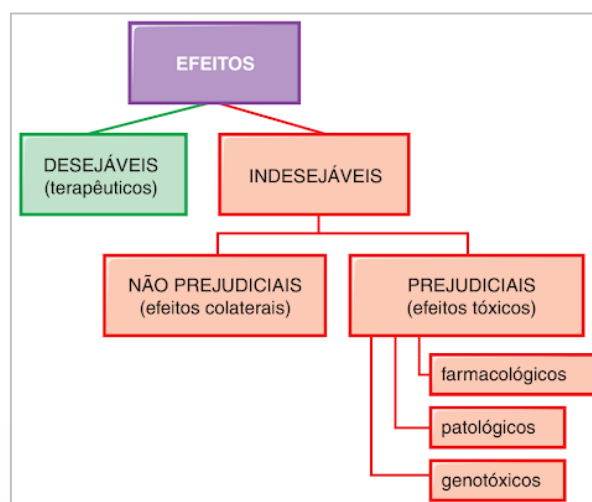


Figura 1. Espectro dos efeitos dos fármacos.
Fonte: (BRUNTON; CHABNER; KNOLLMANN, 2012).

Essa característica dos medicamentos é dependente de certos atributos farmacodinâmicos e farmacocinéticos, como dose ou concentração, propriedades físico-químicas, vias de administração, tempo ou frequência de exposição e susceptibilidade do organismo do indivíduo aos medicamentos (VIEIRA; CAVEIÃO, 2016).

Há também fatores não farmacológicos que influenciam nesse processo: a questão da publicidade em torno de certos medicamentos, problemas relacionados à legislação específica sobre embalagens seguras e frágil desenvolvimento da Assistência Farmacêutica (AF). Todos esses problemas refletem no perfil de uso de medicamentos pela população: autoprescrição, automedicação irresponsável, polifarmácia e uso indiscriminado de medicamento. Além de diferentes circunstâncias que podem levar um indivíduo à intoxicação: erros de administração, exposição profissional ou acidental, abuso, tentativa de suicídio ou de homicídio, entre outras (MOTA et al., 2012 *apud* NÓBREGA et al., 2015).

Nesse sentido, cada fármaco pode ser entendido como um veneno em potencial. Dessa forma, os fatores individuais, ambientais e genéticos irão influenciar no desencadeamento desse potencial. Sua gravidade está diretamente relacionada com a concentração do fármaco no organismo e com o tempo de exposição. A partir disso, Osterhoudt e Penning (2012), classificam os efeitos tóxicos dos medicamentos como farmacológicos, patológicos ou genotóxicos.

A toxicidade farmacológica possui um aspecto de ação previsível sob o parâmetro dose-dependência, no qual o efeito terapêutico do medicamento pode ser elevado a um estado maior – de ansiólise à sedação, da sonolência ao coma, por exemplo. Certos medicamentos quando metabolizados produzem metabólitos que podem ser reativos. Em doses terapêuticas, os eventuais danos que esses metabólitos podem causar são mínimos, porém, com o aumento da dose e da exposição ao medicamento, podem causar sérias lesões no organismo. Essa característica é atribuída à toxicidade patológica. A toxicidade genotóxica (ou efeito genotóxico) está relacionada às lesões que podem ser causadas no ácido desoxirribonucleico (DNA), levando à mutagênese ou

carcinogênese, como ocorre em certos fármacos quimioterápicos contra o câncer.

No Brasil, os dados referentes às intoxicações por agentes tóxicos exógenos, inclusive os medicamentos, são coordenados, compilados, analisados e divulgados pelo Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX). Os dados de origem dos casos e óbitos de intoxicações e envenenamentos são registrados pelos diversos Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATs) do país. Nesse sentido, o SINITOX tem como objetivo principal “funcionar como um sistema sentinela de vigilância para a saúde, no campo das intoxicações e envenenamentos”. Isso permite que subsídios para a tomada de decisão possam ser avaliados por parte das autoridades competentes.

Dessa forma, atuando desde 1980 e coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), o SINITOX surgiu da necessidade de se obter dados a respeito dos agentes tóxicos para elaboração de políticas de prevenção e proteção (BOCHNER, 2013).

Ainda segundo Bochner (2013), a atuação dos CIATs pode diferenciar-se de um centro para outro, de forma que alguns prestam apenas orientação toxicológica de forma não presencial, por telefone, de acordo com a solicitação de profissionais ou da população, enquanto outros prestam assistência toxicológica presencial em serviços hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme demanda das intoxicações. Dados como os riscos das substâncias químicas e biológicas, medidas preventivas, diagnóstico e tratamento são algumas das informações prestadas às autoridades de saúde ou à população em geral.

No Brasil há 36 CIATs distribuídos em 19 unidades federadas os quais são coordenados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Destes, 25 fazem parte da Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica (RENACIAT), criada pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 19 de 2005. No Distrito Federal (DF) há um único CIAT que foi criado em 16 de junho de 2004, por meio do Decreto nº 24.656 e regulamentado em 12 de maio de 2006, por meio da Portaria nº 23. Sua gestão

é feita pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Seu caráter de funcionamento é de 24 horas por dia, no qual os registros das intoxicações são feitos principalmente através de atendimento telefônico de médicos e profissionais da saúde. As orientações também podem ser solicitadas pela população em geral para casos de intoxicação em domicílio (REBELO et al., 2011).

Conforme boletim informativo emitido pelo CIAT-DF em 2011:

Os registros decorrentes dos atendimentos estão disponíveis em relatórios internos da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e são repassados periodicamente ao Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas – SINITOX, responsável pela divulgação das informações específicas em todo o país (p. 01).

Nesse contexto, a informatização dos dados do SINITOX junto a sua publicação para a população e para profissionais da saúde permitiu que vários estudos de perfis epidemiológicos a respeito de intoxicações fossem realizados no país. A partir dos resultados desses estudos, é possível perceber que os medicamentos representam o principal agente tóxico exógeno por trás das intoxicações.

Entre 2013 e 2016, a maior parte das intoxicações medicamentosas estiveram distribuídas na região Sudeste, que possui maior densidade demográfica e, portanto, maior população exposta aos potenciais efeitos tóxicos dos medicamentos, e na região Sul. Nesse período, a região Centro-Oeste representava a terceira região mais afetada em número de casos. Percebe-se também que na maior parte dos casos do país há prevalência em mulheres e em crianças na faixa de 1 a 4 anos de idade. Além disso, tentativas de suicídio, acidentes individuais, erros de administração e uso terapêutico tendem a ser as circunstâncias que mais causam esse agravo. Apesar do alto impacto em número de casos, as intoxicações apresentam menores números de óbitos em comparação com outros agentes tóxicos (RANGEL; FRANCELINO, 2018).

Nesse contexto, o objetivo do presente trabalho foi avaliar o perfil epidemiológico das intoxicações decorrentes do uso de medicamentos no DF no período de 2012 a 2016 a partir de dados disponíveis no SINITOX.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, de corte transversal, que avaliou a ocorrência de casos e óbitos por intoxicações medicamentosas no DF no período de 2012 a 2016, disponibilizadas no SINITOX, cujos dados foram registrados pelo CIAT-DF. Por tratar-se de análise de dados secundários disponíveis publicamente no qual não há divulgação de nomes de pacientes, não houve a necessidade de submissão deste trabalho ao Comitê de Ética, tendo sido também dispensado a apresentação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critérios de inclusão

Foram avaliados apenas casos e óbitos disponibilizados que envolveram intoxicação provenientes de medicamentos considerando apenas o período de 2012 a 2016. Também foi considerado casos e óbitos em que houve mais de um agente tóxico, desde que um deles tenha sido um medicamento e que tenha contribuído com o processo de intoxicação do paciente.

Critérios de exclusão

Não foram analisados casos e óbitos de intoxicações causadas por agentes tóxicos diferentes de medicamentos, ou dados de intoxicação medicamentosa que possuam informações incompletas em relação às variáveis analisadas.

Análise dos dados

A tabulação dos dados da pesquisa foi feita através do software de planilhas Excel® 2019. Nessa ferramenta foram elaborados gráficos (figuras) e tabelas a partir dos dados das variáveis estudadas. Foi utilizado o padrão original do SINITOX de distribuição das variáveis. O coeficiente de letalidade foi calculado a partir da razão entre o número total de óbitos por cada período e variável analisada e o número total de casos registrados de intoxicação medicamentosa no mesmo período e variável. O resultado da razão foi multiplicado por 100 para se obter resultados em percentual (OSORIO-DE-CASTRO et al., 2014).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Variáveis associadas aos eventos (agente tóxico e circunstância)

A Figura 2 mostra o número de intoxicações medicamentosas ocorridas no DF e divulgadas pelo SINITOX para o período estudado. Ao longo dos cinco anos, o CIAT-DF registrou um total de 6.924 casos. Os dados permitem observar uma tendência decrescente no número de casos ao decorrer dos anos. Com exceção de 2013, que apresentou um aumento de 3,68% em relação ao ano anterior, os anos posteriores foram marcados por quedas de 17,19%, 39,68% e 34,83% nos anos 2014, 2015 e 2016, respectivamente, também em relação aos anos anteriores. No SINITOX não há dados registrados para casos ou óbitos posteriores a 2016.

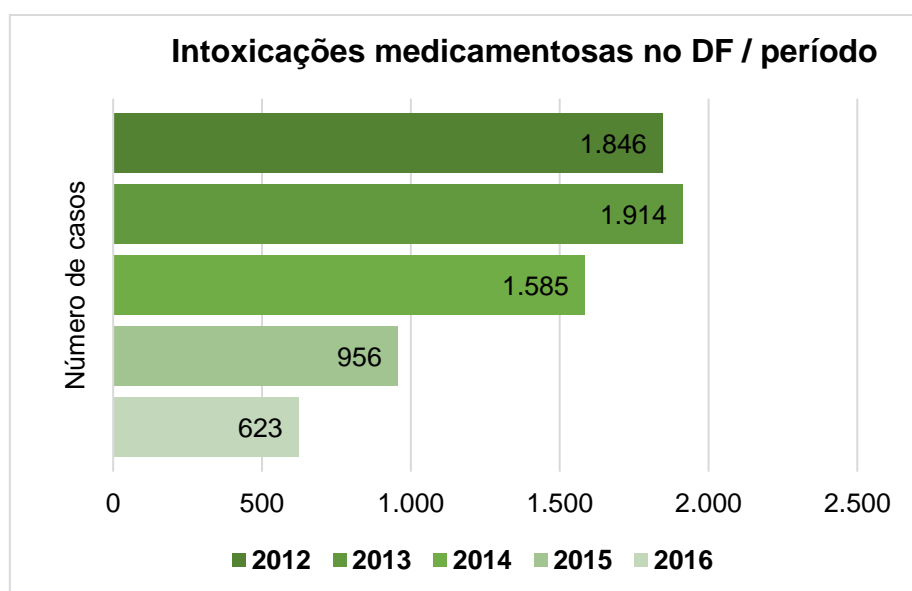


Figura 2. Número de casos de intoxicações medicamentosas no DF no período 2012 a 2016.

Fonte: SINITOX, 2019.

Importante ressaltar que essa redução no número de casos deve ser observada com cuidado, pois, pode não refletir a realidade encontrada na população. Segundo o próprio SINITOX, esses dados não correspondem de forma consistente a totalidade dos casos que ocorreram, uma vez que tanto os registros de intoxicações nos CIATs pela população quanto o repasse dessas informações para o SINITOX são realizados de forma espontânea. Além disso, o SINITOX adverte que houve redução significativa da participação dos CIATs

no levantamento de dados das intoxicações em geral no país, devendo a análise desses ser feita de forma cautelosa. Embora isso limite a pesquisa no quesito fidedignidade à realidade, esses dados ainda se mostram relevantes.

O impacto das intoxicações por medicamentos em relação a outros agentes tóxicos podem ser observados na Figura 3. Em todos os anos da pesquisa os medicamentos representaram mais de 35% dos casos de intoxicação, apresentando um aumento médio de 1,29% a cada ano a partir de 2012. O decréscimo de 1,03% apresentado em 2016 em relação a 2015 pode ser atribuído tanto à diminuição no número de intoxicações medicamentosas nesse ano, quanto a um aumento de 2,72% e de 1,48% nos casos de intoxicação por animais peçonhentos e de produtos químicos industriais, respectivamente.

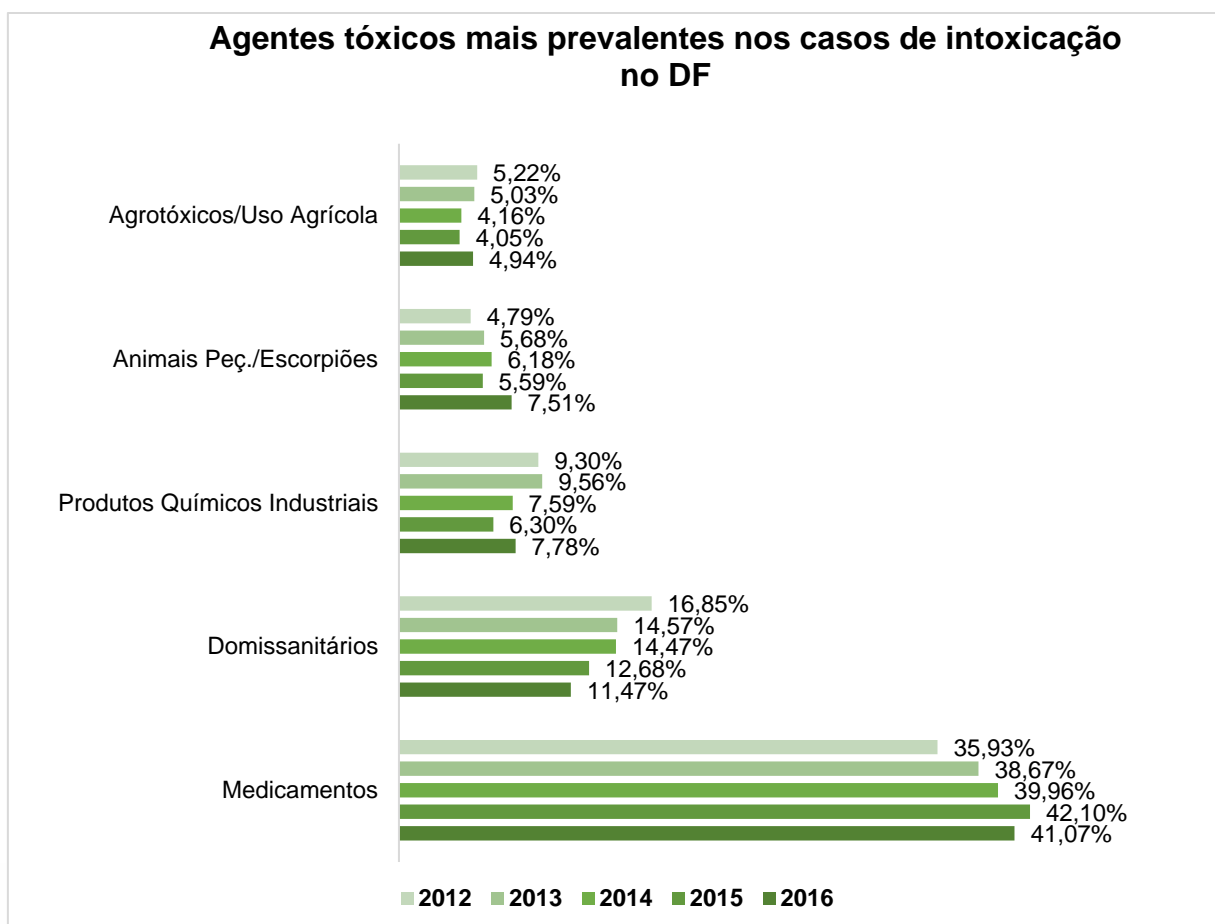


Figura 3. Agentes tóxicos mais recorrentes em casos de intoxicações no DF reportadas ao SINITOX no período de 2012 a 2016.

Fonte: SINITOX, 2019.

A recorrência dos agentes tóxicos encontrados neste estudo são semelhantes aos resultados obtidos por Neves et al. (2012) em estudo sobre as intoxicações no Brasil no período de 1999 a 2008, no qual os medicamentos representaram 28,82% do total de casos de intoxicação em todo o período, seguido dos agrotóxicos (9,71%), domissanitários (9,51%) e dos produtos químicos industriais (5,99%). Os autores ressaltam, ainda, que a magnitude das intoxicações causadas por medicamentos pode ser ainda maior considerando os casos de subnotificações decorrentes da diminuição da participação dos CIATs nos levantamentos do SINITOX.

Em levantamento de casos e óbitos por intoxicação no Brasil no período de 1985 a 2006 feito por Bochner e Souza (2008), foi observado que até 1994, intoxicações por animais peçonhentos representavam o principal agente tóxico causador de hospitalizações e de óbitos. A partir de 1994, os medicamentos tornaram-se o principal agente tóxico nos casos de intoxicação até o último ano da pesquisa (com exceção de 2005, no qual o CIAT de São Paulo não divulgou dados de intoxicação por medicamentos). Observou-se também que os domissanitários passaram a representar uma das principais causas de intoxicação no país a partir de 1996.

O comportamento das intoxicações observadas nesse estudo se reflete no presente estudo, no qual os medicamentos representam o principal agente tóxico responsável pelas intoxicações, evidenciando a questão dos problemas relacionados ao uso de medicamentos caracterizada pelo uso indiscriminado de medicamentos.

A principal circunstância associada aos casos de intoxicação medicamentosa foi referente a acidentes individuais, cujo percentual alcançou 58,26% do total de casos do período estudado (Figura 4). Nesse contexto, o termo acidente é utilizado para designar intoxicações de caráter não intencional e dependente da interação de três fatores: vítima, acesso ao agente tóxico e ambiente (GANDOLFI; ANDRADE, 2006). Essa causa está entre as que mais causam intoxicação em diversos estudos.

Nos resultados de Vieira e Caveião (2016), por exemplo, os acidentes individuais foram responsáveis por 35,15% do total de casos, ficando abaixo

apenas do percentual de tentativas de suicídio (38,05%). Gandolfi e Andrade (2006), por outro lado, relataram os acidentes individuais como a principal circunstância por trás das intoxicações medicamentosas, com 38,8% do total de casos. Os autores relataram ainda que os principais medicamentos envolvidos nessa causa estavam no grupo terapêutico respiratório (15%), analgésicos e anestesia (11,6%) e psiquiatria (10,6%), dos quais os medicamentos mais prevalentes foram o haloperidol, fenilefrina, diclofenaco, etinilestradiol e o fenilpropranolamina.

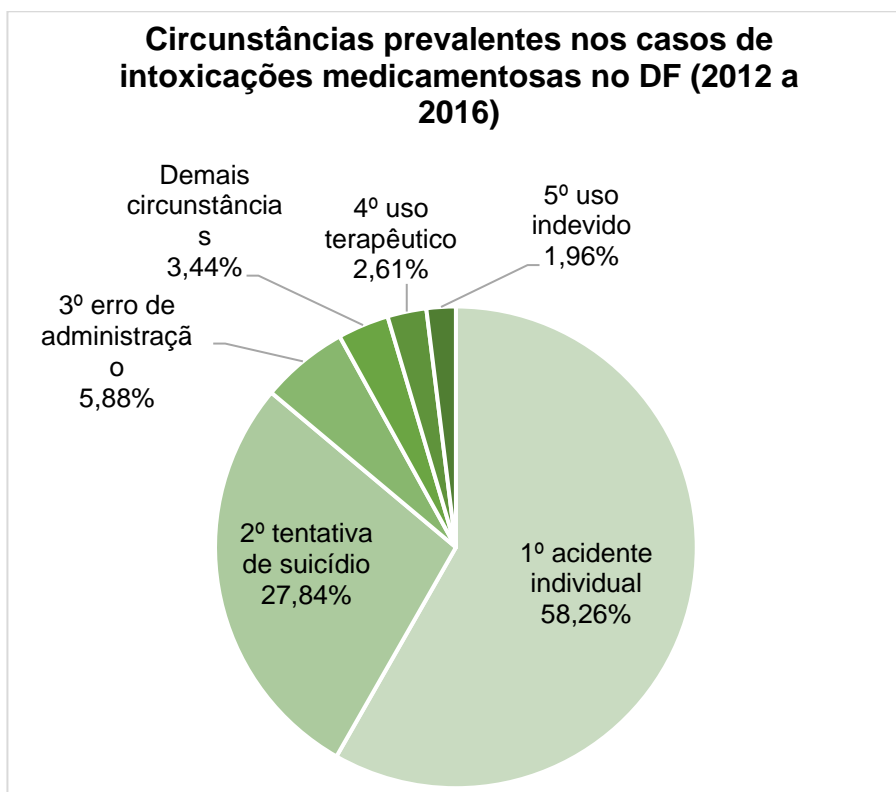


Figura 4. Circunstâncias mais prevalentes nos casos de intoxicação medicamentosa no DF, no período de 2012 a 2016.
 Fonte: SINITOX, 2019.

Os altos índices encontrados nos casos de acidentes individuais tendem a estar diretamente relacionados ao envolvimento de crianças na faixa de 1 a 4 anos de idade, os quais representaram 76,0% das ocorrências no estudo de Gandolfi e Andrade (2006) e 65,0% dos casos no estudo de Vieira e Caveião (2016). Ainda de acordo com esses autores, alguns fatores que contribuem para isso são as características do desenvolvimento infantil, no qual as crianças têm

o hábito de levar vários objetos à boca ou de imitar o comportamento dos adultos, a própria apresentação de medicamentos pediátricos que podem ter sabor agradável e coloração que chame a atenção das crianças, o fácil acesso aos medicamentos no ambiente familiar e os próprios erros de administração por parte dos pais ou responsáveis, como superdosagem, intervalos irregulares na administração e via de administração errada.

Tentativas de suicídio representaram a segunda principal causa de intoxicação no presente estudo, totalizando 27,85% dos casos. Cabe ressaltar que o percentual das intoxicações por essa circunstância apresentou comportamento ascendente ao longo dos anos, partindo de 24,27% em 2012 para 38,84% em 2016. Concomitantemente, intoxicações decorrentes de acidentes individuais diminuíram ao longo do mesmo período, indo de 61,21% em 2012 para 48,96% no último ano da pesquisa.

O impacto das intoxicações medicamentosas causadas por tentativas de suicídio é demonstrado em diversos estudos no país. Em levantamento feito pelo Ministério da Saúde (MS), a intoxicação exógena foi responsável por mais da metade dos casos de tentativas de suicídio notificadas no Brasil entre 2007 e 2016. Dentre os agentes tóxicos, os medicamentos corresponderam a 74,6% das tentativas entre as mulheres e 52,2% entre os homens (BRASIL, 2018). Vieira e Caveião (2016) identificaram a tentativa de suicídio como o principal responsável pelos casos de intoxicação, com 38,05% dos casos. Para Gandolfi e Andrade (2006), foi a segunda causa mais prevalente, com 36,5% dos casos, tendo o fenobarbital, o diazepam, o bromazepam, a carbamazepina e o clonazepam como os cinco medicamentos mais prevalentes.

Erros de administração também apresentaram registro de aumento em todos os anos da pesquisa, indo de 5,63% em 2012 até 7,06% em 2016. O percentual total no período do estudo foi de 5,88%. De acordo com Silva e Santana (2018), o erro de administração consiste em um evento evitável no qual há o uso inadequado do medicamento, esteja este no controle do profissional, do paciente ou do consumidor. Os principais fatores que contribuem para esse processo são geralmente associados à falta de habilidade, segurança ou domínio técnico por parte dos profissionais ou por erros gerados no aprazamento

e no preparo das medicações. Em análise de erros de administração de medicamentos intravenosos em ambiente hospitalar, por exemplo, Silva e Camerini (2012) identificaram o erro mais frequente como sendo a não conferência do medicamento em 96,73% das 367 doses observadas. Em 70,57% das vezes não houve conferência do nome do paciente e 69,75% das doses foram administradas em horários errados.

Uso terapêutico representou 2,61% do total de casos, com diminuição de 3,36% para 1,61% em 2012 e 2016, respectivamente. Demais circunstâncias apresentaram, cada uma, percentual abaixo de 2% em todos os anos da pesquisa e em relação ao total dos casos. Juntas, representaram 3,44% do total de casos. Dentre elas, acidente coletivo, tentativa de aborto e violência/homicídio não apresentaram nenhum registro em todo o período avaliado.

Variáveis associadas às pessoas (sexo, faixa etária, zona de ocorrência e evolução)

Em relação ao sexo, as mulheres foram as mais acometidas em todos os anos da pesquisa. Seu percentual total alcançou 58,12% dos casos, índice que se manteve constante entre 2012 e 2015, com aumento no último ano da pesquisa, chegando a 62,44% dos casos de 2016. No mesmo ano, foi registrado um menor número de casos em homens (37,08%), e seu percentual em relação ao total dos casos ficou em 41,80%. Casos que constam como ignorado tiveram resultados pouco expressivos (0,09%) em relação ao total e abaixo de 0,5% em todos os anos da pesquisa. Os dados podem ser observados na Figura 5.

A predominância de mulheres nos casos de intoxicação é uma característica demonstrada em vários estudos no país. Mendes e Pereira (2017), por exemplo, identificaram predominância de mulheres em casos de intoxicação medicamentosa entre 2007 e 2011 em todas as regiões do Brasil. Resultados semelhantes são encontrados por Vieira e Caveião (2016), no qual 60,8% dos casos envolveram mulheres e no estudo realizado por Teles et al. (2013) esse percentual foi de 51,6%.

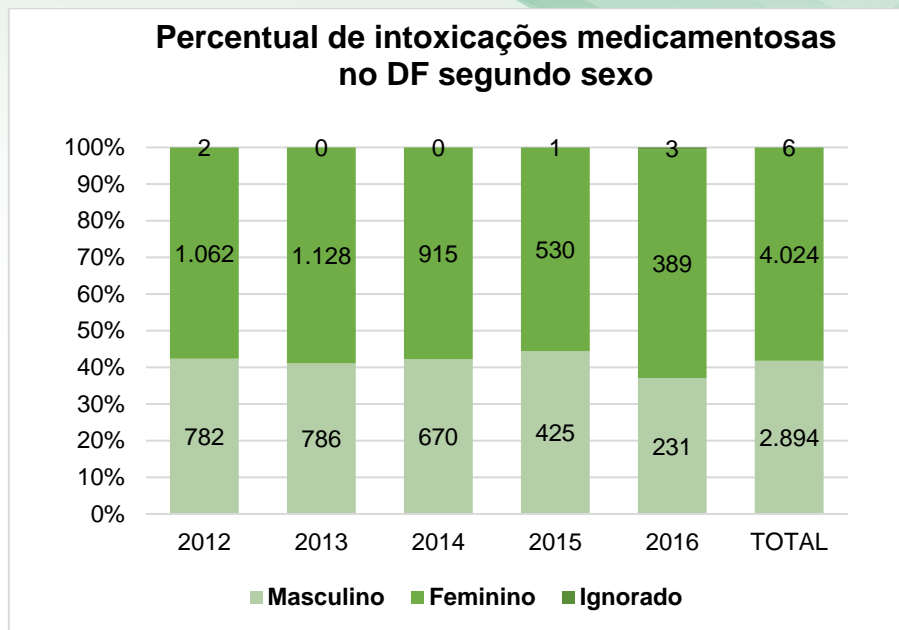


Figura 5. Percentual das intoxicações medicamentosas segundo sexo no DF no período de 2012 a 2016.

Fonte: SINITOX, 2019.

Existem vários fatores sociais e biológicos responsáveis pela predominância de mulheres. A tendência em automedicação é uma característica observada precocemente em nelas, partindo dos 15 anos e se estendendo até a terceira idade (BISPO et al., 2017). Além disso, em casa, elas tendem a utilizar e a se responsabilizar pelo armazenamento dos medicamentos. Em geral, se preocupam mais com a saúde, muitas vezes por questões fisiológicas tendo, portanto, maior necessidade do uso de medicamentos, tornando-as mais expostas aos potenciais efeitos tóxicos destes (RANGEL; FRANCELINO, 2018).

Além disso, mulheres têm participação considerável nos casos de intoxicação intencional. Ribeiro et al. (2018) constataram em estudo de análise de tendência temporal de tentativas de suicídio que houve incidência de 10,3 tentativas de autoextermínio a cada 100.000 habitantes por ano em mulheres contra 2,0 a cada 100.000 habitantes por ano no sexo masculino. Ou seja, mulheres tentaram 5,1 vezes mais suicídio do que homens através da ingestão de medicamentos. Da mesma forma, mulheres protagonizaram três quartos das tentativas de suicídio no estudo de Vieira e Caveião (2016).

Mulheres também tendem a ser mais reincidentes nas tentativas de suicídio ao passo que homens morrem mais devido a mesma causa. O que pode ser atribuído aos meios aos quais cada gênero realiza a tentativa de autoextermínio. Em homens, por exemplo, é maior o percentual de casos e óbitos envolvendo armas de fogo e enforcamento. Mulheres, por outro lado, geralmente procuram meios mais brandos que se caracterizam pela maior facilidade de acesso, como no caso de medicamentos e outros agentes tóxicos (BRASIL, 2017; VIEIRA; SANTANA. SUCHARA., 2015). Todos esses fatores ajudam a entender as circunstâncias que levam as mulheres a apresentarem percentuais superiores em diversos estudos.

A Figura 6 retrata o número de casos registrados distribuídos de acordo com faixa etária que varia entre menores de um até maiores de 80 anos. Percebe-se que crianças de 1 a 4 anos protagonizaram a maior parte das intoxicações, alcançando 42,84% do total de casos. Se for considerado todas as crianças menores de 10 anos, esse percentual sobe para 55,95%, indicando uma prevalência de crianças nos casos de intoxicações medicamentosas.

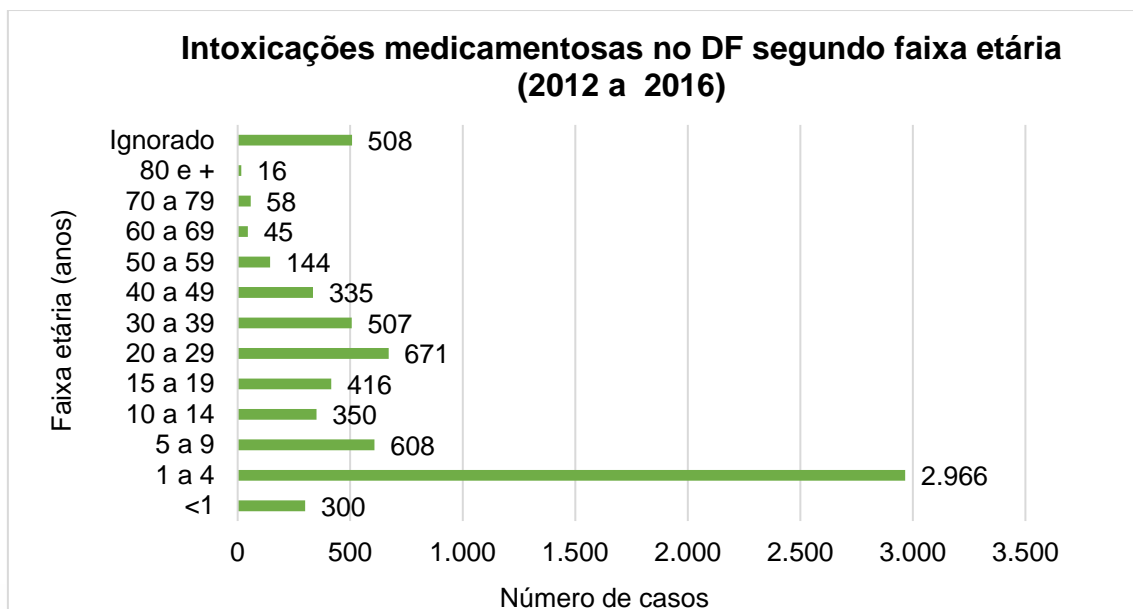


Figura 6. Distribuição dos casos de intoxicação no DF entre 2012 e 2016 conforme faixa etária.

Fonte: SINITOX, 2019.

A segunda faixa mais acometida foi a de 20 a 29 anos, com 9,69% dos casos. Juntas, as faixas de 15 a 39 anos representaram 23,02%. Importante ressaltar que, embora todas as faixas abaixo de 29 anos tenham apresentado percentuais consistentes entre os anos de 2012 e 2015, não foi registrado nenhum caso para cada uma dessas faixas em 2016. Isso não necessariamente indica uma diminuição no número de casos para essas faixas, mas sim perda de informação. Crianças de 1 a 4 anos, por exemplo, representaram 47,67% dos casos de 2012 e 0,0% em 2016. Concomitantemente, casos registrados como ignorado, cuja média entre 2012 e 2015 foi de apenas 0,32%, representaram 79,13% dos casos de 2016, indicando uma perda de dados relevantes para a caracterização das intoxicações medicamentosas segundo faixa etária. As faixas envolvidas entre 40 até maiores de 80 anos foram responsáveis por 8,64% juntas. Considerando-se apenas os idosos (pessoas maiores de 60 anos) esse percentual diminuiu ainda mais, representando 1,72% dos casos.

Apesar da prevalência de crianças, foi observado que a faixa de 1 a 4 apresentou redução em seu percentual, partindo de 47,67% em 2012 para 43,62% em 2015. No mesmo período, a faixa de 20 a 29 registrou aumento de 8,23% para 13,39%. As faixas de 30 a 39 e 50 a 59 também registraram aumento que se estenderam até 2016. As demais faixas apresentaram comportamento oscilante entre os anos.

A predominância de crianças entre 1 e 4 anos encontrada neste estudo é consistente com resultados encontrados por outros autores. Vieira e Caveião (2016), por exemplo, relataram que 35% dos casos ocorreu nessa faixa. Para Mendes e Pereira (2017), crianças nessa faixa foram as mais afetadas e nos resultados de Bortoletto e Bochner (1999) o percentual foi de 33%. Conforme discutido nas circunstâncias por trás das intoxicações medicamentosas, o alto número de crianças nesses estudos está diretamente associado a eventos de acidentes individuais, dos quais elas tendem a ser a faixa mais afetada.

O próprio comportamento das crianças de levar diferentes objetos encontrados à boca associado a um local de fácil acesso aos medicamentos no ambiente familiar representam um dos principais fatores que contribuem para essa estatística. Uma das medidas legislativas encontradas com objetivo de

diminuir os índices desses casos está disposto no Projeto de Lei (PL) nº 4.841 de 1994, que determina a utilização de Embalagem Especial de Proteção à Criança (EEPC) em medicamentos e produtos químicos de uso doméstico que apresentem potencial risco à saúde. Porém, desde sua apresentação, esse PL se encontra em tramitação aguardando aprovação (BRASIL, 1994).

A segunda população mais atingida pelas intoxicações medicamentosas foi a de adolescentes e jovens nas faixas entre 15 e 39 anos (23,02%). A alta expressividade dessa população está potencialmente ligada aos casos de tentativas de suicídio, que são predominantes em jovens e representam a quarta maior causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil e a segunda no mundo (BRASIL, 2017). Tais resultados são consistentes com estudos de Vieira, Santana e Suchara (2015), no qual 81% dos casos de tentativa de suicídio referiram-se a adultos entre 20 e 59 anos, onde medicamentos tendem a ser o agente tóxico prevalente, o que é justificado pela maior facilidade de acesso em relação a outros meios. Para Vieira e Caveião (2016), a população entre 20 e 29 anos foi a segunda mais acometida pelas intoxicações, ficando com 15% do total de casos. Além disso, os autores também encontraram correlação entre tentativas de suicídio por medicamentos e a população jovem-adulta, principalmente entre mulheres. Cabe ressaltar que casos de tentativas de suicídio só passaram a ter notificação compulsória a partir de 2014, com a Portaria GM/MS nº 1.271 de 2014. Essa notificação se dá em caráter imediato, ou seja, realizada em até 24 horas a partir do conhecimento da ocorrência do agravo e visa o acionamento da rede de vigilância, prevenção e assistência, encaminhamento do paciente a um serviço de saúde mental e adoção de medidas terapêuticas adequadas (BRASIL, 2014; MS, 2017).

Embora idosos tenham apresentado menor expressividade nos resultados deste estudo, é importante ressaltar que a maior parte dos eventos associados a medicamentos e consequentes intoxicações nesse grupo podem estar relacionadas às próprias características fisiológicas dessa população, junto a seu perfil de consumo de medicamentos. Polifarmácia, automedicação irresponsável, desconhecimento da posologia, dieta, uso de álcool ou tabaco e órgãos com funcionalidades comprometidas, como fígado e rins, são alguns dos

fatores que podem favorecer o processo de intoxicação em idosos (SANTOS et al. 2015).

A questão da polifarmácia no idoso é observada em estudo feito por Omomo e Betchold (2011), no qual 18,5% das famílias visitadas por agentes comunitários de saúde caracterizaram-se como população de risco, apresentando uma média de idade de 66,25 para mulheres e 62,68 para homens. Essas famílias eram constituídas de pelo menos um indivíduo usuário de cinco ou mais medicamentos por dia, dos quais 61,2% eram mulheres.

Além disso, a média do número de comprimidos por família por dia nas famílias de risco foi de 9,24 ao passo que nas famílias em geral a média foi de apenas 3,06. Os autores também relataram que dentre 13 palestras aplicadas a 100 pessoas acerca de aspectos dos medicamentos como, por exemplo, intoxicações medicamentosas e como evitá-las, 98% das pessoas acharam as informações fornecidas importantes; 94% se sentiu mais orientada a respeito do uso de medicamentos e 98% achou importante a realização de trabalho sobre o uso racional de medicamentos.

A distribuição da zona de ocorrência dos casos pode ser observada na Figura 7. A maioria dos casos ocorreu em zona urbana (97,13% do total). Esse índice se manteve muito próximo à média entre os anos do período estudado, que foi de 97,14%, indicando uma taxa constante de eventos envolvendo essa zona. A zona rural foi responsável por apenas 2,46% do total de casos e casos que constam ignorado ficaram em apenas 0,42%. A grande diferença entre essas proporções é facilmente explicada pela própria característica demográfica do DF, cuja população total era de 2.570.160 habitantes em 2010, dos quais apenas 87.950 (3,42%) correspondiam à população residente na área rural, segundo dados do censo demográfico de 2010 do IBGE. Além disso, o DF registrou redução no contingente dessa população ao longo dos anos, com predominância de homens adultos e cada vez menos jovens (IBGE, 2010; CODEPLAN, 2017).

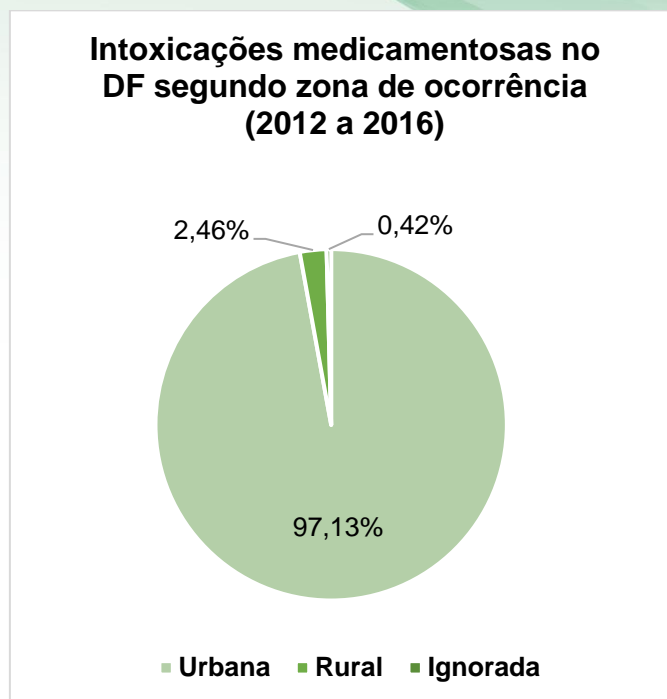


Figura 7. Distribuição dos casos de intoxicação por medicamentos segundo zona de ocorrência no período de 2012 a 2016.
 Fonte: SINITOX, 2019.

As evoluções clínicas dos casos registrados estão dispostas na Figura 8. É possível observar que houve predominância de evolução para cura (79,16%) e para cura não confirmada (16,28%), que juntos correspondem a 95,44% do total de casos. Casos resultantes em sequelas foram 0,45% ao passo que óbitos foram 0,27%. Registros que constam como “outro” e “ignorado” representam juntos 3,77% dos casos, indicando pequena perda de dados na caracterização do desfecho.

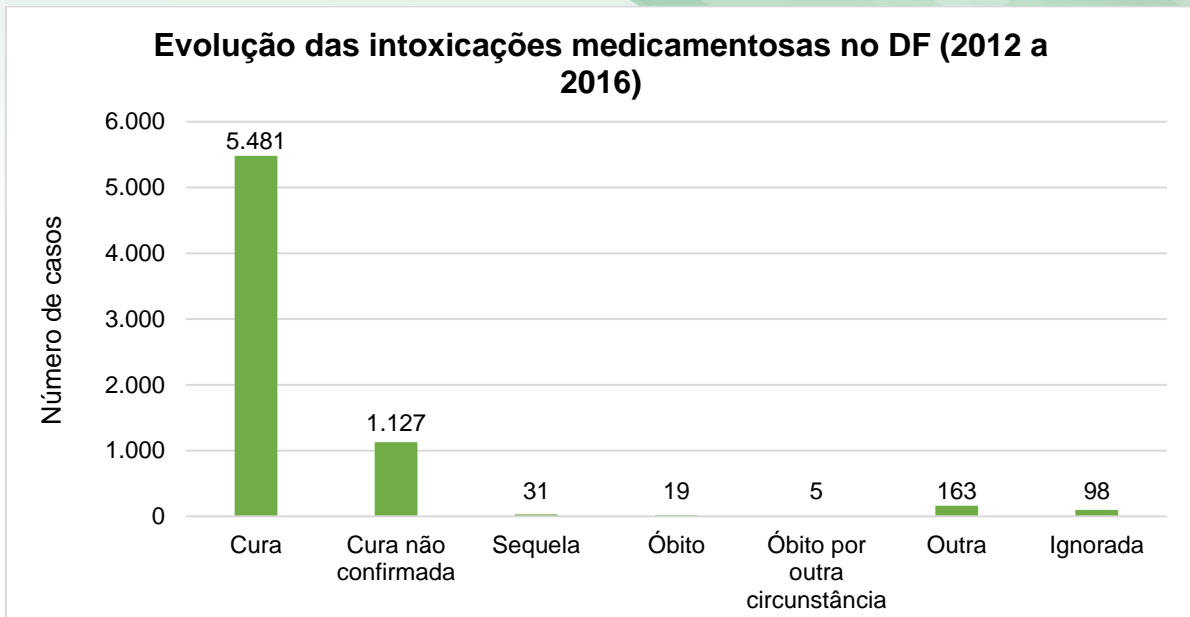


Figura 8. Evolução dos casos de intoxicação medicamentosa no DF no período de 2012 a 2016.

Fonte: SINITOX, 2019.

Para que haja redução no número de sequelas e complicações resultantes das intoxicações, o primeiro atendimento tem primordial importância. Quando o processo de intoxicação acontece ou é esperado, o tratamento consiste em um conjunto de três ações principais: manter as funções fisiológicas vitais do indivíduo; reduzir ou prevenir a absorção e aumentar a eliminação com o objetivo de diminuir a concentração tissular do tóxico; e combater os efeitos tóxicos nos locais efetores. A identificação de síndromes tóxicas também é de suma importância na sobrevivência do paciente intoxicado. A depender da forma que ocorreu a exposição ou a intoxicação, diferentes procedimentos de desintoxicação podem ser tomados como, por exemplo, esvaziamento gástrico, adsorção da substância (administração de carvão ativado), irrigação intestinal total, antídotos específicos, alcalinização da urina, entre outros. (OSTERHOUDT; PENNING, 2012).

Óbitos relacionados às intoxicações medicamentosas

Em todo o período avaliado houve um total de 19 óbitos decorrentes de intoxicação medicamentosa. A Tabela 1 mostra o número de óbitos, a frequência relativa e o coeficiente de letalidade de acordo com certos conjuntos de variáveis. Dessa forma, é possível perceber que embora o número de casos dessas

intoxicações tenha apresentado redução significativa nos registros do SINITOX, o coeficiente de letalidade indica um decréscimo menor ao longo dos anos, com destaque nos dois últimos anos, cujos coeficientes se mantiveram praticamente constantes. O único ano em que não houve registros de óbitos no SINITOX foi em 2013.

Tabela 1. Número de óbitos e coeficiente de letalidade das intoxicações medicamentosas no DF no período de 2012 a 2016.

| Variáveis | Número de óbitos | Frequência (%) | Coeficiente de letalidade (%) |
|----------------------------|------------------|----------------|-------------------------------|
| Ano | | | |
| 2012 | 8 | 42,11 | 0,43 |
| 2013 | - | 0,00 | - |
| 2014 | 6 | 31,58 | 0,38 |
| 2015 | 3 | 15,79 | 0,31 |
| 2016 | 2 | 10,53 | 0,32 |
| Total | 19 | 100,00 | 0,27 |
| Sexo | | | |
| Masculino | 10 | 52,63 | 0,35 |
| Feminino | 9 | 47,37 | 0,22 |
| Total | 19 | 100 | 0,27 |
| Faixa etária (anos) | | | |
| <1 | 1 | 5,26 | 0,33 |
| 05 a 09 | 1 | 5,26 | 0,16 |
| 20 a 29 | 7 | 36,84 | 1,04 |
| 30 a 39 | 6 | 31,58 | 1,18 |
| 40 a 49 | 2 | 10,58 | 0,60 |
| 60 a 69 | 1 | 5,26 | 2,22 |
| 70 a 79 | 1 | 5,26 | 1,72 |
| Total | 19 | 100 | 0,27 |
| Circunstância | | | |
| Acidente individual | 4 | 21,05 | 0,10 |
| Suicídio | 12 | 63,16 | 0,62 |
| Uso indevido | 1 | 5,26 | 0,74 |
| Ignorada | 2 | 10,53 | 5,71 |
| Total | 19 | 100 | 0,27 |

Fonte: SINITOX, 2019.

Quando se observa o número de óbitos entre sexo masculino e feminino, infere-se que a distribuição dos 19 óbitos entre ambos foi semelhante: 52,63% e 47,37%, respectivamente. Porém, o coeficiente de letalidade indica que as intoxicações foram mais letais em homens (0,35%) em comparação com

mulheres (0,22%). Observando os óbitos em relação à faixa etária, percebe-se que a faixa entre 20 e 39 anos foi responsável por 68,42% do total de óbitos. Além disso, as tentativas de suicídio resultaram em 63,16% dos óbitos em todo o período.

Dessa forma, é possível que haja uma relação entre maior letalidade encontrada para homens, jovens-adultos e suicídio como causa, uma vez que o suicídio representa a terceira maior causa de óbitos no Brasil em homens entre 15 e 29 anos e a oitava para as mulheres da mesma faixa (BRASIL, 2017).

Segundo Vieira, Santana e Suchara (2015), o suicídio não consolidado é mais comum entre as mulheres pela baixa prevalência de alcoolismo nessa população, além de questões ligadas à religiosidade e atitudes mais flexíveis em relação às aptidões sociais e ao desempenho de papéis durante a vida. Outro fator relevante é o reconhecimento precoce de sinais de depressão, de tendência suicida, de doença mental e maior busca por ajuda em momentos de crise.

Embora crianças de 1 a 4 anos tenham figurado a maior parte dos casos de intoxicação, não houve registro de óbitos no SINITOX para essa faixa etária. Para as faixas menores de um ano e crianças de 5 a 9, foi observado que cada uma representou 5,26% do total de óbitos. Entretanto, maior coeficiente de letalidade foi observado naquelas menores de um ano (0,33%) e baixa letalidade nas de 5 a 9 (0,16%). Maior número de óbitos foi observado em jovens e adultos entre 20 e 49 anos, que protagonizaram 78,95% dos óbitos. Apesar disso, o coeficiente de letalidade indicou que as faixas mais vulneráveis foram os idosos de 60 a 69 e 70 a 79, cujos coeficientes foram 2,22% e 1,72%, respectivamente.

Em relação às circunstâncias envolvidas nos óbitos é importante ressaltar que houve perda de informação significativa para construção dos indicadores, uma vez que 2 óbitos, que correspondem a 10,53%, foram registrados como “ignorado”. O coeficiente de 5,71% encontrado para essa circunstância se deve pelo baixo número de casos notificados como “ignorado”: foram apenas 35 dentre os 6.924 casos.

Suicídio representou a circunstância com maior número de óbitos registrados no período analisado. Seu percentual correspondeu a 63,16% dos casos e coeficiente de 0,62%, indicando uma alta letalidade. Medidas que visam

diminuir o número de óbitos já estão sendo tomadas, uma vez que o Brasil é signatário do Plano de Ação em Saúde Mental 2013-2020, lançado em 2013 pela Organização das Nações Unidas (ONU) que visa a redução da taxa de suicídio em 10% até 2020, além de elaboração, planejamento e investimento de políticas públicas em saúde mental (OPAS, 2018).

O número de óbitos por acidente individual foi o segundo maior, representando 21,05% do total, porém, foi o menor coeficiente identificado (0,10%) dentre as circunstâncias. Paralelamente, o menor registro de óbitos foi para uso indevido, que obteve o segundo maior coeficiente de letalidade (0,74%), atrás apenas dos casos registrados como “ignorado”. Dessa forma, os resultados indicam que homens, idosos e suicídio representaram variáveis no qual as intoxicações por medicamentos mostraram-se potencialmente mais letais.

CONCLUSÃO

As intoxicações por medicamentos representam um grave problema de saúde pública no DF e no Brasil. Parte significativa dessas intoxicações são causadas pelo uso indiscriminado de medicamentos sendo, portanto, evitáveis. Para isso, é necessário o desenvolvimento, o planejamento e a integração entre diversas políticas de saúde – saúde mental, saúde da mulher, do homem, do idoso e das crianças, com foco na redução do impacto negativo dos medicamentos e promoção de seu uso racional.

O desenvolvimento da AF e da Atenção Farmacêutica são essenciais nesse processo, junto à presença do farmacêutico em atividades desenvolvidas na comunidade, como palestras e orientações relacionadas ao uso de medicamentos. Além disso, é necessário a redução no número de casos de subnotificação com a maior participação dos CIATs no repasse de informações ao banco de dados do SINITOX, uma vez que este se mostrou uma importante ferramenta na avaliação das intoxicações no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, G. F. de. **Perfil epidemiológico das intoxicações por medicamentos em Campina Grande**. 2015. 34f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2015.

BOCHNER, Rosany. Informação sobre intoxicações e envenenamentos para a gestão do SUS: um panorama do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas–SINITOX. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 7, n. 2, 2013.

BOCHNER, Rosany; SOUZA, Victor Mendes Fiscina Araújo de. Panorama das Intoxicações e Envenenamentos Registrados no Brasil pelo Sistema Nacional de Informações (Tóxico-Farmacológicas SINITOX). **Revista Racine**, São Paulo, v. 18, p. 44-58, 2008.

BORTOLETTO, Maria Élide; BOCHNER, Rosany. Impacto dos medicamentos nas intoxicações humanas no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, p. 859-869, 1999.

BRASIL, Câmara dos Deputados. PL 4841/1994 **Determina a utilização de Embalagem Especial de Proteção à Criança - EEPC em medicamentos e produtos químicos de uso doméstico que apresentem potencial de risco à saúde.**, [S. I.], 30 nov. 1994. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=21166>. Acesso em: 30 abr. 2019.

BRASIL. Decreto nº 24.656, de 16 de junho de 2004. **SINJ-DF**, Brasília-DF, p. 1-1, 17 jun. 2004. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/SINJ/Norma/44972/Decreto_24656_16_06_2004.html. Acesso em: 17 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 1271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 2014.

BRASIL. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. **Ministério da Saúde**, [S. I.], 2017. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2019.

BRASIL. Portaria nº 23, de 12 de maio de 2006. **SINJ-DF**, Brasília-DF, p. 1-1, 13 maio 2006. Disponível em: http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Norma/52904/Portaria_23_12_05_2006.html. Acesso em: 17 abr. 2019.

BRASIL. **Novos dados reforçam a importância da prevenção do suicídio.** [S. l.], 20 set. 2018. Disponível em: <http://portalmms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44404-novos-dados-reforcaram-a-importancia-da-prevencao-do-suicidio>. Acesso em: 30 abr. 2019.

BRUNTON, Laurence L.; CHABNER, Bruce. A.; KNOLLMANN, Björn C. As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman & Gilman. 12ª ed. São Paulo: **Artmed**, 2012.

CARVALHO, Aline Fernandes de. **Perfil epidemiológico dos casos de intoxicação por medicamentos registrados Centro de Informação e Assistência Toxicológica do Distrito Federal entre 2011 e 2016.** 2017. 75p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) – Universidade de Brasília, Brasília-DF, 2017.

CIAT-DF. Informativo semestral sobre Intoxicações Exógenas. **Boletim epidemiológico**, Brasília-DF, p. 1-5, 15 jul. 2011. Disponível em: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbmVjaWF0YnJhc2lsaWF8Z3g6OTk1MjE2ODM2ZWVjODIm>. Acesso em: 15 abr. 2019.

CODEPLAN, **Companhia de planejamento do distrito federal. Atlas do Distrito Federal 2017.**, Brasília-DF, p. 78-78. 2017. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/Atlas-do-Distrito-Federal-2017.pdf>. Acesso em: 1 maio 2019.

CONNER; Michael; DORIAN-CONNER, Catherine; GREEN, Laura; ARMSTRONG, Sarah; TANIGUCHI; Cullen; TASHJIAN JR, Armen; GOLAN, David. Toxicidade dos Fármacos. In: GOLAN, David E.; TASHJIAN JR., Armen H.; ARMSTRONG, Ehrin J.; ARMSTRONG, April W. **Princípios de farmacologia: a base fisiopatológica da farmacoterapia.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

EATON; GILBERT. Princípios de Toxicologia. In: KLAASEN, C. D.; WATKINS, J. B. Fundamentos em toxicologia de Casarett e Doull. **Porto Alegre:** AMGH, 2012. p. 7.

GANDOLFI, Eliane; ANDRADE, Maria da Graça Garcia. Eventos toxicológicos relacionados a medicamentos no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 1056-1064, 2006.

GONÇALVES, Claudiana Aguiar; GONÇALVES, Cleide Avilar; SANTOS, Valdeir Areia; SARTURI, Leandro; JUNIOR, André Tomaz. Intoxicação medicamentosa. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v. 8, n. 1, p. 135-143, 2017.

IBGE. **Sinopse do censo demográfico 2010 - Distrito Federal**. [S. l.], 2010. Disponível em: <http://www.cff.org.br/noticia.php?id=3821https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=27&uf=53>. Acesso em: 23 abr. 2019.

MARINHO, Pablo Alves; PASSAGLI, Marcos F. Toxicologia Forense-Teoria e Prática. **Revista Brasileira de Criminalística**, v. 2, n. 1, p. 1-1, 2013.

MENDES, Lucas Alves; PEREIRA, Boscolli Barbosa. Intoxicações por medicamentos no Brasil registradas pelo SINITOX entre 2007 e 2011. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 5, n. 2, p. 165-170, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada – Portaria GM/MS nº 1271/2014 e SINAN versão 5.0**. [S. l.], 20 nov. 2017. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/acidentes-e-violencias/41893-notificacao-de-violencia-interpessoal-autoprovo-cada-portaria-gm-ms-n-1271-2014-e-sinan-versao-5-0>. Acesso em: 3 maio 2019.

MOTA, Daniel Marques; MELO, José Romério Rabelo; FREITAS, Daniel Roberto Coradi de; MACHADO, Márcio. Perfil da mortalidade por intoxicação com medicamentos no Brasil, 1996-2005: retrato de uma década. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 1, p. 61-70, 2012.

NEVES, Mariana; SILVESTRO, Elessandra Maria; KLIPEL, Patrícia Martins; FILHO, Mário dos Anjos Neto. Perfil da intoxicação no Brasil, no período entre os anos de 1999 e 2008. **UNINGÁ Review**, v. 11, n. 1, 2012.

NÓBREGA, Hayanne Oliveira; COSTA, Aleska Maria Pereira; MARIZ, Saulo Rios; FOOK, Sayonara Maria Lia. Intoxicações por Medicamentos: Uma Revisão Sistemática com Abordagem nas Síndromes Tóxicas. **Revista Saúde & Ciência Online**, v. 4, n. 2, p. 109-119, 2015.

OMOMO, Fabio Tetsuo; BECHTOLD, Tiago Michels. Atuação da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no uso racional de medicamentos em Rio Fortuna, em Santa Catarina. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 6, n. 21, p. 257-263, 2011.

OPAS, Organização Pan-Americana de Saúde. **Saúde mental: é necessário aumentar recursos em todo o mundo para atingir metas globais**. [S. l.], 6 jun. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5694:saude-mental-e-necessario-aumentar-recursos-em-todo-o-mundo-para-atingir-metas-globais&Itemid=839. Acesso em: 2 maio 2019.

OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa; LUIZA; Vera Lúcia; CASTILHO; Selma Rodrigues de; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; JARAMILO, Nelly Marin. **Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2014.

OSTERHOUDT, K. C.; PENNING, T. M. Chapter 4. Drug toxicity and poisoning. **Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics**. 12nd ed. New York: McGraw-Hill, 2011.

RANGEL, Nayara Landim; FRANCELINO, Eudiana Vale. Caracterização do Perfil das Intoxicações Medicamentosas no Brasil, durante 2013 a 2016. **Id on Line revista de psicologia**, v. 12, n. 42, p. 121-135, 2018.

REBELO, Fernanda Maciel; CALDAS, Eloísa Dutra; HELIODORO, Viviane de Oliveira; REBELO, Rafaela Maciel. Intoxicação por agrotóxicos no Distrito Federal, Brasil, de 2004 a 2007-análise da notificação ao Centro de Informação e Assistência Toxicológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3493-3502, 2011.

RIBEIRO, Nilva Maria; CASTRO, Sybelle de Souza; SCATENA, Lúcia Marina; HAAS, Vanderlei José. Análise da tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 2, 2018.

SANTOS, Táciia Thamires; CAVALCANTE, Greycielle Alexandre; FRANÇA, Cristiane Silva; SILVA, André dos Santos. **Intoxicação Medicamentosa na Terceira Idade: Uma Vulnerabilidade?** 2015.

SILVA, Lolita Dopico da; CAMERINI, Flavia Giron. Análise da administração de medicamentos intravenosos em hospital da rede sentinela. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 633-641, 2012.

SILVA, Marcelo Flávio Batista; SANTANA, Jefferson. Erros na administração de medicamentos pelos profissionais de enfermagem. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 47, n. 4, p. 146-154, 2018.

SINITOX. **Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas**. Rio de Janeiro, [ca. 2019]. Disponível em: <https://sinitox.icict.fiocruz.br>. Acesso em: 6 fev. 2019.

TELES, Amanda dos Santos; OLIVEIRA, Renata Freitas de Araújo; COELHO, Thereza Christina Bahia; RIBEIRO, Graziela Vinhas; MENDES, Waldenize Maria Lima; SANTOS, Pedro Nascimento Prates. Papel dos medicamentos nas intoxicações causadas por agentes químicos em município da Bahia, no período de 2007 a 2010. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 34, n. 2, p. 281-288, 2013.

VIEIRA, Daniel Malingre; CAVEIÃO, Cristiano. Perfil das intoxicações medicamentosas no estado de São Paulo no período de 1999 a 2012 na perspectiva da vigilância sanitária. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 9, n. 5, p. 119-141, 2016.

VIEIRA, Leticia Pereira; SANTANA, Vivian Tallita Pinheiro de; SUCHARA, Eliane Aparecida. Caracterização de tentativas de suicídios por substâncias exógenas. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, 2015.

Relação entre força de preensão manual e (AVD's) em idosos

Relation between hand grip strength and activities of daily living in elderly

Alexandre de Medeiros Farias¹, Heitor Silva Andrade¹, Lucas Pereira de Souza¹
Henrique Lima Ribeiro²

¹ Acadêmicos do Curso de Educação Física - Centro Universitário do Distrito Federal UDF, Brasília, DF

² Professor Orientador - Centro Universitário do Distrito Federal UDF, Brasília, DF

RESUMO:

Introdução: O envelhecimento é um processo influenciado por fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais. Atualmente há um crescimento exponencial no número de idosos no Brasil em decorrência de uma melhor qualidade da vida. **Objetivo:** Identificar por meio de uma revisão bibliográfica a relação entre a força de preensão manual e atividades da vida diária em idosos. **Métodos:** A base de dados utilizada foi BVS, SciELO, PubMed e LILACS. Os critérios de inclusão adotados foram a utilização de artigos e livros que abordam os seguintes temas: atividades da vida diária, força de preensão manual e força muscular, tendo os indivíduos idosos como participantes. **Resultados:** Os resultados deste estudo sugerem que a análise da força de preensão manual é um importante aliado no auxílio da manutenção das atividades da vida diária de idosos. **Conclusão:** Considerando que a força de preensão manual é um preditor de mortalidade e está associada a doenças crônicas, sugere-se a criação de programas de atividade física com idosos que sejam direcionados à manutenção/aumento da força. Estudos de acompanhamento da capacidade de força são sugeridos para fortalecer ainda mais a relação da mesma com as AVD's em idosos.

Palavras-chave: Força muscular, Idosos, Força de preensão manual, Atividades da vida diária.

ABSTRACT:

Introduction: Aging is a process influenced by biological, psychological, social and environmental factors. Currently there is an exponential growth in the number of elderly in Brazil due to a better quality of life. **Objective:** To describe, through a bibliographic review, a relation between hand grip strength and activities of daily living in elderly. **Methods:** based on BVS, SciELO, PubMed and LILACS. The inclusion criteria have been articles and books with the topics dealing with: activities of daily living, handgrip strength and muscular strength, having the elderly individuals as participant. **Results:** The results of this study suggest, that analysis of handgrip strength is an important allied in maintaining of the activities of daily living in the elderly. **Conclusion:** Considering that handgrip strength is a predictor of mortality and is associated with chronic diseases, it is suggested to create physical activity programs with the elderly that are aimed at maintaining/increasing strength. Follow-up studies of strength capacity are suggested to further strengthen its relationship with AVD's in the elderly.

Keywords: Muscle strength, Elderly, Hand grip strength, Activities of daily.

* Prof. Henrique Lima Ribeiro/ hribeiro@udf.edu.br (Orientador)

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo influenciado por fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais. Atualmente há um crescimento exponencial no número de idosos no Brasil em decorrência de uma melhor qualidade da vida e da diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade que acabam por influenciar um desenvolvimento nas áreas econômicas, de saneamento básico, de saúde pública, alimentícias, e conseqüentemente o aumento na expectativa da vida.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), mostrou que cerca de 400 milhões de pessoas com 60 anos ou mais viviam nos países em desenvolvimento. Entre 1950 e 2000 houve um aumento de 70% da população de idosos no Brasil, sobrecarregando as demandas sobre essa população. Estima-se que esse número aumente para aproximadamente 840 milhões em 2025, representando 70% das pessoas idosas do mundo (RAMOS et al., 1987).

Com o passar dos anos, é possível observar um decréscimo de força e massa muscular (sarcopenia), nesse aspecto, analisando a população idosa, é importante pensar que essa disfunção contribui para uma menor força muscular, prejudicando diretamente o desempenho, aumentando o nível de quedas, dependência física e como consequência o aumento da mortalidade. É importante salientar que homens apresentam perda muscular superior às mulheres, porém essa perda é mais intensa nestas, devido a menor proporção de massa muscular (MARTIN et al., 2012).

Para Ferreira et al., (2012), com o avanço da idade cronológica e da sarcopenia, há um comprometimento da capacidade funcional tendo em vista que esta avalia o desempenho das atividades básicas da vida diária, também chamadas de atividades de autocuidado, sendo um importante indicador do estado de saúde do idoso e seu declínio está associado à mortalidade neste grupo etário. Pinto et al., (2016), explicam que as atividades da vida diária (AVDs) estão ligadas ao autocuidado do indivíduo, como alimentar-se, banhar-se e vestir-se.

Por fim, toda perda da função otimizada dos músculos está intimamente relacionada à incapacidade funcional, que causa prejuízos na locomoção além de retardar reações de equilíbrio. Dessa forma, avaliar a força muscular é de extrema

importância para que os idosos continuem realizando suas atividades da vida diária (AVDs).

Assim, o objetivo do estudo foi identificar por meio de uma revisão bibliográfica a relação da força de preensão manual e as atividades da vida diária em idosos.

REFERENCIAL TEÓRICO

Envelhecimento

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu que nos países desenvolvidos, é considerado idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos, enquanto nos países em desenvolvimento, 60 anos ou mais. Recentemente, foi noticiado pela mídia que médicos italianos alteraram de 65 para 75 anos a idade a partir da qual uma pessoa é considerada idosa, uma vez que consideram o conceito de velhice aos 65 anos ultrapassado (ANSA, 2018). No Brasil, o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, foi criado para regular e assegurar os direitos às pessoas com idade superior a 60 anos.

Neste sentido, o número de idosos está cada vez maior numa perspectiva global, e o Brasil acompanha todo esse aumento. Conforme Catusso (2005), dados fornecidos pela Organização Mundial de Saúde apontam que o Brasil ocupará a sexta maior população idosa do mundo até o ano de 2025, com cerca de 32 milhões de pessoas com idade superior a 60 anos.

Lima et al., (2003), afirmam que alguns fatores como o envelhecimento populacional rápido e intenso, o baixo nível socioeconômico e educacional, e a alta prevalência de doenças crônicas causadoras de limitações funcionais e de incapacidades entre os idosos brasileiros justificam a preocupação com a incapacidade como assunto de saúde pública. Conforme Ferreira et al., (2010), o processo de envelhecimento produz uma redução da capacidade de adaptação do indivíduo ao ambiente em decorrência das diversas alterações no corpo e metabolismo humano e de acordo com Faustino et al., (2014), a capacidade funcional do idoso é de suma importância para a avaliação da saúde dessa população.

Dessa forma, Buurman et al., (2011), detalham que, banhar-se, vestir-se, usar o banheiro, alimentar-se e transferir-se, são consideradas atividades básicas da vida

diária (ABVD) de autocuidado, sendo um importante indicador de funcionalidade dos idosos.

Para Guccione, (2000), no processo de envelhecimento ocorrem alterações na composição corporal, como aumento de massa de gordura e diminuição de massa muscular (sarcopenia). Corroborando com esta ideia, Cruz et al., (2010), afirmam que esta disfunção caracteriza-se como uma diminuição progressiva e generalizada de massa muscular esquelética com risco para a incapacidade funcional sendo considerada fator determinante para a perda de força muscular.

Conforme Roth et al., (2000), a inatividade física, a unidade motora remodelada, a nivelação de hormônio diminuído e a diminuição da síntese de proteína, são fatores responsáveis pelo desenvolvimento da sarcopenia. Para Rebelatto e Morelli (2004), no decorrer do tempo as fibras do tipo II ou de contração rápida diminuem em número e volume e as fibras do tipo I ou de contração lenta também diminuem, mas em menor proporção que as primeiras. Esse acontecimento talvez seja a explicação para a menor agilidade que é observada nos movimentos do idoso.

Para complementar o que foi dito anteriormente, Carvalho e Soares (2004) e Wu et al., (2009), indicam que por volta dos 30 anos a força muscular máxima é alcançada, se mantendo mais ou menos estável até os 50 anos de idade, a partir da qual tem início o seu declínio. Entre os 50 e os 70 anos as pessoas perdem aproximadamente 15% a 30% da força muscular a cada 10 anos.

Para tanto, Assumpção et al., (2008), avaliam que a autonomia, bem-estar e qualidade da vida dos idosos são influenciados pela diminuição da força e da potência do músculo. Para Reis (2003), uma forma acessível de avaliação da força muscular seria através da força de preensão manual, uma vez que algumas das atividades básicas da vida diária (ABVD) dependem direta ou indiretamente da mesma para serem executadas com boa funcionalidade.

Força de preensão manual

A força de preensão manual (FPM) é utilizada como parâmetro na prática clínica na qual desempenha um papel importante no controle de processos de reabilitação, na avaliação e tratamento de desordens musculoesqueléticas da mão e na avaliação de pessoas com patologias neurológicas, sendo útil ainda, na área

esportiva, na reabilitação ocupacional, em testes de admissão em diversos tipos de trabalhos e na ergonomia (DIAS et al., 2010).

A FPM tem sido investigada, principalmente, por meio da medição da força isométrica máxima que pode ser exercida sobre um dinamômetro, em alguns padrões de empunhadura ou pegada. A preensão (power grip), conhecida como palmar é a mais referenciada na literatura, origina-se do termo grasp, que significa apertar um objeto cilíndrico. Nesse tipo de pegada existe a inibição da ação do polegar (DIAS et al., 2010).

Segundo Novaes et al., (2009), a dinamometria manual é um método muito aplicado no qual ajuda na identificação de alterações metabólicas nos músculos, como por exemplo, a redução da atividade do complexo mitocondrial, levando a uma menor produção de energia gerada pelas células e conseqüentemente a uma menor capacidade do músculo em gerar força. No mesmo estudo a FPM, obteve correlações com o peso corporal e a estatura, concluindo que o maior peso corporal e estatura dos homens contribuem para uma grande área de secção transversa levando a uma maior força. Também foi discutida a questão da idade relacionada à força de preensão, conforme a idade avança a FPM diminui, uma explicação é a de que há uma substituição parcial das fibras musculares pelo tecido fibrogorduroso havendo uma redução da ativação das unidades motoras, acontece principalmente nos sedentários, estes apresentam uma diminuição de quase 40% de massa muscular levando a uma menor FPM.

Indivíduos com baixo índice de massa muscular apresentam força de preensão manual reduzida, estudos como os de Martin et al., (2012), reforçam essa ideia explicando que a perda de massa muscular está associada à morte de motoneurônios, redução de células e também à baixa produção de hormônios, tais como testosterona e GH, fora o fator da inatividade. Com base nesse estudo, o pico de força ocorre entre os 20 e 40 anos de idade e com o passar do tempo há o declínio de força, principalmente na força isométrica, tal declínio está intimamente ligado à redução do peso.

Um dos resultados apresentados nesse estudo que fala sobre a correlação entre estudo nutricional e força de preensão palmar em idosos, foi de que os valores da força de preensão palmar diminuem de acordo com a redução do IMC, ou seja, os

homens idosos desnutridos apresentaram força de preensão palmar menor que a dos idosos obesos, mostrando mais uma relação entre composição corporal e força de preensão.

Rebelatto et al., (2007), explica que, avaliar a força muscular é importante para que consigamos compreender sobre o risco de quedas, além de, inferir que pessoas com pouca força nas mãos apresentam fraqueza em outros grupos musculares, foi discutido também que a maioria da população estudada era sedentária, logo concluindo que idosos sedentários podem apresentar menor força de preensão acarretando em fraqueza muscular o que leva ao aumento de quedas.

No estudo de Pereira et al., (2015), realizado com homens brasileiros idosos foi observado que, os grupos de maior massa muscular obtiveram maior nível de força comparado com os grupos de menor massa. Por isso a importância de avaliar a composição corporal junto à força de preensão em homens idosos, pois os resultados podem ajudar a indicar futuros problemas. Outro achado do mesmo estudo foi que os níveis de força de preensão manual não dependem apenas do peso magro, mas também do percentual de gordura, no entanto foi discutido sobre o excesso de gordura, e este fato remete a uma má condição de saúde na qual indica alterações lipídicas, hipertensão, hiperinsulinemia, entre vários outros fatores, tais como doenças cardiovasculares e diabetes tipo 2, por exemplo.

De acordo com a American Society of Hand Therapists (ASHT) a força de preensão manual (FPM) é muito utilizada para indicar a força muscular de todo o corpo, a mesma está relacionada com as variáveis de fragilidade. Estudo que investigou a perda de força de preensão manual em 157 idosos longevos, teve como resultado que a FPM está associada às variáveis idade e índice de massa corporal.

No estudo de Lenardt et al., (2016), os resultados demonstraram que o número de idosos com FPM reduzida é expressamente diminuída, o percentual foi de 48,8% mais do que o dobro do encontrado no estudo de Costa e Neri, (2011) apresentando apenas 20,5%. Foi discutido no estudo de Lenardt et al., (2013), que os idosos na faixa etária de 60 a 69 anos apresentaram FPM diminuída, e esse percentual aumentou conforme a idade aumentou. Ou seja, a FPM é inversamente proporcional à idade. Foi achado também que a porcentagem de idosos com FPM diminuída relacionada a quedas é maior do que os que apresentaram FPM normal.

Riviati et al., (2017), expõe resultados interessantes e explica que alguns fatores de risco na redução de FPM como a desnutrição e aumento da idade corroborando com o estudo de Martin et al., (2012), e Lenardt et al., (2013), também foi achado que a força de preensão manual teve seu declínio a partir dos 50 anos de idade, podendo ter também como fator o tipo de fibra, o processo de contração muscular e fatores genéticos. No entanto, o estudo afirmou que com o passar dos anos há um decréscimo na fibra muscular tipo II, esta desenvolve um importante papel no metabolismo anaeróbio e acredita-se que seja o principal mecanismo para iniciar a força muscular.

Para melhorar a FPM é indicado o treinamento resistido, este gera ganhos de força muscular, equilíbrio, melhora da capacidade funcional, além de aumentar o índice de massa muscular e reduzir o percentual de gordura, conseqüentemente aumentar a FPM. De acordo com Dias et al., (2006), uma das formas de intervenção que tem demonstrado grande eficiência, melhora da aptidão física e independência de idosos, é a pratica do treinamento com pesos. O ACSM (2018), afirma que esta atividade em idosos promove aumento da força, da massa muscular e da flexibilidade. É recomendado que o treinamento desse grupo seja específico, priorizando os princípios da individualidade e especificidade.

Vale acrescentar que resultados como os encontrados no estudo de Lenardt et al., (2016), evidenciam que o valor médio da FPM dos idosos longevos, idosos com 80 anos ou mais, e esse valor foi significativamente maior em homens quando comparado a mulheres e isso é explicado pelo fato dos homens apresentarem maior reserva de massa muscular. Alguns estudos evidenciam que redução progressiva na massa muscular na terceira idade está relacionada com incapacidade física, mobilidade e mortalidade, ou seja, tudo isso contribui para a dificuldade em realizar as atividades da vida diária (AVDs). Por isso a importância dos profissionais da saúde identificar essas alterações funcionais e musculares nos idosos, principalmente nos longevos, estes são mais frágeis.

Atividades de vida diária (AVDs) e Força

As AVDs são atividades de autocuidado que um indivíduo necessita realizar em seu cotidiano podendo se dividir em atividades básicas da vida diária (ABVDs) e atividades instrumentais da vida diária (AIVDs). As ABVDs são tarefas relacionadas a se vestir, utilizar o banheiro, se alimentar, comunicação, já as AIVDs são aquelas utilizadas na administração do ambiente e participação social dos indivíduos, entre essas atividades instrumentais estão, fazer compras, preparar refeições, utilizar medicamentos, limpar a casa, controlar finanças e utilizar meios de transporte (COSTA et al., 2002; FABRÍCIO e RODRIGUES., 2006; DEL DUCA et al., 2009).

Algumas características como menor independência nas atividades básicas da vida diária, vestir-se, tomar banho e continência podem ser consideradas complexas, por exigir que o sujeito utilize grande coordenação, possua bom equilíbrio, boa destreza, além de amplitude de movimento e força muscular sendo esta de extrema importância no que se refere às atividades da vida diária (PEREIRA et al., 2017).

A força é muito solicitada em nossa rotina diária, seja para levantar do sofá, agachar para pegar algum objeto, sentar sem risco de cair ou manusear talheres para comer logo, têm grande influência e um importante papel na realização das AVDs. Com a perda da força e massa muscular durante o processo de envelhecimento, o rendimento nas atividades da vida diária acaba diminuindo e com isso a autonomia do idoso também diminui.

Grande parte da perda de força muscular ocorre nos membros inferiores visto que a população idosa passa maior parte do seu tempo em sua residência se limitando ao pequeno espaço para movimentar-se e assim sem exercitar os membros inferiores, diminuindo a velocidade com que caminham, equilíbrio e destreza em subir e descer escadas, afetando sua capacidade funcional ao realizar atividades da vida diária (SANTOS e JUNIOR, 2008).

A capacidade de realizar as atividades da vida diária determina o grau de dependência dos sujeitos, se possuem ou não capacidade funcional, que segundo Costa et al., (2002), é a habilidade do indivíduo em realizar essas tarefas para cuidar de si, de maneira independente, sem a ajuda de outros. Para Parahyba e Veras, (2008), a limitação da capacidade funcional pode ser avaliada por meio da dificuldade

ou solicitação de auxílio em atividades básicas, complexas e de cuidados pessoais necessárias para se viver de maneira independente. Andreotti e Okuma, (1999), observaram que a capacidade de realizar as atividades da vida diária de forma independente é um dos elementos que determinam a expectativa da vida ativa ou saudável.

Conforme o estudo de Pereira et al., (2015), realizado com idosos brasileiros do sexo masculino, apenas um grupo mostrou resultados para força de preensão manual acima da normalidade e somente na mão esquerda, esse grupo era o que possuía maior massa muscular e menor percentual de gordura corporal. A força de preensão manual está intimamente ligada às atividades da vida diária, no desempenho de tarefas como segurar um copo de água, corrimão de escadas ou apoios de ônibus, atividades de cuidado pessoal, como escovar os dentes e pentear os cabelos e demonstrando um bom desempenho nessas atividades o idoso se torna independente funcionalmente (WAGNER et al., 2014).

METODOLOGIA

Para a presente revisão, foram utilizados artigos publicados entre 1999 e 2019 nas bases de dados, BVS, SciELO, PubMed e LILACS, além do uso de livros referentes ao assunto proposto. Foram utilizadas as palavras-chave: força muscular e idosos (elderly strength), força de preensão manual e idosos (elderly hand grip strength), idosos e sarcopenia (elderly sarcopenia), idosos e atividades da vida diária (elderly activities of daily living), envelhecimento (Old age), exercício físico e idosos (elderly physical exercise).

Critérios de inclusão: Foram incluídos artigos e livros que abordam as seguintes temáticas: atividades da vida diária, força de preensão manual e força muscular, tendo como participantes indivíduos idosos.

Critérios de exclusão: Foram excluídos estudos cujos participantes tinham menos de 60 anos, foram diagnosticados com incapacidades físicas, de compreensão, de resposta e que faziam uso contínuo de antidepressivos, hipnóticos e sedativos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dados crescentes em estado cronológico vêm evidenciando toda a importância e o ganho significativo do uso da força, Fernandes et al., (2012), esclarecem que a força apresenta uma relação curvilínea com a idade, atinge um pico expressivo na terceira década de vida e uma diminuição progressiva após a quinta década, é possível justificar todo esse mecanismo pela redução do número e tamanho das fibras musculares, principalmente as do tipo II (fibras de contração rápida que produz grande quantidade de força).

Para Sayer et al., (2008), a perda de força muscular com o passar dos anos vem sendo associada com o aumento da imponderação de incapacidade funcional. Epidemiologicamente, estudos têm destacado que a força de preensão manual é o mais útil marcador de fragilidade em relação à idade cronológica, e é frequentemente usado para caracterizar a força muscular global. A FPM é também considerada um excelente indicador de força global, funcionalidade e preditor de mortalidade. (NORMAN et al., 2011).

É possível explicar que, alguns fatores como a desnutrição e o aumento da idade são considerados riscos para o idoso que tenha força de preensão manual reduzida. Destaca-se que a diminuição de massa magra nos idosos leva a uma menor FPM, assim como esta é inversamente proporcional à idade (RIVIATI et al., 2017).

Outros estudos como o de Novaes et al., (2009), expõem correlações entre o peso corporal e a estatura, o que pode gerar o aumento nessas variáveis no homem idoso e contribuir para uma grande área de secção transversa, aumentando a força. Conforme a idade avança a FPM diminui devido à substituição parcial das fibras musculares pelo tecido fibrogorduroso, havendo uma redução da ativação das unidades motoras, principalmente nos sedentários, que apresentam uma diminuição de quase 40% de massa muscular.

Na relevância de todos os pressupostos, vale salientar que é muito importante a análise da composição corporal junto à FPM em idosos, pois os resultados podem indicar futuros problemas. Os níveis de força não dependem apenas do peso magro, mas também do percentual de gordura. Idosos com pouca força nas mãos apresentam fraqueza não só nos membros superiores, mas também nos membros inferiores. A maioria dos idosos que apresentam FPM reduzida são sedentários o que acarreta em

fraqueza muscular e aumento de quedas (PEREIRA et al., 2015 e REBELATTO et al., 2007).

Fatores como a dominância lateral, parecem intervir diretamente na medida de preensão manual. Estudos mostram que, em relação ao pico de força máxima, a mão dominante possui melhor desempenho, no entanto, fadiga mais rapidamente, independente do sexo (NICOLAY e WALKER, 2005).

Assim, a avaliação da função muscular em pessoas idosas é fundamental para identificar riscos de incapacidade devido à déficits musculoesqueléticos e iniciar intervenções a fim de diminuir a perda de força (BAUMGARTNER, 2000).

CONCLUSÃO

Considerando que a FPM é um preditor de mortalidade e está associada a doenças crônicas, sugere-se a criação de programas de atividade física com idosos que sejam direcionados à manutenção/aumento da força de preensão manual e que outros estudos sejam realizados, utilizando, além da força de preensão manual, outras medidas de força conjuntamente, com o intuito de proporcionar melhorias na capacidade de realizar as atividades da vida diária de forma independente, aumentando a expectativa de vida ativa ou saudável desta população.

Além disso, estudos de acompanhamento da capacidade de força são sugeridos para fortalecer ainda mais a relação da mesma com as AVDs em idosos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDREOTTI, Rosana Aparecida; OKUMA, Silene Sumire. Validação de uma bateria de testes de atividades da vida diária para idosos fisicamente independentes. **Rev. paul. Educ. fís.**, v. 13, n. 1, p. 46-66, 1999.

ANSA. **Itália muda conceito de idoso para 75 anos**. Roma, IT. Disponível em: <http://ansabrasil.com.br/brasil/noticias/italianos/noticias/2018/11/30/italia-muda-conceito-de-idoso-para-75-anos_b7d631f2-61bf-49f7-89f8-3deba9d2bdec.html> Acesso em: 20 mar. 2019.

ARROYO, Patricia et al. Indicadores antropométricos, composição corporal e limitações funcionais em idosos. **Rev. méd. Chile**, Santiago, v. 135, n. 7, p. 846-854, jul. 2007.

ASSUMPÇÃO, Claudio de Oliveira et al. Treinamento de força frente ao envelhecimento: uma alternativa viável e eficaz. **Anuário da produção acadêmica docente**, v. 2, n. 3, p. 451-476, 2009.

BAUMGARTNER RN. Body composition in healthy aging. *Ann N Y Acad Sci*. 2000;904:437-48.

BUURMAN, Bianca M; VAN MUNSTER, Barbara C; KOREVAAR, Johanna C; DE HAAN, Rob J; DE ROOIJ, Shofia E. Variability in measuring activities of daily living functioning and functional decline in hospitalized older medical patients: a systematic review. **J Clin Epidemiol** 2011; 64(6):619-627.

CARVALHO, Joana; SOARES, José MC. Envelhecimento e força muscular: breve revisão. **Rev Port Cien Desp**. 2004;4(3):79-93.

CATUSO, Marilu Chaves. Rompendo o silêncio: desvelando a sexualidade em idosos. **Textos Contextos 2005** [acesso em 13 abr. 19];4(4):1-19.

COSTA EFA, PORTO CC, ALMEIDA JC, CIPULLO JP, MARTIN JFV. **Semiologia do idoso**. In: Porto CC, organizador. *Semiologia médica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2002. p. 166-97.

COSTA, Taiguara Bertelli; NERI, Anita Liberalesso. Medidas de atividade física e fragilidade em idosos: dados do FIBRA Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 1537-1550, Aug. 2011.

CRUZ-JENTOFT, Alfonso J; BAEYENS, Jean Pierre; BAUER, Jurgen M; BOIRIE, Y Ves; CEDERHOLM, Tommy; LANDI, Francesco; MARTIN, Finbarr C; et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing* [Internet]. 2010 [cited 2014 Nov 22];39(4):412-23.

DEL DUCA, Giovâni Firpo; SILVA, Marcelo Cozzensa da; HALLAL, Pedro Curi. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p. 796-805, 2009.

DIAS, Raphael Mendes Ritti; GURJÃO, André Luiz Demantova; MARUCCI, Maria de Fátima Nunes. Benefícios do treinamento com pesos para aptidão física de idosos. **Acta fisiátrica**, v. 13, n. 2, p. 90-95, 2006.

DIAS, Jonathan Ache et al. Força de preensão palmar: métodos de avaliação e fatores que influenciam a medida. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**, v. 12, n. 3, p. 209-16, 2010.

Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição / Deboah Riebe ... [et. al.]; revisão técnica Tania Cristina Pithon-curi. – 10. Ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

FABRÍCIO, Suzele Cristina Coelho; RODRIGUES, Rosalina A. Partezani. Percepção de idosos sobre alterações das atividades da vida diária após acidentes por queda. **Rev. enferm. UERJ**, v. 14, n. 4, p. 531-537, 2006.

FAUSTINO, Andréa Mathes; GANDOLFI, Lenora; MOURA, Leides Barroso de Azevedo. Capacidade funcional e situações de violência contra idosos. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 27, n. 5, p. 392-398, out. 2014.

FERNANDES AA, SILVA CD, VIEIRA BC, MARINS JCB. Validade preditiva de equações de referência para força de preensão manual em homens brasileiros de meia idade e idosos. *Fisioter Pesqui* 2012;19(4):351-6.

FERREIRA, Olívia Galvão Lucena et al. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1065-1069, Dec. 2010.

FERREIRA, Olívia Galvão Lucena et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 513-518, Sept. 2012.

GUCCIONE, Andrew A. **Fisioterapia geriátrica**. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2000.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria; GIATTI, Luana. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 735-743, June 2003.

LENARDT, Maria Helena et al. Atividade física de idosos e fatores associados à pré-fragilidade. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 269-275, 2013.

LENARDT, Maria Helena et al. Fatores associados à força de preensão manual diminuída em idosos. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, e20160082, 2016.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria; GIATTI, Luana. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 735-743, June 2003.

LOPES DOS SANTOS, Roberto; VIRTUOSO JÚNIOR, Jair Sindra, Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 21, n. 4, 2008.

MARTIN, Fabíola Giannattasio; NEBULONI, Clarice Cavaleiro; NAJAS, Myrian Spínola. Correlação entre estado nutricional e força de preensão palmar em idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 493-504, Sept. 2012.

NICOLAY CW, WALKER AL. Grip strength and endurance: influences of anthropometric variation, hand dominance, and gender. *Int J Ind Ergon* 2005;35(7):605-18.

NORMAN K, STOBÄUS N, GONZALEZ MC, SCHULZKE JD, PIRLICH M. Hand grip strength: outcome predictor and marker of nutritional status. *Clin Nutr* 2011; 30(1):135-42.

NOVAES, Rômulo Dias et al. Equações de referência para a predição da força de preensão manual em brasileiros de meia idade e idosos. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 217-222, Sept. 2009.

PARAHYBA, Maria Isabel; VERAS, Renato. Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional em mobilidade física entre os idosos no Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1257-1264, Aug. 2008.

PINTO, Andressa Hoffmann et al. Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3545-3555, Nov. 2016.

PEREIRA, Leonardo Costa et al. A influência da composição corporal na força de homens idosos brasileiros. **Rev Bras Med Esporte**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 196-199, June 2015.

PEREIRA, Livia Carvalho et al. Fatores preditores para incapacidade funcional de idosos atendidos na atenção básica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 1, p. 112-118, Feb. 2017.

PINTO, Andressa Hoffmann et al. Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3545-3555, Nov. 2016.

RAMOS, Luiz Roberto; VERAS, Renato P.; KALACHE, Alexandre. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Revista de Saúde Pública**, v. 21, p. 211-224, 1987.

REBELATTO, José Rubens; CASTRO, Alessandra Paiva de; CHAN, Aline. Quedas em idosos institucionalizados: características gerais, fatores determinantes e relações com a força de preensão manual. **Acta ortop. bras.**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 151-154, 2007.

REBELLATO, José Rubens; MORELLI, José Geraldo da Silva. **Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência ao idoso**. São Paulo: Barueri; 2004.

REIS W. Relação entre força muscular de preensão manual e atividades da vida diária (AVDs) em idosos institucionalizados. **Rev. Reabilitar**. 2003;5(19):19-23.

RIVIATI, Nur et al. Factors Related with Handgrip Strength in Elderly Patients. **Acta Medica Indonesiana**, v. 49, n. 3, p. 215-219, 2017.

ROTH, SM; FERRELL, RF; HURLEY, BF Treinamento de força para a prevenção e tratamento da sarcopenia. **A revista de nutrição, saúde e envelhecimento**, v. 4, n. 3, p. 143-155, 2000.

SAYER AA, DENNISON EM, SYDDALL HE, JAMESON K, MARTIN HJ, COOPER C. The developmental origins of sarcopenia: using peripheral quantitative computed tomography to assess muscle size in older people. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2008;63(8):835-40.

WAGNER, Paulo Renato; ASCENCO, Sandro; WIBELINGER, Lia Mara. Hand grip strength in the elderly with *upper* limbs pain. **Rev. dor**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 182-185, Sept. 2014.

WU, Shu-Wen et al. Fatores de medição que afetam a força de preensão em uma população chinesa de Taiwan e uma comparação com normas consolidadas. **Ergonomia aplicada**, v. 40, n. 4, p. 811-815, 2009.

Critérios de avaliação da Farmácia Escola do Centro Universitário do Distrito Federal

Evaluation criteria of the Pharmacy School of the University Center of the Federal District

Edmônica Maria¹, Samanta Silva¹, Tânea Brito¹, Eduardo Lourenço da Silva^{2*}

¹ Acadêmicos do Curso de Farmácia - Centro Universitário do Distrito Federal UDF, Brasília, DF

^{2*} Docente do Centro Universitário do Distrito Federal UDF, Brasília, DF

RESUMO:

Introdução: A Farmácia Universitária é definida pelo Conselho Federal de Farmácia como um laboratório de ensino, pesquisa e extensão destinado a formação farmacêutica, integrado ao projeto pedagógico da instituição formadora e com registro no Conselho Regional de Farmácia e Vigilância Sanitária (RESOLUÇÃO Nº 480 - CFF, 2008) **Objetivo:** Conhecer e comparar a Farmácia Escola no UDF com os parâmetros determinados pelo Fórum Nacional de Farmácias Universitárias. **Métodos:** Foi utilizado um checklist contendo 5 padrões anisalidados. **Resultados:** Existe uma prevalência de fatores conformes no que se refere a infraestrutura e recursos humanos (G2), padrões mínimos produtos magistrais e officinais (G4) e padrões mínimos de serviços e procedimentos farmacêuticos (G5), apresentando uma variância somente nos grupos de ensino, extensão e pesquisa (G1) e padrões mínimos de serviços e procedimentos farmacêutico (G3). **Conclusão:** A referida análise conclui, que a Farmácia Escola do Centro Universitário UDF apresenta predominância de fatores que se encontram em conformidade com o Fórum Nacional de Farmácias Universitárias, estando, apta a agregar valores e fatores positivos na formação de profissionais capazes de competir com o mercado de trabalho, contribuindo para uma formação sólida e coerente com o que se busca no curso de Farmácia.

Palavras-chave: Atenção farmacêutica. Controle de Qualidade. Farmácia Universitária.

ABSTRACT:

Introduction: The University Pharmacy is defined by the Federal Pharmacy Council as a teaching, research and extension laboratory for pharmaceutical training, integrated into the pedagogical project of the training institution and registered with the Regional Council of Pharmacy and Sanitary Surveillance (RESOLUTION No. 480 - CFF, 2008). **Objective:** To know and compare the Pharmacy School in the UDF with the parameters determined by the National Forum of University Pharmacies. **Method:** A checklist containing 5 anisalted patterns was used. Results: There is a prevalence of conforming factors regarding infrastructure and human resources (G2), minimum standards, magisterial and officinal products (G4) and minimum standards of pharmaceutical services and procedures (G5), presenting a variance only in the teaching groups (G1) and minimum standards of pharmaceutical services and procedures (G3). **Conclusion:** This analysis concludes that the Pharmacy School of the UDF University Center presents predominance of factors that are in conformity with the National Forum of University Pharmacies, being, able to add values and positive factors in the training of professionals capable of competing with the labor market, contributing to a solid and coherent training with what is sought in the course of Pharmacy.

Keywords: Pharmaceutical care. Quality control. University Pharmacy.

^{2*}Prof. Eduardo Lourenço da Silva / eduardo.silva@udf.edu.br (Orientador)

INTRODUÇÃO

Em 1988, com a definição do Sistema único de Saúde (SUS) e seus consequentes avanço político acarretou, em 2002, no delineamento do novo perfil do profissional farmacêutico. Ficou estabelecido que este deve possuir uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual (RESOLUÇÃO CNE/CES 2- MEC, 2002).

As novas Diretrizes consideram que o SUS deve ser a base do projeto pedagógico do Curso de Farmácia. Dessa maneira, elas apontam para a necessidade de assimilação e equilíbrio do conhecimento teórico e prático, que dar-se através dos estágios curriculares orientados. Nessa perspectiva, permite uma maior proximidade do acadêmico a sua realidade social construindo-se uma ponte entre os problemas sociais e a educação, além do desenvolvimento de competências e habilidades necessárias a formação do profissional farmacêutico (RESOLUÇÃO CNE/CES 2 - MEC, 2002).

Salienta-se ainda que a Farmácia Universitária passou a ser instrumento obrigatório para a formação acadêmica, técnica e científica dos futuros farmacêuticos por meio da norma técnica DAES/INEP N. 008 de 4 de março de 2015 do INEP (item 3.9 do instrumento de avaliação). Sendo ela um espaço para desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão nas diferentes áreas de atuação farmacêutica. O Conselho Federal de Farmácia (CFF) a define como um laboratório de ensino, pesquisa e extensão destinado a formação farmacêutica, integrado ao projeto pedagógico da instituição formadora e com registro no Conselho Regional de Farmácia e Vigilância Sanitária (RESOLUÇÃO Nº 480 - CFF, 2008).

O setor permite ao aluno a realização de Estágios Curriculares Supervisionados (ECS) além do desenvolvimento de competências e habilidades necessárias a formação do profissional farmacêutico.

A Farmácia universitária permite uma maior proximidade do acadêmico a sua realidade social construindo-se uma ponte entre os problemas sociais e a educação. Ainda segundo o CFF, a farmácia universitária deve assegurar que os conhecimentos teórico-práticos recebidos pelos alunos tenham aplicabilidade

no contexto social em que irão se inserir futuros profissionais (RESOLUÇÃO Nº 480 - CFF, 2008).

Nesse intuito, foi implantado a Farmácia Universitária do Centro Universitário UDF com o objetivo de oferecer a comunidade interna e externa a prestação de serviço de manipulação de produtos farmacêuticos (cosméticos, medicamentos alopáticos e homeopáticos) além de controle de qualidade das matérias primas, produtos semiacabados e dos medicamentos produzidos, dispensação, orientação e atenção farmacêutica. Além disso, em obediência ao Art. 2 parágrafos únicos da resolução CFF nº 480 de 25 de junho de 2008, a farmácia universitária deverá, também, desenvolver atividades de educação em saúde pública promovendo assim, a formação de um profissional crítico, reflexivo, comprometido e coerente com a sociedade em que está inserido.

A Farmácia universitária do UDF por meio do desenvolvimento de projetos interdisciplinares poderá ainda ser um espaço para interação de alunos de diferentes cursos da instituição como ciências biológicas, Educação Física, Enfermagem, Psicologia, Administração, Ciências Contábeis, Odontologia, Direito e Sistemas de Informação contribuindo assim, para o desenvolvimento das habilidades de trabalho em equipe, liderança, administração, empreendedorismo, responsabilidade social, gestão e cooperação.

MISSÃO DA FARMÁCIA UNIVERSITÁRIA DO UDF

Fortalecimento do ensino no nível de graduação, promoção da atenção farmacêutica mediante o conhecimento científico e a humanização dos serviços, visando a integração sociedade-escola e melhoria da qualidade de vida dos usuários de medicamentos.

METAS DA FARMÁCIA UNIVERSITÁRIA DO UDF

- Atender a comunidade interna e externa produzindo cosméticos, medicamentos alopáticos e homeopáticos com custo mínimo, favorecendo o acesso aos produtos farmacêuticos de que necessitam;
- Realizar os testes físico-químicos obrigatórios pela legislação sanitárias das matérias primas e dos medicamentos produzidos;
- Oferecer serviço de atenção farmacêutica a usuários de medicamentos com foco nas políticas públicas de saúde;

- Elaborar projetos de interesse comunitários para o fim de promover o uso racional de medicamentos e de temas importantes em saúde pública;
- Oferecer serviços de informações sobre medicamentos (SIM) para usuários e profissionais da saúde.

OBJETIVOS

- Conhecer e comparar a Farmácia Universitária no UDF;
- Comparar infraestrutura e a utilidade atual da Farmácia Escola no UDF em relação ao que é determinado pelo Fórum Nacional de Farmácias Universitárias;
- Identificar as características do serviço que a Farmácia Universitária deve oferecer aos alunos e à comunidade;
- Verificar se os parâmetros determinados pelo Fórum nacional de Farmácias universitária estão presentes na Farmácia Universitária.

METODOLOGIA

As informações deste estudo tiveram como referência o Fórum Nacional de Farmácias Universitárias (FNFU), através de um levantamento comparativo da Farmácia Escola no Centro Universitário do Distrito Federal UDF e os padrões levantados no FNFU. Foi elaborado um checklist como material de comparação entre os padrões mínimos para a farmácia universitária. Sendo estes padrões mínimos desenvolvido no ano de 2016 pelo FNFU, que são:

- Grupo de Trabalho (GT) 1: Ensino, extensão e pesquisa da farmácia universitária;
- Grupo de Trabalho (GT) 2: Infraestrutura e recursos humanos mínimos da farmácia universitária;
- Grupo de Trabalho (GT) 3: padrões mínimos de serviços farmacêuticos da farmácia universitária;
- Grupo de Trabalho (GT) 4: padrões mínimos de produtos magistrais e oficiais da farmácia universitária;
- Grupo de Trabalho (GT) 5: padrões mínimos para a garantia da qualidade da farmácia universitária;

E o que é oferecido pela Farmácia Escola do UDF. Foi utilizado um checklist como material de análises e comparação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo apresenta os resultados de um levantamento comparativo, de forma observacional entre Farmácia Universitária do UDF e os padrões mínimos para a Farmácia Universitária, votados e aprovados em plenária final do VIII Encontro Nacional de Farmácias Universitárias (ENFARUNI, 2016), realizado em São Paulo-SP, disponibilizado neste trabalho como guia de orientação para comparação da Farmácia universitária do UDF como um estabelecimento educacional de saúde de referência para a educação farmacêutica no Distrito Federal.

Com base nas discussões do ENFARUNI, foi estabelecido que:

Grupo G1: ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO, dos itens analisados, têm-se: 57,15% de conformidade, 28,57% de não conformidade e 14,28% Parcialmente.

O documento do FNFU determina que:

ENSINO

A farmácia universitária como membro formador de um futuro profissional deve capacitar os alunos para o exercício profissional, através de orientações e supervisões adequadas, estabelecendo conexões entre a teoria e a prática, levando em consideração três áreas principais, sendo elas:

- Cuidado com a saúde: tratar da saúde do indivíduo
- Gestão em saúde: prestação da atenção farmacêutica de forma individual e ou coletiva, com respeito a quem está se tratando.
- Tecnologia e inovação: realizar as atividades práticas explorando o controle de qualidade.

PESQUISA

Incentivar o aluno a realizar as atividades na farmácia universitária de forma reflexiva, crítica e até investigativa, baseando-se em princípios éticos.

EXTENSÃO

Onde a atividade proposta na farmácia universitária é levada para a comunidade externa, de modo a participar de eventos e atividades de educação e promoção à saúde.

Analisando os critérios descritos pelo FNFU citados acima, verifica-se que em sua maioria, a Farmácia Escola do Centro Universitário do Distrito Federal UDF está em conformidade (57,15%) com os padrões impostos por esse grupo, visto que o ensino é ministrado por farmacêuticos; obedece a proporção máxima de oito ou dez alunos por docente determinada pelo DAES/INEP 008/2015; prioriza o senso crítico, a humanização e o trabalho em equipe; realiza atividade de desenvolvimento, seleção, manipulação, armazenamento e controle de qualidade de serviços farmacêuticos. Porém as atividades voltadas para a educação em saúde à comunidade, pesquisa e extensão estão não conforme (28,57%), uma vez que a extensão traz a proposta de trabalhar em conjunto com ações regionais extras campus e a Farmácia Escola do Centro universitário UDF aguarda autorização do órgão responsável ANVISA para a devida atuação nesta área. E no item de oferta serviços farmacêuticos atende parcialmente (14,28%), pois a farmácia escola tem seus serviços farmacêuticos voltados para o controle de qualidade, mas não oferta serviços de atenção farmacêutica à comunidade.

Grupo G2: INFRAESTRUTURA E RECURSOS HUMANOS, dos itens analisados apresentam 100% de Conformidade;

INFRAESTRUTURA

As áreas/salas deverão ser definidas de acordo com os serviços disponíveis na farmácia universitária, devendo conter, no mínimo:

- Área de dispensação;
- Área administrativa;
- Sala da coordenação;
- Sala de atendimento farmacêutico;
- Sala de administração de medicamento;
- Salas de manipulação;
- Sala de controle de qualidade;

- Sala para lavagem de utensílios e materiais de embalagens;
- Sala de paramentação;
- Vestiário;
- Sanitários;
- Depósito de material de limpeza;
- Sala de armazenamento de insumos;
- Área de descarte;
- Sala de estudos/reunião.

RECURSOS HUMANOS

Quanto ao número de profissionais envolvidos na farmácia universitária, depende dos tipos de serviços ofertados pela mesma, sendo esses:

- Um farmacêutico responsável técnico, um farmacêutico docente e/ ou farmacêutico supervisor, um caixa e discentes (área de atendimento farmacêutico)
 - Auxiliar administrativo (área administrativa)
 - Coordenador (sala de coordenação)
 - Um farmacêutico docente e/ou farmacêutico supervisor, um paciente, um acompanhante/ cuidador e discentes (sala de atendimento farmacêutico)
 - Um técnico de laboratório, um farmacêutico docente e/ou farmacêutico supervisor e discentes (salas de manipulação e sala de controle de qualidade)
 - Um técnico de laboratório e discentes (sala de lavagem de utensílios e materiais de embalagens)
 - Auxiliar de limpeza (depósito de materiais de limpeza)
 - Um farmacêutico e discente (sala de armazenamentos de insumos)
 - Um farmacêutico docente e/ou farmacêutico supervisor e discentes (sala de estudos e reunião).

A regra estabelece que a distribuição de alunos deverá ser de acordo com a capacidade e especificidade do setor, garantindo a segurança e

qualidade do ensino, obedecendo à proporção de, no máximo, oito alunos ou dez por supervisor, por setor (com exceção do setor de atendimento farmacêutico que poderá ter, no máximo, três alunos por supervisor). O coordenador da farmácia universitária deverá ser farmacêutico e atuar de acordo com as legislações vigentes.

Seguindo o que estabelece o FNFU observou-se que neste grupo a farmácia escola está em 100% de conformidade, pois as áreas são definidas e identificadas de acordo com a forma farmacêutica que será manipulada, os usuários tanto os docentes, quanto os discentes atuam paramentados com EPIs e EPCs, as áreas de recebimento de matéria prima e sala de controle de qualidade, ficam separadas das demais áreas, apesar de não haver ainda dispensação de medicamentos pela farmácia escola, ela já possui uma sala de dispensação e uma sala consultório farmacêutico para futuramente atuar na atenção farmacêutica.

Grupo G3: PADRÕES MÍNIMOS DE SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS FARMACÊUTICOS dos itens analisados apresentam 42,86% de conformidade 42,86% de não conformidade e 14,28% não se aplica;

A Farmácia Universitária, no âmbito das suas atribuições, poderá oferecer diversos serviços e procedimentos farmacêuticos, sendo eles:

- Dispensação, manipulação de medicamentos;
- Revisão da farmacoterapia;
- Acompanhamento farmacoterapêutico;
- Educação em saúde;
- Verificação de pressão arterial;
- Realização de testes rápidos de determinação de glicemia capilar;
- Verificação de temperatura corporal;
- Verificação de parâmetros antropométricos.

Em relação aos critérios impostos pelo Fórum, a Farmácia Escola está em conformidade em alguns critérios, visto que realiza lavagem e desinfecção

de materiais, realiza análise de insumos farmacêuticos e oferece serviços de manipulação de formas farmacêuticas sólida, semissólida, líquida e homeopáticas, oferecendo ao aluno um laboratório para cada tipo de manipulação, sendo esses laboratórios equipados conforme a atividade que será exercida. Embora obtido 42,86% de conformidades, é possível observar que em sua totalidade existe uma carência nos serviços propostos por esse grupo, pois devido à falta de autorização do órgão responsável ANVISA, a farmácia escola fica impossibilitada de realizar alguns procedimentos, como dispensação e/ou manipulação de produtos/medicamentos industrializados; acompanhamento farmacêutico; atenção farmacêutica; e procedimentos simples como, aferição de pressão arterial, glicemia capilar, verificação de temperatura corporal, dentre outros. Por se tratar de uma farmácia magistral, a matéria prima utilizada na farmácia escola são insumos, logo não há dispensação nem realização de nenhuma atividade com produtos industrializados (14,28%) não se aplica.

Grupo G4: PADRÕES MÍNIMOS PRODUTOS MAGISTRAIS E OFICINAIS, dos itens analisados apresentam 100% de conformidade.

Com relação aos produtos existentes na farmácia escola, os mesmos deverão priorizar os descritos na Relação Nacional de Medicamentos RENAME e na Relação Municipal de Medicamentos REMUME, priorizando os componentes básicos da assistência farmacêutica. Os produtos mínimos a serem aviados devem ter forma farmacêutica sólida, semissólida e líquida, conforme anexo I da RDC nº 67/2007. Com o objetivo de compreender o processo magistral, a fim de integrar o conhecimento farmacêutico de acordo com as particularidades inerentes da Farmácia Universitária e do cenário onde está inserida.

Em sua conformidade de 100% a Farmácia Escola do Centro Universitário do DF, possui local específico para armazenamento de materiais. Eles são mantidos em quarenta após o recebimento, rotulados de forma a possibilitar sua identificação e possível rastreabilidade, armazenados de forma adequada. São feitos testes de pH, peso, ponto de fusão, densidade, solubilidade, características organolépticas e volume, tais procedimentos são

realizados na sala de controle de qualidade com o laudo do fornecedor em mãos juntamente com literaturas específicas do produto.

Grupo G5: PADRÕES MÍNIMOS PARA A GARANTIA DE QUALIDADE, dos itens analisados apresentam 100% de Conformidade;

Tais padrões são:

- **Produtos**

As matérias primas devem ser submetidas aos ensaios farmacopeicos completos

- **Gestão organizacional**

Dispor de um coordenador farmacêutico

- **Gestão da atenção à saúde**

Apresentar plano de trabalho para as atividades realizadas pelos discentes registrar e documentar as atividades realizadas em formulário específico garantir a rastreabilidade dos processos

- **Formação acadêmica**

Ter a presença de documentação comprovada que ocorre planejamento, acompanhamento e avaliação dos discentes elaborarem um plano de educação permanente e contínua.

Neste grupo houve 100% de conformidade, visto que a coordenação da farmácia escola é exercida por um farmacêutico inscrito no CRF/DF; os planos de atividade podem ser rastreados; os equipamentos e instrumentos de medição e ensaios são periodicamente verificados e calibrados; há um plano de educação continua com relação aos procedimentos padrões; testes físico-químicos obrigatórios das matérias primas são realizados. Há um plano de trabalho para atividades que serão realizadas pelos discentes, por meio de apostilas e aulas previamente preparadas e há avaliação qualitativa e quantitativa de desempenho dos discentes por meio de provas práticas e/ou teóricas.

Analisando o instrumento de pesquisa como um todo, no total de 35 pontos analisadas, teve-se a prevalência de conformidade em 28 delas, que em

porcentagem representa 80%. Tivemos características de não conformidade em 5 delas de um total de 35 questões, que em porcentagem representa 14,28% e 1 Não se aplica de um total de 35 questões, que em porcentagem representa 2,86%, e 1 parcialmente de um total de 35 questões, que em porcentagem representa 2,86%. Há prevalência de fatores positivos, sendo observadas algumas não conformidades que estão ligadas a fatores burocráticos dos órgãos que fazem a inspeção das farmácias universitárias, para posterior liberação das atividades de atendimento à comunidade.

Salienta-se ainda que a farmácia escola possui infraestrutura, professores, insumos necessários para atendimento à comunidade, podendo proporcionar ao estudante um trabalho em contato direto com a comunidade, ofertando medicamentos com maior acessibilidade e menor valor, bem como serviços relacionados à atenção farmacêutica, em harmonioso alinhamento o com a missão da farmácia escola.

A média de serviços prestados foi superior ao índice de atividades e serviços não conformes. Cabe ressaltar que os padrões mínimos de qualidade apresentados pelo FNFU constituem padrões fundamentais mínimos para a estruturação e desenvolvimento de atividades voltadas para o ensino em estabelecimentos de saúde.

CONCLUSÃO

Uma vez que a farmácia universitária se tornou um cenário obrigatório de prática para o curso de graduação e/ou pós-graduação em farmácia, fez-se necessário sua implementação no Centro Universitário do Distrito Federal, UDF.

Analisando a Farmácia Escola do Centro Universitário, foi possível verificar que ela favorece a formação do farmacêutico, atendendo aos requisitos descritos pelo fórum nacional de farmácias universitárias, fazendo com que o curso atenda aos critérios de qualidades desejáveis, pois apresenta 100% de conformidade nos padrões de infraestrutura e recursos humanos; nos padrões de produtos magistrais e oficinais; e nos padrões de garantia de qualidade. Apresenta 57,15% de conformidade contra 28,57% de não conformidade e 14,28% de parcialmente nos padrões de ensino e extensão, pois por questões legais que estão além do alcance gerencial do Centro Universitário UDF, a

farmácia escola ainda não pode fazer atividades extra campus. Nos padrões de serviços e procedimentos apresenta 42,86% de conformidade; 42,86% de não conformidade e 14,28% de não se aplica, visto que, para realizar atendimento a comunidade a farmácia escola aguarda a autorização do órgão responsável.

Baseando nos dados coletados podemos avaliar a quão sólida se encontra a Farmácia Escola do UDF, ainda que o início de seu funcionamento seja recente. Ademais, tem formado com seu funcionamento, profissionais preparados e capazes de competir no mercado de trabalho, trazendo um grande ganho aos discentes do curso de farmácia perante competitividade e a concorrência do setor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 44/09, de 17 de agosto de 2009. Disponível em:
<<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/dc-44-2009>>

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 67/07, de 08 de outubro de 2007. Disponível em: <
<http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/resolucao67_08_10_07.pdf>

BRASIL. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior. CNE/CES nº 2, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 610, de 20 de março de 2015.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 480, de 25 de junho de 2008.

FÓRUM NACIONAL DE FARMÁCIAS UNIVERSITÁRIAS. Parecer Técnico FNFU nº 01, de 03 de junho de 2015.

Nota técnica DAES/INEP 008, de 04/03/2015.

Avaliação do bem-estar subjetivo e da qualidade de vida em estudantes universitários

Assessment of subjective well-being and quality of life in university students

Geraldo Faria Júnior¹, Ingrid Luiza Neto^{2*}

¹ Acadêmico do Curso de Psicologia - Centro Universitário do Distrito Federal UDF, Brasília, DF

² Docente do Centro Universitário do Distrito Federal UDF, Brasília, DF

RESUMO:

Introdução: Compreender os fatores que afetam o bem-estar individual e identificar o que torna as pessoas mais felizes é uma preocupação de diferentes ciências sociais. A felicidade, que refere-se ao que as pessoas pensam e como se sentem sobre suas vidas, tem ampla relação com a qualidade de vida, afetando na maneira como os indivíduos percebem sua posição na vida, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. **Objetivos:** Investigar o bem estar subjetivo e a qualidade de vida de estudantes universitários do curso de psicologia do UDF, utilizando a escala WHOQOL-bref e a Escala de felicidade subjetiva. **Métodos:** Participaram do estudo 139 estudantes do curso de psicologia do UDF, com média de idade de 31,91 anos. **Resultados:** Foi encontrada correlação positiva entre bem estar subjetivo e qualidade de vida, indicando que pessoas que se sentem bem consigo mesmas e com os outros tendem a perceber uma maior qualidade de vida. Os estudantes apresentaram um coeficiente de qualidade de vida considerado mediano (63,31; IC=1 a 100), atribuindo maior ênfase ao Domínio Psicológico e menor ao Domínio Relações Sociais. **Conclusão:** Sugere-se que novos estudos sejam realizados com os estudantes do curso de psicologia, para verificar possíveis motivos pelos quais eles não atribuem tanta relevância aos aspectos sociais. Pode ser interessante também oferecer cursos específicos para os estudantes, que enfatizem a importância das relações e das habilidades sociais para o estabelecimento de uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Felicidade, Bem-estar subjetivo, Qualidade de vida.

ABSTRACT:

Introduction: Understanding the factors that affect individual wellbeing and identifying what make people happier is a concern of different social sciences. Happiness, which indicates how people think and feel about their lives, has a broad relationship with the quality of life, affecting the way individuals perceive their position in life considering their goals, expectations, standards and concerns. **Objective:** To investigate the subjective wellbeing and quality of life of psychology undergraduate students, using the WHOQOL-bref scale and the personal happiness scale. **Methods:** 139 UDF psychology students participated of the study, with an average age of 31.91 years. **Results:** Positive correlation was found between subjective wellbeing and quality of life, suggesting that the more people feel well with themselves, the more their quality of life. The students achieved a moderate coefficient of quality of life (63.31; CI = 1 to 100), giving greater emphasis to the Psychological Domain and lower to the Social Relations Domain. **Conclusion:** It is suggested that further studies be conducted with psychology students to check for possible reasons why they do not attach the same relevance to social aspects. It may also be interesting to offer student application courses that emphasize the importance of relationships and social skills in establishing a better quality of life.

Keywords: Happiness; Subjective wellbeing, Quality of life.

^{2*} [Profa. Ingrid Luiza Neto /ingridluizaneto@gmail.com](mailto:ingridluizaneto@gmail.com) (Orientadora)

INTRODUÇÃO

A busca pela compreensão dos fatores que afetam o bem-estar individual e identificar o que torna as pessoas e a sociedade mais felizes é uma preocupação de diferentes ciências sociais. Quando as pessoas são perguntadas “você é feliz?”, elas parecem ser capazes de responder em segundos, mas a compreensão científica da felicidade não é tão simples. Que fatores uma pessoa considera quando informa ser feliz? Seria uma forma válida para medir a felicidade simplesmente perguntar para alguém se é ou está feliz, ou há outros fatores a considerar?

Alguns indivíduos possuem a capacidade de serem felizes, mesmo em circunstâncias adversas ou em momentos de dificuldade; enquanto há indivíduos que, mesmo em situações extremamente favoráveis, parecem cronicamente infelizes. Por essa razão, diz-se que a felicidade é um construto individual e subjetivo.

Felicidade e bem-estar valem tanto quanto a economia para o sucesso de uma sociedade. Por isso, governos e empresas começam a medir a Felicidade Interna Bruta (FIB) das pessoas, um novo instrumento para traçar políticas públicas e administrativas. Desde 2008, o Governo Francês encabeça o movimento pela revisão dos parâmetros usados para medir o desenvolvimento de uma sociedade.

Foi criada uma comissão composta por “estrelas” da economia, como o Prêmio Nobel de 2001, o americano Joseph Stiglitz, além de cientistas sociais e matemáticos, para avaliar as deficiências de um dos índices de desenvolvimento menos plurais, mas mais usados no mundo: o Produto Interno Bruto – PIB. Essa comissão chegou à conclusão de que o PIB, a soma de tudo que é produzido em um país durante um ano, tinha pontos cegos impossíveis de ignorar. O maior deles era medir a riqueza, sem levar em conta um dos principais objetivos de vida de boa parte dos seres humanos: ser feliz e não necessariamente rico. Alguns dos fatores que fazem a vida valer a pena não estão à venda nem podem ser contabilizados com instrumentos monetários (BEZERRA, 2014).

No campo acadêmico, a felicidade tem sido denominada de bem-estar subjetivo (COSTA E PEREIRA, 2007). Esse construto refere-se ao que as pessoas pensam e

como se sentem sobre suas vidas, construindo conclusões em bases afetivas e cognitivas sobre sua existência (SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2000). O bem-estar subjetivo é compreendido como um construto complementar da saúde mental (PAIS-RIBEIRO, 2012).

Outro construto amplamente estudado é a qualidade de vida, definida pela Organização Mundial da Saúde como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK, 2000, p. 179).

Diante do exposto, o objetivo desse trabalho é investigar o bem-estar subjetivo e a qualidade de vida de estudantes universitários do curso de psicologia do UDF, por meio de autorrelatos e escalas psicométricas. Pretende-se identificar a relação entre felicidade subjetiva, qualidade de vida e aspectos sócio demográficos como o sexo, a renda e o estado civil.

REFERENCIAL TEÓRICO

Felicidade e bem-estar subjetivo

Pesquisar o tema felicidade é desafiador, a começar pela dificuldade em defini-la. Em estudo realizado por Diener e Seligman (2002), com profissionais da saúde na Inglaterra, a felicidade foi definida como um termo coloquial para bem-estar subjetivo (BES), sendo sinônimo de qualidade de vida para dois terços dos participantes. Trata-se de um estado de ânimo que se traduz num sentimento de satisfação. Refere-se ao que as pessoas pensam e como se sentem sobre suas vidas, construindo conclusões em bases afetivas e cognitivas sobre sua existência. Assim, os termos *BES* e *felicidade* são compreendidos como intercambiáveis (SELIGMAN E CSIKSZENTMIHALYI, 2000). Neste trabalho, utilizaremos o termo BES.

O BES pode ser descrito como um construto semelhante à satisfação com a vida, a depender de como a pessoa avalia a qualidade de sua vida como um todo, no momento presente. Em outras palavras, BES pode ser entendido como o quanto a pessoa está satisfeita ou gosta da vida que leva. Atem-se à apreciação que o indivíduo faz de sua vida no presente, ainda que esta possa sofrer influências do afeto

momentâneo, de eventos passados na vida ou de perspectivas futuras (DIENER E SELIGMAN, 2002).

Inúmeras características das pessoas felizes podem ser elencadas. Quem é feliz sente-se à vontade, contente e de bem com a vida.

Sujeitos mais felizes tendem a se envolver mais em relacionamentos amorosos, têm vida social mais rica, tendem a passar o menor tempo possível sozinhos, apresentam ótimos relacionamentos com outros, mais amizades; permanecem, em média, maior tempo casados, pensam menos em si mesmos, gostam mais dos outros, são mais sociáveis. São também mais religiosos, vivem por mais tempo, apresentam melhores hábitos de saúde, pressão sanguínea mais baixa, sistema imunológico mais ativo, maior resistência à dor, maior nível de satisfação com o seu trabalho, maior produtividade, mais altos salários. Também se percebem como mais capazes do que julgam seus semelhantes, são mais precavidos no que se refere à saúde e segurança, apresentam maior taxa de vivências de situações de deleite (flow) e maior sentimento de auto-estima. Além disso, os indivíduos ricos são apenas ligeiramente mais felizes que os pobres, e a beleza e a saúde física parecem ter pouco a ver com a felicidade (DELA COLETA E DELA COLETA, 2006, p. 534).

Pessoas mais felizes experimentam sentimentos positivos a maior parte do tempo, e relatam apenas humores negativos ocasionais. Têm um funcionamento do sistema de emoções que favorece a reação apropriada diante dos diferentes eventos de vida.

Diener e Seligman (2002) realizaram uma pesquisa com 222 estudantes universitários, utilizando diferentes escalas de felicidade, algumas autoaplicadas e outras preenchidas por colegas, de modo a comparar os 10% mais felizes com a média amostral e com o grupo de pessoas mais infelizes dentro dessa amostra. Esse foi o primeiro estudo de pessoas “muito felizes” na literatura, observando que tais indivíduos eram muito sociáveis, além de reportar relacionamentos românticos e interpessoais mais fortalecidos do que os grupos menos felizes. Quanto à personalidade, os “muito felizes” tinham maior porcentagem de traços como extroversão, afabilidade, além de terem um menor índice de neuroticismo e menores escores de psicopatologia em diferentes escalas

Por outro lado, os autores não observaram diferenças em relação ao envolvimento em atividades religiosas ou atividades físicas. Os autores concluíram que, isoladamente, nenhuma das variáveis testadas foi suficiente para explicar a felicidade, mas que ter boas relações sociais foi um bom preditor. Membros do grupo

de pessoas mais felizes relatavam sentimentos positivos – mas não de euforia – a maior parte do tempo, sendo os humores negativos eventos ocasionais.

Qualidade de vida

Etimologicamente, o termo qualidade deriva do latim *qualis*, que significa “o modo de ser característico de alguma coisa, relacionado a si mesmo ou a outros, assumindo características tanto positivas como negativas. Porém, a expressão *qualidade de vida (QV)*, geralmente, refere-se a algo bom, digno e positivo (SANTIN, 2002).

A QV é abordada, por muitos autores, como sinônimo de saúde, e por outros como um conceito mais abrangente, em que as condições de saúde seriam um dos aspectos a serem considerados. Devido à sua complexidade e utilização por diversas áreas de estudo, a falta de consenso conceitual é marcante. As definições apontam para a QV como sendo uma satisfação geral com a vida, que pode ser dividida em componentes que, em conjunto, indicariam essa satisfação geral. A forma como é abordada e os indicadores adotados estão diretamente ligados aos interesses científicos e políticos de cada estudo e à área de investigação, bem como das possibilidades de operacionalização e avaliação.

Dependendo da área de interesse, o conceito, muitas vezes, é adotado como sinônimo de saúde, felicidade e satisfação pessoal, condições de vida, estilo de vida, dentre outros; e seus indicadores vão desde a renda até a satisfação com determinados aspectos da vida. Devido a essa complexidade, a QV apresenta-se como uma temática de difícil compreensão e necessita de certas delimitações que possibilitem sua operacionalização em análises científicas (DANTAS, SAWADA E MALERBO, 2003; SEILD E ZANONN, 2004).

Neste trabalho, utilizaremos a definição de Fleck (2000), que considera a QV como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Assim, a QV deve ser analisada a partir da percepção individual e subjetiva de cada um.

Assim, o objetivo do estudo foi investigar se existe relação entre o BES e a QV, em uma amostra de estudantes do curso de Psicologia do UDF.

METODOLOGIA

Participaram da pesquisa 139 estudantes universitários matriculados no curso de Psicologia do Centro Universitário do Distrito Federal (UDF).

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Ficha de informações sócias demográficas;
- Escala de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde, versão abreviada - WHOQOL-bref (FLECK, 2000). O WHOQOL-bref consta de 26 questões, sendo duas questões gerais e as demais 24 representam cada uma dos 24 domínios que compõem o instrumento original, conforme exposto na Tabela 2:

Tabela 2. Itens do WHOQOL-bref por domínio avaliado

| Domínio | Faceta |
|----------------------------------|---|
| Domínio 1 Domínio físico | Item 1. Dor e desconforto Item 2. Energia e fadiga Item 3. Sono e repouso Item 9. Mobilidade Item 10. Atividades da vida cotidiana Item 11. Dependência de medicação ou de tratamentos Item 12. Capacidade de trabalho |
| Domínio 2 Domínio psicológico | Item 4. Sentimentos positivos Item 5. Pensar, aprender, memória e concentração Item 6. Autoestima Item 7. Imagem corporal e aparência Item 8. Sentimentos negativos Item 24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais |
| Domínio 3 Relações sociais | Item 13. Relações pessoais Item 14. Suporte (Apoio) social Item 15. Atividade sexual |
| Domínio 4 Meio ambiente | Item 16. Segurança física e proteção Item 17. Ambiente no lar Item 18. Recursos financeiros Item 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade Item 20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades Item 21. Participação em, e oportunidades de recreação/ lazer Item 22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) Item 23. Transporte |

Fonte: FLECK (2000)

- Escala de Felicidade Subjetiva de Lyubomirsky e Lepper (2012). É uma medida de BES, com quatro itens, em que se pede aos entrevistados para a)

caracterizar a si próprios por comparação com os seus pares, quer em termos absolutos quer relativos, e b) descrever felicidade e infelicidade.

Para a coleta de dados junto aos sujeitos deste estudo, as escalas foram disponibilizadas em uma página acessada pela internet na plataforma <http://ipesquisas.com.br/pesquisa03/>. O link da pesquisa foi encaminhado à coordenadora do curso de Psicologia, que foi solicitada a encaminhar aos estudantes. O link também foi divulgado aos grupos de alunos via WhatsApp.

Antes de responderem, os estudantes foram solicitados a ler e concordar com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Caso os respondentes se sentissem suficientemente esclarecidos e estivessem de acordo com as tarefas exigidas e com os objetivos do estudo, eram solicitados a responder os instrumentos.

Para analisar os dados coletados foram realizados tratamentos de análise estatística descritiva e inferencial, valendo-se de procedimentos contidos no SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Na escala de QV, inicialmente, foram invertidos os itens 3, 4 e 26, por possuírem questões com escalonamento negativo. Em seguida, foram calculados os valores de cada um dos domínios, indicados na Tabela 2. Os escores obtidos foram então multiplicados por 4 e depois submetidos à fórmula indicada por Fleck (2000), para possibilitar a comparação com a tabela padronizada do WHOQOL-100 (WHO, 1996).

O índice de BES foi calculado por meio da média aritmética dos quatro itens. Por fim, foi realizada uma correlação bivariada de Pearson, para verificar como BES e QV se relacionam entre si, bem como se existe relação entre sexo, idade e estado civil com o BES.

RESULTADOS

A idade dos estudantes variou de 19 a 65 anos ($M=31,91$; $DP=12,92$). A maioria era do sexo feminino (84%), o que é comum nos cursos de Psicologia.

Na Figura 1, é possível visualizar o estado civil dos participantes.

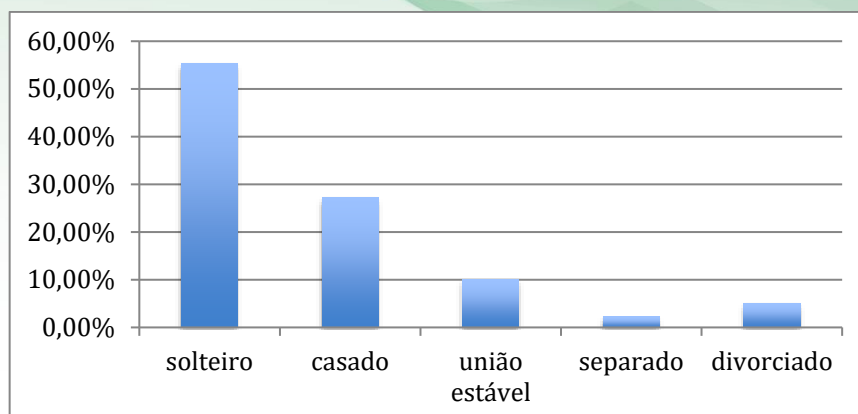


Figura 1. Estado civil dos participantes.

Na Tabela 1, é possível identificar que houve a participação de estudantes de todos os semestres, sendo que a maioria estavam matriculados no 3º, 5º e 7º semestres.

Tabela 1. Distribuição dos participantes por semestre do curso

| Semestre | Frequência | % |
|---------------|------------|------|
| 1º | 3 | 2,2 |
| 2º | 2 | 1,4 |
| 3º | 22 | 15,8 |
| 4º | 9 | 6,5 |
| 5º | 21 | 15,1 |
| 6º | 4 | 2,9 |
| 7º | 28 | 20,1 |
| 8º | 10 | 7,2 |
| 9º | 15 | 10,8 |
| 10º | 8 | 5,8 |
| Não informado | 17 | 12,2 |
| Total | 139 | 100 |

As médias de cada um dos domínios de qualidade de vida (multiplicadas por 4) podem ser visualizadas na Tabela 2.

Tabela 2. Médias dos domínios da escala de QV

| | Dom1 | Dom2 | Dom3 | Dom4 | DomGeral |
|---------------|---------|---------|---------|---------|----------|
| Média | 13,6403 | 13,0216 | 13,5540 | 13,1655 | 14,1871 |
| Desvio padrão | 3,36436 | 3,24253 | 3,83760 | 3,20235 | 3,36126 |

Na Tabela 3, são apresentadas as médias inseridas na fórmula proposta por Fleck (2000) para possibilitar a comparação com a tabela padronizada do WHOQOL-100.

Tabela 3. Índices de qualidade de vida dos participantes, por domínio

| Domínio | Fórmula | Resultado QV |
|--------------|-----------------------------|--------------|
| 1 | $(13,64 - 4) \times 100/16$ | 60,25 2º |
| 2 | $(13,02 - 4) \times 100/16$ | 56,37 5º |
| 3 | $(13,55 - 4) \times 100/16$ | 59,68 3º |
| 4 | $(13,16 - 4) \times 100/16$ | 57,25 4º |
| Geral | $(14,18 - 4) \times 100/16$ | 63,31 1º |

Os dados da Tabela3 sugerem que, em uma escala de 0 a 100, o domínio geral de QV dos participantes foi de 63,31. Maiores índices de QV foram apresentados nos domínios 1, 3 (Domínio físico e relações sociais, respectivamente) e menores nos domínios 4 e 2 (meio ambiente e Domínio psicológico).

O escore de BES dos participantes, obtido por meio da média aritmética das respostas dos participantes nos quatro itens foi de 3,44 (DP=1,01), numa escala variando de 1 (infeliz) a 5 (feliz).

Os resultados da correlação bivariada de Pearson indicam que existe uma relação moderada entre QV e BES ($r=0,524, p<0,001$), i.e., quanto maior o BES, maior a QV relatada. Correlacionando-se separadamente cada um dos domínios de QV com a média de BES, maiores índices foram encontrados para o Domínio Psicológico ($r=0,777, p<0,001$), Meio ambiente ($r=0,617, p<0,001$) e Domínio Físico ($r=0,547, p<0,001$). Menor correlação foi obtida entre BES e o Domínio Relações Sociais ($r=0,356, p<0,001$). Esses dados sugerem que os estudantes pesquisados consideram os Domínios Psicológico, Meio Ambiente e Físico como mais relacionados com o BES do que as Relações Sociais. Não foram encontradas correlações significativas com as variáveis sexo, idade ou escolaridade.

DISCUSSÃO

O BES e a QV são construtos amplamente investigados pela psicologia e outras ciências sociais. Nos dias atuais, pesquisadores têm cada vez mais se interessado por investigar como as pessoas se sentem em relação à sua própria vida, com vistas a aprimorar o seu bem-estar e QV.

Nesse contexto, o presente estudo buscou investigar como os estudantes do curso de psicologia do UDF se sentiam em relação à sua própria vida. A correlação encontrada entre QV e BES indica que os construtos são moderadamente relacionados entre si, o que já era esperado, uma vez que pessoas que se sentem bem consigo mesmas e com os outros, tendem a perceber uma maior qualidade de vida.

Os resultados indicaram que os estudantes se sentem bem com sua própria vida, apresentando um coeficiente de QV considerado mediano (63,31). Interessante observar que, maior ênfase foi atribuída ao Domínio Psicológico, indicando que os estudantes relacionam QV a características psicológicas. Esse dado pode ter uma relação com o fato dos participantes serem estudantes de psicologia e estarem, portanto, mais sensíveis e expostos a importância de se considerar os aspectos psicológicos no bem-estar das pessoas.

Por outro lado, pouca relação foi encontrada entre QV e Relações Sociais, sugerindo que os participantes não atribuem tanta importância ao suporte social, relações pessoais e sexuais no estabelecimento da sua QV. Esse dado não corrobora as indicações de Diener e Seligman (2002), que sugerem que as relações sociais são boas preditoras do BES.

CONCLUSÃO

Sugere-se que novos estudos sejam realizados com os estudantes do curso de psicologia, para verificar possíveis motivos pelos quais eles não atribuem tanta relevância aos aspectos sociais. Pode ser interessante também oferecer cursos específicos para os estudantes, que enfatizem a importância das relações e das habilidades sociais para o estabelecimento de uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEZERRA, I. P. A Felicidade Interna Bruta (FIB e a a avaliação do bem-estar em escolas do ensino médio no município de Monteiro - PB. Universidade Estadual da Paraíba, 2014. Disponível em <http://dspace.bc.uepb.edu.br/mwg-internal/de5fs23hu73ds/progress?id=k9qdmxw_aPRsWy5WNEDw2fLfSYdxikO59c5iCqg8cO8,>>. acessos em 10 Mar. 2017.

COSTA, L. S. M.; PEREIRA, C. A. A. Bem-Estar Subjetivo: aspectos conceituais. Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 59, n. 1, 2007.

DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 11, n. 4, p. 532-538, Aug. 2003 . Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000400017&lng=en&nrm=iso>. acessos em 10 Mar. 2017.

DELA COLETA, J. A.; DELA COLETA, M. F. FELICIDADE, BEM-ESTAR SUBJETIVO E COMPORTAMENTO ACADÊMICO DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 3, p. 533-539, 2006.

DIENER, E.; SELIGMAN, M. E. P. (2002). Pessoas muito felizes. Ciência Psicológica, 13 (1), 82-84.

FLECK, M. P. A, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, abr. 2000 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 ago. 2016.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000 . Disponível

em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100004&lng=en&nrm=iso>. acessos em 10 Mar. 2017.

PAIS-RIBEIRO, J. L. Validação transcultural da escala de felicidade subjectiva de Lyubomirsky e Lepper. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2012, 13 (2), 157 - 168. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde - SPPS. Universidade do Porto Disponível em: <http://www.scaswebsite.com/docs/portuguese_PAS_paper.pdf>. acessos em 01 ago. 2016.

SANTIN, S. Cultura corporal e qualidade de vida. *Kinesis*, Santa Maria, v.27, p.116-86, 2002. Disponível em<<https://periodicos.ufsm.br/kinesis/article/view/7008>>. acessos em 10 Mar. 2017.

SELIGMAN, M.; CSIKSZENTMIHALYI, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist* 5(1), 5-14.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 20, n. 2, p. 580-588, Apr. 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200027&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 Mar. 2017.

WHO. WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996. Disponível em http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf. Acesso em 21 Jun. 2017.

Análise físico-química e comparação de dados em 03 amostras de bases para tratamento de unhas

Physicochemical analysis and data comparison on 03 nail treatment base samples

Alex Sandro Freire Silva¹, Leonidas Luiz Araújo¹, Rafael Marcos Moreira¹, Rossana Soares Almeida^{2*}

¹ Acadêmicos do Curso de Farmácia - Centro Universitário do Distrito Federal UDF, Brasília, DF

² Docente do Centro Universitário do Distrito Federal UDF, Brasília, DF

RESUMO:

Introdução: O Brasil ocupa a 3ª posição no ranking mundial no consumo de cosméticos e o desenvolvimento de produtos que aliam a estética com cuidados de precaução e higiene vem se tornando preferência nos hábitos de compra dos brasileiros. **Objetivos:** Realizar testes físico-químico com 03 amostras de bases para unhas; comparar as amostras com os padrões de cálcio e vitamina E, e comparar os padrões organolépticos. **Métodos:** Os testes utilizados no estudo foram, os testes organolépticos (cor, odor e aspecto), teste de pH, teste de solubilidade e o teste de cromatografia delgada com os reagentes, para vitamina E e cálcio. **Resultados:** Para o pH as ambas amostras obtiveram resultados entre 3 e 4. Para Solubilidade a amostra A e C são totalmente insolúveis em água e álcool 70%. A amostra B é insolúvel em água e pouco solúvel em álcool 70%. Os testes organolépticos mostram que a amostra A tem a cor bege fosco com odor característico e aspecto límpido, a amostra B tem a cor amarelo translúcido com odor característico e aspecto límpido, a amostra C tem a cor rosé com odor característico e aspecto límpido. **Conclusão:** A amostra A é a mais indicada para resolver os problemas de unhas fracas, os testes organolépticos não apresentaram as características para o tratamento que a base tem de oferecer.

Palavras-chave: Unhas, Cálcio, Vitamina E, Tratamento.

ABSTRACT:

Introduction: Brazil occupies the 3rd position in world ranking in cosmetics consumption and the development of products that combine aesthetics with precautionary care and hygiene has comes a preference in the buying habits of Brazilians. **Objective:** Perform physicochemical tests with 03 nail base samples; compare samples with calcium and vitamin E standards, and compare organoleptic patters. **Methods:** The tests used in the study were the organoleptic tests (color, odor and appearance), pH test, solubility test and the thin reagent chromatography test for vitamin E and calcium. **Results:** For pH both samples obtained results between 3 and 4. For solubility samples A and C are totally insoluble in water and 70% alcohol. Sample B is insoluble in water and poorly soluble in 70% alcohol. The organoleptic tests show that sample A has a characteristic beige odor-clear matte color and a clear appearance, sample B has a translucent yellow color with a clear odor and sample C, sample C has a characteristic odor-pink rosette with a clear appearance. **Conclusion:** Sample A is the most suitable to solve the problems of weak nails, the organoleptic tests did not show the characteristics for the treatment that the base has to offer.

Keywords: Nail, Calcium, Vitamin E, Treatment.

^{2*} Profa. Rossana Soares Almeida/ rossanasoaresalmeida@gmail.com (Orientadora)

INTRODUÇÃO

A estrutura da unha é composta por fibrilas ou filamentos de queratina, proteínas e cálcio associados a queratina e os desmossomos que garante características como brilho, consistência e resistência das unhas. Alguns fatores físicos ou químicos podem prejudicar a estrutura das unhas e determinar unhas fracas. A lâmina ungueal contém cerca de 10% de água, e tem uma pequena quantidade de lipídios, sendo assim retém uma pequena quantidade de líquido, podendo desidratar facilmente e tendo menor resistência a danos físicos e químicos (COSTA et. al., 2007).

Diferente do que muitos acham, não é o cálcio em grande quantidade que o torna as unhas mais resistentes. O cálcio tem por função apenas de auxiliar em sua resistência, mas quem as torna resistente em altas concentrações é o enxofre que estabiliza as pontes de dissulfeto de cisteína fazendo com que as proteínas para a resistência ungueal mantenha-se estável (COSTA et. al., 2007).

O desenvolvimento ungueal pode também estar comprometido por alterações em sua formação, modificação na matriz, fatores do organismo (como problemas hormonais, diabetes, acromegalia, gravidez e entre outras) ou doenças que impeça a formação correta das unhas. Os tratamentos para unhas vem com a função de resolver os problemas que os agentes químicos, ocasionam na unhas, repondo todas as proteínas, minerais e óleos essenciais que mantêm a unha resistente, brilhosa, flexível (COSTA et. al., 2007).

As mulheres desejam muito ter unhas grandes e saudáveis e existem três formas: colocar unhas postiças, usar endurecedores de unhas que em alguns dias as unhas começam a descamar pois sua química é muito forte, portanto, a utilização de bases de tratamentos para unhas é o método de tratamento mais recomendado para as unhas.

O Guia de Controle de Qualidade notifica que as exigências de análise, podem ser determinados pelo fabricante, considerando-se amostragem, as condições físicas, a concentração inicial e final, o tipo de solvente que foi manipulado e as respectivas características de cada método e equipamento utilizado (ANVISA, 2007).

Nos ensaios organolépticos para cosméticos são analisadas as características específicas pelos órgãos com o intuito de averiguar subsequentes parâmetros, como

a cor, odor e/ou sabor, sendo que para a execução dos ensaios devem ser consideradas as formas físicas e as características de cada produto, tais como líquidos voláteis, não voláteis, semi-sólidos e sólidos (ANVISA, 2007).

Os ensaios organolépticos são executados mediante a algumas comparações com uma amostra padrão ou de referência, para analisar característica, precipitação e turvação, alterações ou separação de fases (ANVISA, 2007).

As amostras padrão ou de referência devem possuir as mesmas circunstâncias condições ambientais controladas, para não haver alterações nas propriedades organolépticas, já os aspectos observacionais são usados para analisar se a amostra que está sendo estudada demonstra as mesmas características macroscópica da amostra de referência (padrão) ou possuem diferença entre tipo separação de fases e turvação (GOULART, 2010).

Os ensaios físico-químicos para cosméticos são a densidade, que definirá se ela está conforme o padrão ou laudo; o pH, que definirá se o pH está conforme o padrão ou laudo, a viscosidade, que definirá se a viscosidade está conforme o padrão ou laudo, o ponto de fusão que definirá se o ponto está conforme o padrão ou laudo, alcalinidade livre/ácido graxo livre e umidade para confirmar se o produto está conforme o padrão ou laudo (GOULART, 2010).

Assim os objetivos do estudo foram realizar testes físico-químico com 03 amostras de bases para unhas; comparar as amostras com os padrões de cálcio e vitamina E e comparar os padrões organolépticos.

METODOLOGIA

Os testes foram feitos em um Laboratório, onde foram realizados três diferentes tratamentos para unhas de marcas diferentes chamados de Amostras: A, B e C.

Os testes utilizados no estudo foram, os testes organolépticos (cor, odor e aspecto), teste de pH, teste de solubilidade e o teste de cromatografia delgada com os reagentes, para vitamina E e cálcio.

A **Amostra A** é um tratamento para unhas, que tem a função de devolver vitaminas, cálcio e outras propriedades, fazendo assim, o fortalecimento das unhas fracas, ela é comercialmente vendida com um tratamento completo para solucionar os problemas de fragilidade nas unhas, quebra, descamação e auxilia no crescimento.

A **Amostra B** é conhecida como casco de cavalo ou endurecedor de unhas, ela é comercialmente vendida como tratamento para as unhas restaurando sua força e resistência, porém sua função real é endurece-las.

A **Amostra C** é a base bomba, que é comercialmente vendida com um tratamento completo que soluciona rapidamente os problemas das unhas fracas, fazendo assim seu fortalecimento e acelerando seu crescimento.

A cromatografia delgada é um método físico-químico de separação que proporciona a identificação do composto e isola as matérias de uma mistura, se estabelecendo na migração dos componentes baseado na polaridade. Dessa forma a mistura entra em duas fases: fase móvel, e a fase estacionária (fixa). A fase estacionária neste caso é a responsável por reter a amostra que a partir da afinidade química do componente da mistura (eluente) pode entrar na fase móvel que vai arrastar a mistura da fase estacionária assim isolando o componente desejado.

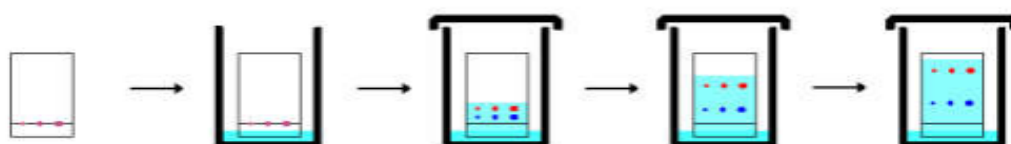
O eluente (fase móvel líquida) elui (deslocar para cima) por uma camada fina de sílica-gel (fase estacionária adsorvente). Ao fazer a aplicação das amostras na base da placa em gel sílica, se coloca na posição vertical em um béquer contendo o eluente, na altura de 0,5cm sendo essa quantidade o suficiente para o solvente entrar em fase móvel. À medida que a placa cromatográfica é eluída, a amostra é “arrastada” pela fase móvel sobre a fase estacionária. Durante este processo, os diversos componentes das amostras são separados de acordo com suas propriedades de solubilidade e adsorção.

A primeira etapa para realizar a corrida foi a formulação do eluente sendo conveniente desenvolver uma coluna cromatográfica na forma de um gradiente de polaridade com força eluotrópica sendo escolhido o ácido acético na proporção de 2:1, sendo o etanol na proporção igual de 1 para 1 em água, ou seja, a cada 40 ml de ácido acético 10 ml de água e 10 ml de etanol na concentração total de 60 ml.

Foi selecionado as matérias prima (cloreto de Cálcio, vitamina E oleosa) sendo pesado cloreto de cálcio na proporção de 7,45 gramas para 10ml de água com a homogeneização constante para sua diluição por 3 minutos de forma manual e circular, após essa etapa foi utilizado o béquer de 50 - ml com tampa de vidro de relógio onde foi colocado o eluente (altura ~0,5 cm), fechá-lo (tampar), foi aplicado então a amostra dissolvida (cloreto de cálcio e vitamina E) na marcação da placa gel

sílica usando o capilar, tocando levemente o capilar com amostra, foi levada a placa com (pinça) na bancada (sem tocar com dedo); foi deixada para secar por 3 minutos. Depois as placas foram mergulhadas no eluente em volume de 0,5 cm, foi tampado e após 3 minutos a placa foi retirada, o tempo cronometrado foi de 3 minutos para secagem da amostra. Após o período de secagem com a ajuda da lâmpada UV foi visualizado as manchas de corrida das amostras. Esses procedimentos foram repetidos 3 vezes para cada amostra para observar se os testes teriam os mesmos resultados característicos.

Figura 1: Cromatografia em camada delgada (CCD).



Fonte: ZANELLA, 2013.

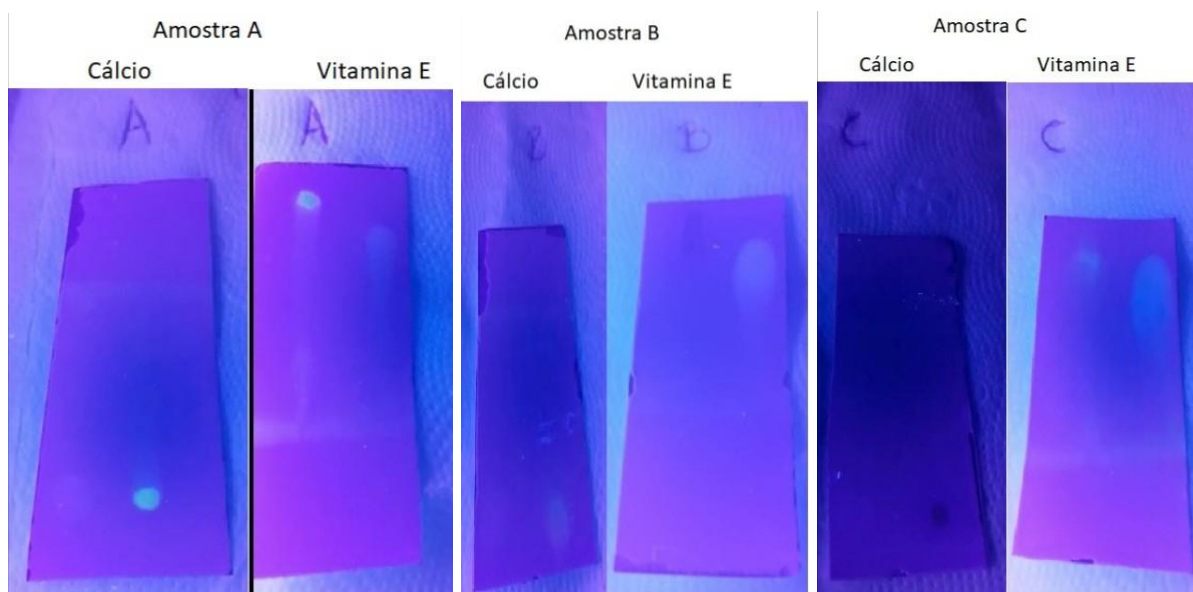
RESULTADOS

A análise organoléptica teve por objetivo avaliar a análise sensorial das amostras e confirmar se os parâmetros estéticos dos produtos estudados buscam características adequadas como solubilidade, cor, odor e aspecto.

| Tipo de Amostras | Amostra A | Amostra B | Amostra C |
|---|------------------------------------|------------------------------|--|
| pH | 3-4 | 3-4 | 3-4 |
| Solubilidade Álcool 70% Água | Insolúvel Insolúvel | Pouco solúvel Insolúvel | Insolúvel Insolúvel |
| Cor | Bege fosco | Amarelo Translúcido | Rose |
| Odor | Característico | Característico | Característico |
| Aspecto | Límpido | Límpido | Límpido |
| Cromatografia Delgada Cálcio Vitamina E | Com Intensidade Com Intensidade | Sem resposta Sem resposta | Pouca Intensidade Pouca Intensidade |

Após os testes, os resultados foram: para pH ambas as amostras obtiveram resultados entre 3 e 4. Para Solubilidade a amostra A e C são totalmente insolúveis em água e álcool 70%. A amostra B é insolúvel em água e pouco solúvel em álcool 70%. Os testes organolépticos mostram que a amostra A tem a cor bege fosco com odor característico e aspecto límpido, a amostra B tem a cor amarelo translúcido com odor característico e aspecto límpido, a amostra C tem a cor rosé com odor característico e aspecto límpido.

Posterior a análise de cromatografia em camada delgada feita com os reagentes para Vitamina E e Cálcio foram os seguintes resultados, a amostra A reagiu com intensidade para cálcio e vitamina E, a amostra B não reagiu para cálcio e vitamina E, a Amostra C reagiu com pouca intensidade para cálcio e vitamina E.



DISCUSSÃO

Os testes escolhidos foram os organolépticos, pH e solubilidade para definirmos a estabilidade das amostras e o método de cromatografia em camada delgada para testar a presença de Cálcio e Vitamina E, o teste foi escolhido por ser uma técnica de baixo custo, simples e acessível. As leituras das sílicas em gel foram realizadas com auxílio da luz UV (ultravioleta). A técnica mostrou-se reprodutível,

rápida, permitindo uma análise coerente com as especificações das amostras analisadas promovendo a separação de compostos na fase móvel.

O teste de pH foi feito com as fitas que mostram a escala de 0 a 14 e em todas as amostras deram o resultado em 3-4. Os testes de solubilidade foram feitos com água deionizada e álcool 70%, a amostra A e C foram insolúveis em água e álcool 70%, já a amostra B foi insolúvel em água e pouco solúvel em álcool 70%. Já na cromatografia podemos ver que a amostra A (FIG2), teve melhor corrida tanto em vitamina E quando em cloreto de Cálcio se compararmos com as amostras B e C (FIG3, FIG4), já comparando as amostras B e C podemos ver uma diferença na corrida C se que se encontra em melhores condições de visualização que a B, portanto podemos ver um certo apontamento a determinadas amostras com padrões de qualidades, possivelmente mais elevados levando em consideração apenas essas visualizações cromatográficas.

Neste estudo a técnica permitiu analisar o perfil cromatográfico do cloreto de cálcio e vitamina E nas amostras, o teste nos permitiu identificar qualitativamente qual amostra de base tem o melhor perfil cromatográfico, pois a corrida na Sílica em gel mostrou qual base supostamente tem a maior potência para tratar as unhas.

Pelos testes realizados podemos supor que a amostra A é a mais eficiente visualizando apenas aspectos da cromatografia delgada realizada, a corrida em gel sílica apontou níveis de cálcio e vitamina E mais elevados na amostra A, porém apenas testes mais robustos como HPLC (Cromatografia Líquida de Alta Absorção) podem nos dizer com clareza qual é a melhor amostra, assim nos submetemos apenas a delinear algo que aponte essa diferença. Se compararmos as demais amostras, pelo teste organolépticos, pH e solubilidade obtiveram resultados semelhantes, sendo assim, passando despercebido a real função do produto para o consumidor.

CONCLUSÃO

Concluimos que pelos testes feitos, podemos supor que a amostra A é a mais indicada para resolver os problemas de unhas fracas, os testes organolépticos não apresentaram as características para o tratamento que a base tem de oferecer. O consumidor muitas vezes tem acesso apenas as informações Organolépticas, por isso

a importância deste trabalho, mostrando algumas das características para solucionar os problemas das unhas fracas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Guia de controle de qualidade de produtos cosméticos, uma Abordagem sobre os Ensaio Físicos e Químicos.**

Brasil: Anvisa, 2007. Disponível em:
<https://www.crq4.org.br/downloads/guia_cosmetico.pdf> acesso em 10 de set. 2019.

BRASIL. Serviço Brasileiro de Respostas Técnicas. **Dossiê técnico controle de qualidade de produtos cosméticos.** BRASIL SBRT, 2012. DISPONIVEL em
<<http://www.respostatecnica.org.br/dossie-tecnico/downloadsDT/NjExMw==>> acesso em 10 de out. 2019.

COSTA I.M.C., NOGUEIRA L.S.C., GARCIA S.P. Síndrome das unhas frágeis, Brasil **Anais Brasileiro de Dermatologia** v.263 p.87. 2007.

GOULART T.T. **Análise físico química de cosméticos capilares na região de assis- FEMA.** Dissertação (Bacharel em Química) -Fundação Educacional Municipal Assis, 2010.

ZANELLA RENATO **(Cromatografia em Camada Delgada (CCD) ou Thin Layer Chromatography (TLC).**UFSM Universidade Federal Santa Maria 2013 Diponivel em
< http://w3.ufsm.br/larp/media/camada_delgada_teorica.pdf.> Acesso em 22/10/2019.

Adoecimento psíquico no puerpério evidenciado em redes sociais

Psychological illness in the puerperium evidenced in social networks

Débora Pinto Soares Marcelino¹, Lorryne Andrea Silva Rafael Matos¹, Renata Araújo da Cunha¹, Bárbara de Caldas Melo^{2*}

¹Acadêmicas do curso de Enfermagem. Centro Universitário do Distrito Federal UDF, Brasília, DF.

² Docente do Centro Universitário do Distrito Federal UDF, Brasília, DF.

RESUMO:

Introdução: Devido as diversas transformações tecnológicas dos últimos anos, as redes sociais também se modificaram tornando-se um espaço democrático diverso com aspectos positivos e negativos. Inúmeras mulheres com transtornos psicóticos no puerpério tendem a utilizar tais redes sociais como um local de desabafo causando reações diversas da sociedade. **Objetivos:** Identificar e analisar relatos de mulheres com transtornos psicóticos durante o puerpério tendo como embasamento seus depoimentos em redes sociais e seus respectivos impactos. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa exploratória qualitativa dividida em duas fases: uma de caráter bibliográfico realizada no período de setembro de 2018 a setembro de 2019 na qual analisou-se artigos publicados entre 2003 e 2019; e complementar à pesquisa bibliográfica, a pesquisa exploratória que se deu nas redes sociais *Facebook* e *Instagram*, sendo ambos ambientes virtuais de informações públicas. **Resultados:** A partir da observação dos relatos nas redes sociais é perceptível a importância do apoio social e familiar às puérperas e os transtornos psicóticos no puerpério precisam ser priorizados como estratégias de promoção e prevenção na saúde da mulher. **Conclusão:** Após identificação e análise dos relatos é possível concluir que as redes sociais possuem contribuições positivas onde a puérpera pode expor sentimentos e receber ajuda por parte de outros usuários, e negativas quando observado o julgamento social, podendo até ocasionar uma piora do transtorno psicótico no puerpério.

Palavras-chave: Adoecimento psíquico, Puerpério, Redes sociais.

ABSTRACT:

Introduction: Due to the various technological transformations of recent years, social networks have also changed into a diverse democratic space with both positive and negative aspects. Numerous women with postpartum psychotic disorders tend to use such social networks as a place of vent causing diverse reactions from society. **Objectives:** Identify and analyze reports of women with psychotic disorders during the postpartum period based on their testimonials in social networks and their respective impacts. **Methods:** This is a qualitative exploratory research divided in two phases: one of bibliographic character carried out from September 2018 to September 2019 in which articles published between 2003 and 2019 were analyzed; and complementary to bibliographic research, the exploratory research that took place on the social networks *Facebook* and *Instagram*, both being virtual environments of public information. **Results:** From the observation of reports in social networks, it is noticeable the importance of social and family support to postpartum women and psychotic disorders in the postpartum period need to be prioritized as strategies for promotion and prevention in women's health. **Conclusion:** After identifying and analyzing the reports, it is possible to conclude that social networks have positive contributions where the postpartum woman can express feelings and receive help from other users, and negative when social judgment is observed, and may even worsen the postpartum psychotic disorder.

Palavras-chave: Psychic illness, Postpartum, Social networks.

^{2*} Profa. Bárbara de Caldas Melo / barbara.melo@udf.edu.br (Orientadora)

INTRODUÇÃO

O conceito de redes sociais passou a ser discutido nas Ciências Sociais a partir da primeira metade do século XX, logo após a 2ª Guerra Mundial, com o objetivo de discutir a globalização e as transformações do mundo pós-guerra. Atualmente, devido as diversas transformações tecnológicas, que proporcionaram principalmente a expansão de aparelhos eletrônicos como o computador, celulares e o acesso à internet, as redes sociais se modificaram e trouxeram diversos pontos positivos à humanidade, dentre eles a facilidade de comunicação com pessoas à longa distância, espaço de interação social e democratização da informação (VERMELHO; VELHO; BERTONCELLO, 2015).

É inegável que as redes sociais fazem parte da vida cotidiana da grande maioria das pessoas no mundo – ainda que pesquisas comprovem que no Brasil, por exemplo, uma pequena parte da população não tenha acesso à internet. Aspectos negativos, como as *fake news*, tão comentadas atualmente, fazem parte do chamado “mundo virtual” proporcionado pelas redes sociais (SCHIAVI; LORENTZ, 2016).

As redes sociais – com seus aspectos positivos e negativos - desempenham também um papel importante na vida de mulheres com transtornos puerperais. Segundo Kaplan e Sadock (1999), os transtornos puerperais são definidos como doenças mentais com início no primeiro ano após o parto e que se manifestam por desequilíbrios de humor psicótico e não psicótico.

Inúmeras mulheres que sofrem com tais transtornos têm constantemente utilizado as redes sociais como local de desabafo e compartilhamento de suas angústias, medos e atitudes com pessoas que possivelmente passam ou passaram pela mesma situação ou outras que podem ajuda-las com mais eficiência e rapidez (RIEMENSCHNEIDER; D'AQUINO, 2017).

O período gravídico-puerperal é a fase em que ocorrem múltiplos fenômenos de natureza hormonal, social, psíquica e física. Tais fenômenos, podem desencadear conflitos psicológicos relevantes na vida da mulher, dentre eles os transtornos psíquicos puerperais, que podem ser classificados como doenças mentais, entre elas, a disforia ou baby blues, depressão pós-parto e psicose puerperal (MOREIRA et al., 2016; KAPLAN; SADOCK, 1999).

A maternidade é socialmente vista como sinônimo de afeto e qualquer sentimento do binômio que se oponha ao proposto é julgado como anormal e absurdo (IACONELLI, 2005). A partir do exposto apresentado, o objetivo desse estudo é identificar e analisar relatos de mulheres com transtornos psicóticos durante o puerpério tendo como embasamento depoimentos de mulheres ativas em redes sociais. Além de identificar a percepção dos usuários perante o desabafo das puérperas avaliando atitudes e julgamentos.

METODOLOGIA

É uma pesquisa exploratória qualitativa dividida em duas fases: uma de caráter bibliográfico realizada no período de setembro de 2018 a setembro de 2019 na qual analisou-se artigos científicos publicados entre 2003 e 2019; e outra de caráter exploratória. Gil (2002), considera que a pesquisa exploratória tem como principal objetivo esclarecer e modificar conceitos e ideias e são úteis para diagnosticar situações e explorar alternativas. Segundo o autor, este tipo de pesquisa é planejada com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato.

Para a realização da pesquisa, como critérios de inclusão, foram utilizados periódicos nacionais indexados em revistas eletrônicas, bancos de dados (LILACS e SciELO) e bibliotecas virtuais (BVS e PePSIC) buscando identificar o adoecimento psíquico na puérpera em seus três estados de transtornos. Os critérios de exclusão foram os artigos científicos que não apresentavam autenticidade ao tema proposto. Os descritores utilizados segundo o DeCs foram: Puerpério; depressão; psicose; disforia e redes sociais. Foram selecionados 22 artigos, sendo 10 indexados na base de dados da SciELO, 04 na LILACS, 03 na PePSIC, 01 na BVS e 04 em revistas eletrônicas.

A proposta realizada foi de familiarizar o conceito, os tipos de transtornos comparados a realidade de mulheres que os vivenciam a partir dos seus relatos em redes sociais e a percepção da família e sociedade perante ao adoecimento psíquico no puerpério. A pesquisa exploratória se deu nas redes sociais *Facebook* e *Instagram*, sendo ambos ambientes virtuais com informações públicas.

As políticas de dados da rede social *Facebook* e *Instagram* tem informações públicas, que são passíveis de visualizar, acessar, compartilhar e baixar por meio de aplicativos e outros serviços. Quando uma publicação ou uma mensagem é compartilhada para amigos ou em contas específicas, as pessoas podem baixar, fazer captura de tela ou compartilhar novamente tal conteúdo com terceiros dentro ou fora dos Produtos, pessoalmente ou em experiências de realidade virtual. Quando se trata de um comentário ou reação fica visível para qualquer pessoa que possa ver o conteúdo, podendo a mesma alterar o público posteriormente (Políticas de Dados Facebook e Instagram, 2018).

No *Facebook*, as descrições que nortearam este estudo foram relatos de puérperas em 6 grupos fechados, ao qual foi solicitado autorização dos administradores para permanência no grupo justificando o foco do estudo. Apenas 01 não permitiu a coleta direta de dados, porém houve autorização para publicação do interesse de coletas ao qual resultou em 5 relatos obtidos através do *Messenger*. No *Instagram* identificou-se relatos em 5 contas públicas direcionadas ao adoecimento psíquico no puerpério.

Para garantir o anonimato das puérperas, as mulheres foram identificadas com nomes de flores, e no total foram coletados 22 relatos descritos na íntegra e fragmentados.

Para análise dos dados coletados foi realizada análise de Bardin, que se trata de um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens e possui rigor como forma de não se perder na heterogeneidade de seu objeto (SANTOS, 2012).

RESULTADOS

Com base no comparativo entre os relatos coletados e a literatura observou-se que os transtornos psicóticos no puerpério precisam ser priorizados como uma estratégia de prevenção e promoção da saúde da mulher (MACIEL et al., 2019).

Observou-se também que o apoio social e familiar é de suma importância para a manutenção da saúde mental durante o puerpério e que a ausência de suporte ou julgamentos podem trazer riscos severos para a puérpera podendo maximizar o

impacto do adoecimento psíquico e prejudicar a relação do binômio (MACIEL et al., 2019).

Para a retirada das informações teóricas realizou-se fichamento dos artigos com os seguintes dados: número do artigo, autor/ano/título, objetivo, método e resultados. A apresentação dos achados foi realizada através da síntese dos artigos e organizado em forma de tabela com objetivo de facilitar a compreensão das informações.

| Nº | Autor/Ano/Título | Objetivo | Método | Resultado |
|----|--|---|---------------------------------|--|
| 01 | ALT; BENETTI, 2008. Maternidade e depressão: impacto na trajetória de desenvolvimento. | Discutir a trajetória de uma mulher que apresentou um quadro depressivo grave no primeiro ano de vida de sua filha. | Relatos de experiência. | Verifica-se a necessidade de atenção específica aos casos de transtornos emocionais na maternidade. |
| 02 | ALVARENGA et al. 2013. Relações Entre Apoio Social e Depressão Pós-Parto em Puérperas. | Avaliar a relação entre o apoio social percebido pela mãe e a depressão pós-parto no primeiro mês após o nascimento do bebê. | Estudo quantitativo descritivo. | As mães com sintomas depressivos apresentam menores scores de apoio social. |
| 03 | ANDRADE et al., 2015. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. | Apresentar uma reflexão acerca de alguns fatores relacionados à saúde da mulher no período puerperal e suas repercussões sobre a saúde da criança. | Estudo teórico-reflexivo. | O estudo ressaltou aspectos que são relevantes durante o puerpério, na perspectiva de promoção da saúde e qualidade de vida da mulher-mãe. |
| 04 | CAMACHO et al., 2006. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. | Apresentar os principais aspectos epidemiológicos, de classificação, diagnóstico e tratamento dos transtornos psiquiátricos relacionados à gestação e ao puerpério. | Revisão de literatura. | Os transtornos psiquiátricos no puerpério são mais comuns do que se imagina e muitos casos ainda não são subdiagnosticados. |
| 05 | COUTINHO; SARAIVA, 2008. Depressão pós-parto: considerações teóricas. | Apresentar uma análise teórica acerca da depressão pós-parto de modo a possibilitar ao profissional de | Revisão de literatura. | Observa-se que dados epidemiológicos, apontados pela literatura, indicam a importância da avaliação precoce da |

| | | | | |
|----|---|--|---|---|
| | | saúde uma reflexão sobre este sofrimento psíquico. | | depressão durante a gestação. |
| 06 | CUNHA; SANTOS; GONÇALVES, 2012. Concepções sobre maternidade, parto e amamentação em grupo de gestantes. | Investigar as concepções sobre o parto e amamentação de um grupo de gestantes e puérperas de uma empresa estatal. | Pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. | Existe uma grande importância atribuída ao ato de amamentar e aos cuidados com o bebê no puerpério. |
| 07 | FRIZZO; PICCININI, 2005. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. | Revisar a literatura sobre a interação mãe-bebê em situação de depressão materna. | Revisão de literatura. | A depressão afeta não só a mãe, mas também o bebê e até mesmo o próprio pai, em vista da influência deste quadro no contexto familiar. |
| 08 | IACONELLI, 2005. Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. | Contextualizar as transformações exigidas pela maternidade e a idealização da sociedade. | Revisão de literatura e relato de caso. | Algumas mulheres podem encontrar uma medida excelente entre todas as transformações exigidas pela maternidade. |
| 09 | JESUS; AZEVEDO, 2017. Sexualidade no puerpério: a visão do casal. | Conhecer como os casais vivenciam a sexualidade no período puerperal. | Pesquisa qualitativa de caráter descritivo analítico. | Esse período é cercado de grandes transformações na vida do casal e a sexualidade no puerpério está envolvida na recuperação, dificuldades e preocupação. |
| 10 | MACIEL et al., 2019. Transtorno mental no puerpério: riscos e mecanismos de enfrentamento para a promoção da saúde. | Compreender os riscos e os mecanismos de enfrentamento apresentados pelas puérperas diante dos transtornos mentais no pós-parto. | Pesquisa qualitativa de caráter descritivo. | Identificou-se que existem vários fatores que podem contribuir como agentes facilitadores no surgimento de algum transtorno mental na puérpera. |
| 11 | MADEIRA et al., 2012. Eletroconvulsoterapia no tratamento da psicose puerperal. | Apresentar um caso clínico de uma mulher primípara de 28 anos, sem antecedentes psiquiátricos, que iniciou nas primeiras semanas de puerpério um quadro psicótico. | Relato de caso. | Por ausência de resposta ao tratamento farmacológico, houve recurso à eletroconvulsoterapia (ECT), com melhora clínica rápida e evidente. |

| | | | | |
|----|--|--|--|---|
| 12 | MOREIRA et al., 2016. Incidência de transtornos psíquicos na gravidez e puerpério em mulheres de 18 a 35 anos no Hospital Beneficente de Belém do Pará/PA. | Determinar a incidência de transtornos psíquicos na gravidez e puerpério; em mulheres de 18 a 35 anos, primíparas e multiparas. | Pesquisa quantitativa. | O estudo teve a disforia como o distúrbio mais comum no puerpério e na gravidez. |
| 13 | RIBEIRO et al., 2014. Vivências de cuidado da mulher: a voz das puérperas. | Conhecer como a mulher vem vivenciando o seu cuidado no puerpério. | Estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa. | O estudo evidenciou o importante papel da família no cuidado à puérpera. |
| 14 | RIEMENSCHNEIDER; D'AQUINO, 2017. Maternidade, redes sociais e sociedade de consumo: vulnerabilidade ou empoderamento da lactante? | Tratar sobre aspectos gerais da vulnerabilidade da mulher-mãe na sociedade de consumo e o papel que os grupos virtuais possuem na formação e divulgação. | Revisão bibliográfica. | Os grupos virtuais geram correntes de apoio e suporte para as “mulheres-mães” que se enquadram em situação de vulnerabilidade. |
| 15 | SANTOS, 2012. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. | Apresentar uma apreciação crítica de análises de conteúdo como forma de tratamento. | Pesquisa qualitativa e quantitativa. | A análise de conteúdo é uma leitura profunda determinada pelas condições oferecidas pelo sistema linguístico e objetiva a descoberta das relações entre o conteúdo e aspectos exteriores. |
| 16 | SCALCO et al., 2013. Psicose puerperal: relato de caso. | Relatar o caso de uma paciente de 31 anos com quadro de alucinações auditivas, delírios místicos religiosos e persecutoriedade. | Relato de caso. | Estabelecido diagnóstico de psicose puerperal e com o uso adequado de antipsicóticos houve melhora com desaparecimento total dos sintomas após sete dias. |
| 17 | SCHIAVI; LORENTZ, 2016. Sites de redes sociais na contemporaneidade: percepção dos usuários sobre emoções, vivências e relações. | Investigar a percepção dos usuários sobre emoções, vivências e relações presentes no uso destas ferramentas. | Pesquisa qualitativa de delineamento exploratória. | Demonstrou-se que as pessoas estão fazendo uso dos sites e demais plataformas sociais diariamente, na presença de outras pessoas ou estando sozinhas. |

| | | | | |
|----|---|--|--|---|
| 18 | SCHWENGBER; PICCININI, 2003. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. | Examinar e estudar a respeito do impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. | Revisão bibliográfica. | A revisão da literatura mostra que quadros depressivos maternos no período pós-parto e ao longo do primeiro ano de vida da criança apresentam algumas particularidades. |
| 19 | STRAPASSON; NEDEL, 2010. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. | Conhecer os significados da maternidade frente às necessidades das puérperas no alojamento conjunto em um hospital de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. | Estudo qualitativo de caráter exploratório descritivo. | As puérperas definem a maternidade como a realização de um sonho aliada à responsabilidade e ao compromisso com o novo ser que se apresenta frágil e dependente de seus cuidados. |
| 20 | TOMAÉL; ALCARÁ; CHIARA, 2005. Das redes sociais à inovação. | Abordar as relações entre informação, conhecimento, aprendizagem organizacional e inovação, assim como o entorno em que as redes sociais se realizam. | Revisão bibliográfica. | As redes sociais influenciam tanto a difusão de inovações quanto a propagação da informação e do conhecimento que oportuniza o desenvolvimento de inovações. |
| 21 | VERMELHO; VELHO; BERTONCELLO, 2015. Sobre o conceito de redes sociais e seus pesquisadores. | Identificar o perfil da produção bibliográfica brasileira sobre o referido tema e possibilidades para uso desse espaço na promoção da saúde. | Estudo de cunho exploratório e descritivo. | O estudo permitiu identificar relações históricas do conceito com as ciências naturais e também com os estudos da antropologia e da filosofia. |
| 22 | ZANATTA; PEREIRA; ALVES, 2017. A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. | Conhecer os sentimentos maternos acerca da gestação, do nascimento e da relação mãe-bebê em mulheres que vivenciaram a experiência da maternidade pela primeira vez. | Estudo qualitativo. | Os resultados obtidos pela análise de conteúdo e apontaram predomínio de sentimentos e insatisfação diante das mudanças percebidas no corpo. |

DISCUSSÃO

O puerpério é o período que consiste a partir da fase de dequitação da placenta após o parto, sendo finalizado quando as alterações provocadas pela gravidez no organismo da mulher involuem para seu estado normal no período de

aproximadamente três meses. É um processo estressante e de adaptação cronologicamente variável e impreciso que a depender do enfrentamento da puérpera pode ocasionar ou não consequências graves (MONTENEGRO; FILHO, 2008).

Se trata de um período vulnerável a crises devido alterações biológicas, físicas e psicológicas. Ocorre o processo de involução dos órgãos reprodutivos à situação normal, o estabelecimento da amamentação e a ocorrência de alterações hormonais que podem influenciar no bem-estar da saúde materno-infantil (STRAPASSON; NEDEL, 2010). Com base nos relatos coletados em redes sociais das puérperas que foram nomeadas com tipos de flores para devida privacidade, Bromélia nos mostra através de seu relato as alterações vividas em sua experiência:

“[...]estou passando por isso, é como se fosse uma montanha russa de emoções tem dia e hora que estou bem e de repente estou mal”

A atenção à saúde da mulher no puerpério consiste em um momento oportuno e necessário ao profissional de saúde e ao âmbito social da puérpera para prevenção de um adoecimento psíquico. Deve ter como objetivo a identificação de sinais e sintomas precocemente, compreensão das emoções, fantasias e outros fatores que possibilitam a intervenção necessária e previne agravos (ANDRADE et al., 2015).

As redes sociais desempenham um papel importante no diagnóstico precoce, pois estabelecem estratégias que são utilizadas para compartilhamento de informações de maneira ampla, mediante as relações entre as pessoas que as integram. A puérpera pode expor suas ideologias e podem ser encontrados através de diversas ferramentas virtuais como *Facebook* e *Instagram* e uma variedade de grupos de autoajuda que colaboram de maneira positiva (RIEMENSCHNEIDER; D' AQUINO, 2017; TOMAÉL; ALCARÁ; CHIARA, 2005).

As redes sociais podem pertencer a duas diferentes classes, a primária, em que os vínculos são constituídos por familiares e amigos sendo baseada na reciprocidade e confiança; e secundária composta por organizações sociais que podem fornecer acolhimento e realizar orientações. O familiar pode inspecionar as redes sociais para verificar se há necessidade de intervenção nos cuidados prestados ao bebê e ao apoio psicológico da mulher (RIEMENSCHNEIDER; D'AQUINO, 2017).

De acordo com Camacho et al. (2006), os principais fatores de risco para desenvolvimento de um transtorno puerperal são: idade inferior a 16 anos, histórico de transtorno psiquiátrico prévio, eventos estressantes experimentados nos últimos 12 meses, conflitos conjugais, ser solteira ou divorciada, estar desempregada, apresentar pouco suporte social, personalidade vulnerável, esperar um bebê do sexo oposto ao desejado, abortamentos espontâneos anteriores, gravidez não desejada, dentre outros.

Dos principais transtornos psíquicos no puerpério, três podem ser evidenciados: disforia puerperal ou baby blues, depressão pós-parto e psicose puerperal (MOREIRA et al., 2016).

A disforia puerperal ou baby blues é considerada a forma mais leve dos quadros puerperais, acomete 80% das puérperas e os sintomas geralmente se iniciam nos primeiros dias após o nascimento do lactente e se acaba de maneira espontânea em no máximo duas semanas, não sendo necessário intervenção farmacológica (MOREIRA et al., 2016). Margarida relata sua experiência na primeira semana do puerpério:

“[...] mais ou menos no segundo dia eu percebi que a situação que eu me encontrava não era a mesma, onde eu tive que aprender a ser mãe e não cuidar só de mim e sim de outra pessoa e a tristeza batia lá no fundo”

“[...] depois de um tempo a tristeza passou e o sentimento de mãe aflorou em mim.”

A depressão pós-parto é um quadro clínico moderado a severo, com prevalência de 10% a 15% e requer acompanhamento intenso. Todo o ciclo gestacional é considerado de risco para o desenvolvimento de um transtorno, uma vez que a mulher passa por alterações hormonais bruscas. O fato de estar associada ao nascimento de um bebê refere-se aos sintomas podendo perdurar por até dois anos (SCWWENGBER; PICCININI, 2003).

A psicose puerperal é o transtorno psíquico mais grave do puerpério, possui baixa incidência, cerca de 0,1% a 0,2%, sendo que em casos de bipolaridade e esquizofrenia o percentual se eleva. É caracterizada pela perda do senso da realidade, relacionado com delírios e alucinações sendo necessário uma maior

observação dos sintomas apresentados pela puérpera demandando suporte psicossocial e farmacológico (SCALCO et al., 2013). O relato da Cinerária exemplifica:

“[...] tive alucinações de coisas ruins tentando me enforçar gritando no meu ouvido não me deixando dormir, eu fiquei adormecida dos pés a cabeça”

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), o delírio é caracterizado por crenças fixas e seu conteúdo pode variar, podendo ser persecutório, de referência, somático, religioso ou de grandeza. A alucinação é uma perturbação onde o indivíduo tem percepções e possui a sensação de realidade que ocorre sem a estimulação externa, como por exemplo, uma puérpera que enxerga o bebê com deformidades ou algo demoníaco. Crisântemo relata a maneira como enxergava o filho:

“[...]minha cabeça tá estranha, tô intolerante e gente, preciso de ajuda para lidar com o terrible two da melhor forma... não sei mas o que fazer, minha filha tá o demônio encarnado.”

De acordo com Alt e Benetti (2008), na psicose pode ocorrer rituais obsessivos e pensamentos suicidas e homicidas. Durante o quadro psicótico, há uma propensão maior ao infanticídio devido os pensamentos delirantes que envolvem o bebê, como exemplificado no relato de Lavanda que afirma:

“[...]Quando ele nasceu fiquei pior cuidava dele obrigada queria matar ele e mim matar.”

O diagnóstico de psicose se dá pela sintomatologia, como se manifestam ao longo do tempo e sua intensidade. O infanticídio e o suicídio estão entre uma das consequências mais graves, é fundamental a identificação e intervenção precoce a fim de estabelecer a estratégia mais adequada para o tratamento de cada transtorno psiquiátrico puerperal (CAMACHO et al., 2006). Podemos observar essas consequências através de relatos expressivos, como o de Astromélia:

“[...] algumas ideias suicidas vieram na minha mente, para fugir de cuidar da

minha filha e fugir da desgraça que eu tinha tornado a minha vida ao tornar mãe.”

Durante a gestação algumas mulheres trazem ilusões associadas com medos sem fundamentos correlacionados à perda do filho, neste caso trata-se de uma projeção e não caracteriza um quadro agudo psicótico (SCALCO et al., 2013).

O diagnóstico da depressão pós-parto é variável podendo a puérpera apresentar alterações físicas, cognitivas e comportamentais. Os principais sintomas são: estado de tristeza intenso, transtornos do sono, desalento, sentimento de culpa, anorexia, indisposição para atender o bebê em suas necessidades, perda da libido, labilidade de humor e choro fácil (MOREIRA et al., 2016). A vivência de Girassol reforçam a intensidade dos sintomas:

“[...] 40 dias após o segundo filho ter nascido passei a achar que ele dava um trabalho sobrenatural, senti arrependimento, passei a ter dificuldades para dormir (o que me deixava ansiosa/nervosa) vinheram as dificuldades financeiras para completar tudo (achei que era o fim)...ai passei a achar que não deveria ter tido o segundo filho...me senti triste muitas vezes, culpada e arrependida.”

A disforia é caracterizada por choro fácil, mudança de humor, irritabilidade, fadiga, tristeza, insônia, dificuldade de concentração e comportamento hostil com familiares e acompanhantes. Geralmente não necessita de intervenção farmacológica, pois os sintomas desaparecem rápido, sendo necessário apenas suporte emocional e compreensão (CAMACHO et al., 2006).

A psicose puerperal descreve-se com sinais de delírios persecutórios, alucinações, despersonalização e irritabilidade. Pode estar associada a sintomas depressivos e geralmente envolve comportamentos desorganizados que envolvem intenções de danos com o bebê (CAMACHO et al., 2006). Orquídea relata sua experiência de irritabilidade que se intensificava com o passar do tempo:

“[...]quando voltei para o quarto já estava mais intenso os pensamentos obsessivos, agora em relação a minha filha, me via atirando ela pela janela o tempo inteiro [...]”

O tratamento da disforia é focado basicamente em psicoterapias com ênfase na educação e o equilíbrio emocional da puérpera. Na depressão e psicose puerperal são utilizados psicoterapia, medicações psicoterápicas para minimizar os sintomas e eletroconvulsoterapia que possui rapidez e eficácia elevada, além da internação indicada apenas em casos graves (MADEIRA et al., 2012). Astromélia e Orquídea demonstram a evolução:

“[...]continuo em tratamento, mas consigo amar minha filha e não penso mais em morte”.

“[...] tive uma melhora significativa com o tratamento (medicamentoso e terapia). Ainda continuo com o tratamento, hoje tenho pouquíssimos pensamentos que não incomodam tanto, digo que aprendi a administra-los.”

A vulnerabilidade da puérpera à um adoecimento psíquico não está associada apenas ao mecanismo biológico, existe uma combinação de fatores – obstétricos, psicológicos e sociais – que colaboram significativamente para o desenvolvimento ou agravamento de transtornos puerperais (SCHWENGBER; PICCININI, 2003).

Um fator importante que influencia na organização emocional da puérpera são as alterações no corpo provindas da gravidez que causam transformações da autoimagem corporal (RIBEIRO et al., 2014).

Durante a gestação, ocorrem mudanças físicas que interferem na autoestima da mulher. A involução do organismo materno no puerpério gera um conflito entre a autoimagem e o corpo idealizado, o que influencia para sentimentos que corroboram para os transtornos psíquicos, além de influenciar negativamente a vida sexual devido a vergonha relacionada ao próprio corpo (ZANATTA; PEREIRA; ALVES, 2017). Rosa, Cravo e Camélia tiveram mudanças bruscas no corpo e relatam o quanto isso os incomodou:

“[...] estou com 130 kg e tenho 1,60 gente eu chorei tanto no banheiro. No aniversário do meu priminho eu quebrei a cadeira e cair na frente de todos, tem dia que nem levantar da cama eu quero [...]”

“[...] meu corpo ficou transformado. Estrias que descem pelas coxas, uma

barriga gigante e flácida [...]

[...] eu engordei bastante e isso é notório, todo mundo que me vê fala: Nossa como você engordou, sem contar os seios que caíram [...]

O conflito conjugal também pode predispor a puérpera ao desenvolvimento de um transtorno. A falta de suporte e compreensão do companheiro perante a situação gera um grande conflito emocional e forte tendência a sentimentos negativos (FRIZZO; PICCININI, 2005). Podemos observar através do relato de Violeta o que poderia ocasionar a falta de suporte do parceiro:

[...] ele não me apoiava e eu sentia uma raiva tão grande dele, ele me irritava de uma forma que não sei explicar, cheguei a imaginar formas de matar ele msm [...]

Ocorrem alterações relacionadas a sexualidade do casal devido a vários fatores que levam a perda da libido da puérpera. As mudanças corporais, baixa autoestima, noites sem dormir, cuidados com o filho e estresse tem um grande impacto na vida dos homens. O interesse sexual sofre grandes variações que vão desde a rejeição espontânea até a rejeição extrema e persistente a qualquer contato (JESUS; AZEVEDO, 2017). Amarílis relata sua experiência com o marido que se sentia rejeitado e Amor-perfeito relata sua perda de libido:

[...] eu peguei um ranço imenso do meu marido, a ponto dele chorar do meu lado de madrugada por se sentir rejeitado...Resultado, ele começou a beber muito a ponto de cair, logo após encontrou alguém e separamos[...]

“Completo 1 ano que não faço nada, sem vontade mesmo, e pra piorar, o pavor de engravidar me faz desistir de qualquer flerte.”

Fatores como estado civil também são relevantes, mães solteiras geralmente não possuem apoio social e enfrentam julgamentos que geram preocupações e anseios relacionados a maternidade aumentando o risco do adoecimento psíquico (COUTINHO; SARAIVA, 2008). Cravina demonstra sua vergonha frente ao estado

civil:

“[...] tenho muita vergonha de ser mãe Solteira tem tempos que não consigo nem me olhar nos olhos no espelho.”

A maternidade é vista no âmbito social de maneira idealizada e qualquer afeto negativo do binômio é julgado como inadmissível. O senso comum não costuma demonstrar o sentido real do que é ser mãe o que conseqüentemente gera julgamentos em relação as atitudes da mulher com o bebê durante o puerpério (IACONELLI, 2005). Gardênia em redes sociais clama por ajuda perante sua angústia:

“Me ajudem. Eu tenho um bebê de 5 meses e não consigo amá-la... e tenho que fingir que amo...me ajudem. ”

“[...] romantizam a maternidade de tal forma que ficamos sufocadas em dizer o que estamos sentindo. ”

A maternidade envolve um processo de identificação do binômio, processo este que envolvem vivencias da realidade da mãe que necessita de um investimento afetivo superior à sua disponibilidade e características pessoais da própria criança que podem causar desafeto (ALT; BENETTI, 2008). Lavanda relata a angústia vivida:

“[...] alguém que só sente vontade de chorar? meu filho tem 1 mês e só sabe chorar. Da vontade de não levar ele para lugar nenhum. Me sinto sufocada com isso! Eu odeio a maternidade com todas as minhas forças. ”

Segundo Iaconelli (2005), os cuidados maternos acabam se tornando desgastantes uma vez que o bebê é constantemente solícito em suas necessidades tornando a tarefa mais árdua se a puérpera estiver em um estado psicótico. Astromélia vê-se exausta frente as responsabilidades maternas:

“ Comecei a ficar cansada de cuidar da minha filha, aí cuidar dela virou um fardo, fardo esse que sobrepunha o amor que eu sentia por ela...então eu sentia que não o amava e que era muito difícil cuidar dela...que minha vida tinha acabado porque sempre eu teria uma filha para cuidar e isso era um saco [...]”

O desenvolvimento infantil depende do processo de construção da maternidade desde o pré-natal até o nascimento. Um vínculo desfavorável do binômio facilita a ocorrência de atraso ou desordem no desenvolvimento da criança em aspectos psicológicos e fisiológicos. A amamentação, por exemplo, é uma importante contribuição para saúde física e psicológica da criança uma vez que traz como benefício o ato de alimentar e de interação afetiva da díade. Caso deixe de ser uma prática prazerosa e passe a trazer dificuldades ocorre prejuízo no vínculo afetivo (CUNHA; SANTOS; GONÇALVES, 2012). Begônia e Calêndula relatam a rejeição à amamentação:

“Alguém optou a não amamentar. Me sinto exausta, minha filha tem muita fome. Todo mundo julga e querem me obrigar a dar o peito MSM com dor, tem horas que me arrependo de ter sido mãe, que não quero pega ela, vontade de sumir”

“[...] eu não aguentei 5 dias do meu filho nascido...ODIEI amamentar...chorava só de pensar que ele ia acordar para mamar.”

O apoio familiar é de extrema importância por colaborar para a melhora dos sintomas, deve ser de maneira compreensiva e sem rotulagem das atitudes idealizadas pela mídia que tende a exaltar a representatividade materna e aviltar os transtornos psicóticos durante o puerpério (IACONELLI, 2005). Azaleia relata não demonstrar confiança em seus familiares e Gerbera relata não ter tido uma boa experiência ao revelar:

“Nenhuma das pessoas próximas sabe do que estou passando é muito difícil falar com que conhece a gente.”

“[...] contei para minha família e do meu marido, pior coisa que fiz, cada um vinha e falava uma besteira, queriam levar eu para a igreja evangélica para que eu fosse curada. ”

Conhecer a rede social na qual a puérpera está incluída é importante para

identificar os indivíduos mais influentes e compreender a interação dessas pessoas com a mulher no processo de transtornos mentais (TOMAÉL et al., 2005).

Uma rede social consistente é capaz de oferecer ajuda e satisfazer algumas das necessidades da puérpera. É um fator importante à proteção do binômio causando menor impacto perante ao adoecimento psíquico oferecendo possibilidades de um vínculo afetivo adequado. Quando alguém se disponibiliza ao apoio emocional ou material há uma tendência de diminuição das consequências advindas do adoecimento psíquico e quando não há ninguém, o quadro tende a atenuar (ALVARENGA et al., 2013). Lavanda relata o desamparo vivido no puerpério:

“[...] Eu me sinto sozinha, não tenho nenhuma amiga pra conversar, pra sair um pouco. Todos me abandonaram na gravidez e o resto aos poucos. As vezes queria sair pra tomar sorvete, um pastel, mas não tenho ninguém pra chamar de amiga.”

Segundo Tomaél et al. (2005), para compartilhar o conhecimento pessoal, as pessoas devem confiar umas nas outras e precisam estarem dispostas a ouvir e reagir às ideias. Existem as redes de confiança que são as que permitem o compartilhamento de informações mais restritas e delicadas. Essas redes permitem que as puérperas expressem os sentimentos de maneira livre, obtendo apoio e compreensão dos demais integrantes, não sendo necessário deparar-se com julgamentos comumente encontrados em meio aberto. Azaleia demonstra a confiança através do relato:

“Precisava escrever aqui porque tenho que desabafar e sei que aqui é o único lugar que não serei julgada [...]”

‘[...] aqui é um grupo sobre dpp, várias vezes vim aqui e desabafei e vejo o grupo com um refúgio pra mim que não tenho amigas [...]’

No mundo virtual, assim como no mundo real, as pessoas expõem opiniões sobre diferentes assuntos. Os julgamentos estão presentes perante a qualquer manifestação ou situação negativa advinda da puérpera em relação ao binômio. A

sociedade criou uma percepção idealizada sobre a maternidade e não tolera o adoecimento mental de uma mulher após o parto (IACONELLI, 2005). No Facebook é possível identificar comentários estereotipados:

“ Senhor eu não sei como isso é chamado de mãe, mãe é quem da sua própria vida para ver o filho viver que passa fome, frio, sede, humilhação por amor ao filho [...]”

“[...] ela vai alegar depressão pós-parto e os idiotas vão acreditar nisso...manda ela rasgar uma nota de 100,00 ou comer bosta pra ver se ela não fica normal rapidinho! Isso daí é o demônio em forma de gente...”

Comentários agressivos colaboram de maneira significativa para piora dos sintomas. As mulheres tendem a ficar mais reclusas e voltadas para si, enfatizando os aspectos negativos, obtendo distração e indiferença relacionada à sua saúde. As mães que possuem algum tipo de transtorno psíquico tendem a ser mais oponente, menos comunicativa, amorosa e cuidadosa com o bebê (FRIZZO; PICCININI, 2005). A insensatez somada ao julgamento não é cabível, Orquídea ouviu comentários ao retornar ao trabalho que o fez regredir:

“Ouvi algumas piadas quando voltei ao trabalho, as pessoas diziam que eu ainda estava louca. Isso me desestabilizou na época, estava em recaída...”

Segundo Maciel et al. (2019), o apoio social e familiar da puérpera corrobora para manutenção da saúde mental. A ausência desse apoio pode aumentar o impacto da interação do binômio acarretando um vínculo prejudicado ou até mesmo a piora da sintomatologia dos transtornos puerperais.

Portanto, é de suma importância um diagnóstico preciso e precoce para implementação do tratamento adequado e intervenção familiar para prevenção de infanticídio e suicídio (IACONELLI, 2005).

CONCLUSÃO

O modo como cada mulher vivencia a maternidade é singular. A sobrecarga de emoções que se manifesta de maneira abrupta somada ao preconceito e julgamento

social influencia consideravelmente na relação do binômio fazendo com que o puerpério seja uma pré-disposição aos transtornos psíquicos.

A puérpera se encontra em uma posição vulnerável agravada. Ocorre uma transformação ao qual se deixa de ser somente mulher e passa agora a ser também mãe. Não há treinos, ensaios ou como voltar atrás, e o que lhe é ofertado com frequência são opiniões e julgamentos que a desacredita como mulher e mãe.

A partir dos relatos, observamos que as redes sociais são meios de busca importantes, que possuem contribuições positivas onde a puérpera pode expor sentimentos e receber ajuda dos usuários, mas também podem trazer contribuições negativas, quando observado o julgamento social constante perante a qualquer afeto negativo do binômio, podendo ocasionar uma piora dos transtornos psicóticos no puerpério.

Os fatores de risco que conduzem ou pioram o desenvolvimento de algum adoecimento psíquico puerperal precisam ser enfatizados para que seja implementado estratégia de prevenção e promoção da saúde da mulher evitando suicídio e/ou infanticídio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALT, M. S.; BENETTI, S. P. C. Maternidade e depressão: impacto na trajetória de desenvolvimento. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 2, p. 389-394, abr./jun. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722008000200022&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 25 set. 2018.

ALVARENGA, P.; PALMA, E. M. S.; SILVA, L. M. A.; DAZZANI, M. V. Relações Entre Apoio Social e Depressão Pós-Parto em Puérperas. *Interação em Psicologia*, Curitiba, v. 17, n. 1, p. 47-57, jan./abr. 2013. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/20159>. Acesso em: 25 set. 2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE, R. D.; SANTOS, J. S.; MAIA, M. A. C.; MELLO, D. F. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 19, n.1, jan./mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100181. Acesso em: 25 set. 2018.

CAMACHO, R. S.; CANTINELLI, F. S.; CARMEN, S. R.; CANTILINO, A.; GONSALES, B. K.; BRAGUITTONI, E.; JR, J. R. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 92-102, jan. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000200009. Acesso em: 12 out. 2018.

COUTINHO, M. P. L.; SARAIVA, E. R. A. Depressão pós-parto: considerações teóricas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, ano. 8, n. 3, p. 759-773, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v8n3/v8n3a14.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2018.

CUNHA, A. C. B.; SANTOS, C.; GONÇALVES, R. M. Concepções sobre a maternidade, parto e amamentação em grupo de gestantes. Arquivos Brasileiros de Psicologia, Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, p. 139-155, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S180952672012000100011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 mai. 2019.

FRIZZO, G. B.; PICCININI, C. A. A interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 10, n. 1, p. 47-55, jan./abr. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141373722005000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 fev. 2019.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas 2002.

IACONELLI, V. Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. Revista de Pediatria Moderna, v. 41, n. 4, julho/agosto, 2005. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1927.pdf>. Acesso em: 25 set. 2018.

JESUS, W. G.; AZEVEDO, V. M. G. O. Sexualidade no puerpério: a visão do casal. Enfermagem Obstétrica, 4. ed. Rio de Janeiro, p. 1-6, 2017. Disponível em: <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/58>. Acesso em: 12 jan. 2019.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B.J. Tratado de Psiquiatria. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

MACIEL, L. P.; COSTA, J. C. C.; CAMPOS, G. M. B.; SANTOS, N. M.; MELO, R. A.; DINIZ, L. F. B. Transtorno mental no puerpério: riscos e mecanismos de enfrentamento para a promoção da saúde. Revista online de pesquisa Cuidado é Fundamental, v.11, n. 14, p. 1096-1102, julho-setembro 2019. Disponível: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1005467>. Acesso em: 30 set.

2019.

MADEIRA, N.; SANTOS, T.; RELVAS, J. S.; ABREU, J. L. P.; OLIVEIRA, C. V. Eletroconvulsoterapia no tratamento da psicose puerperal. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 61, n.1, p. 45-48, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852012000100009.

Acesso em: 25 set. 2018.

MONTENEGRO, C. A. B.; FILHO, J. R. *Obstetrícia Fundamental*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 607, 2008.

MOREIRA, E. C.; FIUZA, H. F.; FECURY, A. A.; ABREU, L. J. M. P.; DIAS, C. A. G. M.; OLIVEIRA, E. Incidência de transtornos psíquicos na gravidez e puerpério em mulheres de 18 a 35 anos no Hospital Beneficente Portuguesa de Bélem do Pará/PA, Brasil. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, ano 1, v. 2, p. 81-93, maio 2016. Disponível em:

<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/transtornos-psiquicos-na-gravidez?pdf=2806>. Acesso em: 25 set. 2018.

RAFAEL, Lorryne. Política de Dados Facebook. Brasília, 06 de Setembro de 2019. Facebook: Lorryne Rafael. Disponível em:

<https://www.facebook.com/privacy/explanation>. Acesso em: 20 set. 2019.

RIBEIRO, D. H. F.; LUNARDI, V. L.; GOMES, G. C.; XAVIER, D. M.; CHAGAS, M. C. S. Vivências de cuidado da mulher: a voz das puérperas. *Revista de Enfermagem UFPE online*, Recife, v. 8, n. 4, p. 820-826, abr. 2014. Disponível em: <http://repositorio.furg.br/handle/1/2951>. Acesso em: 23 mar. 2019.

RIEMENSCHNEIDER, P. S.; D'AQUINO, L. Maternidade, redes sociais e sociedade de consumo: vulnerabilidade ou empoderamento da lactante? 4º Congresso Internacional de Direito e Contemporaneidade. Edição 2017, novembro 2017.

Disponível em: <http://coral.ufsm.br/congressodireito/anais/2017/5-2.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2019.

SANTOS, F. M. Análise de conteúdo: A visão de Laurence Bardin. Revista eletrônica de educação, Brasília, v. 6, n. 1, p. 383-387, mai. 2012. Disponível em: <http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/view/291>. Acesso em: 15 set. 2019.

SCALCO, L. M.; SCALCO, M. G. S.; CAVALCANTE, B. B.; SILVA, C. H. S. Psicose puerperal: relato de caso. Revista de Medicina e Saúde de Brasília, v. 2, n. 2, p. 84-89, 2013. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/4016>. Acesso em: 25 set. 2018.

SCHIAVI, A.; LORENTZ, M. Sites de Redes Sociais na Contemporaneidade: Percepções dos Usuários Sobre Emoções, Vivências e Relações. Revista de Psicologia da IMED, v. 8, n. 2, p. 133-141, 2016. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/1207>. Acesso em: 12 jan. 2019.

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. Estudos de psicologia, Natal, v. 8, n. 3, p. 403-411 set./dez 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2003000300007. Acesso em: 25 set. 2018.

STRAPASSON, M. R.; NEDEL, M. N. B. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 31, n. 3, set. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000300016. Acesso em: 07 jul. 2019.

TOMAÉL, M. I.; ALCARÁ, A. R.; CHIARA, I. G. D. Das redes sociais à inovação. Revista Ciência da Informação, Brasília, v. 34, n.2, p. 93-104 maio/ago. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-19652005000200010&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 25 set. 2018.

VERMELHO, S. C.; VELHO, A. P. M.; BERTONCELLO, V. Sobre o conceito de redes sociais e seus pesquisadores. São Paulo, v. 41, n. 4, p. 863-881, out/dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v41n4/1517-9702-ep-1517-97022015041612.pdf>. Acesso em: 30 set. 2018.

ZANATTA, E.; PEREIRA, C. R. R. P.; ALVES, A. P. A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. Pesquisas e Práticas e Psicossociais, São João del-Rei, v. 13, n. 1, p. 1-16, set./dez. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18098908201800010005. Acesso em: 20 jan. 2018.

A importância da psicoterapia para o graduando em Psicologia de uma instituição de ensino superior

The Importance of Psychotherapy for the Graduate in Psychology of a Higher Education

Denise Chaves de Melo Pereira¹ Jacqueline Carla Fontana Bueno Henriques Maimoni¹, Carolina Conceição Prado²

¹Acadêmicos do Curso de Psicologia - Centro Universitário do Distrito Federal UDF, Brasília, DF

² Docente do Centro Universitário do Distrito Federal UDF, Brasília, DF

RESUMO:

Introdução: A psicoterapia é um método de tratamento, onde o profissional com formação em processos psicológicos também será treinado na comunicação verbal durante sua graduação. Atualmente existem oito cursos de graduação em Psicologia no Distrito Federal, formando mais de mil alunos por semestre. **Objetivos:** A presente pesquisa buscou investigar, sob a perspectiva dos alunos do Centro Universitário do Distrito Federal – UDF, regularmente matriculados no curso, a importância da psicoterapia para o graduando em Psicologia. **Métodos:** Foi feita uma pesquisa quantitativa, por meio de questionário, com 180 alunos de Psicologia. Para escolha dos colaboradores não houve distinção de sexo, cor ou religião, sendo a amostra destituída de qualquer rigor. **Resultados:** Da amostra geral, somente 17% faziam psicoterapia no momento. 95,6% acreditam ser de grande importância fazer psicoterapia, 93,1% afirmam que ajuda na formação do estudante e 73% acreditam que a psicoterapia deveria ser obrigatória na grade curricular do curso de Psicologia. Entretanto, a grande maioria (83%) não faz psicoterapia colocando subterfúgios como a falta de tempo, dinheiro e outros motivos para essa fuga. **Conclusão:** Afere-se que os estudantes pesquisados do UDF, sabem da importância da psicoterapia na sua formação e atuação. Todavia, deixam para fazê-la em um futuro próximo. Este conflito entre o discurso e a atitude em frequentar a psicoterapia pode acarretar em dificuldades no atendimento de pacientes na clínica-escola, pois as demandas dos pacientes podem abalar e se misturar com suas próprias demandas, já que o seu próprio autoconhecimento se torna coadjuvante em sua formação como agente de saúde mental.

Palavras-chave: Psicologia, Psicoterapia, Ensino Superior.

ABSTRACT:

Introduction: Psychotherapy is a method of treatment, where professionals with training in psychological processes will also be trained in verbal communication during their graduation. There're currently eight undergraduate Psychology courses in the Federal District, training more than 1,000 students per semester. **Objectives:** This research sought to investigate, from the perspective of students from the Federal University Center - UDF, regularly enrolled in the course, the importance of psychotherapy for the undergraduate student in Psychology. **Methods:** A quantitative survey was conducted through a questionnaire with 180 Psychology students. For the choice of employees there was no distinction of gender, color or religion, and the sample was devoid of any rigor. **Results:** Of the overall sample, only 17% were currently undergoing psychotherapy. 95.6% believe it is very important to do psychotherapy, 93.1% say that it helps in the formation of the student and 73% believe that psychotherapy should be compulsory in the curriculum of the Psychology course. However, the vast majority (83%) don't do psychotherapy, putting subterfuges such as lack of time, money and other reasons for this escape. **Conclusion:** It appears that the researched students of UDF, know the importance of psychotherapy in their formation and performance. However, they fail to do so in the near future. This conflict between discourse and attitude in attending psychotherapy can lead to difficulties in the care of patients in the school clinic, as patients' demands can shake and mix with their own demands, as their own self-knowledge becomes supporting in his training as a mental health agent.

Keywords: Psychology, Psychotherapy, Graduation.

² Profa.Carolina Conceição Prado/ carolcprado@gmail.com (Orientadora)

INTRODUÇÃO

A psicoterapia é um método de tratamento onde um profissional com formação em processos psicológicos e em saúde mental será treinado durante sua graduação na comunicação verbal. Esse profissional buscará manter a relação terapêutica para trabalhar com a investigação, com a observação e com as intervenções, buscando alterar problemas de natureza emocional, cognitiva e comportamental (CORDIOLLI, 2008).

Uma psicoterapia deve estar pautada em uma teoria confiável, que ofereça estudos das origens e ainda uma explicação plausível dos sintomas. Também deve oferecer um tratamento com bases empíricas e instrumentos que munam o psicoterapeuta para sua ação, de modo que possa diminuir o sintoma ou sofrimento do cliente.

Para a formação de um psicólogo ou psicoterapeuta, habilidades pessoais e éticas são importantes para a prática, e serão adquiridas ao longo do curso. As formações teóricas e práticas são complementares, e a análise pessoal é importante para o autoconhecimento e para proporcionar maior confiabilidade da atividade exercida pelo profissional (KICHLER; SERRALTA 2014).

A psicoterapia é também uma arte, no sentido em que as características do terapeuta e suas habilidades são moldadas, treinadas e adquiridas ao longo do tempo, com as supervisões, nos atendimentos e na relação consigo mesmo em sua própria análise. Cada psicoterapia se mune de seus conhecimentos para criar seus próprios instrumentos de análise, sendo usada com bom senso e ética para com a pessoa (CORDIOLLI, 2008).

Nas psicoterapias três são os elementos em comum: (1) a confiança emocional entre psicoterapeuta e paciente; (2) o contexto terapêutico no qual o paciente acredita que o psicoterapeuta irá ajudá-lo e (3) um conceito ou mito de explicação sobre o sofrimento, queixa ou desconforto, e o procedimento ou ritual para resolver o problema ou amenizá-lo.

O tratamento é planejado pelo terapeuta com o objetivo de tratar o transtorno, problema, queixa ou reajuste e será sempre adaptado ao cliente em particular (WAMPOLD, 2001 apud CORDIOLLI, 2008).

A psicoterapia surgiu com a utilização da “cura pela fala” por Sigmund Freud, como tratamento, em 1880 quando trabalhava com Josef Brauer. Eles atendiam mulheres histéricas, e Freud percebeu que, quando as mulheres falavam sobre suas angustias e sonhos, com o tempo, elas melhoravam seus sintomas (PAYÁ, 2011).

Dessa forma, ele construiu a teoria psicanalítica, através da associação livre, onde o paciente era levado a dizer o que lhe surgisse à mente, sem se importar com quais pensamentos eram. A fala era o canal para a descoberta dos sintomas que ficaram recalcados na mente dos pacientes. Depois, o psicanalista interpretava e devolvia para o analisando em forma de insight. Inicialmente a psicanálise organizou as psicopatologias em neuroses, perversões e psicoses (PAYÁ, 2011).

A Psicologia possui diversas abordagens, cada qual com sua base epistemológica, seu método e suas técnicas. Dentre as principais estão a psicodinâmica, a fenomenológica e a comportamental.

A psicoterapia psicodinâmica “é um método ou procedimento de investigação dos conteúdos mentais, principalmente os de fundo inconscientes. Esse procedimento propõe-se a modificar o caráter do paciente através dos insights” (CORDIOLLI, 2008).

No indivíduo, para a psicanálise, o ego reprime os sentimentos vindos do id que não são desejáveis pela sociedade. Essas forças são sentimentos que são empurrados para o inconsciente. Algumas pessoas passam a vida toda fazendo uso dessa ferramenta de defesa. Dessa forma, essas repressões poderão reaparecer como sintomas, sonhos, ato falho e pelos mecanismos de defesa na vida cotidiana do indivíduo. Os mecanismos de defesa são vários: formação reativa, fixação, introjeção, projeção, regressão etc.

A estrutura psíquica é dividida em ego, superego e id. Mas essas divisões não são tão definidas, pois variam significativamente em cada indivíduo. Então, para o indivíduo estar saudável, os três devem estar integrados e atuarem de forma suave e em harmonia. A análise na psicanálise busca pela associação livre e o afrouxamento dessas defesas e, assim, o psicanalista poderá interpretar as transferências do sujeito que aparecem no consultório (FREUD, 1933 apud FEIST; FEIST, 2008).

Os instrumentos usados pelo psicoterapeuta seriam a associação livre, a transferência, a interpretação e a análise de sonhos. Os dias de sessões também são relevantes, de três a cinco dias por semana, sendo a repetição um dos caminhos para a interpretação das chamadas neuroses de transferência.

O paciente também fará uso das chamadas defesas do ego, e o psicanalista, como são chamados os profissionais que atuam com essa teoria, buscarão diminuir as defesas para o sucesso do tratamento (CELES, 2005).

Enquanto Freud e outros psicanalistas fundamentavam-se na prática clínica, no início do século XX surge uma abordagem baseada em estudos de laboratório com animais e humanos, o behaviorismo. B.F. Skinner, o nome mais associado ao behaviorista, dedica-se à análise do comportamento (FEIST; FEIST, 2008).

A psicoterapia comportamental é um tipo de intervenção objetiva, que se fundamenta no Behaviorismo Radical e na Análise Experimental do Comportamento. Essa abordagem é focada e orientada para a modificação do comportamento. Baseia-se nas teorias de aprendizagem para compreender, explicar e eliminar os sintomas.

Para a análise do comportamento, a aprendizagem dos comportamentos pode se dar por meio do condicionamento clássico, do condicionamento operante e da modelagem. Os pensamentos e sentimentos também são comportamentos para o analista comportamental.

Na psicoterapia o terapeuta comportamental compreende que as dificuldades e sofrimentos do cliente são decorrentes de sua história. Atua através de um amplo conjunto de técnicas derivadas de pesquisas científicas, dentre elas a análise funcional, a dessensibilização sistemática, a exposição, a prevenção de respostas, o contrato de contingências e o treino de habilidades sociais.

A psicoterapia comportamental tem como finalidade proporcionar ao cliente um ambiente aonde ele adquira capacidade e repertório, a fim de discriminar e responder a variados contextos de forma adaptativa e desejada (FADIMAN; FRAGER, 1986).

A finalidade da psicoterapia comportamental é analisar a relação do ambiente com os comportamentos do cliente, a fim de ajudá-lo a discriminar e modificar os comportamentos desadaptativos. A terapia analítica comportamental se

mostra bastante eficaz no tratamento de vários transtornos psicológicos, através de inúmeros experimentos científicos.

A terceira corrente teórico metodológica é a fenomenologia existencial, que tem como representante para a sua base filosófica Edmundo Husserl. Ela pretende compreender o ser humano e sua condição. Na abordagem fenomenológica existencial, a escuta e a fala são a base da relação terapêutica. Entretanto, serão observadas tanto a linguagem verbal quanto a não verbal.

O cliente, através da fala, tem uma compreensão melhor de si mesmo, aumentando sua percepção e consciência. Na terapia fenomenológica será trabalhada com o cliente a responsabilidade dele sobre as suas escolhas. A relação terapêutica é humana e dinâmica.

A psicoterapia fenomenológica existencial enfatiza o “aqui e agora”, e dá valor ao encontro. A finalidade da psicoterapia não é encaixar ou moldar o cliente nos padrões morais e sociais, mas sim tentar compreender a singularidade de cada um. Tem como objetivo cuidar da existência do cliente, de modo que compreenda a sua existência, sua singularidade e a sua liberdade. Dessa forma, visa desenvolver o potencial e as habilidades da pessoa.

Segundo Rogers (1977), a psicoterapia é um importante método de tratamento para muitos e variados problemas, que levam o indivíduo a ter prejuízos em seu grupo social.

Através do autoconhecimento e da autonomia adquiridos na psicoterapia, o aluno de graduação em psicologia poderá entrar em contato com os conteúdos teóricos e práticos do curso sem que haja conflitos emocionais ou julgamentos que possam prejudicar o seu desempenho. A psicoterapia aumentará as suas possibilidades na medida em que ele adquirirá recursos para lidar com seus próprios conflitos, além de proporcionar o desenvolvimento de várias habilidades importantes para a formação do profissional psicólogo, como ética, observação e empatia.

Dessa forma sabe-se que, para uma melhor atuação do psicólogo como profissional, a psicoterapia seria um dos aliados para uma formação acadêmica de qualidade. Assim, a pesquisa procurou investigar, no universo acadêmico do Centro Universitário do Distrito Federal - UDF, mais especificamente com os alunos de

Psicologia, a importância da Psicoterapia para um melhor processo de formação desse aluno.

O levantamento de tais dados daria à instituição um panorama da formação e das necessidades desses alunos. Podendo, assim, se for de interesse dos responsáveis acadêmicos, colocara psicoterapia no currículo acadêmico, como carga horária ou como pré-requisito de formação.

METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa de cunho quantitativo. Esse método empregou medidas padronizadas e sistemáticas que facilitaram a análise dos dados. Os dados foram tabulados e puderam ser analisados com maior facilidade até a chegada dos pesquisadores aos resultados procurados na hipótese levantada ao início da pesquisa (NASCIMENTO; SOUSA, 2015).

Foram colaboradores da pesquisa 180 alunos matriculados regularmente no curso de psicologia do Centro Unificado do Distrito Federal- UDF no primeiro semestre de 2016 de todos os semestres.

A amostra seguiu o modelo por conveniência, destituída de qualquer rigor. Ou seja, não levou em conta sexo, idade, etnia ou credo dos colaboradores. Eles poderiam desistir, se assim o quisessem, em qualquer etapa da pesquisa. Foram convidados para assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Em caso de recusa, o que não houve, seriam descartadas as referentes amostras.

O trabalho realizou-se dentro das dependências do UDF, que está localizado na SEP/SUL EQ704/904 Conjunto A, Brasília-DF, CEP 70390-045. Atualmente o UDF é parte do Grupo Cruzeiro do Sul, um dos mais representativos, diversificados e eficientes grupos de educação superior do Brasil, cujas instituições apresentam os melhores indicadores acadêmicos do país, reforçando a estratégia de qualidade objetiva como diferencial do grupo.

O UDF oferece diversos cursos de graduação e pós-graduação lato sensu. Mantém em plena expansão com novos cursos, atendendo assim às necessidades regionais. Busca tornar-se referência nacional no ensino superior de graduação e pós-graduação, pela excelência de seus projetos e serviços educacionais, ostentando a singularidade do pioneirismo e preservando o conceito de qualidade conquistado na

sociedade brasileira. O curso de Psicologia teve a sua criação no ano de 2012 (UDF, 2016).

Como instrumento utilizou-se um questionário, pelo fato de ser uma técnica utilizada em pesquisa para coleta de dados e informações referentes a opiniões, crenças, expectativas e situações vivenciadas por pessoas.

O instrumento consistiu em 15 questões fechadas. Elas foram distribuídas da seguinte forma: 1 questão sobre a idade; 1 sobre o sexo; 1 referente ao semestre em que estuda; 3 alternativas fixas (dicotômicas); 4 questões de múltiplas escolhas, 2 questões de múltiplas respostas e 3 escalas de Lickert .

A coleta de dados realizou-se em maio de 2016, nos turnos: matutino e noturno no Centro Unificado do Distrito Federal - UDF. Foi solicitado autorização ao professor presente para a explicação dos objetivos da pesquisa aos candidatos. Após aceitação e disponibilidade de 10 alunos por turma deu-se início à coleta dos dados.

Primeiramente houve a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte dos colaboradores e após isso foi distribuído o questionário. Foi estipulado o tempo de 15 minutos para responderem. Também foram orientados se surgissem algumas dúvidas poderiam perguntar aos responsáveis pela aplicação. Após o término do tempo foram recolhidos os questionários e organizados por semestre posteriormente.

Os dados inicialmente obtidos foram separados por semestre para uma melhor organização. Após essa separação seguiram sendo tabulados no programa Microsoft Office Excel. Dessa organização teve-se uma máscara de todos os dados e gráficos que foram utilizados na análise estatística. No segundo momento da pesquisa os dados foram analisados à luz das teorias disponíveis já no campo da literatura da Psicologia.

RESULTADOS

Uma das fascinações que o aluno que escolhe o curso de Psicologia e a clínica como profissão é que ele irá conhecer profundamente uma pessoa e estabelecerá uma relação com ela. Quando chegam na graduação, os alunos já idealizam a clínica como primeira opção de atuação depois que saírem da faculdade. Alguns alunos sonham com a independência financeira e o fato de serem profissionais

liberais. Tudo isso se deve à identificação da profissão com a clínica (MAGALHÃES, 2001 apud MEIRA; NUNES, 2005). Essa identificação se deve, aqui no Brasil, pela sociedade, alunos e profissionais que rapidamente estabeleceram no imaginário a figura do psicólogo vinculada à atuação no consultório, permanecendo assim desde a década de setenta.

A atuação do psicoterapeuta no contexto clínico pode sofrer influência negativa quando questões pessoais não são resolvidas. Portanto, a psicoterapia pessoal vem como um autocuidado, de forma preventiva ou corretiva, para que o aluno/terapeuta seja capaz de discernir as suas próprias demandas das do paciente, tornando sua práxis mais ética e efetiva (AGUIRRÉ, 2000 apud MEIRA; NUNES, 2005).

Durante a graduação, o aluno de Psicologia passa por várias fases de aprendizagem e de prática da Psicologia, com a teoria, o estágio em diversas áreas, até chegar ao estágio em psicoterapia. Durante esse processo ele entrará em contato com a sua subjetividade e com a subjetividade do outro. É nesse momento que ele pode se identificar, gerando conflitos e sofrimentos.

A formação do psicólogo tem levantado questionamentos e discussões nos Conselhos de Psicologia e em outros ambientes pelo fato de hoje já serem mais de 500 psicoterapias catalogadas. Os critérios de formação dos especialistas na área, de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases – LDB (BRASIL, 1996) e a definição das diretrizes curriculares no País, e mais especificamente a Lei 4.119/62, que dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de Psicólogo, ampliam a discussão sobre a definição da formação específica do psicólogo e suas responsabilidades (BRASIL, 1962).

A lei de regulamentação da profissão foi complementada pelo parecer 03/62 do Conselho Federal de Educação que estabeleceu o currículo mínimo para os cursos de Psicologia do país. As discussões nos diferentes cursos nos últimos anos, no que se refere à reforma curricular, incluindo-se aqui a Psicologia, com as críticas ao currículo mínimo de 1962, culminaram em uma proposta de uma formação ampla, pluralista, valorizando a ética e o espírito científico (BARDAGI; ANGELINI, 2000 apud SOUZA, 2008).

Procura-se, então, diferenciar a psicoterapia como atuação, e tão somente, do Psicólogo essa capacidade de psicoavaliação. Demarcando assim, como esse profissional que opera, atende e aplica as suas técnicas e sua epistemologia para cuidar e acolher o sujeito na sua totalidade.

O psicólogo será submetido a altas doses de emoções intensas como o amor, ódio, inveja, rivalidade, ciúme, persecutoriedade, além das emoções que ainda não foram nomeadas pelos dois. É importante que ele tenha um continente preparado para acolhê-las sem perder a capacidade para pensar. O lugar privilegiado de construção deste continente será sua análise, para quem faz psicanálise e/ou a psicoterapia para outras linhas de atuação.

Sem isso, ele não só não conseguirá auxiliar seu paciente, como também poderá criar confusões geradas pelas suas próprias emoções ainda não desenvolvidas em conjunto com seu analista.

Ser psicólogo é um trabalho extremamente enriquecedor do ponto de vista humano, a cada nova sessão o psicólogo se modificada e compreender o mundo a partir daquela interação. O trabalho clínico é extremamente solitário, silencioso e difícil. Um psicólogo/ psicoterapeuta, portanto, deve gostar imensamente da sua companhia e saber ouvir a voz do silêncio, sem se angustiar com isso. Deve gostar de ler poesia e ser curioso sobre os seus próprios pensamentos. A função de um terapeuta interessado em descobrir as verdades emocionais penosas do paciente à figura de Virgílio que acompanha o poeta Dante em sua dolorosa descida ao inferno e purgatório (MARTINEZ, 2016).

Os resultados que se seguem correspondem às respostas de 180 alunos do Curso de Psicologia do Centro Universitário do Distrito Federal. Eles participaram espontânea e voluntariamente para colaborarem com a pesquisa científica. Essa pesquisa buscou saber se os alunos achavam importante fazer a psicoterapia individual durante sua graduação.

Destes que participaram 61% estavam na faixa etária entre 17 e 25 anos, 21% dos participantes tinham de 26 a 35 anos, 10% dos participantes tinham de 36 a 45 anos, 5% dos participantes tinham de 46 a 55 anos e 3% possuíam de 56 a 65 anos. Observou-se uma grande maioria de jovens que ficaram na casa dos 17 anos até os 25 anos de idade.

Com relação à Psicologia, considerados os últimos vinte anos, o número de cursos de graduação no Brasil passou de 81 em 1986 para 350, conforme o Censo do Ensino Superior de 2006 do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, INEP. O INEP conduz todo o sistema de avaliação de cursos superiores no País, produzindo indicadores e um sistema de informações que subsidia tanto o processo de regulamentação, exercido pelo Ministério da Educação e Cultura, MEC, como garante transparência dos dados sobre qualidade da educação superior a toda sociedade (INEP, 2016).

As informações que seguem foram extraídas do estudo de Yamamoto e colaboradores (2011), que fez uso dos dados do ENADE de 2006. Os alunos desse estudo responderam provas de desempenho em formação geral e nos componentes específicos, que são parte integrante do ENADE. Também responderam a um questionário socioeconômico, composto, na versão de 2006, por 109 itens de múltipla escolha, previamente enviado aos alunos que compõem a amostra. A caracterização sociodemográfica que se segue tem por base o exame dos dados desse questionário, respondido por uma amostra de 23.613 estudantes. Nos questionários sobre a idade dos estudantes dos cursos de psicologia, 31,4% (7.415) estavam com idade entre 17-25, 41,3% (9.756) entre 22-27 e 27,3% (6.442) entre 28-78.

Fazendo um comparativo, com as resguardadas e devidas proporções, pode-se perceber a característica de ser um curso jovem na sua essência. Tanto na amostra do estudo nacional quanto no curso de Psicologia do UDF essa característica foi visível.

Assim, é uma profissão muito jovem se comparada as outras que já se mostram mais solidificadas no mercado profissional brasileiro. Essa condição não desmerece, de forma alguma, e nem diminui a importância e a necessidade do profissional psicólogo dentro das instituições.

Dos participantes que colaboraram com a pesquisa através do questionário aplicado na pergunta sobre o sexo, 78% da amostra se declararam do sexo feminino e 22% do sexo masculino (Figura 1). Uma das possíveis causas da amostra feminina ser maior do que da masculina pode ser explicada pela procura do curso de Psicologia ser maior pelo grupo feminino. As ligações do sexo feminino culturalmente com o

cuidado e com a maternagem refletem diretamente na escolha das alunas por esse curso.

Para Ferretti (1976), há existência de profissões masculinas, femininas e neutras, e ele estabelece a diferenciação entre carreiras masculinas, femininas e mistas. Assim, no seu estudo, a Psicologia é a quarta carreira se considerada a presença feminina (87,1%). Ela não somente faz parte do contingente das profissões femininas, como da subdivisão “extremamente feminizadas, ou seja, com predomínio de 80% de mulheres. No ano de 1975, num estudo pioneiro feito por Mello, no estado de São Paulo, em apenas três cursos de Psicologia existentes, já indicava que em sua maioria, 82,9%, a procura do curso de Psicologia era pelo sexo feminino (FERRETTI, 1976 apud CASTRO; YAMAMOTO, 1998).

Em uma pesquisa nacional coordenada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 1988 apud CASTRO; YAMAMOTO, 1998), o total de psicólogas atingia 86,6% dos profissionais com condições legais para o exercício da profissão. Em um levantamento local setorizado para a área educacional realizado na década de 80, o total de psicólogas era de 81%. Esses dados permitem concluir, como o fazem Ferretti (1976) e Lewin (1980), que a Psicologia é, de fato, uma profissão feminina (FERRETTI, 1976, LEWIN, 1980 apud YAMAMOTO et al., 2011).

A relação de semestre do participante com as respostas obtidas quanto a se faziam ou não psicoterapia no momento da pesquisa demonstrou grande relevância para análise. Mostrou que 5% dos pesquisados do primeiro semestre afirmam que fazem psicoterapia, 20% do segundo semestre, 10% do quarto, 20% do quinto, 20% do sexto, 25% do sétimo, 30% do oitavo e 20% do nono semestre. Já o terceiro semestre aparece zerado. Pode-se observar que os alunos do segundo semestre se mostraram inclinados a buscarem a psicoterapia logo no início do curso.

No comparativo, a grande maioria que fazia psicoterapia aparece nos últimos semestres pesquisados que vão do sexto ao nono do curso de Psicologia. Isso se deve ao fato de terem tido mais contato com a teoria e de já estarem praticando os estágios obrigatórios na clínica escola da faculdade.

Será durante a formação que sofrerá cargas emocionais com o contato da literatura técnicas nos primeiros anos e pela própria teoria do curso. Todavia, nos últimos anos o aluno ao contato com pacientes tende a aumentar a ansiedade e as

exigências dos períodos podem acarretar conflitos, angústias e fatores da própria vida (FRANCO, 2001 apud MEIRA, 2005).

Muitos professores também comentam em sala, desde o início do curso, sobre a importância do autoconhecimento. A importância do autoconhecimento esbarra na formação do profissional de psicologia clínica e de outras áreas do cuidado. Suas ansiedades e problemas pessoais poderão estar presentes em seu paciente e isso vir a ressoar nele mesmo. A carga emocional vivida no atendimento psicoterápico deve ter suporte da própria supervisão e na psicoterapia pessoal do aluno, que será futuramente um profissional em ação.

Enquanto o terceiro semestre aparece com nenhum aluno fazendo a psicoterapia no momento da pesquisa, conforme os semestres vão passando a procura aumenta gradativamente pelos alunos. Mas ainda é uma porcentagem bem baixa, sendo que é no oitavo semestre que esse pico fica mais visível, e é o semestre com maior percentual, 30% de alunos, que procuraram e estavam indo às suas psicoterapias. A razão pela qual os últimos semestres se mostram mais engajados na procura pela psicoterapia esbarra no fato de a grande maioria já estar atuando nos estágios obrigatórios na clínica escola e/ou em empresas credenciadas pela própria faculdade.

Essa demanda aparece fortemente atrelada à procura, por ser um momento de exposição profissional e de competências da profissão. Quando sente a necessidade o aluno acaba por procurar ajuda para lidar com suas dificuldades pessoais. Muitos demoram a se submeterem à psicoterapia, mas quando as angústias aparecem é inevitável a procura da análise.

Nos resultados foi claramente observado que muitos alunos, a grande maioria, 83%, ainda não se aventuraram em conhecer a si mesmos. Somente 17% faziam a psicoterapia no momento da pesquisa (Figura 1). Isso só demonstra o despreparo e o não cuidado, de alguns alunos, com sua própria formação acadêmica.

A prática na clínica, que exige postura e é a primeira cobrança feita ao estudante, não se resume ao saber teórico, mas ao encontro com o estudante e suas próprias emoções. Essas emoções servirão para ele transformá-las em instrumentos de trabalho dentro da clínica (AGUIRRE, 2000 apud MEIRA, 2005).

Muitos pensam em deixar para o final do curso, e alguns ainda nem pensaram nessa possibilidade. Há também uma crença que fazer psicoterapia demanda recursos incalculáveis de investimento financeiro. Alguns alunos sequer procuram as próprias academias de ensino, que oferecem a psicoterapia gratuita. Outros alegam falta de tempo e de recursos.

Em um estudo feito por Bettoi e Simões (2000 apud MEIRA, 2005), para alunos que estão no princípio do curso de Psicologia aspectos pessoais são de maior relevância do que os profissionais. E que as características pessoais, para o profissional dessa área, são importantes para o êxito do trabalho em Psicologia.

Os alunos que nunca fizeram psicoterapia antes somam 52%, e aqueles que fizeram em algum momento de suas vidas qualquer modelo de psicoterapia atingiram 48% (Figura 2).

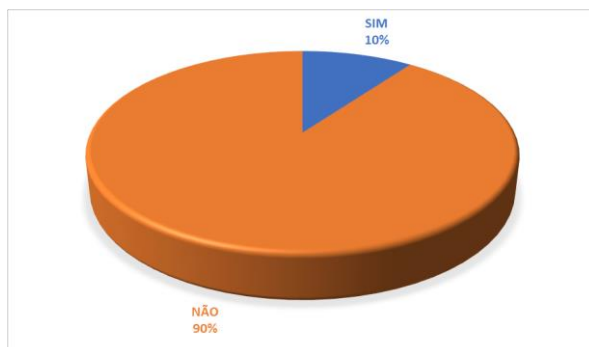


Figura 1. Faz Psicoterapia atualmente?

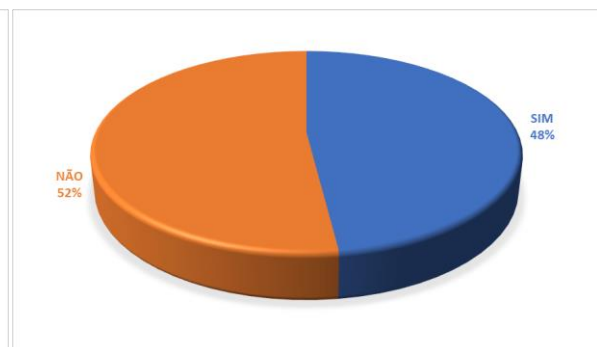


Figura 2. Já fez Psicoterapia antes?

O fato de ingressarem no curso de Psicologia não faz com que os alunos fiquem isentos de suas questões pessoais, nem será por si só, gerador de transformações. Por isso faz-se necessário um momento em particular com suas próprias questões para visualizarem e entenderem os processos subjetivos vividos em loco na atuação em clínica-escola e, em um segundo momento, no consultório.

Conforme Drawin (2004 apud KICHLER, 2014), os estudantes que se disponibilizam ao tratamento psicoterápico sentiram a responsabilidade da formação ética e do entendimento das problemáticas de outras pessoas. Sendo assim, quando um estudante está disposto a reconhecer e elaborar as suas próprias dificuldades essa atitude diz respeito ao seu compromisso com a profissão e que são essenciais ao fazer clínico.

[...] uma formação continuada, tanto na teoria quanto na prática, em que se incluem o tratamento pessoal e supervisão é reconhecida por estudantes

como postura ética que norteia o trabalho clínico (FERREIRA NETO, PENA 2006, apud KICHLER; SERRALTA, 2014, p.60).

Daqueles que responderam que fizeram psicoterapia, 24% fizeram durante 1 mês, 12% por 3 meses, 17% durante 6 meses. Do total, 33% da amostra respondeu que fez por mais de 12 meses, e 5% não respondeu.

Esse dado, que apresenta uma fidelização de 33% no comparecimento às sessões de psicoterapia, demonstra que, uma vez procurada a psicoterapia, o indivíduo desenvolve o interesse em continuar o processo. Muitas vezes quebra barreiras, preconceito e construções errôneas sobre seu conhecimento íntimo. Durante muitos anos, e até hoje para alguns, Psicologia ou psicólogo é coisa para louco.

A psicoterapia, quando procurada, não se destina a casos agudos apenas, mas poderá ser indicada a pessoas que estejam passando por fases transitórias de vida. Em alguns casos o indivíduo precisa de suporte psicológico, como em separações, conflitos familiares, problemas financeiros, aposentadoria, etc. (HASS, 2004 apud MEIRA, 2005).

O aluno, ao passar por sua própria análise, perceberá os problemas principais da personalidade e compreenderá como esses problemas foram elaborados em sua mente. Terá uma percepção totalizada das coisas que passam consigo, e liberará o seu self de forma a estabelecer um segundo momento de articulações adicionais (BOLLAS, 1992 apud MEIRA, 2005).

Os que fizeram psicoterapia por um tempo foram questionados sobre a abordagem do psicoterapeuta. 19% era da Abordagem Comportamental, 17% da Psicodinâmica, 11% da Gestalt Terapia, 10% da Teoria Cognitiva Comportamental (TCC), Fenomenológica 6%, Psicodrama 4%, Humanista 3%, Psicanalítica 2%, Corporal e Subjetiva 1%. Apareceram 26% que não sabiam ou não quiseram responder à questão.

A Psicologia teve seu campo de atuação ampliado ao longo dos últimos anos, o que fez com que o psicólogo passasse a ser requisitado em diversas novas áreas. Em virtude desta vastidão de possibilidades o estudante de Psicologia se vê em meio a um impasse: por qual área optar? Qual abordagem escolher?

Ressalta-se ainda que, apesar da ampliação do mercado, há também um afunilamento, e diante da diversidade de áreas de atuação e embasamentos teórico-metodológicos, cabe ao profissional atuante ter uma visão multifacetada para atender as demandas do mercado e ampliar cada vez mais esse espaço (LEIBEL 2002, apud SOUZA; SOUZA 2012)

As três abordagens mais vistas na graduação são as que mais aparecem na hora da escolha do psicoterapeuta para análise pessoal. As abordagens Comportamental, Psicodinâmica e Humanista são as que mais aparecem na trajetória acadêmica dos alunos envolvidos no percurso do curso de Psicologia.

A Psicologia é caracterizada ainda por uma vastidão de orientações teórico-metodológicas, cada uma com sua visão de homem, sociedade e ciência. Psicanálise, Comportamental, Gestalt, Psicodrama, Humanista, Fenomenologia Existencial, Socio-histórica, Analítica, e outras variadas possibilidades de abordar o fenômeno humano compõem a multiplicidade marcante na Psicologia. (GONDIM; BASTOS; PEIXOTO, 2010 apud SOUZA; SOUZA, 2012). A Psicanálise é apontada como a abordagem mais utilizada por psicólogos brasileiros, seguida das abordagens Humanista, Comportamental, Socio-histórica e Cognitivista (BASTOS; GOMIDE, 1989). Nada mais natural que aparecerem em primeiro lugar nas escolhas dos alunos do curso do centro Universitário. Outra variável pode surgir quando os próprios professores influenciam a escolha da abordagem de atuação e da abordagem do psicoterapeuta escolhida pelo aluno.

Dos motivos que os levaram a procurar psicoterapia, 59% responderam que foi por vontade própria, 13% por indicação médica, 9% por conhecimento pessoal, 3% por depressão e 16% por problemas de ordem pessoal, familiar e no trabalho. A ação de procurar por vontade própria poderá estar atrelada ao cuidado pessoal

A Psicoterapia objetiva auxiliar o indivíduo a lidar com suas emoções e com seus conflitos psicológicos da mesma forma que uma professora pedagoga auxilia aqueles alunos que estão sofrendo um problema de aprendizagem, ou um advogado auxilia aquele que tem um problema judicial. Dessa forma, muitas são as causas que fizeram os alunos procurarem a psicoterapia. A primeira foi “vontade própria” e o terceiro motivo “conhecimento pessoal” que poderá estar em consonância com os estudos de Novaes (2004), quando constata que estudantes de Psicologia buscam

mais os serviços de psicoterapia do que alunos de outros cursos. Também se deve à constante busca desses estudantes pelo autoconhecimento e uma vida profissional equilibrada. Mas também corrobora com a tese de que quando inseridos ou desafiados na clínica a busca fica ainda mais acentuada.

A segunda causa foi “por indicação médica”. Muitas pessoas vêm acometendo-se com as mazelas da vida e encontram-se com transtornos e sofrimentos psíquicos. O quarto motivo, “depressão”, demonstra um dos sofrimentos do século atual. A depressão é uma doença que se caracteriza por baixa de humor e/ou perda de interesse e prazer durante duas semanas (CORDIOLI, 2008, p.382). Muitas pessoas confundem tristeza com depressão.

Quando questionados sobre a importância do aluno fazer psicoterapia durante o curso de Psicologia, 96% responderam que acham importante fazer psicoterapia e 4% não responderam ou não sabem se acham importante fazer psicoterapia (Figura 3).

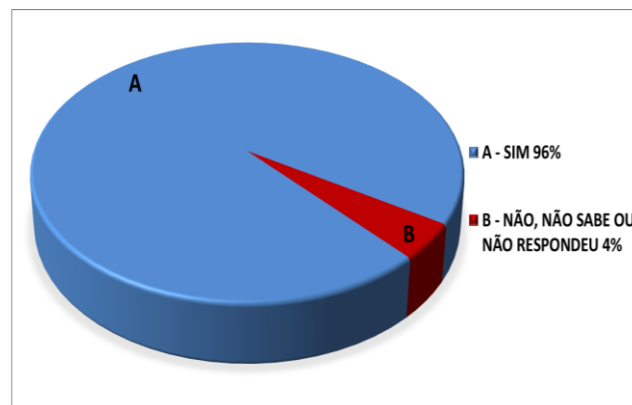


Figura 3. Importância em fazer Psicoterapia?

Freud em entrevista no ano de 1926 para o jornalista George Sylvester Viereck disse: “O psicanalista deve constantemente analisar a si mesmo. Analisando a nós mesmos, ficamos mais capacitados a analisar os outros” (SOUZA, 2008, p. 03). É importante também dizer que a experiência do estudante e do psicólogo, que passaram pelo processo terapêutico, é necessária até mesmo para saber como é que seu paciente se sente ao entrar num consultório de Psicologia, e também para que se confrontem cada vez mais com a realidade do que é uma terapia.

Estar seguro em um espaço, setting analítico, onde poderá abordar questões difíceis ajudará o estudante em suas construções analíticas e subjetivas.

Não só pelo fato de ter estudado ou estar estudando, não significa que tenha conseguido resolver e enfrentar todas as dificuldades da prática. O estudante de Psicologia e o profissional são seres humanos e tem seus momentos difíceis, com necessidade de serem cuidados emocionalmente e mentalmente (ALMEIDA, 2015).

Esses resultados se devem à conscientização da oportunidade do processo dado ao aluno de rever suas próprias dificuldades, e com isso assumir uma postura responsável e profissional perante seus pacientes. Dessa forma, o aluno, aos poucos, será o retentor do processo e assumirá a condução das sessões com mais segurança, maturidade e ética.

Conforme as respostas obtidas no instrumento de pesquisa sobre a intenção do participante em fazer a psicoterapia, 57% têm intenção, 18% não sabe ou não respondeu, 17% fazia psicoterapia, 6% responderam talvez e 2% não tem ou nunca pensou em fazer.

A intenção de fazer psicoterapia na graduação já é um começo para o estudante de psicologia. Este deve sair da vontade e se empenhar em procurar uma forma de dar início a esse caminho terapêutico. Essa demanda surgirá conforme os desafios surjam e permanecerá se não trabalhados na análise pessoal.

Simplemente porque estamos lidando com a complexidade de um ser de subjetividade e, portanto, singular; por isso haverá, sempre, algo que ficará de fora do representado, o imponderável, aquilo que não se prevê e nem se deixa controlar; melhor dizendo, algo não dito e interdito. Ou seja, aquilo que escapa às verdades estabelecidas e originadas de uma perspectiva que coisifica o homem e o destitui da sua capacidade de ser e existir num mundo de possibilidades (DUTRA, 2016, p.04).

Dos 57%, que têm intenção de fazer psicoterapia, 20% pensam em fazer em um futuro próximo, 16% pretendem fazer enquanto estiver na faculdade, 6% irão fazer assim que terminarem a faculdade, 6% não sabiam quando iriam começar a fazer sua psicoterapia, 5% quando tiverem o seu próprio salário, 3% pretendem fazer quando começarem a atender na clínica, 1% só iria começar sua psicoterapia daqui a dois anos.

Uma das funções básicas do ensino da psicoterapia é proporcionar condições para a formação de uma identidade do psicoterapeuta. Essa identidade começa a se formar por meio da experiência emocional do psicoterapeuta e quando

ele entra em contato com seus conflitos através da psicoterapia. Entender e elaborar esses conflitos com o objetivo de promover mudança psíquica nos padrões de relação de objeto para que seu tratamento venha propiciar mudanças significativas (BRITO apud GERMANO, 2010).

As crenças de que a psicoterapia não faz parte da formação se mostram presentes. Quando o aluno alega vários subterfúgios para adentrar na sua própria subjetividade, demonstra não valorizar sua própria profissão.

A experiência é o que fundamenta toda ação que produz significado e viabiliza o acesso à realidade. Ou seja, será a possibilidade de o estudante ser o paciente e experimentar um lugar de tratamento, viabiliza uma maior compreensão do que o paciente possa sentir e manifestar durante o processo psicoterápico (AMATTUZZI, 2007; BONDIA, 2002 apud KICHLER, 2014).

Aos alunos foi perguntado se achavam que a psicoterapia era importante na sua formação e para o aluno de Psicologia. 93% concordaram totalmente que a psicoterapia é importante na formação do aluno de Psicologia, 7% não concordaram nem discordaram ou não responderam. Discordo plenamente não apareceu como porcentagem (Figura 4).

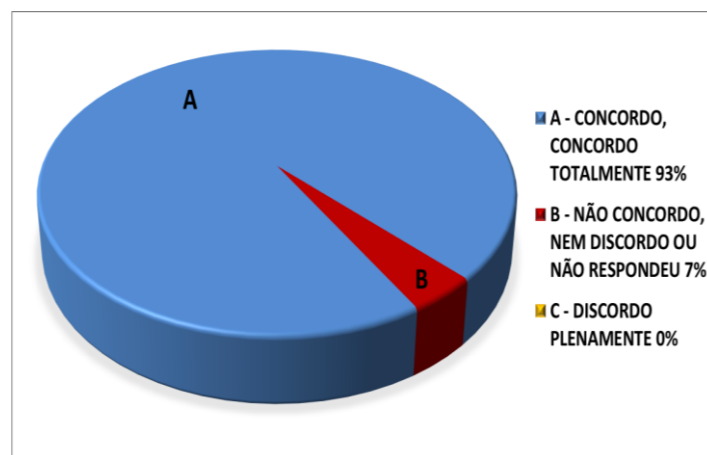


Figura 4. Você considera a Psicoterapia importante para a formação do aluno de Psicologia?

A prática, então, facilitará a compreensão e contribuirá para a aprendizagem da práxis da psicoterapia. A importância da experiência aparece como forma de compreender e aprender sobre o setting. No estudo de Kichler e Serralta (2014), os estudantes empregam formas de abordagem observadas, escuta e técnicas vivenciadas em sua psicoterapia durante a graduação. O modelo do

psicoterapeuta é de suma importância para aplicar durante os estágios a modelagem do comportamento e a aplicação dos instrumentos, que servirão também após a formação acadêmica. Os estudantes acham de grande importância a psicoterapia, mesmo aqueles que ainda não a fazem. As principais situações que reportam os estudantes são o reconhecimento do limite e as possibilidades de estarem preparados frente às demandas do atendimento psicológico. Questões pessoais não resolvidas poderão vir a interromper ou interferir de forma negativa no trabalho.

Foi perguntado se deveria ser obrigatória a realização da psicoterapia para o aluno graduando de Psicologia durante a sua formação: 73% concordaram totalmente sobre a obrigatoriedade da psicoterapia na formação do graduando em Psicologia. 17% não concordaram nem discordaram e 10% discordaram (Figura 5).

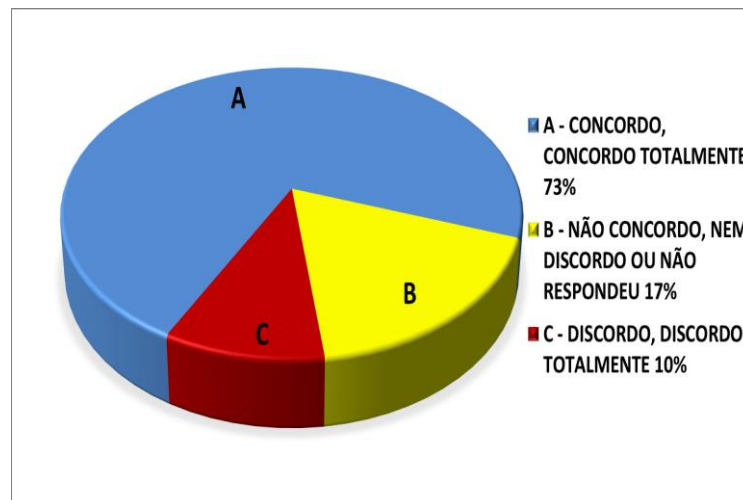


Figura 5. A Psicoterapia deveria ser obrigatória para o aluno de Psicologia?

A maioria dos alunos ficaria confortável em ser obrigado, pela faculdade, a fazer a sua psicoterapia individual. Mesmo sendo reconhecida a importância da psicoterapia pessoal, a prática não é colocada como prioridade pelos alunos do curso de Psicologia do UDF. A crença é que a própria atuação fará com que eles sejam um bom profissional psicólogo.

Autores e pesquisas mostram que a psicoterapia pessoal é fundamental para o processo de formação dos alunos, mas que muitas pessoas se munem de desculpas e defesas para não dar início a ela. Entretanto, não há obrigatoriedade nessa prática. A aquisição do conhecimento teórico pode criar a ilusão de

empoderamento nos alunos, mas esse conhecimento não é suficiente para que os alunos consigam lidar com as suas demandas (MEIRA; NUNES, 2005).

O fato de possuir habilidade social para lidar com o paciente é uma das ferramentas mais importantes para que o psicoterapeuta tenha sucesso na sua profissão. Essa habilidade poderá ser treinada pelo psicólogo do aluno em sua psicoterapia na Abordagem Comportamental.

As respostas obtidas no questionário mostram que 20% dos participantes concordaram totalmente que o terapeuta poderá servir de modelo para o estudante de Psicologia, 50% concordaram, 17% não concordaram e nem discordaram, 1% discordaram plenamente e 3% não responderam

Na abordagem da Psicanálise um dos pilares da formação do psicoterapeuta/psicanalista é sua própria análise, onde ele poderá observar e aprender sobre o modelo apresentado.

O comportamento pode ser aprendido ou adquirido observando experiências e as consequências de um ambiente. Assim, observar as vivências de pessoas próximas fará com que os recursos internos para lidar com as adversidades sejam aumentados. Muitas atitudes são modelos adquiridos pela observação de outras pessoas. Nesse contexto o próprio indivíduo propiciaria uma generalização de ações em outros contextos para resoluções de problemas e adaptações saudáveis (LA ROSA, 2003 apud PORTAL EDUCAÇÃO, 2013).

Os fenômenos de aprendizagem resultantes de experiências diretas podem ocorrer também, numa base vicariante, ou seja, através da observação dos comportamentos e experiências de outras pessoas e suas consequências. No caso da pesquisa o aluno aprenderia a falar e atender observando seu psicoterapeuta na prática clínica.

Querendo saber se o aluno acredita que, durante a graduação, a habilidade do atendimento psicológico pode ser aprendida, perguntamos onde essa habilidade seria aprendida, podendo ser marcado mais de um local. Surgiram como modelo a clínica, com 31%, na própria psicoterapia 18%, com os professores 16% e na teoria 15%.

O ato de pensar é poder dar sentido à experiência, para além da argumentação e do raciocínio. A experiência é o que toca, devendo estar abertos para

demarcar um diferencial. Não será a atividade em si que demarcará a experiência do sujeito, mas a disponibilidade no sentido da paciência e da atenção empática. O estudante poderá estar aberto ao desconhecido através do seu paciente e encontrar em si formas e ferramentas para o exercício fundamental da Psicologia: a escuta (BONDIA, 2002 apud KICHLER, 2014).

Para Calligaris (2004), será a experiência do sofrimento psíquico que trará à superfície problemas até então ignorados. Portanto consta-se que, para ser psicoterapeuta, deve-se ser humano e entrar em contato com aquilo que se busca esconder de si mesmo.

Diante de todos os dados apresentados fica claro que o curso de Psicologia do UDF precisa de uma atuação com campanhas mais efetivas no campo da conscientização dos alunos que cursam e daqueles que irão cursar. Criar meios de incentivo, como as horas complementares para aqueles que já fazem sua psicoterapia e possibilitar o atendimento em clínicas que tenham convênio com a instituição com preços acessíveis, podem ser formas de estímulo aos alunos.

Realizar palestras que visem à conscientização, e assim fazer com que a atuação do psicólogo seja valorizada, primeiramente pelos próprios estudantes de Psicologia, e depois pelos usuários desse serviço de saúde.

DISCUSSÃO

A pesquisa realizada no UDF com os alunos voluntários do 1º ao 9º semestres de Psicologia, investigou a importância da psicoterapia para a formação de alunos no curso de Psicologia do Centro Universitário do Distrito Federal. Possibilitou a reflexão sobre como os alunos estão se preparando para o exercício da profissão de psicólogo.

Mostrou que mesmo acreditando e defendendo a importância da psicoterapia para o aluno do curso de Psicologia, a maioria ainda não pratica aquilo que irá vender, sua própria atuação como psicólogo e agente de saúde mental.

A importância da psicoterapia para o graduando em Psicologia apresentou-se de forma bem clara nas bibliografias pesquisadas. A formação profissional não é distinta da pessoal, e nesse sentido estão estreitamente ligadas. A psicoterapia pessoal traz um impacto na forma como o aluno vê o mundo. E será através das

atitudes advindas desse impacto que possibilitará auxiliar positivamente na elaboração de posturas e ações profissionais (MOURA, 1999 apud MEIRA; NUNES, 2005).

Através deste estudo, foi possível identificar a crença dos alunos sobre a importância da psicoterapia pessoal durante a graduação.

As crenças encontradas nos estudantes de psicologia do UDF indicam que somente em um segundo momento poderão fazer a sua psicoterapia e, já que não são obrigados durante a graduação, o farão após a terminarem.

Apesar de a grande maioria dos alunos pesquisados considerarem a psicoterapia importante durante a graduação, foi possível verificar que somente uma pequena parcela estaria voltada ao seu próprio autoconhecimento.

Várias foram as causas relatadas pelos participantes para não buscar a psicoterapia, como a falta de recursos financeiros, a falta de tempo disponível, dentre outras. A que ficou mais evidente foi o protelamento da ação da busca, dado que fortalece a crença de que há uma dissonância cognitiva entre o pensar e o agir dos participantes da pesquisa: *“Preciso fazer, mas deixarei para depois”*.

O psicólogo usa sua subjetividade como ferramenta de trabalho, e sua profissão é pautada nas relações que se estabelecem. Sendo a psicoterapia um autoconhecimento e um olhar para dentro de si mesmo, somente após sua própria transformação se poderá olhar para fora em direção ao outro e para também transformá-lo.

Outro foco deste estudo foi a busca das causas para a procura da terapia durante a graduação. Dentre o pequeno grupo dos pesquisados que informou já haver buscado a psicoterapia, a maioria o fez por vontade própria, demonstrando uma maior valorização desse recurso.

Com a finalidade de promoção da saúde no curso de Psicologia, a pesquisa alertou a comunidade acadêmica para os rumos tomados na formação esses futuros profissionais da área da saúde mental, que estarão nos consultórios mundo afora atuando como psicólogos. A Coordenação de Psicologia já tomou algumas atitudes para fortalecer a necessidade da busca da psicoterapia pelos graduandos do curso. Uma delas foi oferecer horas complementares para alunos que fazem sua psicoterapia.

CONCLUSÃO

É de suma importância que a conscientização parta do próprio aluno, que deve entender que, para promover saúde mental, no mínimo, o profissional da saúde deve estar psicologicamente saudável. Somente com essa condição poderá melhorar o atendimento e auxiliar da melhor maneira possível o usuário do sistema.

Diante das variáveis envolvidas no processo de formação do psicólogo e dos elementos pessoais que reverberam na sua prática, observa-se a necessidade de maiores investigações sobre essa temática, no que diz respeito à sua formação e qualificação, junto às instituições de ensino.

As pesquisadoras reconhecem que é de grande importância ampliar a amostra desta pesquisa e transformar o estudo em um grande termômetro do Curso de Psicologia do Centro Universitário do Distrito Federal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Bruno Ricardo Pereira. **Por que estudantes de psicologia precisam fazer psicoterapia.** 2015. Disponível em: <http://www.psicologiamsn.com/2015/07/por-que-os-estudantes-de-psicologia-precisam-fazer-terapia.html>. >Acesso em: 06 Nov. 2016.

BASTOS, Antônio Virgílio Bittencourt; GOMIDE, Paula Inez Cunha. O psicólogo brasileiro: sua atuação e formação profissional. **Psicol. cienc. prof.** [online]. 1989, vol.9, n.1, pp.6-15. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98931989000100003>.> Acesso em: 13 Nov. 2016.

BRASIL, **Lei nº 4.119/62.** Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. 5 de setembro de 1962, p. 9253. Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/lei_1962_4119.pdf. Acesso em: 06 Nov. 2016.

BRASIL, **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.** Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, v. 134, n. 248, 23 dez. 1996. Seção I, p. 27834-27841 Disponível em: <<https://www.mpes.mp.br/Arquivos/Anexos/03fe25bf-f2c9-459a-bee2-f00c1b0b2a0e.pdf>>. Acesso em: 05 Nov. 2016.

CALLIGARIS, Contardo. **Cartas a um jovem terapeuta:** reflexões para psicoterapeutas, aspirantes e curiosos. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. 55-65.

CASTRO, Ana Elisa Ferreira de; YAMAMOTO, Oswaldo H. A psicologia como profissão feminina: apontamento para estudos. **Estudos em psicologia.** 1998, 3(1), 147-158. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n1/a11v03n1.pdf>>. Acesso em: 05 Nov. 2016.

CELES, Luiz Augusto. Psicanálise é trabalho de fazer falar, e fazer ouvir. **Psyche (São Paulo)**, São Paulo , v. 9, n. 16, p. 25-48, dez. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382005000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 Abr. 2016.

CORDIOLI, Aristides Volpato (coordenador). **Psicoterapias:** abordagens atuais. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DUTRA, Elza. **Parâmetros técnicos e éticos para formação do psicoterapeuta:** alguns apontamentos. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/psicoterapia/textos_5.aspx .> Acesso em: 14 Nov. 2106.

FADIMAN, James; FRAGER, Robert. **Teorias da personalidade.** São Paulo: Harbra,1986.

FEIST, Jess; FEIST Gregory J. **Teorias da personalidade.** São Paulo: McGraw-Hill, 2008.

GERMANO, Zeno. Reflexões sobre uma experiência de supervisão em psicoterapia de orientação analítica. **Psicol. Ensino & Form.**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 9-21, 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-20612010000200002&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 30 Out. 2016.

INEP. Instituto nacional de estudos e pesquisas educacionais Anísio Teixeira. **Avaliação dos cursos de graduação**. 2016. Disponível em:<<http://portal.inep.gov.br>>. Acesso em: 13 Nov. 2016.

KICHLER, Giselda Faes; SERRALTA, Fernanda Bacelos. As implicações da psicoterapia pessoal na formação em psicologia. **Revista Psico**, v.45, n.1, p55-64, jan.-mar. 2014. Disponível em <revistasel.etrônicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistaspsico/article/.../11441>. Acesso em: 21 Abr. 2016.

MARTINEZ, Ana Laura Moraes. **Reflexões sobre a escolha pelo curso de psicologia**. 2016. Disponível em: <<http://www.ribeiraopretopsicologia.com.br/reflexoes-sobre-a-escolha-pelo-curso-de-psicologia/>> Acesso em: 06 Nov. 2016.

MEIRA, Claudia Hyala Mansilha Grupe; NUNES, Maria Lúcia Tiellet. Psicologia clínica, psicoterapia e o estudo de psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. **Pandéia**, 2005.15 (32), 339-343.

NASCIMENTO, Francisco Paulo do; SOUSA, Flávio Luís Leite. **Metodologia da pesquisa científica**. Brasília: Thesaurus, 2015.

PAYÁ, Roberta (organizadora). **Intercâmbio das psicoterapias**. São Paulo: Roca, 2011.

PORTAL EDUCAÇÃO. **Bandura e a aprendizagem social: psicologia e educação**. 2013. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/educacao/artigos/37930/bandura-e-a-aprendizagem-social-psicologia-da-educacao>>. Acesso em: 21 Out. 2016.

ROGERS, Carl. **Tornar-se pessoa**. 4. ed., trad. M.J. Carmo Ferreira. Lisboa: Moraes Editores, 1977.

SOUZA, Paulo César. **O valor da vida: uma entrevista rara de Freud**. 2008. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/psicoeduc/psic_analise/entrevista-de-freud/>. Acesso em: 13 Nov. 2016.

SOUZA, Marcela Fernanda de; SOUZA, Regina Lúcia de. O processo de escolha da área de atuação pelo graduando de psicologia. **Revista kaleidoscópio**. V 3, p.36-58, Fev/jun, 2012. Disponível em: http://www.unilestemg.br/kaleidoscopio/artigos/volume3/processo_de_escolha_da_area.pdf> Acesso em: 06 Nov. 2016.

UDF. **Conheça o UDF.** <disponível em <<http://www.udf.edu.br/conheca-o-udf/>>.&br/>Acesso em: 21 Abr. 2016.

YAMAMOTO, Oswaldo Hajime; FALCÃO, Jorge Tarcísio da Rocha; SEIXAS, Pablo de Sousa. Quem é o estudante de psicologia do Brasil? **Aval. psicol.**, Itatiba, v. 10, n. 3, p. 209-232, dez. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712011000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 05 Nov. 2016.