

# PERSPECTIVAS EM SAÚDE, EDUCAÇÃO E TRABALHO NA ATUALIDADE



GÊNESIS GUIMARÃES SOARES  
RAQUEL SILVA BARRETTO  
AUGUSTO CÉSAR SOARES DA CUNHA  
(ORGANIZADORES)

  
EDITORA  
SCHREIBEN

GÊNESIS GUIMARÃES SOARES  
RAQUEL SILVA BARRETTO  
AUGUSTO CÉSAR SOARES DA CUNHA  
(ORGANIZADORES)

**PERSPECTIVAS EM SAÚDE,  
EDUCAÇÃO E TRABALHO  
NA ATUALIDADE**



EDITORA  
SCHREIBEN

2022

© Dos organizadores - 2022  
Editoração e capa: Schreiben  
Imagem da capa: Pexels  
Revisão: os autores

Conselho Editorial (Editora Schreiben):

Dr. Adelar Heinsfeld (UPF)  
Dr. Airton Spies (EPAGRI)  
Dra. Ana Carolina Martins da Silva (UERGS)  
Dr. Douglas Orestes Franzen (UCEFF)  
Dr. Eduardo Ramón Palermo López (MPR - Uruguai)  
Dr. Enio Luiz Spaniol (UDESC)  
Dr. Glen Goodman (Arizona State University)  
Dr. Guido Lenz (UFRGS)  
Dr. João Carlos Tedesco (UPF)  
Dr. José Antonio Ribeiro de Moura (FEEVALE)  
Dr. Leandro Hahn (UNIARP)  
Dr. Leandro Mayer (SED-SC)  
Dra. Marciane Kessler (UFPeI)  
Dr. Odair Neitzel (UFFS)  
Dr. Wanilton Dudek (UNIUV)

*Esta obra é uma produção independente. A exatidão das informações, opiniões e conceitos emitidos, bem como da procedência das tabelas, quadros, mapas e fotografias é de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).*

Editora Schreiben  
Linha Cordilheira - SC-163  
89896-000 Itapiranga/SC  
Tel: (49) 3678 7254  
editoraschreiben@gmail.com  
www.editoraschreiben.com

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P467 Perspectivas em saúde, educação e trabalho na atualidade. / Organizadores: Gênesis Guimarães Soares, Raquel Silva Barretto, Augusto César Soares da Cunha. – Itapiranga : Schreiben, 2022. 127 p. ; e-book

E-book no formato PDF.  
ISBN: 978-65-89963-73-8  
DOI: 10.29327/562718

1. Educação. 2. Saúde. 3. Terapias. 4. Medicalização. 5. Professor – saúde. I. Título. II. Soares, Gênesis Guimarães. III. Barretto, Raquel Silva. IV. Cunha, Augusto César Soares da.

CDU 37:61

Bibliotecária responsável Kátia Rosi Possobon CRB10/1782

# SUMÁRIO

PREFÁCIO.....	5
<i>Gênesis Guimarães Soares</i>	
<i>Raquel Silva Barretto</i>	
<i>Augusto Cesar Soares da Cunha</i>	
A PESQUISA NO BRASIL: DA ASSOCIAÇÃO COM O ENSINO AOS PERCALÇOS ATUAIS.....	7
<i>Gênesis Guimarães Soares</i>	
<i>Raquel Silva Barretto</i>	
<i>Augusto César Soares da Cunha</i>	
A MUSICOTERAPIA NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE ALZHEIMER.....	21
<i>Elizabete Adelaide da Silva</i>	
<i>Dirce Maria da Silva</i>	
O REMÉDIO DA INTELIGÊNCIA: UM ESTUDO DE CASO E REFLEXÕES SOBRE A MEDICALIZAÇÃO ESCOLAR.....	35
<i>Brenda Mourão Pricinoti</i>	
<i>Lorraine Caroline Nicomedes</i>	
<i>João Vítor Sampaio de Moura</i>	
<i>Stefanne de Almeida Teixeira</i>	
A CONTRIBUIÇÃO DO NÚCLEO DE ATENDIMENTO EDUCACIONAL HOSPITALAR – NAEH NO PROCESSO EDUCATIVO DE PACIENTES EM AMBIENTE HOSPITALAR E DOMICILIAR.....	47
<i>Giselly Soares Egidio</i>	
<i>Dianne Michelle Alves da Silva Nuven</i>	
<i>Sémebber Silva Lino</i>	

CORRELAÇÃO ENTRE FATORES DE RISCO E FATORES  
PROTETORES PARA OS TRANSTORNOS ALIMENTARES:  
O COMER TRANSTORNADO, O COMER INTUITIVO E A  
APRECIAÇÃO CORPORAL EM JOVENS MULHERES.....60

*Thainá Richelli Oliveira Resende*

*Pedro Henrique Berbert de Carvalho*

*Maurício Almeida*

COMER INTUITIVO: PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA  
SOBRE UM MODELO ADAPTATIVO DE ALIMENTAÇÃO  
CONTRÁRIO ÀS DIETAS.....71

*Thainá Richelli Oliveira Resende*

*Maurício Almeida*

A OCORRÊNCIA DE INTERNAMENTOS HOSPITALARES DE  
CRIANÇAS POR ASMA NO BRASIL: UMA ANÁLISE  
DO DATASUS.....81

*Maurizio Matos Uchôa*

*Florência Paulo Nhavenge Timbane*

AS RELAÇÕES ENTRE O TRABALHO E A SAÚDE  
DOCENTE E SUAS IMPLICAÇÕES NA VIDA PESSOAL E  
PROFISSIONAL.....108

*Francisco Edson Pereira Leite*

*Fabiola Christian Almeida de Carvalho*

## PREFÁCIO

Nos últimos anos, tem ocorrido um movimento interessante, que consiste na produção de redes para as publicações. Até então, essa tendência era mais comumente vista (contudo não restrita) entre os profissionais e pesquisadores das ciências biomédicas; não obstante, as produções científicas de cursos nessas áreas, contemplam diversos envolvidos.

As exigências científicas brasileiras comportam paradoxos, dado que a generalidade de avaliações ainda traz modelos que foram incorporados de cenários internacionais, sem traduzirem as diversidades e especificidades locais. As próprias agências de fomento tendem a padronizar critérios que definem “o bom pesquisador”, “os grupos de ponta” ou “os institutos de excelência”, pautando-se em crivos pouco qualitativos. Essa discussão vai além dos muros das instituições de ensino mas, é parte do cotidiano delas.

Na Pandemia, as bolsas das renomadas agências nacionais de pesquisa sofreram cortes orçamentários ou congelamentos, o que já vinha se intensificando da última década para cá e, mais uma vez as responsabilidades recaíram sobre os discentes, docentes e Programas. Responsabilidade esta de provarem o “potencial” dos seus cursos ou de mostrarem as suas trajetórias, a fim de requererem a liberação de verba para os seus projetos. Contudo, mais uma vez ocorreram críticas às formas de selecionar “quem”, “qual” ou “o que” merece ser reconhecido. Ora! Em um pensamento lógico, quando um curso ou um pesquisador com menos produções recebe um incentivo, há uma repactuação das suas possibilidades e, esse incentivo pode ser encarado como um motivador para o crescimento. O ponto do incentivo parece fazer sentido mas, não é exatamente assim que as coisas funcionam.

Face às tantas questões (e a que foi situada acima é apenas uma delas), observamos esse movimento de projetos e publicações coletivas como buscas por alternativas ou práticas viáveis no contexto científico brasileiro. Em um momento em que os grandes periódicos internacionais restringem cada vez mais o acesso à aquisição de conteúdos ou à possibilidade de publicar, o que também tem sido visto com mais frequência nos nacionais,

os movimentos de divulgação científica para todos, tornam-se essenciais.

Compartilhando um pouco da nossa história, nós (os três organizadores dessa obra), somos parte desse movimento. Nos conhecemos em 2020 em um grupo, que teve como proposta a formação de parcerias para publicações conjuntas. Inicialmente, algumas pessoas não conseguiram dar sequência à ideia, mas, analisamos temas comuns à nossa área (Psicologia) e chegamos a um assunto interessante para todos. Mesmo à distância, planejamos a escrita e, nesse meio tempo, saiu a chamada para um livro sobre relatos do ensino em Psicologia a partir da Covid-19. O desafio inicial motivou encontros online e deu ainda mais forma à parceria. Em 2021 o e-Book foi publicado e enviamos a proposta desse e-Book para outra editora, no intuito de vivenciarmos novamente essa possibilidade mas, agora em outros lugares. Sugerimos então um tema que também é transversal ao nosso campo e tem muito conteúdo a ser trabalhado / divulgado.

Falar sobre Perspectivas em Saúde, Educação e Trabalho na Atualidade possibilita conhecer o que tem sido feito dentro e fora das universidades e dá abertura ao diálogo multi e interdisciplinar, que é tão necessário, uma vez que as trocas melhoram a qualidade dos serviços prestados. Remontando ao que foi dito anteriormente, nem sempre os grandes relatos profissionais ou as potencialidades postas em prática são evidenciadas nas melhores Revistas científicas, ficando muitas vezes no próprio dia a dia daqueles que as inventam e reinventam. Portanto, esse e-Book objetiva democratizar as narrativas e dar relevância aos saberes e fazeres de discentes, profissionais e docentes, além de permitir a divulgação científica.

Agradecemos aos que acreditaram, aos que estiveram conosco nessa jornada e aos que buscarão conhecimentos nestas páginas. Não nos construímos sozinhos, somos “colchas de retalhos” de diversos outros profissionais que passaram pelo campo e deixaram as suas marcas de alguma forma. Somos a beleza ou a arte do encontro com o outro. Então, fica o convite para que leiam, reflitam e aproveitem cada relato aqui exposto.

Os editores.

*Gênesis Guimarães Soares*  
*Raquel Silva Barretto*  
*Augusto Cesar Soares da Cunha*

# A PESQUISA NO BRASIL: DA ASSOCIAÇÃO COM O ENSINO AOS PERCALÇOS ATUAIS

*Gênisis Guimarães Soares<sup>1</sup>*

*Raquel Silva Barretto<sup>2</sup>*

*Augusto César Soares da Cunha<sup>3</sup>*

## INTRODUÇÃO

O ensino superior no Brasil assume uma complexidade no que tange os seus momentos históricos. Inicialmente, a terminologia “universidades” não havia sido adotada e, o ensino baseava-se na qualificação para determinadas profissões que detinham status notório. A literatura nacional demonstra que no período colonial ocorreram diversas ações no intuito de implantar um ensino superior. Para Souza (1996) até o século XVIII tais cursos serviram para capacitar as elites agrárias e as classes dominantes. Ainda no período colonial, os colégios jesuítas representavam os núcleos de ensino mais relevantes.

O século XIX trouxe mudanças sociais importantes, como a Proclamação da República, a Abolição da Escravatura e a queda do Império, que reverberaram em diversas áreas. De acordo com Sampaio:

A Constituição da República descentraliza o ensino superior, que era privativo do poder central, aos governos estaduais, e permite a criação de instituições privadas, o que teve como efeito imediato a ampliação e a diversificação do sistema, Entre 1889 e 1918, 56 novas escolas de ensino superior, na sua maioria privadas, são criadas no país. (1991, p.7).

---

1 Psicólogo. Mestrando em Educação (PPGED/UESB). E-mail: genesis.gehp@gmail.com.

2 Psicóloga. Mestre em Saúde Pública. E-mail: quelbarretto29@hotmail.com.

3 Psicólogo. Mestre e Doutorando em Economia Doméstica (UFV). E-mail: cesarsoares\_1807@yahoo.com.br.



Já nas duas primeiras décadas do século XX, o ensino superior acompanhou as necessidades econômicas do país e a ênfase estava na formação de profissionais liberais, como agrônomos, médicos e advogados; cabe dizer também que os institutos nacionais de pesquisa estavam fora das Escolas de Ensino Superior. Ainda nesse período, figuras ilustres das ciências e da educação, em associação à Academia Brasileira de Letras e à Academia Brasileira de Ciências, abriram debates sobre a importância de espaços (universidades) que reunissem a possibilidade de lecionar e fazer pesquisa. Contudo, o projeto de criação das universidades incorporou uma parte ínfima do que foi sugerido pelo movimento modernista brasileiro.

Souza lembrou que em 1931 na “Era Getulista” foi elaborado o Estatuto das Universidades Brasileiras, que deu lugar à organização das universidades públicas ou privadas, administradas por um núcleo central. Estas deveriam seguir a organização didático-administrativa sugerida pelo Ministério da Educação. O autor viu no Estatuto das Universidades Brasileiras, a possibilidade de reorganização da Universidade do Rio de Janeiro, criada em 1920, que viria a se tornar a Universidade do Brasil e, a possibilidade de fundação de novos cursos / universidades, a exemplo da Universidade de São Paulo, datada de 1934. Não obstante, após 30 anos de criação das primeiras universidades brasileiras, o modelo implantado até então, passou a representar tensões, que culminaram com a Reforma de 1968.

Com o crescimento industrial, o acesso ao diploma entre os anos de 50 e 60 passou a representar uma possibilidade de acesso ao mercado e aos setores vislumbrados pela classe média. Esse era um dos cenários sociais, que demandava outro olhar. Como explica Sampaio (1991), cinco pontos foram alterados com tal Reforma: I) A proposta dos Departamentos, como instâncias de ensino e pesquisa; II) A divisão dos currículos em básicos e profissionalizantes; III) Implantação do sistema de créditos e semestres; IV) A implementação dos institutos básicos; V) Um sistema de organização duplo, permitindo a existência dos colegiados e das organizações horizontais e, também da organização verticalizada, a exemplo das Reitorias, Unidades de Ensino, Departamentos, entre outros.

Em um momento marcado pelo que Sampaio (1991) identifica como repressão / expansão, dado o momento político que o país vivia, houve uma ampliação de vagas no ensino público e, uma intensificação

no crescimento do Ensino Superior, inclusive com o aumento das taxas de matrículas, contudo, uma boa parte dessa demanda não foi absorvida pelas universidades públicas, ficando a cargo das instituições privadas.

Até o presente momento, foram trazidas perspectivas das universidades e do ensino superior, com pouca ênfase na pesquisa. Sendo as universidades, o principal lócus da pesquisa brasileira, não há como dissociar a díade ensino-pesquisa, atualizada pela tríade ensino-pesquisa-extensão, então, este artigo objetiva dar uma resposta introdutória à seguinte questão: I) Qual é o lugar da pesquisa ou das pesquisas no Brasil?

## **A PESQUISA NAS UNIVERSIDADES BRASILEIRAS: UMA REVISÃO**

Para conhecer as produções sobre a pesquisa nas universidades brasileiras e aprofundar o tema ensino / pesquisa, foi realizada uma revisão narrativa da literatura. Cabe dizer que a revisão narrativa discute o “estado da arte”, sem a necessidade de aprofundamentos sobre a escolha dos livros, artigos, revistas impressas ou eletrônicas utilizadas. Serve para situar o leitor sobre um determinado assunto ou ponto de vista contextual com base em materiais já produzidos em um espaço de tempo. (Rother, 2007).

As bases escolhidas para a revisão foram: Portal de Periódicos da CAPES e Scielo. No Portal de Periódicos da CAPES, a combinação dos termos “Pesquisa” e “Brasil” permitiu encontrar milhares de publicações, contudo, optou-se por combinar os termos “A Pesquisa” e “universidades brasileiras”, que retornou 117 artigos revisados por pares. Após a exclusão por repetições em outros idiomas ou por tratarem de apenas um curso ou uma universidade, os autores ficaram com 10 textos, que trouxeram um panorama mais generalista do tema tratado. Já na Scielo, utilizando os mesmos termos, foram encontrados 12 artigos, dos quais 01 foi escolhido para análise mais profunda. Além da discussão baseada nos artigos revisados, os pesquisadores incluíram outros dois tópicos para somar a discussão: o primeiro diz respeito às questões sociais atuais e a relação com a necessidade de investigações neste sentido e, o segundo analisa o cenário do ensino-pesquisa nos últimos anos.

Sobre as publicações analisadas, Araujo (2013) demonstrou que nas *theses* organizadas pela Associação Brasileira de Educação, em 1928 já

havia defesas referentes à extensão e à pesquisa nas universidades, sem as quais, perderia a “sua razão de ser”. E, não demoraria muito para essa articulação se tornar possível. Almeida (2011) trabalhou inclusive com um dos precursores neste sentido: Carlos Chagas. O autor iniciou o seu trabalho mencionando a USP, como a primeira universidade nacional a oficializar a junção do ensino com a pesquisa e o progresso da ciência. No decreto referente à sua fundação, fica claro que as universidades teriam este novo papel. No decorrer do texto situou a URJ, que ficou conhecida como a Universidade do Brasil e cita as cadeiras disciplinares. Neste caso, Carlos Chagas que sem muita simpatia pela realização da pesquisa nos ambientes acadêmicos, assumiu o discurso de que não excluiria do ensino a pesquisa e com um trabalho incisivo, conseguiu consolidar o Laboratório de Biofísica.

Chagas foi de assistente à catedrático em Física Biológica. Sua atuação, para além da cadeira que ocupou, segundo Almeida (2011) serviu de base para a construção de outros laboratórios e a sua experiência demonstrou entre outros pontos a importância do estabelecimento de redes de pesquisa, as possibilidades de formar alunos cientistas e as alternativas (ainda que informais) para a captação de recursos com vistas ao desenvolvimento científico. Com exemplos como o de Chagas e a abertura acadêmica, os cientistas puderam promover rupturas e as pesquisas não deveriam ficar limitadas somente às instituições destinadas a este fim.

Os laboratório passaram a ter lugar nas universidades, todavia, esse processo seguiu a passos lentos nos 50 anos seguintes e, nem todas as Universidades conseguiram se aproximar da relação ideal entre pesquisa e ensino, conforme apontou Campos Oliven (1993) problematizando em termos qualitativos a burocracia e a falta de investimentos, que acabou por limitar a prática das pesquisas a poucas universidades, geralmente detentoras de mais investimentos / verbas e à limitação dessas práticas à pós-graduação. Quando se fala sobre a pesquisa brasileira, os dados apontam para o distanciamento entre a academia e as empresas, principalmente do setor privado.

Rapini e Righi (2006) demonstraram com base na avaliação dos dados contidos no Diretório dos grupos de Pesquisa do CNPq que a interação com empresas era baixa e as áreas com maior participação justificavam a relação histórica entre a profissionalização e capacitação com vistas

à demanda industrial, sendo mantidas ainda no ramo das Engenharias, das Ciências Agrárias, seguidas pelas Exatas e da Terra.

Um ponto em comum abordado em 04 artigos diz respeito à avaliação das pesquisas ou ainda à inclusão dessa categoria nas avaliações de ensino e à visibilidade das pesquisas e produções científicas brasileiras, tanto no cenário nacional, como também no internacional. Implementado em 2004 pelo Ministério da Educação, o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior foi pensado no intuito de conhecer e melhorar o mérito das instituições e áreas de ensino.

Hoffmann et al (2014) ao explicarem o modelo e os Indicadores, trouxeram como um dos pilares a pesquisa e a extensão, que ao estarem articulados com outros pontos, representam aspectos de qualidade institucional. A pesquisa muito além de repercutir só no meio acadêmico, reflete o crescimento de uma sociedade em termos de inovação e investimentos científicos. Segundo Bueno:

Uma nação que não esteja comprometida efetivamente com a geração de novos conhecimentos científicos e capacitada para desenvolver aplicações tecnológicas identificadas com as suas demandas vê ameaçada a sua soberania e está fadada a ocupar lugar subalterno em um mundo onde as vantagens competitivas estão firmemente associadas à produção científica e tecnológica. (2014, p. 03).

Para o autor, as instituições devem assumir o compromisso de divulgar as suas pesquisas nos sites. Ao analisar os portais de 04 instituições de ensino, Bueno concluiu que as pesquisas são as competências universitárias menos contempladas.

Apesar de universidades brasileiras serem reconhecidas internacionalmente pelos seus trabalhos e competências científicas (Barreyro et al., 2021), a divulgação científica nem sempre chega a quem deveria chegar, o que dificulta a defesa interna e o reconhecimento do que está seriamente “em jogo”.

Por fim, outros 04 autores categorizaram a pesquisa brasileira e falaram sobre a necessidade de aproximação com as demandas reais. Ainda que o ensino com pesquisa tenha ganhado força na Inglaterra na década de 70, para alguns docentes é um processo novo ou complexo, conforme afirma Lampert (2007). Para a autora, diferente da pós- graduação que

na maioria das vezes forma pesquisadores, o ensino com pesquisa é uma metodologia necessária para que na sala de aula, todos os discentes possam ter acesso à investigação, de forma que conheçam os seus métodos e busquem formas de contextualizar e sistematizar os conhecimentos, tendo como base as experiências práticas.

Logo, através do método em sala de aula, da iniciação científica, da extensão ou da pós, os discentes e docentes podem vivenciar a pesquisa e produção de conhecimentos, porém, cada vez mais espera-se que as exigências da pesquisa brasileira ou latino-americana e das agências de fomento sejam coerentes com as realidades locais (DEL VECHIO, 2017; CAREGNATO et al., 2020).

As condições de trabalho, falta de investimentos e de recursos humanos qualificados, baixa interação entre pesquisadores e pouco diálogo com a sociedade, excesso de burocracias, foram alguns dos problemas encontrados por Souza et al (2020) em uma investigação recente, que contou com a opinião de 722 pesquisadores atuantes em programas de pós-graduação (mestrado e doutorado) de universidades públicas brasileiras.

Com a Pandemia, outras questões ganharam ainda mais relevância, dado o recrudescimento das desigualdades em várias áreas e, as pesquisas sobre tais impactos ainda estão sendo divulgadas.

## **A DESVALORIZAÇÃO DAS CIÊNCIAS HUMANAS E A EMERGÊNCIA DE NOVOS CONFLITOS NO CAMPO SOCIAL**

Há alguns anos, uma questão que imperou diante do Programa “Ciências sem Fronteiras” era: por qual razão as ciências humanas permaneciam excluídas, enquanto ciências? Talvez o positivismo e a adoção de um pensamento tecnicista explique em partes, mas, é certo que os estudos das relações humanas são de dimensão complexa e multifatorial, advém da necessidade de se entender a vida como ela é e suas aspirações; pensar em ciências humanas é aflorar o pensar enquanto ciência relacionado ao que se destina no cotidiano. Entender assim, a desvalorização enquanto academia, permite pensar na (re) condução de práticas mais assertivas de se fazer um movimento frente ao que se configura desigual, marginalizado e aquém da atenção que se necessita e expede (PIRES, 2019).

Podemos pensar nesse diálogo presumindo um campo de vida em

diálogo, em oportunidades e com dimensões de vários seguimentos, ajustando a ideia de uma ciência humana construída para e com o sujeito, destinando o campo científico como instrumento para facilitar e apresentar respostas que facilitem os problemas sociais. Se debruçando de maneira ética a compreender e perceber formas de avançar nas premissas sociais e culturais estabelecidas e ilustradas atualmente (PIRES, 2019).

Os editais para chamadas das principais agências de fomento, indicam que de alguns anos para cá, as ciências humanas tem perdido o espaço e menos verba tem sido investida em pesquisas ou projetos. O momento presente é ímpar; O país retornou ao patamar da miséria, situações que envolvem os cenários de desigualdades sociais estão postos e, tudo isso configura impedimentos para o crescimento da nação, o que convoca mais uma vez as ciências humanas (tal como ocorreu nas décadas passadas), para enfrentar as desigualdades sociais e denunciar o projeto de desmonte, em meio às inúmeras violações de direitos ocorridas (COGGIOLA, 2020).

Vale pontuar que pensar na ciência do homem e em seu surgimento, oportuniza entender os processos capitalistas o qual a sociedade se desenvolve, trazendo a concepção de um sujeito que transita em dimensões sociais e históricas e que permeia em esferas desiguais no campo de oportunidades e que não tem atendidas suas necessidades enquanto cidadão (COGGIOLA, 2020).

É de perceber que a ciência é o caminho para as proposições, o conhecimento sustenta as tomadas de decisões, pensar socialmente alerta para essa amplificação que a ciência propicia, e no campo prático de realização, garantir os mínimos para esse movimento é uma tarefa coletiva e que deve ser pensada pelos governos, sociedade e comunidade. Marcando como estratégia a resistência em um processo onde a força maior aflora a desigualdade e silencia os processos coletivos dentro dos espaços de conhecimento e ciência transformadora da vida do homem (HORTA e LIMA, 2008).

Em todo esse processo, deve-se sinalizar um fator fundamental e que é relacionado ao pensar social dentro das ciências humanas e também sobre as desigualdades, que se chama financiamento. Sem recursos, sem financiamento, sem previsões orçamentárias enfraquecemos a pesquisa, fragilizamos as oportunidades e “fechamos portas” para as descobertas (MORAES, 2019).

Logo, afincos de elencar a problemática passamos a permear um debate de projeto para esse desmoronar do campo científico, no que se refere às ciências humanas, atrelado a condutas de governos específicos que visualizam o debate com pouca notoriedade e investimento (HORTA, LIMA, 2008).

Afirmar em debate que vivemos tempos de recrudescimento das desigualdades, é olhar minimamente para a condição social das pessoas, das cidades e da vida em si; bloquear gradativamente o desenvolvimento das ciências é reforçar esse movimento do não acesso, é garantir que o desmonte seja palco contemporâneo do que se pretende e almeja, a manutenção desigual das oportunidades e o movimento capitalista sobrepondo as camadas mais baixas (MORAES, 2019).

## **O CENÁRIO ATUAL: AUSÊNCIA DE INCENTIVO E DECLÍNIO NOS REPASSES**

Nos últimos 5 anos têm se intensificado as discussões acerca do desmonte que tem ocorrido no que concerne ao financiamento da pós-graduação no cenário nacional. Apesar disso, essa “crise” não é recente, todavia, se acentuou com os inúmeros cortes de verbas destinados à pesquisa a cada ano.

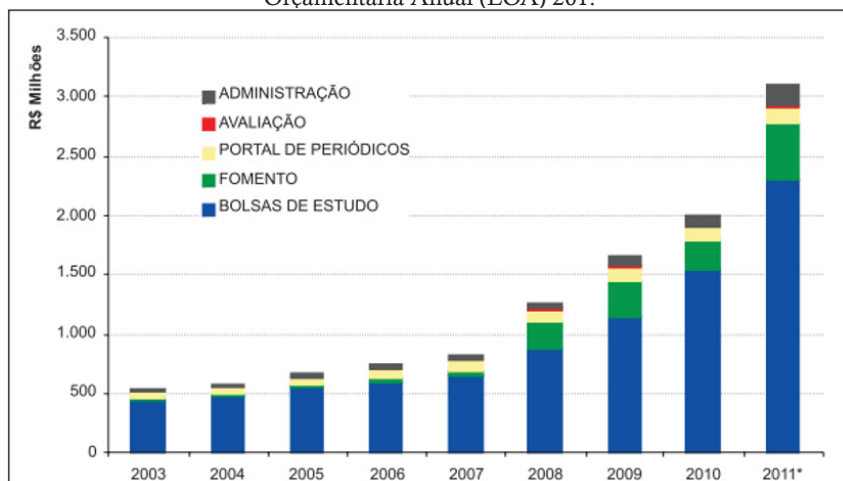
Moura e Júnior (2017) afirmam que entre os anos de 2007 e 2014 o país vivenciou um período, diga-se de passagem, raro, de financiamento às pesquisas e aos programas de pós-graduação do Brasil. A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e as fundações estaduais de amparo às pesquisas receberam grandes receitas que foram designadas para a ampliação da pesquisa e a criação e consolidação de diversos cursos de pós-graduação.

Apesar do crescente avanço da pesquisa nacional durante esse período, em 2015 ergue-se uma crise econômica, que resultou no processo de impeachment da Presidenta Dilma Rousseff. Tão grande abalo não poderia ter gerado consequências menores que a descontinuidade desse ciclo tão importante para a pesquisa brasileira, devido ao corte de financiamentos destinados ao auxílio de pesquisas e as bolsas de financiamento de quase todas as agências de fomento à pesquisa (MOURA, JÚNIOR, 2017).

Após esse período, nos anos seguintes a pesquisa tem sido cada vez mais desvalorizada na “folha de financiamentos” tidos como prioritários pelo Estado. Com isso, é possível refletirmos que muitos programas de pós-graduação têm se mantido a partir do grande desejo (aqui pensamos o esforço e a luta diária para permanecer, ainda que sem nenhum financiamento) dos jovens pesquisadores em seguirem carreira no desenvolvimento de pesquisas e aos diligências dos coordenadores, líderes de grupos, associações, etc. para o alcance de verba para a manutenção e seguimento dos trabalhos desenvolvidos.

O VI Plano Nacional de Pós-Graduação (PNPG) publicado em dezembro de 2010 e com vigência até o ano de 2020 apresenta questões fundamentais no que tange o combate às assimetrias do desenvolvimento dos programas de pós-graduação e também ao seu financiamento. O presente documento apresenta dados quantitativos (*gráfico 1*) dos repasses realizados pela CAPES no período de 2003 a 2010, com a estimativa do que seria repassado em 2011 a partir da Lei Orçamentária Anual (LOA).

Gráfico 1: Orçamento executado total da CAPES no período de 2003 a 2010 e Lei Orçamentária Anual (LOA) 201.



Fonte: BRASIL, 2010, p. 259.

Esses dados corroboram com a discussão realizada logo no início de seção, que descreve o crescente investimento destinado a pesquisa e a



pós-graduação por um determinado período. Apesar disso, como já apresentado, o financiamento e a valorização à pesquisa esta em um movimento de declínio constante.

No que se refere as assimetrias, estas têm sido apontadas e são visíveis, uma vez que existem discrepâncias regionais, entre instituições e até mesmo dentro de uma mesma instituição. Visto que o repasse é diferente para cada programa de pós-graduação, a partir de critérios pré-estabelecidos e as vezes até mesmo arbitrários, o financiamento acontece de modo distinto.

Não obstante, o VI PNPG destacou a existência de investimentos para a redução dessa assimetria, como é possível observarmos: Um bom exemplo disso é o procedimento dos fundos setoriais, que destina 30% dos seus recursos às políticas científicas e de pós-graduação para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Do mesmo modo, ações indutoras vêm sendo as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Do mesmo modo, ações indutoras vêm sendo postas em prática, com o objetivo de reduzir as assimetrias entre áreas de conhecimento; ao mesmo tempo em que buscam incentivar a criação, o fortalecimento ou a expansão do sistema de pós-graduação em áreas estratégicas para o desenvolvimento nacional (BRASIL, 2010, p. 145).

Apesar do incentivo a interiorização dos programas de pós-graduação e conseqüentemente o avanço das pesquisas ocorrido nos “tempos de ouro” já citados, atualmente nos deparamos com o congelamento de verbas e, conseqüentemente as dificuldades para o prosseguimento de muitas pesquisas, sobretudo, nas áreas das ciências humanas que ainda são deixadas de escanteio e recebe uma menor fatia da verba destinada à educação. Um exemplo do citado é que desde 2013 as bolsas da CAPES e CNPQ permanecem congeladas, sem nenhum reajuste. Isso seria considerar a atuação do pesquisador menos importante? Afinal, todos os pesquisadores atuantes nos programas de pós-graduação e que são bolsistas possuem uma dedicação exclusiva para o desenvolvimento de atividades relacionadas à pesquisa e a divulgação dos resultados obtidos.

Não obstante, os inúmeros cortes de bolsas e redução de financiamento de grandes pesquisas também tem sido extremamente prejudiciais para a permanência e a inserção de novos pesquisadores no campo da pesquisa. Tamanho descaso com a pesquisa tem levado muitos pesquisadores

a abandonarem estudos já em desenvolvimento, uma vez que deveriam arcar com todos os custos a partir de verbas próprias.

## CONSIDERAÇÕES

A pesquisa brasileira, principalmente quando associada ao ensino, sempre foi um campo de tensões. Para além de todas as dificuldades apontadas pelos próprios pesquisadores, a sua conformação histórica sugere graus de importância para determinadas ciências, em detrimento de outras, o que ainda não foi rompido.

Desde 2014, percebe-se um desmonte marcado pelo congelamento ou redução de verbas para bolsas, ausência de recursos ou paralisações de programas e projetos científicos. Tais dados podem ser obtidos de forma pública e, também foram evidenciados nos últimos editais das agências de fomento, principalmente quando projetos aprovados não puderam ser postos em prática pela falta de recursos disponíveis para tal.

O momento é de intensas lutas e, as reportagens dão conta da “fuga de cérebros”, uma vez que os pesquisadores brasileiros têm buscado colocações em universidades estrangeiras, que aceitam investir nas suas pesquisas. Por outro lado, a pesquisa brasileira continua sendo um campo pautado por padrões internacionais, que não se enquadram bem à nossa realidade e comportam situações excludentes e elitistas; sendo este o caso das agências ou dos concursos, que ao selecionarem candidatos para bolsas ou para a docência, dão preferência aos que tiveram experiências internacionais e/ou possuem publicações em periódicos internacionais, com alto fator de impacto (o que na maioria das vezes exige um investimento para o pagamento das taxas, que não é possível para os candidatos ou instituições mais carentes de recursos). Essas formas de seleção pautadas na meritocracia, produzem um círculo vicioso de Mestres ou Doutores fora da academia, já que para terem uma bolsa e conseguirem prosseguir em um programa necessitam preencher “N” requisitos e, é por meio dessa bolsa ou desse programa que terão a chance de aumentarem a produtividade e se aprimorarem.

Face ao que foi exposto, sinaliza-se que os altos e baixos deveriam provocar tanto aqueles que já estão inseridos no ensino-pesquisa, quanto

aqueles que querem entrar no campo, a pensar de forma crítica em modelos possíveis, menos excludentes e mais democráticos. No desenvolvimento da ciência, atrelar decisões coletivas junto à sociedade, investir em financiamento do conhecimento são passos que devem ser potencializados e automaticamente fortalecido em todas as esferas e principalmente nas agendas dos governos.

Contudo, sinalize-se que pensar no desenvolvimento da ciência, atrelar decisões coletivas junto à sociedade, investir em financiamento do conhecimento são passos que devem ser potencializados e automaticamente fortalecido em todas as esferas e principalmente nas agendas dos governos.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Darcy Fontoura de. A contribuição de Carlos Chagas Filho para a institucionalização da pesquisa científica na universidade brasileira. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, 2012, v. 19, n. 2. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702012005000002>>. Acesso em 14 de abril de 2022.

ARAÚJO, José Carlos Souza. Universidade Brasileira Segundo O Inquérito De 1928: Ensino, Pesquisa E Extensão. **Revista Encontro de Pesquisa em Educação**, 2013. Disponível em < <https://revistas.uniube.br/index.php/anais/article/view/764> > . Acesso em 14 de abril de 2022.

BARREYRO, Gladys Beatriz; DOS SANTOS, Poliana Pereira; FERREIRA, Flávio Batista. Rankings Acadêmicos Internacionais Nas Mídias De Duas Universidades De Pesquisa Brasileiras. Avaliação : **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior**. Disponível em < <http://periodicos.uniso.br/ojs/index.php/avaliacao/article/view/4821> > . Acesso em 14 de abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes. (2010). **Plano nacional de pós-graduação [PNPG] 2011-2020**, Vol. I. Brasília: CAPES. Disponível em <[dhttps://www.capes.gov.br/images/stories/download/Livros-PNPG-Volume-I-Mont.pdf](https://www.capes.gov.br/images/stories/download/Livros-PNPG-Volume-I-Mont.pdf)>. Acesso em 14 de abril de 2022.

BUENO, Wilson Da Costa. A Divulgação Da Produção Científica No Brasil: A Visibilidade Da Pesquisa Nos Portais Das Universidades Brasileiras. **Ação Midiática**, 2014. Disponível em < <http://dx.doi>.

org/10.5380/am.v0i7.36340>. Acesso em 14 de abril de 2022.

CAMPOS OLIVEN, Arabela. Arquipélago De Competência: Universidades Brasileiras Na Década De 90. **Cadernos De Pesquisa**, 1993. Disponível em < <http://publicacoes.fcc.org.br/index.php/cp/article/view/941> > . Acesso em 25 de março de 2022.

CAREGNATO, Célia Elizabete et al. Educação Superior E Universidade Na América Latina: Perspectivas Temáticas Para Debates e Pesquisas. **Revista Brasileira De Estudos Pedagógicos**, 2020. Disponível em < <https://doi.org/10.24109/2176-6681.rbep.101i259.4610> > . Acesso em 14 de abril de 2022.

COGGIOLA, Osvaldo. Ciências Humanas: O que são, para que servem. **Intelligere**, [S. l.], n. 9, p. 14-38, 2020. Disponível em < <https://www.revistas.usp.br/revistaintelligere/article/view/173539>>. Acesso em 25 de março de 2022.

DEL VECHIO, Angelo. SISTEMA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO E A PESQUISA NA UNIVERSIDADE BRASILEIRA. **Laplage Em Revista**, 2017. Disponível em < <https://doi.org/10.24115/S2446-6220201733396p.133-146> > . Acesso em 10 de abril de 2022.

HORTA, Rita de Cássia Alves; LIMA, Leonice Domingos dos Santos Cintra. As ciências humanas e sociais no processo de reconstrução da sociedade na perspectiva cidadã. **e-cadernos CES**, 2008. Disponível em < <https://doi.org/10.4000/eces.1359>>. Acesso em 15 de abril de 2022.

HOFFMANN, Celina; ZANINI, Roselaine Ruviaro; CORRÊA, Ângela Cristina; SILUK, Julio Cezar: JÚNIOR, Vitor Francisco Schuch; ÁVILA, Lucas Veiga. O Desempenho Das Universidades Brasileiras Na Perspectiva Do Índice Geral De Cursos (IGC). **Educação e Pesquisa**, 2014. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/s1517-97022014041491>> . Acesso em 05 de abril de 2022.

LAMPERT, Ernâni. O Ensino Com Pesquisa: Realidade, Desafios E Perspectivas Na Universidade Brasileira. **Linhas Críticas**, 1969. Disponível em < <https://doi.org/10.26512/lc.v14i26.3439>>. Acesso em 15 de abril de 2022.

MORAES, Carmen Silva Vidigal. Do desmonte à resistência: a Universidade contra o PL 529. **Jornal da USP**, 2019. Disponível em < <https://jornal.usp.br/artigos/do-desmonte-a-resistencia-a-universidade-contra-o-pl-529/>> . Acesso em 14 de abril de 2022.

MOURA, Egberto Gaspar de.; JUNIOR, Kenneth Rochel de Camargo. A crise no financiamento da pesquisa e pós-graduação no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. 2017, v. 33, n. 4. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00052917>>. Acesso em 14 de abril de 2022.

PIRES, Roberto Rocha C. org. **Implementando Desigualdades Reprodução de Desigualdades na Implementação de Políticas Públicas**. Rio de Janeiro: IPEA, 2019.

RAPINI, Márcia Siqueira; RIGHI, Hérica Moraes. O Diretório Dos Grupos De Pesquisa Do CNPq E a Interação Universidade-Empresa No Brasil Em 2004. **Revista Brasileira De Inovação**, 2006. Disponível em < <https://doi.org/10.20396/rbi.v5i1.8648926>> . Acesso em 14 de abril de 2022.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem [online]**. 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>>. Acesso em 14 de abril de 2022.

SAMPAIO, Helena. Evolução do ensino superior brasileiro (1808-1990). Documento de Trabalho 8/91. Núcleo de Pesquisa sobre Ensino Superior da Universidade de São Paulo, 1991.

SOUZA, Donizeti Leandro de et al. A perspectiva dos pesquisadores sobre os desafios da pesquisa no Brasil. **Educação e Pesquisa [online]**. 2020, v. 46. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S1678-4634202046221628>>. Acesso em 14 de abril de 2022.

SOUZA, José Geraldo de. Evolução histórica Da Universidade Brasileira: Abordagens Preliminares. **Revista de Educação PUC-Campinas**. 1996. Disponível em <<https://periodicos.puc-campinas.edu.br/reveducacao/article/view/461>>. Acesso em 14 de abril de 2022.

# A MUSICOTERAPIA NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE ALZHEIMER

*Elizabete Adelaide da Silva<sup>1</sup>*

*Dirce Maria da Silva<sup>2</sup>*

## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo tem por objetivo analisar possibilidades da Musicoterapia no tratamento de pessoas acometidas pela Doença de Alzheimer (DA), mal caracterizado pelo declínio das funções cognitivas, que afeta a capacidade da memória, causando demência. Os estágios da Alzheimer são acompanhados de sintomas progressivos debilitantes, persistentes e graduais, que trazem prejuízos às áreas cerebrais da memória, linguagem, pensamento e personalidade.

A Musicoterapia é a utilização da música e seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um profissional qualificado, aplicada a um cliente<sup>3</sup> ou a um grupo, como meio para facilitar e promover a comunicação, as relações, a aprendizagem, mobilização e expressão, ao trabalhar aspectos físicos, emocionais, mentais, sociais e cognitivos de pacientes acometidos pela doença.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece tratamento multidisciplinar integral e gratuito para pacientes com Alzheimer, além de fornecer medicamentos que ajudam a retardar a evolução dos sintomas.

- 
- 1 Especialista em Musicoterapia com ênfase em Práticas Integrativas na área da Saúde. Graduada em Estudos Sociais com habilitação em História (Licenciatura Plena) pela UPIS/DF. Pesquisadora. E-mail: betaadelaide@hotmail.com.
  - 2 Mestre em Direitos Humanos, Cidadania e Violência com ênfase em Políticas Públicas pelo Centro Universitário Euroamericano/DF. Graduada em Letras Português/Inglês e Pedagogia – Orientação/Supervisão e Séries Iniciais. Especialista em Psicopedagogia Clínica e Institucional. Pesquisadora. E-mail: dircem54@gmail.com
  - 3 Na área terapeuta privilegia-se o termo cliente ao invés de paciente (KANFER & PHILLIPS, 1975).

Nesse sentido, esta pesquisa propõe um estudo inicial do uso da música, utilizando cantigas populares como fio condutor, direcionadas ao resgate de memórias pessoais antigas, concomitante à confecção de um instrumento musical e ao uso adaptado da Dança Sênior, para observar os efeitos positivos dessas atividades sobre o aumento do bem-estar do cliente.

O trabalho se caracteriza como um estudo de caso exploratório e descritivo, de relato de experiência, por tratar-se de fenômeno inserido no mundo real (YIN, 2001, p. 33). De acordo com Yin, o estudo de caso permite explicar hipóteses e problemas, por oferecer contribuições no processo de entendimento ou transformação de opiniões, apresentando subsídios para o avanço e incremento dos dados pesquisados.

## 2 A MUSICOTERAPIA NA PROMOÇÃO E CUIDADOS DA SAÚDE

A *World Federation of Music Therapy* (WFMT) define Musicoterapia<sup>4</sup> como a utilização da música e seus elementos para a intervenção em ambientes médicos, educacionais e no cotidiano, para com indivíduos, grupos, famílias ou comunidades, para otimizar a qualidade de vida do indivíduo e melhorar sua condição de saúde, através de uma pessoa qualificada, no sentido de promover aprendizagem, aquisição de novas habilidades e o desenvolvimento do bem-estar físico e psicológico (WFMT, 1996).

Segundo Benenzon (1988),

“a Musicoterapia é o campo da medicina que estuda o complexo *som-serhumano-som*, para utilizar o movimento, o som e a música com o objetivo de abrir canais de comunicação no indivíduo, para produzir efeitos terapêuticos, psicoprofiláticos e de reabilitação no sujeito e na sociedade” (BENZON, 1988, p. 11).

Por conseguinte, Ruud (1990, p. 17) afirma que o objetivo da terapêutica é desenvolver potenciais, restabelecendo funções cognitivas do indivíduo, para que ele possa alcançar uma melhor qualidade de vida, pela prevenção, reabilitação e/ou tratamento dos males.

---

4 Os profissionais Musicoterapeutas trabalham em clínicas, hospitais psiquiátricos, instalações de reabilitação, ambulatórios, centros de tratamento, creches, agências que atendem pessoas com problemas de desenvolvimento, centros de saúde mental, centros de idosos, instalações correccionais, escolas e diversos outros lugares.

A Musicoterapia estabeleceu-se como área específica, agregando conhecimentos oriundos da área médica, psicoterápica, filosófica e pedagógica, procurando trabalhar para a prevenção de males físicos e psicológicos em níveis diversos, para possibilitar a melhora do estado de saúde de clientes submetidos à terapêutica musical (PIAZETTA, 2007, p. 88).

De acordo com Bruscia (2000, p. 9), os procedimentos e métodos na utilização dos sons e elementos variam conforme a linha, abordagem, objetivos da terapia e necessidades do indivíduo ou grupo atendido, para facilitar os ganhos terapêuticos. As experiências musicais utilizadas se diferenciam entre audição, recriação, improvisação e composição, que podem ser aplicadas em conjunto ou apartadas.

No Brasil, a Musicoterapia é ofertada gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) desde janeiro de 2017, no bojo das técnicas alternativas que fazem parte das ações direcionadas à garantia da integralidade na atenção à saúde e na promoção da humanização do atendimento, aprovadas e institucionalizadas através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), que são tidas como tecnologias de caráter transdisciplinar e intersetorial que abordam o ser humano nas dimensões física, emocional, social e espiritual, com foco na promoção e na integralidade do cuidado à saúde (PNPIC, 2015, p. 8-9).

Vê-se, nesse sentido, que a mudança de poder do paradigma biomédico veio fortalecer uma nova perspectiva sobre as terapias, num ângulo mais holístico, em que se compreende o ser humano como um todo, inseparável de si mesmo e das suas patologias (ANTONOVSKY & SOURANI, 1988, p. 79-92).

## **2.1 OS ESTÁGIOS OU FASES DA DOENÇA DE ALZHEIMER<sup>5</sup>**

O nome da doença é atribuído a Aloysius Alzheimer, médico psiquiatra alemão, que descreveu as causas do mal, em 1906. Ele publicou o caso da sua paciente Auguste Deter, uma mulher saudável que aos 51 anos desenvolveu um quadro de perda progressiva de memória, desorientação, distúrbio de linguagem (com dificuldade para compreender e se expressar),

---

<sup>5</sup> O tópico, Os Estágios ou Fases da Doença de Alzheimer, conta com Referência da Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ, 2019). Disponível em: <https://abraz.org.br> Acesso: 09, mar, 2022.



tornando-se incapaz de cuidar de si. Após o falecimento de Auguste, aos 55 anos, o Dr. Alzheimer examinou seu cérebro e descreveu as alterações que hoje são conhecidas como características da doença (ABRAZ, 2019).

O Mal de Alzheimer é uma enfermidade incurável, que se agrava ao longo do tempo e se apresenta como “demência”, “esclerose” ou “caduquice”, geralmente associada a pessoas mais idosas. Uma das principais alterações observadas pelo médico à época, foi a diminuição do número das células nervosas (neurônios) e das ligações entre as sinapses, com redução progressiva do volume cerebral.

Segundo dados da Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ, 2019), estima-se que existam no mundo cerca de 35,6 milhões de pessoas com a doença. No Brasil, havia cerca de 1,2 milhão de casos em 2019. Os cuidados dedicados às pessoas com Alzheimer precisam ocorrer em tempo integral. Cuidadores, enfermeiras, profissionais da saúde e familiares, mesmo fora do ambiente dos centros de referência como hospitais e clínicas, devem encarregar-se de detalhes relativos à alimentação, ambiente e outros aspectos que podem elevar a qualidade de vida dos pacientes.

A causa exata do Mal de Alzheimer ainda é desconhecida e acredita-se que seja geneticamente determinada. Os estágios costumam evoluir de forma lenta e irreversível. A partir do diagnóstico, a sobrevida média das pessoas acometidas por Alzheimer oscila entre 8 e 10 anos. O quadro clínico costuma ser dividido em estágios que variam do nível 1 ao 4.

O estágio inicial é caracterizado por alterações na memória, na personalidade e nas habilidades visuais e espaciais. O estágio 2, ainda moderado, caracteriza-se por dificuldade para falar, para coordenar movimentos, com sintomas de agitação e insônia. No estágio 3, já considerado grave, há resistência à execução de tarefas diárias, incontinência urinária, fecal e dificuldade para comer, além de deficiência motora progressiva. O estágio 4, terminal, apresenta, dentre outros sintomas, dor à deglutição e infecções intercorrentes.

A identificação de fatores de risco da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado na Atenção Básica é a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), essencial para um melhor resultado terapêutico e diagnóstico dos casos.

Quanto a fatores de risco, observa-se que quanto maior for a estimulação cerebral da pessoa, maior será o número de conexões criadas entre as células nervosas, os neurônios. Esses novos caminhos criados ampliam a possibilidade de contornar as lesões cerebrais, ajudando a abrandar os sintomas de demência.

Como prevenção, ainda não existem formas específicas de adiar o processo da doença e a estimulação cognitiva constante e diversificada ao longo da vida é o mais indicado. Os médicos acreditam que manter a cabeça ativa e uma boa vida social, com bons hábitos, pode inibir a manifestação precoce da doença. Com isso, indica-se como formas de prevenção o estudo, a leitura, como formas de manter a mente sempre ativa. É indicado fazer exercícios de aritmética, praticar jogos e atividades em grupo; não fumar, não consumir bebida alcoólica, ter alimentação saudável e praticar atividades físicas regulares.

O diagnóstico do Alzheimer no paciente que apresenta problemas de memória é baseado na identificação das modificações cognitivas específicas. Exames físicos e neurológicos cuidadosos, acompanhados de avaliação do estado mental para identificar os *déficits* de memória, de linguagem, além de capacidade visoespacial, devem ser feitos. O diagnóstico precoce é fundamental para possibilitar o alívio dos sintomas e a estabilização ou retardo da progressão da doença.

Quanto ao tratamento, os pacientes têm à disposição a oferta de medicamentos capazes de minimizar os distúrbios provenientes do Alzheimer, que devem ser prescritos pela equipe médica. O objetivo do tratamento medicamentoso é propiciar a estabilização do comprometimento cognitivo na realização das atividades da vida, com um mínimo de efeitos adversos. O Mal de Alzheimer pode ser tratado pelo psiquiatra geriatra ou por um neurologista especializado no tratamento da Doença (ABRAZ, 2019).

### **3 O USO DAS CANTIGAS DE RODA, CONFECÇÃO DE INSTRUMENTOS MÚSICAIS E DANÇA SÊNIOR**

Considerando o objetivo da investigação, optou-se por uma pesquisa de cunho descritivo, que propõe a reprodução das condições globais da existência social de um estudo, observando-se no contexto, a perspectiva de interação entre os idosos na atividade proposta (MINAYO, 2006, p. 10-11).

O *lôcus*<sup>6</sup> da pesquisa foi uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada no Setor “M” Norte, em Taguatinga, Distrito Federal. A coleta de dados foi realizada através da observação e descrição de relatos feitos pelos participantes durante os encontros. A realização da pesquisa aconteceu entre os meses de setembro e dezembro de 2019, perfazendo dezesseis encontros<sup>7</sup>, com duração média de 30 minutos, às segundas e quartas-feiras, desenvolvidos de forma concomitante às demais Práticas Integrativas aplicadas na UBS.

A escolha das Cantigas de Roda para o trabalho se deu por serem melodias simples, tonais, com âmbito geralmente de uma oitava e sem modulações, que costumam favorecer assimilação quase que imediata. As Cantigas são também conhecidas como “cirandas” ou “brincadeiras de roda” (CASTRO, 1967; PAIVA, (2000, p. 66).

Iniciamos o primeiro encontro com uma conversa coletiva sobre “esquecimentos”. No grupo havia uma paciente com a doença de Alzheimer em fase dois. Diversos outros idosos apresentavam problemas de esquecimentos pelos fatores de idade avançada, alguns com diagnóstico da fase 1 da doença.

Os participantes permitiram-se descrever suas dificuldades com a memória presente em sua vida cotidiana. No grupo identificou-se alguns participantes com sintomas de depressão. Abaixo, trazemos as letras das respectivas Cantigas de Roda utilizadas nesses encontros terapêuticos.

---

6 Os encontros foram realizados com um grupo inicial de sessenta e três idosos com idades entre 60 e 78 anos, integrantes das Práticas Integrativas de Saúde (PICS), desenvolvidas na UBS. No dia da confraternização final contávamos com vinte participantes que quiseram fazer a apresentação.

7 Encontros referentes à parte da Musicoterapia. As Práticas Integrativas Complementares de Saúde (PICS) são compostas por um conjunto diverso de atividades. Na Rede Pública de Saúde do Distrito Federal, elas são oferecidas pelas UBS's, policlínicas, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e hospitais. As atividades de integração e promoção da saúde oferecidas pela Secretaria de Saúde em Brasília (SEDF), atualmente, são: Acupuntura; Arteterapia; Automassagem; Fitoterapia; Hatha Yoga; Homeopatia; Lian Gong; Medicina e Terapias Antroposóficas; Meditação; Musicoterapia; Reiki; Shantala; Tai Chi Chuan Terapia Comunitária Integrativa; Ayurveda; Laya Yoga e Técnica de Redução de Estresse (T.R.E), dentre outras. A presente pesquisa contou com autorização expressa da Coordenação/Chefia da UBS.

Quadro 1 - As Cantigas de Roda

1. Ciranda Cirandinha	2. Atirei o pau no gato
<p>Ciranda cirandinha  Vamos todos cirandar  Vamos dar a meia volta,  Volta e meia vamos dar;    O anel que tu me deste  Era vidro e se quebrou,  O amor que tu me tinhas  Era pouco e se acabou.    Por isso Dona Chica  Entre dentro dessa roda  Diga um verso bem bonito  Diga a adeus e vá simhora.</p>	<p>Atirei o pau no gato-to,  Mas o gato-to, não morreu-reu-reu,  Dona Chica-ca, admirou-se-se  Do berro, do berro, que o gato deu,  Miau!    Não atire o pau no gato  Por que isso  Não se faz  O gatinho é nosso amigo  Não devemos maltratar os animais  Jamais!</p>

Fonte: GONÇALVES, 2008

Essas duas Cantigas utilizadas nos encontros foram reconhecidas (eram lembradas a cada encontro) por todos no grupo, proporcionando recordações de momentos das vidas dos participantes, pois carregam apelos sentimentais e emocionais, úteis para melhor aproveitamento e estímulo da memória, auxiliando na condução de uma maior integração dos idosos no grupo, através da ludicidade.

A cantiga “Ciranda, Cirandinha” trouxe recordações de infância em praticamente todas os participantes, com lembranças dos tempos escolares, eventos e datas comemorativas. A cantiga “Atirei o Pau no Gato” suscitou comentários sobre a violência contra os animais, pois “Atirar o pau no gato (...)”, faria alusão à crueldade para com os felinos. Mas, após

consenso sobre a manutenção da mesma, vieram à tona lembranças e memórias de fases da infância referentes à canção.

No primeiro encontro, houve dificuldade e certa resistência para cantar as Cantigas. Uma das idosas, vencendo a timidez, começou a puxar os cantos, começando pelo “Ciranda-Cirandinha”. A partir daí, formou-se uma roda e os participantes puderam soltar-se, criando um ambiente de confraternização, harmonia e alegria, como se os tempos de infância tivessem retornado. Pela dificuldade de memorizar a músicas, a cada encontro repassávamos as letras para que os idosos as relembassem.

Curiosamente, na primeira vez que cantaram parte da letra de “Ciranda, Cirandinha”, houve uma espécie de euforia coletiva na parte da letra que dizia “(...) o amor que tu me tinhas era pouco e se acabou”. A maioria dos participantes gritava sempre na parte do “acabou”, parecendo que haviam extirpado algum peso emocional. Uma das idosas, em estágio inicial do Alzheimer, trouxe à conversa informações sobre seus amores do passado, do primeiro esposo falecido e do segundo casamento, que terminou em separação.

Posteriormente, foi sugerido a introdução da Dança Sênior<sup>8</sup>, que se caracteriza por movimentos leves, com o objetivo de trabalharmos, simultaneamente, a coordenação motora, junto ao uso do instrumento musical construído por eles. A Dança Sênior (DS) é atividade que proporciona benefícios para a qualidade de vida e capacidade funcional de pessoas idosas (VENÂNCIO *et al.*, 2018), e é importante aliada se utilizada como estratégia de prevenção da inatividade, socialização e promoção da qualidade de vida no envelhecimento (CASSIANO *et al.*, 2018, p. 204-212).

No decorrer dos ensaios houve erros diversos e recorrentes nos passos da dança. Alguns participantes ficaram preocupados com suas limitações; outros demonstraram otimismo, ajudando e incentivando aos demais, o que se mostrou muito importante para maior coesão e solidariedade do grupo.

---

8 A Dança Sênior é uma atividade lúdica, que pode ser utilizada em coreografias com movimentos rítmicos lentos; é utilizada também para dança nas canções folclóricas. Se aliada a Cantigas de Roda e Cirandas, possibilitam maior acesso às lembranças da infância (CASSIANO *et al.*, 2018, p. 204-212).

Figura 1 - Instrumento musical desenvolvido pelos participantes



Fonte: Acervo da autora, 2019

Os instrumentos musicais foram criados com material reciclável. A intenção foi construir um instrumento lúdico simples, percutido, com guizos (esferas de metal que trazem pequenas bolinhas de ferro em seu interior, percutidas quando são agitadas), com fitas coloridas e modelos diferentes de argolas, e ainda, um bastão (abaixo), com pedrinhas no seu interior, para incentivar o trabalho de cognição, coordenação motora, per-tencimento e resgate da autonomia.

Figura 2 - Instrumento musical desenvolvido pelos participantes



Fonte: Acervo da autora, 2019

O bastão (pau-de-chuva) foi usado para, na manutenção do círculo da Dança Sênior, chamar a atenção para a hora de falar um verso enquanto cantava-se a Cantiga de Roda escolhida para o momento. Foi combinado que com a passagem do bastão, o participante idoso (a) entrava na roda e recitava um verso popular conhecido pelo mesmo (a). O verso mais recitado foi o “Batatinha quando nasce...”. Outros optavam por cantar trechos de músicas que gostavam. Com isso exercitava-se os movimentos físicos e cognitivos, de forma leve e divertida.

Figura 3 - Uso simultâneo da Dança Sênior, dos Instrumentos musicais, do bastão e das Cantigas



Fonte: Acervo da autora, 2019

Ao final dos encontros, a título de confraternização, foi realizada uma apresentação dos idosos, tendo como plateia os funcionários da UBS e familiares desses participantes. A propósito dessas presenças familiares, numa breve preleção, procurou-se esclarecer que “o envelhecimento não se limita aos aspectos biológicos, sendo também um processo cultural, devendo ser compreendido no movimento histórico das relações de produção e reprodução social” (PAIVA, 2014, p.142).

Durante a apresentação, que correu de modo satisfatório, foi possível observar no semblante dos idosos o orgulho pelo fato dos familiares estarem ali por eles, que ficam normalmente isolados no ambiente familiar. Com os ensaios, eles conseguiram proporcionar um espetáculo singelo, mas emocionante e revigorador, para eles próprios e para os familiares. Ao término da confraternização, a sensação de “dever cumprido” foi unânime.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados observados foram positivos quanto à efetividade da



terapêutica musical, a despeito dos poucos recursos, do prazo limitado e da quantidade de encontros para a realização da experiência. Foi possível observar que a utilização de cantigas populares consegue promover o resgate de memórias pessoais antigas e que as sessões em grupo ajudam os pacientes a expressarem melhor suas emoções.

A terapia musical tem caráter transdisciplinar e permite tratar terapêuticamente as bases biológicas de consciência do ser humano, pois a música é dirigida, simultaneamente, tanto à dimensão emocional quanto à intelectual, de acordo com Sacks (2008, p. 287). A Musicoterapia procura considerar o ser humano na sua inteireza, por que a terapêutica envolve reações dos mais variados tipos, pois o corpo responde à “chamada” da música de forma sensorial, hormonal, físico-motora e psicológica, não havendo dissociação de qualquer destas partes de forma isolada (BERGOLD & ALVIM, 2009, p. 535).

A Musicoterapia, além de servir como instrumento de integração social, melhoria da memória e cognição do idoso, é uma ferramenta lúdica no trabalho de coordenação motora, pois o processo de envelhecimento vem acompanhado por transformações biopsicossociais que exigem adaptações e mudanças nas relações pessoais e familiares como um todo (OMS, 2015). Para que seja possível ao ser humano prevenir doenças causadoras da neurodegeneração progressiva, é necessário, entre outros recursos, que o sujeito consiga libertar tensões e preocupações, com o auxílio de terapias que proporcionem ludicidade, prazer e alegria (BVS, 2011).

A terapêutica musical possui abordagens diversas de tratamento. O presente estudo foi um trabalho inicial, no sentido de observar os efeitos da Musicoterapia com os idosos das Práticas Integrativas de Saúde na respectiva UBS, trabalho ao qual pretende-se retornar após a normalização das atividades presenciais, suspensas pela emergência da pandemia ocasionada pela Covid-19.

Com a Musicoterapia, pode-se realizar intervenções com o paciente agindo passivamente, apenas escutando, ou atuando junto ao Musicoterapeuta, ou de forma ativa, cantando, dançando, tocando instrumentos, executando músicas em grupo. A terapia musical auxilia no desenvolvimento de habilidades comunicativas, sociais e de autoexpressão.

De acordo com a Federação Mundial de Musicoterapia, a terapêutica

musical é sim, indutora de bem-estar físico e psicológico, pois os sons possuem a capacidade de promover a catarse, isto é, a liberação de tensões que pode levar à sublimação de problemas. Dessa forma, observamos que em um trabalho direcionado, contínuo e constante, os resultados podem ser bastante produtivos, proporcionando aos idosos um efetivo aumento da qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

- ABRAZ. Associação Brasileira de Alzheimer. **O que é Alzheimer**. Disponível em: <https://abraz.org.br> Acesso em: 06, mar, 2022.
- ANTONOVSKY, Aaron.; SOURANI, Talma. **Family Sense of Coherence and Family Adaptation**. Journal Of Marriage and Family, 1988, p 79-92.
- BERGOLD, Leila Brito. ALVIM, Neide Aparecida Titonelli. **A música terapêutica como uma tecnologia aplicada ao cuidado e ao ensino de enfermagem**, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/8QkNtk-vXHnHTCxPxbV993rK/abstract/?lang=pt> Acesso em: 08, mar. 2022.
- BENEZON, Rolando. **Manual de Musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1988.
- BRASIL. 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 - PNPIC / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.**
- BVS. Biblioteca Virtual de Saúde. **Doença de Alzheimer**. Disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/doenca-de-alzheimer-3/> Acesso em: 6, fev. 2022.
- BRUSCIA, Kenneth. **Definindo Musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivro, 2000.
- CASSIANO, Janine Gomes.; SERELLI, Larissa da Silva., TORQUETTI, Aline., FONSECA, Karina., & CÂNDIDO, Simone Abrantes. **Dança Sênior: um recurso na intervenção terapêutica ocupacional junto a idosos hígidos**. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, 2009, p. 204-212.
- GONÇALVES, Kelly Cláudia. **Cantando e aprendendo**. São Paulo: Rie-

deel, 2008. **Coleção Cantando e Aprendendo**. MARTINS, A. N. S. Cantigas de Roda: o estético e o poético e sua importância para a educação infantil. Curitiba, PR: CRV: 2012.

KANFER, Frederick H. e PHILLIPS, Jeanne S. **Os princípios da Aprendizagem na terapia comportamental**. (Vol. III). São Paulo, E.P.U., 1975.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª ed. revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006, 269 p.

OLIVEIRA, Maria Mary de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. 7 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Genebra, 2015.

PAIVA, Ione Maria Ramos de. **Brinquedos Cantados**. Santa Catarina, 2000, 126f. Dissertação (mestrado). UFSC, 2000.

PAIVA, Sálvea de Oliveira Campelo. **Envelhecimento saúde e trabalho no tempo do Capital**. São Paulo: Cortez, 2014.

PIAZZETTA, Clara Márcia de Freitas. **Análise musical em musicoterapia: uma importante ferramenta para o desenvolvimento do processo terapêutico**. Anais do Simpósio de Pesquisa em Música, 108-115, Paraná, 2007.

RUUD, Even. **Caminhos da Musicoterapia**. São Paulo: Summus, 1990.

SACKS, Oliver. **Musicofilia**. Lisboa, Relógio D' Água, 2008.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (SSDF). **Unidades Básicas de Saúde (UBS)**. Disponível em: [saude.df.gov.br](http://saude.df.gov.br) Acesso em:06, fev. 2022.

VENÂNCIO, Reisa Cristiane de Paula *et all*. **Efeitos da Prática de Dança Sênior nos aspectos funcionais de adultos e idosos**. Cad. Bras. Ter. Ocup., v. 26, n. 3, p. 668-679, 2018.

WFMT. *World Federation of Music Therapy*. **Conceito de Musicoterapia**. Revista Brasileira de Musicoterapia, 1996.

YIN, Robert. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. Trad. Daniel Grassi – 2. Ed. – Porto Alegre: Bookman, 2001.

# O REMÉDIO DA INTELIGÊNCIA: UM ESTUDO DE CASO E REFLEXÕES SOBRE A MEDICALIZAÇÃO ESCOLAR

*Brenda Mourão Pricinoti<sup>1</sup>*

*Lorraine Caroline Nicomedes<sup>2</sup>*

*João Vítor Sampaio de Moura<sup>3</sup>*

*Stefanne de Almeida Teixeira<sup>4</sup>*

## **Introdução: contexto do relato**

No Brasil, muitas crianças que apresentam dificuldades de aprendizagem ou comportamentos destoantes do restante da turma são encaminhadas, pelas escolas, para neuropediatras. Quando estes confirmam diagnósticos de transtornos globais do desenvolvimento, hiperatividade ou déficit de atenção, por exemplo, é comum que os médicos receitem algum medicamento que auxiliem as crianças a melhorarem o

---

1 Brenda Mourão Pricinoti é mestranda em Estudos Linguísticos na Universidade Federal de Uberlândia. Graduada em Letras pela Universidade Federal de Uberlândia. Graduada em Pedagogia pela Universidade de Uberaba. Especialista em Psicopedagogia pela Universidade Federal de Uberlândia. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1727697477231852>. E-mail: [brendapricinoti@yahoo.com.br](mailto:brendapricinoti@yahoo.com.br).

2 Lorraine Caroline Nicomedes é mestranda em Estudos Linguísticos na Universidade Federal de Uberlândia. Especialista em Psicopedagogia pela Faculdade Pitágoras. Graduada em Pedagogia pela Universidade Federal de Uberlândia. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6134553190222915>. E-mail: [lorrainenicomedes2@gmail.com](mailto:lorrainenicomedes2@gmail.com).

3 João Vítor Sampaio de Moura é mestrando em Estudos Linguísticos na Universidade Federal de Uberlândia. Graduado em Letras Português-Inglês pela Universidade Estadual de Goiás. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4179011639506808>. E-mail: [contatomourajvs@gmail.com](mailto:contatomourajvs@gmail.com).

4 Stefanne de Almeida Teixeira é mestranda em Estudos Linguísticos na Universidade Federal de Uberlândia. Graduada em Letras pela Universidade Federal de Uberlândia. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4389832049522456>. E-mail: [stefanne.almeida@gmail.com](mailto:stefanne.almeida@gmail.com).

comportamento indesejado. Para esse tratamento utiliza-se os remédios à base de anfetamina.

Conforme apresentado por Hashiguti (2009), a palavra “diagnóstico” é muito utilizada por professores e textos educacionais em se tratando de alunos que não aprendem no mesmo ritmo que os demais estudantes. A autora ressalta que este termo médico passou a fazer parte da educação no Brasil. Entretanto, os diagnósticos são taxativos, como se fossem “doenças” a serem tratadas e medicalizadas:

Na prática proposta, foi somente nas análises realizadas nos grupos, quando da visualização dos textos, que ocorreu a todos o reconhecimento da frequência com que tais palavras apareciam nos textos, e como esses termos, juntamente com aqueles outros relacionados à área médica, povoavam as definições de um conceito da área da educação. As questões que se colocaram então foram: O que seria aquilo a ser “diagnosticado” nessa outra área? Por que somos pegos pelo discurso médico, sendo, entretanto, professores? Muitos responderam que talvez quiséssemos diagnosticar a “ignorância”, a “falta de conhecimento”, as “dificuldades” dos alunos, ou que, talvez, na escola, estivéssemos todos “doentes”... (p.43).

Hashiguti (2009) reflete que na década de 1980 houve um aumento significativo no contingente de literatura da medicina abordando a educação. Os distúrbios de aprendizagem, ou mesmo as dificuldades de aprendizagens, eram relacionadas com transtornos neurológicos e fisiológicos. Dessa forma, associaram os problemas educacionais enfrentados no período com o discurso tradicional clínico. A autora apresenta que Colarres e Moysés (1985) denominou estes processos de “medicalização do fracasso escolar”. Assim:

O “fracasso escolar” era tratado por profissionais da área médica (pediatras, fonoaudiólogos, psicólogos, psiquiatras) como resultado de alguma doença, como a desnutrição, por exemplo, no caso dos alunos mais pobres, ou como a Disfunção Cerebral Mínima (DCM), no caso de alunos de classe média ou alta, diagnosticados com sintomas do tipo “hiperatividade” ou “dificuldades de aprendizagem”. Segundo as autoras, essas formas de interpretar os problemas escolares deslocaram a reflexão do viés social para o individual, em que a responsabilidade pelas “deficiências de aprendizagem” passou a ser do próprio aluno, num processo de isenção da instituição escolar e da própria sociedade de sua participação na construção desses

“quadros médicos” na educação. (apud HASHIGUTI, 2009, p. 44).

Hashiguti (2009) ainda aborda sobre a inversão dos papéis escola e saúde. Ela aponta que foram implementados programas de saúde nas escolas brasileiras por volta de 1980; dessarte, tópicos tais quais higiene e alimentação eram desenvolvidas pelas instituições escolares. No entanto, professores não tinham a formação necessária para abordar estes temas, daí a inversão de papéis. As escolas passaram a se ocupar de questões da saúde, enquanto a medicina apropriou-se de problemas que eram responsabilidade das instituições escolares.

Ortega et al. (2010) informam que nos períodos de 1998 a 2008 aumentou consideravelmente o uso de medicamentos no tratamento de dificuldades escolares no Brasil. Os autores consideram que a anfetamina “tem sido usada tanto para o tratamento de patologias da atenção como para melhoria de funções cognitivas em pessoas saudáveis.” (p. 499). Dentre as disfunções citadas por eles, encontram-se o TDAH, a hiperatividade, a narcolepsia e a obesidade. Eles demonstram, por análises de relatórios e periódicos, um aumento maior que 580% no consumo e produção desses medicamentos nos Estados Unidos em 1999.

Os autores também criticam o diagnóstico do TDAH, além de o justificar como um transtorno “que pode perdurar por toda a vida do indivíduo – um quadro incurável.” (JOFFE, 2005; MATTOS, 2005, WEISS, MURRAY, 2003; CONRAD, POTER, 2000 apud ORTEGA ET AL, 2010, p. 501). Sendo “um quadro incurável”, “para muitos adultos, o medicamento se tornou necessário **para a vida**”. (JOFFE, 2005, p. 68 apud ORTEGA ET AL, 2010, p. 501 – grifo nosso). Entretanto, Ortega et al. (2010) ressaltam ainda que não se sabe sobre as causas do uso prolongado desse tipo de medicação

O metilfenidato não causa dependência e ainda evita abuso de outras drogas no futuro. Contudo, a afirmação de que o metilfenidato não causa dependência é controversa, pelo menos no que tange a seu uso a longo prazo (TÓFOLI, 2006; PASTURA, MATTOS, 2004, apud ORTEGA et al., 2010, p.503). A informação encontrada nas bulas dos medicamentos é de que ainda não há dados suficientes disponíveis sobre o uso a longo prazo. A redução da tendência ao uso de substâncias psicoativas parece estar ligada à concepção do TDAH como um fator de risco para o desenvolvimento do abuso de

drogas. O benefício da medicação na redução dos sintomas reduziria, consequentemente, os riscos próprios do transtorno. (ORTEGA et al., 2010, p.503).

Outra questão que foi discutida por Ortega et al. (2010) é que “quase metade das reportagens da nossa amostra (48,6%) apresenta uma preocupação em relação a um excesso de diagnósticos médicos e prescrição do estimulante, sobretudo por envolver crianças”. (ORTEGA et al., 2010, p.504). Há, portanto, conforme apresentado pelos autores, um crescente aumento no uso dos medicamentos de metilfenidato, mas não se sabe ainda quais os efeitos do uso prolongado do remédio.

## Metodologia

Este trabalho consiste em um estudo de caso. Conforme Paiva (2019), esta metodologia é uma forma de pesquisar que analisa um sujeito (ou mesmo grupos de pessoas) em determinado contexto. Assim, “às vezes, um conhecimento aprofundado de um exemplo individual é mais útil do que o conhecimento superficial sobre um número maior de exemplos. Entendemos melhor o todo, concentrando-se em uma parte fundamental.” (GERRING, 2007, p.1 apud PAIVA, 2019, p. 66).

Utilizamos, em nossa pesquisa, o que Paiva (2019) denomina de estudo de caso avaliativo, pois avaliamos os métodos e atividades de ensino propostas pela psicopedagogia, como forma de auxiliar no desenvolvimento do sujeito da pesquisa, analisando a eficácia das propostas oferecidas no curso. O trabalho, portanto, consiste em uma coleta de dados qualitativos, em que analisaremos um exemplo real que aborde as questões pertinentes à Psicopedagogia. Para isso, a pesquisa foi desenvolvida com relação às dificuldades de aprendizagens apresentada por *Boneca*, sujeito do estudo de caso.

*Boneca* iniciou as sessões psicopedagógicas sem um quadro fechado. Entretanto, a médica colocara no seu laudo que ela tinha “*possível TDAH*”. Ela fora encaminhada por sua escola para uma neuropediatra para averiguar “seus problemas”. Ela era uma criança amorosa, extrovertida, engraçada, criativa; conforme falas das educadoras uma criança “*cheia de vida*”. Ela não apresentou problemas de comportamentos na sala de aula, era uma aluna bem quieta, que respeitava seus professores. Todavia, ela

mostrou uma grande dificuldade com a linguagem, uma vez que a aluna já estava cursando um ano um pouco depois do período de alfabetização e ainda não conseguia ler e escrever.

No prontuário da paciente constava que ela teve uma parada respiratória aos dois anos de idade e foi levada ao pronto socorro. Conforme estava relatado no prontuário, ela chegou sem vida ao hospital e foi reanimada. Aos dois anos de idade, no acompanhamento com a pediatra, a médica percebeu que ela não havia desenvolvido a fala. Por isso, ela a encaminhou para uma escola de educação infantil pública (para auxiliá-la no seu desenvolvimento). Desde as primeiras séries, as professoras informavam que ela não acompanhava o desenvolvimento das outras crianças. Dessa forma, Boneca iniciou o tratamento com uma fonoaudióloga. Apesar de a paciente estar na pré-adolescência, ela ainda necessitava de auxílio da mãe para escovar os cabelos, os dentes e, até mesmo, para vestir-se. A menina não conseguia ler ou escrever, mas ainda não tinha realizado exames neurológicos.

A mãe informa que *Boneca* é muito carente, fala que a ama milhares de vezes por dia e solicita sua atenção a todo o momento. Ela relata que a garota tem bom relacionamento com todos, não tem problema com a família e tem preferência pela mãe. Ela segue normas, mas na escola tem dificuldade em fazer amizades; a genitora relata que desde sempre *Boneca* fez amizades com crianças bem mais novas do que ela. *Boneca* brinca muito sozinha, mas também brinca com amigos, no entanto apresenta dificuldade em dividir seus brinquedos.

*Boneca* frequentou as sessões psicopedagógicas e continuava a averiguar e a realizar exames com a neuropediatra. Na primeira reunião com os pais, eles informaram que ela era “*muito agitada, saudável e que ‘tagarela’ o tempo todo*” eles também noticiaram que ela possui problema de dicção e língua presa. A mãe anunciou que ela é criativa, faz roupas de boneca, é muito prestativa e adora a ajudar nas tarefas diárias. A genitora disse que sua filha não comenta sobre a escola em casa, mas ama ir na instituição escolar. Os alunos da sala não dão muita atenção para ela (pois ela “*não participa do mundo deles*”). Entretanto, a mãe relata não haver prática de *bullying* nesta escola.



## **Análise e discussão do relato**

Após algumas sessões, percebemos uma grande dificuldade do sujeito do estudo de caso com a linguagem (tanto na fala, quanto na leitura e escrita). Boneca é uma garota agitada, espontânea e gentil, aparentemente uma criança feliz e saudável. Ela faz trocas na fala e na escrita de “r” por “p”, “ch” por “s”, entre outras. Em uma das sessões, trabalhamos a assimilação do próprio nome com a paciente. Como ela é muito esperta, entendeu que os espaços formavam seu nome, mas sentimos certa dificuldade enquanto ia escrevendo as letras. Sua coordenação motora fina ainda é imatura, o que causa certo desconforto na hora da escrita. Por diversas vezes, sentimos que, nas atividades que precisa de um pouco mais de atenção, *Boneca* ficou desatenta, brincando com o apagador na esperança de não precisar mais de realizar a atividade. Nesse momento, estávamos sempre mostrando o quanto ela sabia e a incentivando de uma forma que ela pudesse mostrar e entender que ela é capaz.

Depois de alguns meses frequentando as sessões, a mãe informou que *Boneca* realizou os exames que faltavam e foi ao retorno médico. A mãe da paciente nos enviou pelo aplicativo de mensagens instantâneas (*WhatsApp*) uma fotografia do laudo médico, e nele constava: *TDAH* e o *CID10-F80*<sup>5</sup>. A médica em questão receitou para a paciente o medicamento a base de anfetamine. Em uma das sessões, *Boneca*, apresentando uma leve melhora na concentração e na escrita de algumas letras, diz: “tias, estou conseguindo escrever, porque estou tomando o remédio da inteligência”. Conversamos com a mãe ao final da sessão, e ela também descreveu o remédio em questão como “o remédio que da inteligência”.

Em uma das sessões, o pai da criança, ao deixá-la conosco, informou que ela havia acabado de tomar o seu remédio, que estava “*atacada*” nesse dia e nos alertou para nos prepararmos. Realmente ela estava diferente, estava com os olhos arregalados e não conseguiu nem se sentar. Como ela não se concentrava, deixamos-la conversar para extravasar sua

---

5 Segundo o site “MedicinaNet”, este código designa os “Transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem”, sendo o tipo “F80”, presente no laudo médico, definido como “Transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem” (Adaptado de: [https://www.medicinanet.com.br/cid10/1565/f80\\_transtornos\\_especificos\\_do\\_desenvolvimento\\_da\\_fala\\_e\\_da\\_linguagem.htm](https://www.medicinanet.com.br/cid10/1565/f80_transtornos_especificos_do_desenvolvimento_da_fala_e_da_linguagem.htm)).

energia. Ela conversou disparadamente, emendando um assunto no outro. Narrou todo o filme da “*Cinderela*”, falou sobre o casamento de uma tia em que ela estava presente no dia anterior à sessão, sobre a vida dela na escola, sobre memórias antigas, entre outros assuntos.

Também fomos à escola de *Boneca* para conversar com a diretora e professora da paciente. Fomos bem recebidos. Primeiramente, a diretora nos mostrou a escola. Depois, enquanto ela estava em uma reunião com uma mãe, fomos observar como *Boneca* convive em sala de aula. Observamos uma aula de educação física, na qual os alunos jogavam carimbada e notamos que nossa paciente jogou com todos o tempo todo. Percebemos que ela foi bem acolhida pelos colegas da turma e que ela ficava o tempo todo ao lado de uma amiga. Também constatamos que ela é carinhosa não só conosco, mas também com todos da turma, abraçava os amigos, os professores e os funcionários da escola, além de também ser muito comunicativa, contando seus “casos”. Ao deixar a aula de educação física, ela saiu de mão dadas com a amiga que estava ao seu lado, e, juntas, foram para a sala de aula.

Ao terminar a reunião, a diretora nos levou a uma sala, onde nos sentamos à mesa para conversarmos. Ela disse que *Boneca* tinha sido transferida no começo do ano, pois, no ano anterior, na escola em que ela estudava, ela teve muitos problemas com *bullying*, justamente por ser diferente em muitos aspectos das outras crianças. Ela disse também que a mãe tinha relatado que os profissionais da escola também a tratavam com certo desrespeito, e como essa escola atual é bem-conceituada em termos de inclusão social, ela preferiu colocar a filha nesta escola esse ano.

A diretora se mostrou bem preocupada com *Boneca*, e aparentou ser muito proativa em ajudá-la. Na escola, ela é uma garota carinhosa e comunicativa. Cativa todos ao seu redor. Entretanto, depois de começar a tomar o remédio a base de anfetamina receitado a ela, a professora disse que “*ela se mostra quieta e ‘apagada’, e bastante sonolenta. Não anda com muito ânimo para correr e brincar como era de costume*”, e também que “*ela não precisava desse remédio, pois ela já é muito quieta na escola. E desde que entrou na escola não apresentou comportamentos negativos*”.

A professora ainda informou que ela sempre tentou fazer todas as atividades “*do seu jeito*”, se oferece para ajudar a professora, etc. Inquirimos

sobre como ela realiza as atividades. A diretora informou que sempre colocam as atividades em grupos (duplas e trios), para que as crianças com necessidades específicas consigam realizar os exercícios. Além disso, é uma forma estratégica de garantir que os demais alunos tenham momentos de interação com essas crianças, para que haja a inclusão.

Depois de nos relatar tudo, a diretora pediu que a educadora fosse chamada. A referida professora relatou que “*Boneca sempre foi uma criança amável, cativante, nunca apresentou nenhum problema de comportamento [a professora nunca precisou chamar a atenção dela]. O único contra tempo é o de não conseguir desenvolver a escrita.*” A docente disse que “*não consegue atender apenas ela durante a aula, pois são mais de vinte alunos, portanto, não consegue ficar o tempo todo auxiliando Boneca, e que ela precisa de certo apoio para conseguir realizar as atividades*”.

A professora disse ainda, que “*para auxiliar Boneca, ela conseguiu uma professora de reforço escolar, mas que ela não consegue ficar em todas as aulas, pois existem outros alunos que também necessitam de apoio*”.

Em seguida, a diretora solicitou que a professora de reforço escolar conversasse conosco. Ela também nos relatou que “*Boneca é uma criança adorável, carinhosa e que possui muitas dificuldades, especialmente em leitura e escrita.*” Ela disse que tentou “*trabalhar a questão de ler e interpretar textos e matemática.*” A professora informou que ela aprende em seu tempo, que o tempo de cada aluno não é igual, portanto deve ser respeitado, mas que ela demora muitas aulas para conseguir assimilar os conteúdos.

A diretora demonstrou que se preocupa muito com a aluna, pois a escola não irá a acompanhar em todos os anos escolares, além de que, a partir do 6º ano, começam as reprovações. Ela disse que gostaria de auxiliá-la mais, entretanto, para solicitar um Atendimento Educacional Especializado (AEE) seria necessário um laudo, mas o que a neuropediatra deu, de TDAH, não entra. Mostramos para ela o relatório da médica, que consta não apenas TDAH, mas também o CID10-F80. Ela disse que vai conversar com a mãe e solicitar o documento, para tentar auxiliar *Boneca*.

De acordo com a plataforma médica *HiDoctor*, o CID10-F80 é nomeado como: “*Transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem*”. Sendo que, na descrição, consta que a aquisição da linguagem está acometida desde os primeiros anos de vida. Um das complicações trazidas

por esse transtorno são: a dificuldade de leitura, de escrita e de soletração.

Já o TDAH, é denominado de: *Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade*. Esse distúrbio geralmente é descoberto na infância e acompanha o indivíduo por toda a vida, causando falta de atenção, insônia, inquietação e impulsividade.

### **Considerações finais**

Tendo em vista os aspectos observados, percebemos como os processos cognitivos de *Boneca* a atravessavam, mas não lhe era permitido os atravessar. Sabe-se que, para o processo de aprendizado ser significativo, há necessidade de contextualização das vivências dos(as) educandos(as). Todavia, ao apresentarem diagnóstico de TDAH na educação social tradicionalista, esses educandos(as) tornam-se um chamado para quebra de paradigmas educacionais. Como resultado, opta-se pela medicalização precoce como tentativa de corrigir o “defeito”, ou seja, o que não é o padrão normativo.

A escola tem um traçado histórico de aluno(a) que vigora por várias gerações. A sociedade ainda espera o modelo de criança submissa e que reproduz sem questionar os conceitos passados pelos adultos. Evidentemente, ao se depararem com crianças que se manifestam naturalmente na descoberta do mundo levantam defesas. *Boneca* era descrita por diferentes sujeitos, como o pseudônimo simbolicamente sugere, manipulada pelo externo sem a devida investigação profunda do interno.

*Boneca* se apresentava ao mundo por meio de múltiplas linguagens, querendo ser ouvida e dizendo que seu caminho de aprendizado era único e não poderia ser padronizado. Ao experienciar os fatos relatados, questionamo-nos: a escola é pensada para quem? As crianças que são medicadas com anfetaminas são realmente incluídas? Os recursos pedagógicos realmente se esgotam antes de optarem pelo uso da medicação? As famílias são devidamente orientadas com relação aos medicamentos?

Refletindo tais questionamentos, constatamos que a família de *Boneca* apresentou dificuldades para compreender o processo da filha, pois a rede de apoio profissional a ela era frágil. À medida que fomos ouvindo a família, percebemos a desorientação e desespero em lidar com

o desconhecido TDAH. Além disso, a falta de acompanhamento psicológico ao casal para a elaboração do diagnóstico ficou evidenciado ao longo do nosso contato.

A denominação ao remédio que Boneca tomava – “*O remédio da inteligência*” – nos chamou atenção, uma vez que tanto a família quanto a criança reproduziam frases com essa referência. As falas designam a mensagem que, sem o remédio, *Boneca* não era inteligente; sem o remédio, não conseguiria realizar nenhuma atividade, não conseguiria ser aceita pela família e pela escola. Isso denota certa dependência do medicamento. Ninguém a perguntava como era estar medicada, se estava bem com o tratamento que lhe foi escolhido. Onde estava a identidade de *Boneca*?

De modo algum renegamos o tratamento específico às crianças que apresentam TDAH. Nossa reflexão indaga como é feita a leitura, a análise e a escuta dessas crianças. Sempre que observamos crianças, interpretamos a concepção educacional que embasa tal sujeito. Permitir a manifestação natural para melhor nitidez do desenvolvimento cognitivo das crianças, aponta-nos para o caminho mais límpido de análise.

É inegável que a sociedade é constituída por sujeitos diferentes que vivencia particularidades dentro da subjetividade que é o desenvolvimento humano. Quando se busca a padronização no processo de desenvolvimento educacional, vigora o estado de negação da realidade. Enquanto não compreendermos que as diferenças humanas são prerrogativas de processos educacionais, análises, culturas e apropriações do conhecimento diferentes, o olhar para o sujeito diagnosticado (com TDAH ou outros transtornos) sempre será limitado.

Ao refletirmos sobre a concepção de educação inclusiva, podemos problematizar a postura existente diante do diagnóstico de TDAH. O(a) diagnosticado(a) aponta limitações específicas que devem ser atendidas, todavia é, principalmente, um chamamento para a modificação na prática educacional, seja na escola ou nas famílias. Os(as) profissionais da educação precisam buscar a formação integral das crianças com TDAH como forma de as potencializar. Do contrário, o potencial não é lapidado e sua possibilidade de participação ativa em diferentes contextos sociais não ocorre.

É necessária a avaliação formativa processual do TDAH, de modo a analisar todas as partes do aprendizado, com o objetivo de proporcionar

um ensino significativo para o sujeito que atravessa o processo. A avaliação precisa partir da realidade e das ânsias do aluno(a) e da família, de maneira que elabore uma nova realidade positiva com múltiplas direções.

A criança perde sua autonomia quando se trabalha o conhecimento sem a devida contextualização de sua história. Para que a autonomia seja o objetivo no processo educacional, a troca entre educador(a) e educandos(as) no processo de construção do espaço inclusivo precisa ser cotidiana. Isso, pois a valorização do conhecimento de mundo primário do aluno(a) é de suma importância no aprendizado, do contrário, torna-se incoerente falar-se de aprendizado significativo.

A educação de alunos(as) com TDAH precisa ser pautada na empatia, na afetividade e no desenvolvimento das habilidades criativas do sujeito, e não apenas nas habilidades para suprir o sistema externo. A educação vai além da aquisição do conhecimento, deve levar a reflexão de si e dos outros ao redor, lapidando nossa humanidade.

## Referências

ABDA. Associação Brasileira do Déficit de Atenção. Disponível em: <https://tdah.org.br/sobre-tdah/o-que-e-tdah/>. Acessado em: 02/12/2021.

HASHIGUTI, S. T. O DISCURSO MÉDICO E APATOLOGIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO\* THE MEDICAL DISCOURSE AND ITS PATHOLOGICAL EFFECTS IN SCHOOLING PROCESSES. *Trab. Ling. Aplic.*, Campinas, 48(1): 41-51, Jan./Jun. 2009.

HIDOCTOR. Plataforma médica. Disponível em: <https://www.hidoctor.com.br/cid10/p/capitulo/5/grupo/F80-F89/categoria/F80/subcategorias>. Acessado em: 02/12/2021.

MEDICINANET. CID 10-F80. Disponível em: [https://www.medicinanet.com.br/cid10/1565/f80\\_transtornos\\_especificos\\_do\\_desenvolvimento\\_da\\_fala\\_e\\_da\\_linguagem.htm](https://www.medicinanet.com.br/cid10/1565/f80_transtornos_especificos_do_desenvolvimento_da_fala_e_da_linguagem.htm). Acessado em 03/01/2022.

ORTEGA, F.; BARROS, D.; CALIMAN, L.; ITABORAHY, C.; JUNQUEIRA, L.; FERREIRA, C. P. **A ritalina no Brasil**: produções, discursos e práticas. *Interface – Comunic., Saude, Educ.*, v. 14, n.34, p.499-510, jul/set. 2010.

PAIVA, V. L. M. O. **Manual de pesquisa em estudos linguístico**. 1 ed. São Paulo. Parábola, 2019. ISBN 978-85-7934-169-4.

ROGALSKI, S. M. **Histórico do surgimento da Educação Especial.** REI- Revista de Educação do IDEAU. Vol. 5, 2010, 13p.

SANTOS, P. O.; BALBINO, E. S. **A Inclusão e o Processo de Ensino-Aprendizagem das Crianças com Deficiências:** Metodologias e Práticas dos Professores. Universidade Federal de Alagoas. I Congresso de Inovação Pedagógica em Arapiraca. 2015.

### **Referências de apoio**

FRANTIOZI, S. A. **Escola Inclusiva:** adaptações necessárias para contemplar a diversidade. PDE – Produções DidáticoPedagógicas, Paraná, 2014, 62 p. ISBN: 978-85-8015-079-7.

LEITE, A. R. **A Educação Especial no Brasil e os Aspectos Pedagógicos.** Webartigos, 2011. Disponível em: <https://www.webartigos.com/artigos/a-educacao-especial-no-brasil-e-os-aspectos-pedagogicos/78097>. Acesso em: 29/06/2021.

MIRANDA, M. I. **Psicopedagogia:** trajetória e perspectivas. Uberlândia: EDUFU, 2016. 151p.

# A CONTRIBUIÇÃO DO NÚCLEO DE ATENDIMENTO EDUCACIONAL HOSPITALAR – NAEH NO PROCESSO EDUCATIVO DE PACIENTES EM AMBIENTE HOSPITALAR E DOMICILIAR

*Giselly Soares Egidio<sup>1</sup>*

*Dianne Michelle Alves da Silva Nuven<sup>2</sup>*

*Sémebber Silva Lino<sup>3</sup>*

## INTRODUÇÃO

O atendimento educacional para crianças hospitalizadas vem se consolidando vagarosamente no Brasil desde 1950, a implantação dessa modalidade de educação ganhou incentivo apenas quatro décadas depois, quando os órgãos públicos começaram a inserir as classes hospitalares em suas políticas de educação. A primeira classe hospitalar foi criada em 1950 no Hospital Municipal Jesus, no Rio de Janeiro, em seguida, em 1953 na

- 
- 1 Enfermeira. Diretora Geral do Hospital Municipal de Porangatu-Go. Pós-graduada em Oncologia Clínica, Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e Educação & Linguagens. E-mail: giselly.egidio@gmail.com.
  - 2 Doutora em Ecologia pela Universidade de Brasília (UnB), Mestre em Recursos Naturais do Cerrado pela Universidade Estadual de Goiás (UEG), Licenciada em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual de Goiás (UEG), Professora no Instituto Federal de Brasília (IFB) e na Secretaria de Educação do Distrito Federal (SEDF). E-mail: diannenuven@gmail.com.
  - 3 Mestre em Modelagem e Otimização pela Universidade Federal de Goiás (UFG), Especialista em Informática Aplicada a Educação pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Tecnólogo em Análise e Desenvolvimento de Sistemas pela Universidade Estácio de Sá (UNESA), Licenciado em Física pela Universidade Estadual do Vale do Acaraú (UVA), Licenciado Matemática pela Universidade Federal de Goiás (UFG), Professor na Universidade Estadual de Goiás (UEG), tendo atuado com educação hospitalar, na Gerência de Ensino Especial da Secretaria de Estado da Educação de Goiás (SEDUCGO). E-mail: semebber.lino@ueg.br.



Santa Casa de Misericórdia em São Paulo (ROLIM & GÓES, 2009).

Fonseca (1999) faz menção ao fato de que só houve um aumento significativo na abertura de novas classes hospitalares no país após 1981, até 1980 há registros de apenas 4 hospitais com este serviço educacional. A autora relaciona tal evidência à mudança do parecer social sobre a infância e adolescência, o que foi acentuado com a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA em 1990. Dados de sua pesquisa indicam a existência de 74 hospitais em todo o país que ofereciam o atendimento educacional hospitalar até o ano de 2000, estando essas classes hospitalares distribuídas em 13 estados e Distrito Federal (FONSECA, 2000).

A definição de Classe Hospitalar, segundo nomenclatura do MEC/SEESP, é o atendimento pedagógico educacional de alunos que em razão de tratamento de alguma patologia, estejam hospitalizados (BRASIL, 2001).

Neste sentido, os aspectos pedagógicos são extremamente relevantes no campo da saúde, assim como também a saúde tem se mostrado importante no campo da educação. Essa intersectorialidade demonstra a necessidade de ações integradoras, com o propósito de tratar o paciente em sua totalidade. É nítida a necessidade de profissionais envolvidos – pedagogo, enfermeiro, médico, psicólogo, professor e família na busca pela transformação de momentos tão frágeis em momentos de aprendizado e crescimento cognitivo.

Programas de educação em hospitais, antes dependentes de iniciativas isoladas, ganham impulso a partir de sua oficialização pela legislação brasileira. Em 1994, a Secretaria de Educação Especial do Ministério da Educação – SEESP/MEC regulamentou o atendimento de crianças impedidas de frequentar a escola por motivo de saúde, apresentando diretrizes para subsidiar a organização de atividades pedagógicas em classe hospitalar e no ambiente domiciliar. Esse compromisso foi também previsto nas Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica e em documento do SEESP/MEC que estabelecia estratégias e orientações sobre a classe hospitalar e o atendimento pedagógico domiciliar (ROLIM & GÓES, 2009).

O atendimento pedagógico em instituições hospitalares e domiciliares é importante por possibilitar à criança, ao adolescente e ao adulto hospitalizado, em tratamento e/ou convalescença, o início ou a continuidade de sua escolaridade, estimulando seu desenvolvimento e possibilitando

a diminuição da defasagem idade/série, da evasão e do fracasso escolar, conforme apresenta o Parecer CNE/CEB nº17, de 03 de julho de 2001:

Os objetivos das classes hospitalares e do atendimento em ambiente hospitalar são: dar continuidade ao processo de desenvolvimento e ao processo de aprendizagem de alunos matriculados em escolas da Educação Básica, contribuindo para seu retorno e reintegração ao grupo escolar; e desenvolver currículo flexibilizado com crianças, jovens e adultos não matriculados no sistema educacional local, facilitando seu posterior acesso à escola regular (BRASIL, 2001, p. 24).

A oferta de ações educacionais para a pessoa enferma é um grande avanço, a partir da relação entre equipe educacional, equipe de assistência à saúde e família, é propiciada a continuidade de um projeto de vida e a busca da realização de seus objetivos. Trata-se de um desafio que envolve esforços dos profissionais de saúde e educação que evidencia a necessidade de total engajamento e dedicação.

## **NÚCLEO DE ATENDIMENTO EDUCACIONAL HOSPITALAR – NAEH**

No decorrer da história da Educação Brasileira, a Educação Especial ganha espaço e corporificação e, hoje, a proposta da Pedagogia Hospitalar, como uma de suas modalidades, está presente em quase todos os estados brasileiros. Em Goiás, o Atendimento Pedagógico Hospitalar iniciou por meio do “Projeto Hoje”, do Programa de Educação para a Diversidade em uma Perspectiva Inclusiva – PEEDI, do governo federal (JESUS, 2017).

De acordo com Edna de Jesus (2017), as primeiras ações em relação à implementação do referido programa em Goiás iniciaram em 1999, com a desativação gradativa das salas e escolas especiais, associado a criação de núcleos de apoio à inclusão sob a coordenação da Subsecretaria de Educação de Goiás, instalada em 32 municípios, jurisdicionada à Secretaria Estadual de Educação Especial – SEEE/GO.

O PEEDI em Goiás era composto por dez projetos que abordavam aspectos da Educação Especial com modalidades inclusivas, dentre esses projetos apresentava-se o Projeto Hoje que propunha o atendimento educacional hospitalar em hospitais, albergues e domicílio do estudante doente ou em fase de convalescência. O Projeto referenda o desenvolvimento

## da Pedagogia Hospitalar e justifica-se:

O Projeto apresenta uma proposta de atendimento educacional hospitalar destinado às crianças, jovens ou adultos que estejam em situação de internado ou albergado para tratamento de saúde com assistência médica diária ou periódica... Além disso, o Projeto visa alfabetizar adultos acompanhantes de crianças internadas ou albergadas, favorecendo-lhes oportunidades de escolarização. (GOIÁS, 2003, p. 12).

O Núcleo de Atendimento Educacional Hospitalar –HOJE realizava até 2013 atendimentos pedagógicos nas Classes Hospitalares das seguintes instituições: Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO), Hospital Araújo Jorge, Hospital Geral de Goiânia (HGG), Hospital das Clínicas (HC), Hospital Materno Infantil, Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER. Além disso, o Núcleo também realiza os atendimentos pedagógicos domiciliares, que acontecem na residência dos estudantes (Goiânia e municípios de Goiás), que apresentam condições especiais de saúde (GOIÁS, 2013).

Com a expansão do “Projeto Hoje” foram instaladas mais classes hospitalares na cidade de Goiânia e, também, em algumas cidades do interior do Estado de Goiás. Mas, combinado a expansão, aumenta o quantitativo de professores/as e surge a necessidade e a exigência de novos conhecimentos e formação para esses/as profissionais atuarem em classes hospitalares (JESUS, 2017).

Por esse motivo, no documento “Classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar: estratégias e orientações” (BRASIL, 2002), encontra-se a indicação de que o/a professor/a para atuar nessa modalidade de ensino deverá ter formação pedagógica, preferencialmente, em Educação Especial ou em cursos de Pedagogia ou licenciaturas e receber capacitação sobre as doenças e as condições biopsicossociais vivenciadas pelos alunos.

A Secretaria de Educação em Goiás continuou realizando o atendimento às classes hospitalares, mesmo mediante as dificuldades para manter o projeto (Projeto Hoje). Em 2013, como resultado da avaliação da importância do trabalho realizado em Goiás, o Projeto HOJE passou a se constituir como um núcleo e passou à denominação de Núcleo de Atendimento Especial Hospitalar (NAEH), localizado na Gerência de Ensino Especial da SEDUCGO (TEIXEIRA, *et al*, 2016).

Conforme os resultados da pesquisa apresentados por Teixeira *et al* (2016), quando o aluno é internado no hospital, a escola, familiares ou mesmo o hospital entra em contato com o NAEH solicitando o atendimento pedagógico ao educando.

Após reunião dos familiares com a equipe do NAEH, o aluno internado passa a acompanhar as aulas que são ministradas, preferencialmente, na sala de aula do hospital (em dependência da situação de saúde em que o aluno se encontra). As aulas são realizadas por um professor da rede estadual de educação, pertencente ao quadro de docentes do NAEH. Para que o atendimento seja viabilizado, os alunos devem estar devidamente matriculados na rede pública de educação (TEIXEIRA, *et al*, 2016)..

O atendimento pedagógico nos hospitais ocorre de forma multisesseriada, ou seja, o professor atende alunos de variadas idades e nível escolar num mesmo espaço (sala de aula), em condições especiais o atendimento pode ocorrer no leito.

Tais atendimentos requer diagnóstico e acompanhamento pedagógico permanente para as educadoras planejarem ações coerentes com as dificuldades e a fase da vida de cada educando, sendo que este acompanhamento e planejamento de ações é realizado considerando o Currículo Referência da Rede Estadual de Educação e/ou Currículo da Rede Municipal de acordo com a escola de origem do educando (GOIÁS, 2014).

O NAEH apresenta anualmente dados estatísticos demonstrando o atendimento realizado, serão descritos abaixo na perspectiva de apontar a expansividade da assistência no decorrer dos anos: 2014/2015/2016/2017 e 1º semestre de 2018 que podem ser consultados no *website* do próprio Núcleo.

Figura 1 – Número de alunos atendidos

<b>Número de alunos atendidos</b>	
<b>2014</b>	847
<b>2015</b>	850
<b>2016</b>	1336
<b>2017</b>	1450
<b>2018*</b>	697

\*1º semestre

Fonte: <http://naehgoias.blogspot.com/>

Diante dos números vemos a quantidade de alunos que foram atendidos pelo Núcleo, em 2014 foram atendidos 847 estudantes em hospitais e domicílios, em 2015 esse número aumentou para 850. Logo, em 2016 houve um aumento de 33%, totalizando em 1336 atendimentos, em 2017, progredindo para 1450 estudantes e apenas no 1º semestre de 2018 houve um quantitativo de 697, demonstrando que anualmente o número de alunos alcançados pelo Núcleo foram aumentando gradativamente.

A tabela abaixo descreve a quantidade de atendimentos realizados em cada hospital que oferece essa modalidade assistencial nos anos de 2014 a 2018. Cabe destacar que o HUGOL passou a oferecer esse atendimento a partir outubro de 2015 e a Casa de Recuperação Reestruturar Vidas no ano de 2016.

Figura 2 – Atendimentos nos hospitais

	2014	2015	2016	2017	2018*
<b>CRER</b>	183	157	133	138	128
<b>HAI</b>	80	135	103	54	58
<b>HC</b>	129	78	106	189	100
<b>HUGO</b>	166	173	365	263	8
<b>HUGOL**</b>	-	22	185	242	117
<b>HDT</b>	26	11	52	59	20
<b>HMI</b>	84	54	165	251	99
<b>HSCM</b>	82	89	51	74	42
<b>HDS</b>	16	16	12	13	18
<b>HGG</b>	6	10	0	3	1
<b>CRRV***</b>	-	-	1	0	0
<b>Total</b>	<b>727</b>	<b>745</b>	<b>1173</b>	<b>1286</b>	<b>591</b>

1º Semestre

\*\* Classe hospitalar iniciada em outubro de 2015

\*\*\* Classe hospitalar iniciada em maio de 2016

**SIGLAS:**

CRER – Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo

H AJ – Hospital Araújo Jorge

HC – Hospital das Clínicas

HUGO – Hospital de Urgência de Goiânia

HUGOL – Hospital de Urgências Otávio Lage

HDT – Hospital Doenças Tropicais

HMI – Hospital Materno Infantil

HSCM – Hospital Santa Casa de Misericórdia de Goiânia

HDS – Hospital de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta

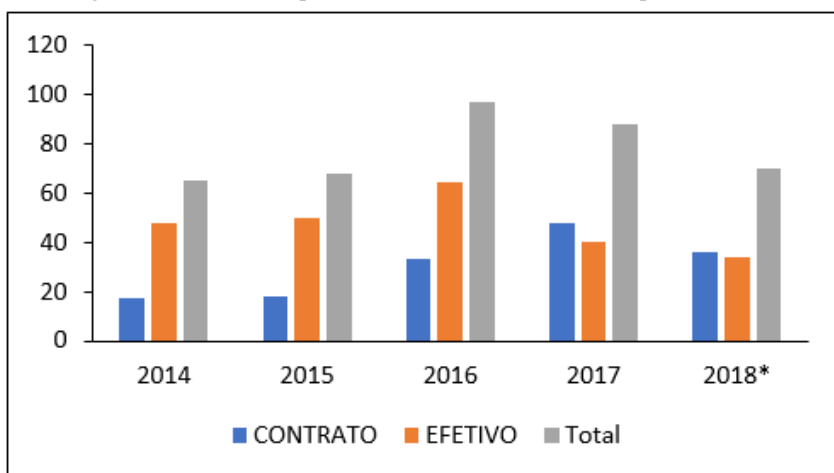
HGG – Hospital Geral de Goiânia

CRRV – Casa de Recuperação Reestruturar Vidas

Fonte: <http://naehgoias.blogspot.com>

A representação gráfica (Figura 3) demonstra um quantitativo de 65 professores no ano de 2014, sendo 17 contratos e 48 efetivos, em 2015 houve um aumento de 3 profissionais, com 18 contratos e 50 efetivos. No ano de 2016 houve um acréscimo na quantidade de educandos, acarretando o aumento do quantitativo de professores, sendo 33 contratos e 64 efetivos, totalizando 97 professores. Em 2017 com um total de 88 profissionais, houve aumento na quantidade de contratos e diminuição dos efetivos, sendo 48 contratos e 40 efetivos, e o primeiro semestre de 2018 totalizou 36 contratos e 34 efetivos, tendo um quantitativo de 70 professores

Figura 3 – Número de professores lotados no NAEH e tipo de vínculo.

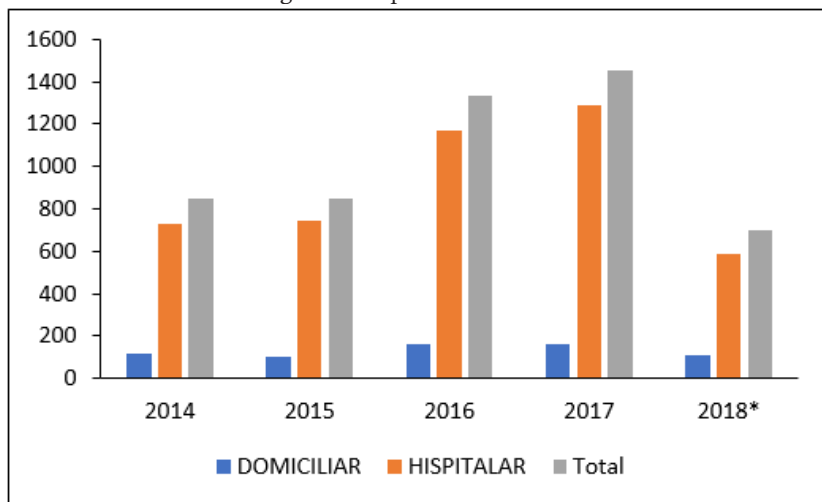


\*1º semestre

Fonte: <http://naehgoias.blogspot.com/>

Além de professores, foi designada uma equipe gestora composta pelos seguintes membros: diretor ou coordenador geral, coordenador hospitalar, coordenador domiciliar, secretária, assistente social e psicólogo.

Figura 4 – Tipo de Atendimento



\*1º semestre

Fonte: <http://naehgoias.blogspot.com/>

A figura demonstra uma quantidade superior de atendimento hospitalar em comparação com o atendimento domiciliar, em 2014 totalizando 847 atendimentos, com 120 domiciliar e 727 hospitalar; 2015 com 850 atendimentos, sendo 105 domiciliar e 745 hospitalar. Em 2016 houve um aumento considerável de atendimentos, totalizando 1336, onde 163 foi em domicílio e 1173 no ambiente hospitalar. Ainda demonstrando aumento o ano de 2017 totalizou 1450 atendimentos, sendo 164 domiciliar e 1286 hospitalar, e no primeiro semestre de 2018 houve 106 atendimentos em domicílio e 591 em hospitais, com total de 697.

Cabe destacar, que os Atendimentos Pedagógicos realizados em hospitais são solicitados à medida que os/as educandos/as são internados/as em instituições de saúde que oferecem o referido atendimento. No que se refere ao atendimento domiciliar, geralmente, após o/a educando/a receber alta hospitalar e, caso esteja impossibilitado de frequentar à

escola, o/a responsável é quem solicita a continuidade do atendimento pedagógico em casa. Ou ainda, o/a estudante em situação de saúde especial, fica sabendo dessa modalidade de ensino, na escola ou por outros sujeitos (JESUS, 2017).

Figura 5 – Municípios de Goiás atendidos pelo NAEH em 2018

<i>Municípios</i>	<i>Nº de educandos</i>	<i>Municípios</i>	<i>Nº de educandos</i>
Acreúna	2	Inhumas	1
Água Limpa	2	Iporá	2
Águas Lindas de Goiás	2	Itaberaí	1
Anápolis	6	Itapuranga	1
Aparecida de Goiânia	6	Luziânia	2
Aragarças	1	Mambaí	1
Barro Alto	4	Morrinhos	5
Bom Jesus de Goiás	1	Nova Glória	1
Buriti Alegre	1	Piracanjuba	1
Caldas Novas	4	Pirenópolis	2
Campinaçu	1	Pontalina	3
Castelândia	1	Rio Verde	2
Cocalzinho de Goiás	1	Rubiataba	3
Diorama	1	Senador Canedo	1
Edealina	1	Terezópolis de Goiás	1
Formosa	1	Trindade	4
Goinésia	2	Uruaçu	1
Goiânia	624	Valparaíso de Goiás	1
Goiatuba	1	Vila Boa	1
Iaciara	1	<b>Total Geral</b>	<b>697</b>

Fonte: <http://naehgoias.blogspot.com/>

Através da tabela anteriormente apresentada (Figura 5), a quantidade de municípios goianos que são atendidos pelo NAEH, totalizam 42



municípios, cada um apresentando a quantidade específica de educandos que recebem acompanhamento pedagógico.

Os Atendimentos Pedagógicos presenciais tiveram suas atividades suspensas desde o início do mês de março/2020, conforme Circular nº 75/2020 da Secretaria de Estado da Educação – SEDUCGO, em virtude da adoção de medidas de prevenção e enfrentamento ao Coronavírus pelo governo de Goiás, devido ao isolamento social provocado pela Covid-19, sendo que essas aulas *in locus* deveriam acontecer normalmente nas Classes Hospitalares e Domiciliares durante os anos letivos de 2020, 2021 e 2022.

Tais atendimentos docentes estão sendo realizados de forma online desde o mês de março de 2020, através do uso das Tecnologias de Informações e Comunicações – TICs com a mediação de aprendizagem para alunos-pacientes do hospital Araújo Jorge com longo período de internação ou em alta hospitalar em suas residências, abrigos ou casas de apoio, proporcionando o início ou continuidade aos estudos às crianças e adolescentes em condições especiais de saúde na classe hospitalar ou no atendimento domiciliar desde o começo da pandemia. Todavia, não há publicação oficial de novos dados quantitativos referentes as atividades promovidas pelo NAEH desde 2019.

Diante do exposto, é nítida a proporção que o Projeto tem alcançado no estado de Goiás, através das políticas públicas estabelecidas muito se tem contribuído para promover a continuidade do ensino/aprendizagem para pacientes/educandos que necessitam dar seguimento no processo educativo em momentos de hospitalização ou convalescência.

Essa modalidade assistencial contribui e atende de forma diferenciada as necessidades psíquicas e cognitivas dos pacientes, a hospitalização, em geral, gera diferentes angústias, além do desconforto físico que a própria doença produz. Indivíduos em contato com um ambiente estranho e pessoas desconhecidas, ao serem submetidas a procedimentos diagnósticos e terapêuticos, muitas vezes dolorosos, podem desenvolver distúrbios emocionais e do sono, regressão, insegurança e depressão (ALMEIDA, *et al*, 2013).

A manutenção das atividades cotidianas, principalmente das crianças, que é a maior demanda nas classes hospitalares, necessita ser o mais próximo possível do que era anteriormente à doença, como a preservação dos processos sociais, podem contribuir para que ela cultive

acesa a esperança de sobreviver por meio da “construção” do seu futuro (PATERLINI & BOEMER, 2008). A esperança é o que ajuda a manter o ânimo, a suportar os dissabores da doença, o que a conforta nos momentos mais críticos e é o sentimento que persiste, usualmente, durante todos os estágios da doença e do tratamento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa buscou descrever e analisar o processo de surgimento e evolução das Classes Hospitalares no estado de Goiás, desenvolvidas pelo NAEH que presta atendimento hospitalar e domiciliar em diversos municípios do estado, implantado desde 1999 por meio da Superintendência de Ensino Especial da Secretaria de Estado da Educação, atualmente, Secretaria de Estado de Educação, Cultura e Esporte - Seduce/GO.

Assim, no intuito de entender esse atendimento fez-se necessário compreender a história da Educação Especial, na perspectiva inclusiva e seus contextos, considerando a educação e a saúde como integrantes dos direitos sociais fundamentais. Assim, mediante uma revisão bibliográfica, fundamentada em documentos e autores.

A pesquisa orientou-se pela exposição e análise de dados importantes da trajetória do Núcleo de Atendimento Educacional Hospitalar/Domiciliar – Naeh, órgão responsável por esse atendimento e pela voz dos sujeitos envolvidos (Equipe Gestora, professores/as, educandos/as e responsáveis), para apreender como se efetiva o Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar, na capital e no interior do estado de Goiás.

A essência do trabalho desenvolvido pelo Núcleo reside no desejo de oferecer um atendimento pleno aos pacientes-alunos, para quem possam compreender que, apesar dos problemas de saúde, têm condições para participar de propostas educativas, de viverem com a certeza de um futuro próspero superando a doença de forma menos traumática.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, L. A; MARQUEZ, D. N; FERREIRA, F. M. Ações pedagógicas no atendimento a crianças oncológicas do Hospital do Câncer em Uberlândia-MG. *XI Congresso Nacional de Educação- EDUCERE*. Curitiba, 2013.

BRASIL. *Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica*. Resolução CNE/CBE n.2 de 11/09/01. Diário Oficial da União n.177, seção 1E de 14/09/01, p.39-40. Brasília; Imprensa Oficial. 2001.

BRASIL. *Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica*. Resolução CNE/CBE n.17 de 03/07/01. Diário Oficial da União de 17/8/2001, Seção 1, p. 46. Brasília; Imprensa Oficial. 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. *Classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar: estratégias e orientações*. Brasília, DF: MEC; SEESP, 2002.

FONSECA, E. S. A situação brasileira do atendimento pedagógico-educacional hospitalar. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 117-129, 1999.

FONSECA, E. S. Implantação e implementação de espaço escolar para crianças hospitalizadas. *Revista Brasileira Ed. Esp.* v. 8, n. 2, p. 205-222, 2000. Disponível em: <<http://www.cerelepe.faced.ufba.br/arquivos/fotos/124 /implantaimplementaeneida.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2018.

GOIÁS. Núcleo De Atendimento Educacional Hospitalar – HOJE. *Gerência de Ensino Especial*. Secretaria de Estado da Educação de Goiás, 2014.

GOIÁS. Núcleo de Atendimento Educacional Hospitalar – HOJE: o que é e como funciona. *Gerência de Ensino Especial*. Secretaria de Estado da Educação de Goiás, 2013.

GOIÁS. Secretaria de Educação. Superintendência de Ensino Especial. *Plano Estadual de Educação Para a Diversidade numa Perspectiva Inclusiva - PEEDI: educação inclusiva garantia de respeito à diferença*, 2003.

JESUS, E. M. Desafios do atendimento pedagógico hospitalar/ domiciliar em Goiás: gênero e docência no olhar dos/as agentes envolvidos/as. *Tese (doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Educação*, Goiânia, 2017.

PATERLINI, A. C. C. R.; BOEMER, M. R. A reinserção escolar na área de oncologia infantil – avanços e perspectivas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2008.

ROLIM, C. L. A.; GÓES, M. C. R. Crianças com câncer e o atendimento nos ambientes hospitalar e escolar. *Educação e Pesquisa*, v.35, n.3, São Paulo, 2009.

TEIXEIRA, R. A. G; GUIMARÃES, G. G; TEIXEIRA, U. S. C; BARROS, N. F; ROCHA, C. S; BERNARDES, G. D. Educação Inclusiva:

Ensino de matemática para alunos dos anos iniciais do Ensino Fundamental internados em um hospital de combate ao câncer em Goiânia.  
*Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa*, vol.1, 2016.

# CORRELAÇÃO ENTRE FATORES DE RISCO E FATORES PROTETORES PARA OS TRANSTORNOS ALIMENTARES: O COMER TRANSTORNADO, O COMER INTUITIVO E A APRECIÇÃO CORPORAL EM JOVENS MULHERES

*Thainá Richelli Oliveira Resende<sup>1</sup>*

*Pedro Henrique Berbert de Carvalho<sup>2</sup>*

*Maurício Almeida<sup>3</sup>*

## INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TAs) são doenças psiquiátricas que estão relacionadas ao ato transtornado de se alimentar ou a comportamentos perturbados de alimentação, que influenciam no consumo e absorção alterada de alimentos, ocasionando danos físicos, psicológicos, sociais aos indivíduos que sofrem destas psicopatologias. Para o seu diagnóstico, é utilizado o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), que fornece diretrizes sobre diversas doenças mentais (APA, 2014). Esse manual considera como TAs: pica, transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar (APA, 2014).

Conhecer os fatores de risco para os TAs é essencial para garantir

- 
- 1 Graduada em Nutrição. Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde. Doutoranda em Educação Física, Universidade Federal de Juiz de Fora, thaina.richelli@gmail.com.
  - 2 Docente do Curso de Bacharelado em Educação Física da UFJF. Doutor em Psicologia. Mestre em Educação Física, Universidade Federal de Juiz de Fora, pedro.berbert@ufjf.edu.br.
  - 3 Graduado em Educação Física. Mestre em Educação Física. Doutorando em Educação Física, Universidade Federal de Juiz de Fora, maualmeida4@gmail.com.

que ações de caráter preventivo sejam direcionadas ao público-alvo específico e que estas sejam eficazes. Para compreender quais são os fatores de risco que antecedem os TAs, pesquisas longitudinais, bem como estudos com modelos teóricos causais validados e modelos-hipotéticos são utilizados, como é o caso do Dual-Pathway Model (STICE *et al.*, 1994).

Esse modelo considera que as mulheres internalizam o ideal corporal caracterizado como “ideal de magreza” e sentem uma pressão social para atingir esse estereótipo corporal. Essa pressão pode desencadear a insatisfação corporal, que por sua vez pode estimular a adoção de prática de dietas restritivas, visando a perda de peso e, aumentar o afeto negativo, que é ocasionado principalmente pela importância de se buscar o corpo tido como padrão. Esses dois fatores, prática de dietas e afeto negativo, por si só, levam ao comer transtornado. O modelo ainda indica que fazer dieta, também pode aumentar o afeto negativo e assim levar, por via indireta ao comer transtornado (STICE *et al.*, 1994).

O termo comer transtornado se refere a síndromes alimentares subclínicas, que são menos severas que os critérios diagnósticos para os transtornos alimentares, mas se trata de comportamentos alimentares inadequados, como a prática de dietas restritivas, jejuns e uso de métodos compensatórios (ADA, 2006). Contra a esses comportamentos, há o conceito de comer intuitivo, que começou a ser desenvolvido durante a década de 1980, como um movimento “anti-dieta”, baseado em dados científicos que demonstram que dietas restritivas não são sustentáveis e contribuem para efeitos negativos, como a relação disfuncional com a comida e risco de comer transtornado (GAST; HAWKS, 1998; HAWKS; GAST, 2000). Tem como proposta o desenvolvimento/resgate da sintonia entre a comida, o corpo e a mente (TRIBOLE; RESCH, 1995, 2020).

O comer intuitivo foi proposto por duas nutricionistas americanas, Evelyn Tribole e Elyse Resch, em 1995. Utilizando-o para expor um modo adaptativo de alimentação com forte conexão aos sinais internos do corpo, como o da fome e da saciedade. Para elas, os indivíduos que se alimentam de forma intuitiva, estão atentos principalmente a funcionalidade corporal e não estão preocupados com comida e o fazer dieta. Confiam de forma integral no seu corpo, principalmente para dizer quando, quanto e o que comer (TRIBOLE; RESCH, 1995, 2020).

Pesquisadores dessas áreas buscaram compreender qual o mecanismo elucidativo da motivação que os indivíduos apresentam para comer de maneira mais intuitiva. O estudo mais esclarecedor até então, que apresenta um modelo teórico testado sobre esse mecanismo foi desenvolvido por Tylka e Homan (2015), que se intitulou “Modelo de Aceitação do Comer Intuitivo”. Esse modelo acredita que a aceitação corporal por outros facilita a apreciação corporal e a orientação interna do corpo, contribuindo no comer intuitivo (TYLKA; HOMAN, 2015).

Integrando aos dados fornecidos por esse modelo causal, há muitos estudos que destacam a relação do comer intuitivo com a apreciação corporal (AVALOS; TYLKA, 2006; OSWALD; CHAPMAN; WILSON, 2017). A apreciação corporal se trata de um amor abrangente e respeitoso pelo próprio corpo, permitindo a apreciação de sua beleza singular e suas funcionalidades (TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2015). Essa está associada a autoestima (TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2015), satisfação com a vida, comer com atenção plena (AUGUSTUS-HORVATH; TYLKA, 2011; SWAMI *et al.*, 2015) e inversamente correlacionada a comportamentos de checagem, de evitação corporal e à internalização do ideal de aparência (HALLIWELL, 2015).

Estudos recentes têm debatido sobre a importância de não somente reduzir fatores de risco para os TAs, mas também estimular o desenvolvimento de aspectos positivos ou protetores, podendo citar a apreciação corporal e o comer intuitivo. Com isso, o presente estudo teve como objetivo, avaliar a correlação entre um fator de risco para TAs (comer transornado) e fatores protetores (apreciação corporal e o comer intuitivo) em uma amostra de jovens mulheres universitárias, a fim de compreender se nessa população essas variáveis se relacionam positivamente e/ou negativamente.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo quantitativo, de corte transversal. Foram incluídas na pesquisa participantes do sexo feminino, que possuam entre 18 e 30 anos, de qualquer cor, raça ou etnia, matriculadas regulamente na Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Governador Valadares

(UFJF-GV). E foram excluídas aquelas que possuam transtorno mental e/ou transtorno alimentar diagnosticado. Totalizando a amostra com 74 voluntárias.

As participantes foram convidadas a participar da pesquisa por meio das redes sociais (Instagram® e Whatsapp®) e por convite verbal em salas de aula da Universidade Federal de Juiz de Fora, campus Governador Valadares. Aquelas que aceitaram foram convidadas a um encontro com os responsáveis pela pesquisa para aplicação do questionário e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para caracterizar a amostra, foram coletados dados sobre condições sócio-demográficas e econômicas, nessa última foi aplicado o Critério de Classificação Econômica Brasil (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2019). Com o objetivo de avaliar o comer transtornado em mulheres foi utilizada a versão para jovens brasileiras validada por Nunes *et al.* (2005), *Eating Attitudes Test-26* (EAT-26), que por meio de 26 itens, permite identificar comportamentos alimentares anormais, incluindo o hábito de fazer dietas restritivas e jejum, compulsão alimentar, práticas purgativas, como uso de laxantes e vômitos autoinduzidos. Para avaliar o comer intuitivo, ou seja, a capacidade dos indivíduos de seguir sinais de fome e saciedade, de escolher o que, quando e quanto comer, utilizou-se a versão avaliada para a população brasileira, *Intuitive Eating Scale-2* (IES-2) de Silva *et al.* (2020), composta por 23 afirmações. E por último, para avaliar a apreciação que os indivíduos têm de seus corpos, foi utilizada a *Body Appreciation Scale-2* (BAS-2), com 13 itens (JUNQUEIRA *et al.*, 2019).

Primordialmente, foi tabulado o conjunto de dados em planilhas do Microsoft Excel versão 16.0. Os dados foram transpostos para o software Statistical Package for the Social Sciences – SPSS (IBM Versão 21.0). Posteriormente, foi realizada a estatística descritiva das variáveis sob investigação, por meio da frequência absoluta e relativa, para os dados categóricos e para as variáveis discretas e contínuas, calculou-se a média e o desvio-padrão. Para avaliar a correlação entre as variáveis foi realizado teste de correlação múltipla, para medir o grau de relação simultânea entre as variáveis.



## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1, descreve todos os dados descritivos, econômicos e valores encontrados para o comer transtornado (EAT-26), apreciação corporal (BAS-2) e comer intuitivo (IES-2) e prática ou não de atividade física da amostra estudada.

Tabela 1 – Caracterização da amostra, segundo IMC, EAT-26, BAS-2, IES-S, idade, prática atividade física e condição econômica.

<b>Variáveis</b>	<b>Média (DP)</b>
	<b>Frequência absoluta (relativa)</b>
<b>IMC</b>	23,16 (5,98)
<b>EAT</b>	15,97 (8,22)
<b>BAS-2</b>	32,09 (13,57)
<b>IES-2</b>	3,15 (0,59)
<b>IDADE</b>	20 (2)
<b>CCEB</b>	
A	13 (17,56%)
B1	10 (13,51%)
B2	25 (33,78%)
C1	16 (21,62%)
C2	8 (10,81%)
D-E	2 (2,7%)
<b>PRATICANTE DE ATIVIDADE FÍSICA</b>	
Sim	32 (43,24%)
Não	42 (56,75%)

Fonte: Próprios autores (2022)

No que se refere aos cursos ingressados pelas participantes, a graduação em Nutrição foi a mais frequente, com 62,4% das participantes. Seguido de uma ordem decrescente, os demais cursos presentes foram: Direito (35,1%), Educação Física (24,6%), Fisioterapia (22%), Administração (21,5%), Ciências Econômicas (16,1%), Farmácia (8,1%), Odontologia (5,6%) e Ciências Contábeis (5,6%).

Em relação a prática de atividade física, cerca de 43,34% mulheres realizavam ( $n=32$ ) e 56,75% não praticavam ( $n=42$ ). Das que praticavam, a maioria realizava musculação (17,56%,  $n=13$ ), seguido em ordem decrescente de caminhada/corrida (5,4%,  $n=4$ ), *crossfit* (9,45%,  $n=7$ ), esportes coletivos (8,1%,  $n=6$ ) e dança (2,7%,  $n=2$ ). O uso de suplemento alimentar foi menos frequente nessa população, cerca de 95,94% ( $n=71$ ) relataram não o consumir em comparação a 4,05% ( $n=3$ ) que faziam o uso.

As médias para o comer transtornado, apreciação corporal e comer intuitivo foram 15,97 ( $DP = 8,22$ ), 32,09 ( $DP = 7,87$ ) e 32,09 ( $DP = 13,57$ ), respectivamente. Em relação ao comer transtornado, a média encontrada corrobora com um estudo (ALVARENGA; SCAGLIUSI; PHILIPPI, 2011), no qual ao avaliar comportamento de risco para transtornos alimentares em universitárias brasileiras das cinco regiões do país, encontrou valor médio para o comer transtornado de 15,5 (máximo) e 10,5 (mínimo) na região sudeste, 16,5 (máximo) e 10,8 (mínimo) no Norte, 15,8 (máximo) e 9,8 (mínimo) no Nordeste, 14,3 (máximo) e 10,0 (mínimo) no centro-oeste e 15,0 (máximo) e 10,8 (mínimo) na região Sul (ALVARENGA; SCAGLIUSI; PHILIPPI, 2011). Reitera-se que a pontuação total do EST-26 pode variar de 0 a 78, quanto mais altos os valores, maiores são os riscos de comer transtornado.

Em relação à apreciação corporal, o escore total é dado pelo somatório dos pontos, podendo variar de 10 a 50. O valor médio do atual estudo foi de 32,09 ( $DP = 7,87$ ), valor inferior ao encontrado por Amaral et al. (2019), no qual foi identificado pela média de 44,90 ( $DP = 10,43$ ). Uma justificativa para essa diferença, pode-se atribuir ao fato de que o estudo citado teve como amostra total adolescentes e mulheres jovens, com idade variando entre 14 a 30 anos. No presente estudo não foi aplicado em adolescentes. No que se refere ao comer intuitivo o valor médio do atual estudo foi de 3,15 ( $DP = 0,59$ ), valor semelhante ao encontrado por Richard et al. (2019), no qual foi identificado pela média de 3,64 ( $DP = 0,43$ ) e ao de Smith et al. (2020), com a média do comer intuitivo de 3,4 ( $DP=0,5$ ).

A tabela 2 apresenta as correlações entre as variáveis e o valor encontrado de p (representando a significância das correlações).

Tabela 2 – Correlação entre o comer transtornado, apreciação corporal e comer intuitivo em jovens universitárias.

	<b>EAT-26</b>	<b>BAS-2</b>	<b>IES-21</b>
<b>EAT-26</b>	-	- 0,415 ( <b>p &lt; 0,001</b> )	- 0,249 ( <b>p &lt; 0,05</b> )
<b>BAS-2</b>	- 0,415 ( <b>p &lt; 0,001</b> )	-	0,469 ( <b>p &lt; 0,001</b> )
<b>IES-21</b>	- 0,249 ( <b>p &lt; 0,05</b> )	0,469 ( <b>p &lt; 0,001</b> )	-

Fonte: Próprios autores (2022)

Foi encontrada correlação negativa significativa entre o comer transtornado e apreciação corporal ( $r = - 0,415$ ;  $p < 0,001$ ) e comer intuitivo ( $r = - 0,249$ ;  $p < 0,05$ ). Assim como houve correlação positiva entre a apreciação corporal e o comer intuitivo ( $r = 0,469$ ,  $p < 0,001$ ). Esses achados podem ser atribuídos ao fato de que indivíduos que apresentam uma imagem corporal depreciativa, apresentam comportamentos de alimentação controlada, rígida e restrita (contrária ao comer intuitivo) (LINARDON; MITCHELL, 2017; TYLKA; HOMAN, 2015).

Recente pesquisa longitudinal (CHRISTOPH *et al.*, 2021) corroborou esses vínculos ao realizar uma coorte prospectiva com o intuito de avaliar como o comer intuitivo está relacionado à aspectos relacionados ao peso, a prática de dietas, comportamentos saudáveis e não saudáveis para controle de peso e compulsão alimentar. Cerca de 1.666 jovens adultos (ambos os sexos) foram questionados perante essas variáveis. Os resultados demonstram que comedores intuitivos tiveram menor envolvimento com a prática de dietas, comportamentos não saudáveis de controle de peso e compulsão alimentar no seguimento de 5 anos, comparados aos comedores menos intuitivos. Os autores explanam que quanto mais jovens os indivíduos forem, mais benefícios para a saúde podem ser promovidos pelo comer intuitivo (CHRISTOPH *et al.*, 2021).

A insatisfação corporal também tem associação com o comer transtornado, indivíduos que apresentam uma avaliação negativa do corpo e da aparência podem apresentar comportamentos alimentares inadequados (CARVALHO, 2016; STICE; SHAW, 2002; STICE, 2001), principalmente com o objetivo de modificação corporal, sendo uma forma de lidar com a insatisfação com corpo (DYE, 2016).

Corroborando com um estudo (LINARDON, 2021) que testou se

fatores como a imagem corporal positiva (apreciação corporal e comer intuitivo) protegem contra o aparecimento de uma variedade de sintomas de transtorno alimentar em 1.270 mulheres que completaram a pesquisa no início e após 8 meses. Maiores aumentos no comer intuitivo e na apreciação do corpo ao longo do tempo foram os dois fatores consistentemente associados a menores chances de início dos sintomas em sintomas de transtorno alimentar. O autor concluiu que o estudo fornece fortes evidências para a influência protetora de componentes positivos da imagem corporal, comer intuitivo e autocompaixão contra vários sintomas de transtorno alimentar (LINARDON, 2021).

Outro recente estudo realizado por Koller *et al.* (2020), examinou como a valorização do corpo e o comer intuitivo se relacionavam para a recuperação de transtorno alimentar em quatro grupos: indivíduos com TAs, parcialmente recuperado, totalmente recuperados e grupo controle. O grupo totalmente recuperado não diferiu do controle na apreciação corporal, com ambos os grupos endossando níveis significativamente mais altos de apreciação corporal do que os grupos de transtornos alimentares parcialmente recuperados e com a patologia atual. Da mesma forma, o totalmente recuperado grupo não diferiu dos controles no comer intuitivo, com ambos os grupos endossando níveis significativamente mais altos de comer intuitivo do que o grupo de transtornos alimentares recuperados e com a patologia atual. Os pesquisadores concluem dizendo que construções psicológicas positivas, como apreciação corporal e comer intuitivo relacionam-se ao estado de recuperação do transtorno alimentar (KOLLER *et al.*, 2020).

Em suma, os achados do presente artigo em consonância com os trabalhos citados asseveram que o comer transtornado se manifesta contrapondo a apreciação corporal e o comer intuitivo, em especial, na atual pesquisa em jovens universitárias. Esses resultados indicam a necessidade de que intervenções voltadas para aumento da aceitação corporal e do modelo adaptativo de alimentação, contrário a dietas sejam implementados. Possibilitando assim na redução de potenciais fatores de risco para os TAs, como é o caso do comer transtornado.

## REFERÊNCIAS

ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Crítério Brasil:**

Padrão de Classificação Econômica. São Paulo: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2018. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>.

ALVARENGA, M. S.; SCAGLIUSI, F. B.; PHILIPPI, S. T. Comportamento de risco para transtorno alimentar em universitárias brasileiras. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 38, n. 1, p. 03–07, 2011.

AMARAL, A. C. S.; STICE, E.; FERREIRA, M.E.C. A controlled trial of a dissonance-based eating disorders prevention program with Brazilian girls. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 32, n. 1, 2019.

AMARAL, A. *et al.* Apreciação corporal e aspectos associados entre adolescentes e mulheres jovens. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 68, n. 1, p. 16-22, 2019.

APA. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5**: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed Editora, 2014.

AUGUSTUS-HORVATH, C. L.; TYLKA, T. L. The Acceptance Model of Intuitive Eating: A Comparison of Women in Emerging Adulthood, Early Adulthood, and Middle Adulthood. **Journal of Counseling Psychology**, v. 58, n. 1, p. 110–125, 2011.

AUGUSTUS-HORVATH, C. L.; TYLKA, T. L. The acceptance model of intuitive eating: A comparison of women in emerging adulthood, early adulthood and middle adulthood. **Journal of Counseling Psychology**, v. 58, n. 1, p. 110-125, 2011.

AVALOS, L. C.; TYLKA, T. L. Exploring a model of intuitive eating with college women. **Journal of Counseling Psychology**, v. 53, n. 4, p. 486–497, 2006.

AVALOS, L.; TYLKA, T.L.; WOOD-BARCALOW, N. The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation. **Body Image**, v. 2, n. 3, p. 285-97, 2005

CARVALHO, P. H. B. **Adaptação e avaliação do modelo teórico de influência dos Três Fatores de Imagem Corporal para jovens brasileiros**. 2016. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016.

CHRISTOPH, M. *et al.* Longitudinal associations between intuitive eating and weight-related behaviors in a population-based sample of young adults. **Appetite**, v. 160, p. 105093, 2021.

- GAN, W. Y.; YEOH, W. C. Associations between body weight status, psychological well-being and disordered eating with intuitive eating among Malaysian undergraduate university students. **International Journal of Adolescent Medicine and Health**, v. 32, n. 2, 2017.
- GAST, J.; HAWKS, S. Weight Loss Education: The Challenge of a New Paradigm. **Health education & behavior**: the official publication of the Society for Public Health Education, v. 25, p. 464-73, 1998.
- HALLIWELL, E. Future directions for positive body image research. **Body Image**, v. 14, p. 177-89, 2015.
- HAWKS, S.; GAST, J. The ethics of promoting weight loss. **Healthy Weight Journal**, v. 14, n. 2, p. 5-26, 2000.
- HOMAN, K. J.; TYLKA, T. L. Development and exploration of the gratitude model of body appreciation in women. **Body Image**, v. 25, p. 14-22, 2018.
- KOLLER, K. A. *et al.* Body appreciation and intuitive eating in eating disorder recovery. **International Journal of Eating Disorders**, v. 53, n. 8, p. 1261-1269, 2020.
- LINARDON, J. Positive body image, intuitive eating, and self-compassion protect against the onset of the core symptoms of eating disorders: A prospective study. **The International journal of eating disorders**, v. 54, n. 11, p. 1967-1977, 2021.
- LINARDON, J.; MITCHELL, S. Rigid dietary control, flexible dietary control, and intuitive eating: Evidence for their differential relationship to disordered eating and body image concerns. **Eating Behaviors**, v. 26, n. 8, p. 16-22, 2017.
- NUNES, M. A. *et al.* The validity and 4-year test-retest reliability of the Brazilian version of the Eating Attitudes Test-26. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 38, n. 11, p. 1655-1662, 2005.
- OSWALD, A.; CHAPMAN, J.; WILSON, C. Do interoceptive awareness and interoceptive responsiveness mediate the relationship between body appreciation and intuitive eating in young women? **Appetite**, v. 109, p. 66-72, 2017.
- RICHARD, A. *et al.* Associations between interoceptive sensitivity, intuitive eating, and body mass index in patients with anorexia nervosa and normal-weight controls. **European Eating Disorders Review**, v. 27, n. 5, p. 571-577, 2019.

SILVA, W. R. *et al.* A psychometric investigation of Brazilian Portuguese versions of the Caregiver Eating Messages Scale and Intuitive Eating Scale-2. **Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, v. 25, n. 1, p. 221-230, 2020.

SMITH, J. M. *et al.* Evaluation of the relationships between dietary restraint, emotional eating, and intuitive eating moderated by sex. **Appetite**, v. 155, n. 1 p. 104817, 2020.

STICE, E. A review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. **Clinical Psychological Review**, Tarrytown, v. 14, n. 7, p. 633-661, 1994.

STICE, E. *et al.* A randomized trial of a dissonance-based eating disorder prevention program. **International Journal of Eating Disorders**, v. 29, n. 3, p. 247-62, Apr. 2001.

STICE, E. Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 128, n. 5, p. 825-848, 2002.

SWAMI, V. *et al.* Associations between women's body image and happiness: Results of the YouBeauty.com Body Image Survey (YBIS). **Journal of Happiness Studies**, v. 16, n. 3, p. 705-18, 2015.

SWAMI, V. *et al.* Bodies in nature: Associations between exposure to nature, connectedness to nature, and body image in U.S. adults. **Body Image**, v. 18, n. 9, p. 153-161, 2016.

TRIBOLE, E.; RESCH, E. **Intuitive Eating: A Revolutionary Anti-Diet Approach**, 4th Edition. Saint Martin's Paperbacks, New York, 2020.

TRIBOLE, E.; RESCH, E. **Intuitive Eating: A Revolutionary Program That Works**. Saint Martin's Paperbacks, New York, 1995.

TYLKA, T. L.; WOOD-BARCALOW, N. L. What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. **Body Image**, v. 14, n. 6, p. 118-129, 2015.

# COMER INTUITIVO: PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA SOBRE UM MODELO ADAPTATIVO DE ALIMENTAÇÃO CONTRÁRIO ÀS DIETAS

*Thainá Richelli Oliveira Resende<sup>1</sup>*

*Maurício Almeida<sup>2</sup>*

## INTRODUÇÃO

O comer intuitivo, tem como proposta o desenvolvimento/resgate da sintonia entre a comida, o corpo e a mente. Ou seja, ele busca a harmonia entre os sistemas internos (pensamentos, emoções e necessidades orgânicas) e externos do indivíduo (família, comunidade e cultura), de modo que esse seja capaz de distinguir suas sensações físicas e emocionais (TRIBOLE; RESCH, 1995, 2020).

Para avaliar o comer intuitivo, Tylka (2006) se baseou em três pilares. O primeiro consiste na permissão incondicional para comer, refere-se a autonomia que os indivíduos têm para comer quando, quanto e o que quiser. Possui alta tendência a respeitar suas vontades e desejos, sempre atendendo aos sinais do seu corpo. A permissão para comer é de grande importância para evitar a dicotomização alimentar, como a classificação de alimentos em “bons ou ruins” e “aceitos ou proibidos” (TYLKA, 2006).

No que se refere ao segundo pilar, as autoras consideram importante o respeito pelos sinais de fome e saciedade, representando controle e confiança sob o corpo no que diz respeito à quantidade e o momento de se alimentar. A necessidade desse se dá pelos sinais que o próprio corpo

---

1 Graduada em Nutrição. Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde. Doutoranda em Educação Física, Universidade Federal de Juiz de Fora, thaina.richelli@gmail.com.

2 Graduado em Educação Física. Mestre em Educação Física. Doutorando em Educação Física, Universidade Federal de Juiz de Fora, mau Almeida4@gmail.com.



emite quando requer alimento e quando a satisfação ao alimentar é eminente, propondo então que essa sinalização sempre vai acontecer quando a confiança com o corpo é estabelecida de forma completa (TRIBOLE; RESCH, 1995, 2020).

Já o terceiro pilar descreve sobre a razão do comer, sendo valioso compreender a diferença entre o comer por razão física e não emocional. Posto que representa controle do indivíduo em comer porque está realmente com fome e não em resposta a estados emocionais diversos, como ansiedade e estresse (TRIBOLE; RESCH, 1995, 2020). Esses pilares são executados por meio de 10 princípios aplicados no cotidiano do indivíduo que pretende direcionar o seu comer de forma mais intuitiva: 1) rejeição da mentalidade de dieta; 2) honrar a fome; 3) fazer as pazes com a comida; 4) desafiar o policial alimentar; 5) sentir saciedade; 6) descobrir o fator satisfação; 7) lidar com as emoções sem utilizar a comida; 8) respeitar o corpo; 9) exercitar-se sentindo a diferença; 10) honrar a saúde (TRIBOLE; RESCH, 1995, 2020).

O comer intuitivo iniciou a ser descrito em 1980, como um movimento anti-dietas, de modo que, estudos que foram sendo desenvolvidos demonstravam que o fazer dietas não é eficaz e resolutivo e ao contrário, pode trazer riscos físicos e psicológicos aos indivíduos, podendo citar como preditor significativo de transtornos alimentares (TAs), relação disfuncional com o corpo (internalização do ideal corporal magro, insatisfação corporal) e com os alimentos (comer transtornado). Além disso, traz prejuízos no âmbito emocional, como sintomas depressivos e de ansiedade.

Contrapondo as dietas, o comer intuitivo se relaciona com aspectos positivos da imagem corporal, como é o caso da apreciação corporal e da autoestima. Comedores intuitivos que apresentam elevadas aceitação corporal, estão mais susceptíveis a comportamentos de apreciação corporal e de respeitar as orientações internas do corpo, contribuindo no comer intuitivo (AVALOS; TYLKA, 2006; TYLKA, HOMAN, 2015). Fato bem descrito no modelo causal de aceitação do comer intuitivo, desenvolvido em 2015, por Tylka e Homan. As pesquisadoras ao buscarem compreender quais fatores fazem os indivíduos comerem mais intuitivamente do que outros. Nesse modelo, comprovaram que aceitação do corpo, contribui para melhorar o motivo funcional dos exercícios, que indiretamente influenciam na diminuição da prática de exercício físico objetivando a

aparência, por meio da maior orientação interna do corpo. Esses fatores contribuíram para a maior apreciação corporal da amostra estudada, ocasionando o ato de comer intuitivamente (TYLKA; HOMAN, 2015).

Apesar de ter iniciado os estudos ainda na década de 80, o comer intuitivo ainda é uma ciência pouco estudada pelos pesquisadores da área. A maioria dos trabalhos desenvolvidos são realizados no âmbito internacional. Porém, é essencial compreender se esse objeto de estudo também está sendo estudado com a população brasileira, principalmente devido a sensibilidade cultural que cada população possui. Com isso, o objetivo desse trabalho foi identificar por meio de uma revisão da literatura, como está nacionalmente a produção científica desse tema por pesquisadores brasileiros.

## METODOLOGIA

A pesquisa é de natureza descritiva e o método escolhido para atingir os objetivos propostos foi a revisão da literatura acerca do tema. Para alcance dos objetos da metodologia foram seguidas algumas etapas: primeiramente, verificou-se a incidência de artigos publicados nas bases de dados *Scielo*, *Scopus*, *Web of Science* e *Lilacs* com os descritores “*intuitive eating*”, “*comer intuitivo*”.

Em seguida, examinou-se os resumos de artigos publicados para garantir que o tema fosse abrangido. Foram excluídos os artigos que não apresentavam o tema ( $n = 15$ ), não tinham acesso livre pelo periódico capes ( $n = 1$ ), estavam duplicados ( $n = 8$ ) e não eram publicações de pesquisadores nacionais ( $n = 2$ ). Tomou-se o cuidado de conferir todos os títulos e autores, evitando-se considerar o mesmo resumo mais de uma vez e para garantir que eram estudos realizados no Brasil, por pesquisadores brasileiros.

Dos artigos da base de dados foram identificados 36 artigos, dos quais foram selecionados 10 que respondiam ao objetivo desse estudo. Por fim, depois de realizada a leitura cuidadosa de todo o material selecionado, de acordo com o objeto de estudo, fomos extraíndo os conceitos abordados ao tema (aqueles que traziam uma reflexão da importância do comer intuitivo; relacionados à imagem corporal, que se referem a perda de peso e saúde/doença; executaram avaliação psicométrica do instrumento). Assim, unidos por similaridade e paralelismo de conteúdo, construímos

nossa pesquisa, destacando e inferindo no posicionamento dos autores quanto ao comer intuitivo e seus fatores associados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao realizar a busca bibliográfica nessa pesquisa, há diferentes tópicos retratados na literatura científica. A fim de facilitar a compreensão sobre o tema e responder ao objetivo desse estudo, os dados bibliográficos foram separados em tópicos, conforme pode ser observado na Tabela 1, ainda apresenta o tipo de estudo que foi realizado.

Dos 10 artigos incluídos, dois traziam uma reflexão da importância do comer intuitivo, quatro foram relacionados à imagem corporal, três se referiram como uma abordagem para perda de peso e associado ao processo saúde/doença, e um executou avaliação psicométrica do instrumento para se avaliar o comer intuitivo.

**Tabela 1** – Artigos sobre comer intuitivo, ano e tipo de estudo

AUTOR (ES)	ANO	TIPO DE ESTUDO
<i>Reflexão</i>		
DONINI, A. B. <i>et al.</i>	2021	Análise de conteúdo
SEIXAS, C. M. <i>et al.</i>	2020	Discussão aberta sobre o tema
<i>Imagem Corporal</i>		
RAMOS, M. H.	2020	Transversal
LIMA, R. S. V. <i>et al</i>	2020	Transversal
OLIVEIRA, J.; CORDÁS, T. A.	2020	Transversal
RESENDE, T. R. O. <i>et al.</i>	2021	ensaio clínico controlado randomizado
<i>Perda de peso/Doença</i>		
JADIM, A. T.	2019	Revisão Integrativa
BARBOSA <i>et al.</i>	2020	Revisão Integrativa
SOARES, F. L. P.	2020	Transversal
<i>Avaliação Psicométrica</i>		
DA SILVA, W. R.	2018	Análise fatorial confirmatória

Fonte: Próprios autores (2022)

A reflexão sobre o comer intuitivo se dá principalmente por ser um tema ainda pouco estudado. Dois estudos foram encontrados abordando essa reflexão, sendo o primeiro uma discussão aberta sobre o tema (SEIXAS *et al.* 2020) e o outro uma pesquisa qualitativa (DONINI *et al.* 2021). Seixas *et al.* (2020) teve como objetivo contextualizar a Nutrição como ciência e seu desenvolvimento em um contexto social em que o neoliberalismo opera como sistema de gestão da vida política, econômica e social. O objetivo dos autores nesse trabalho, foi trazer elementos teóricos relacionados à noção de comportamento extraídos do campo da Psicologia, a fim de contribuir para o aprofundamento das reflexões sobre o surgimento de técnicas baseadas em teorias do comportamento, como nutrição comportamental, *mindful eating* e comer intuitivo, além de apresentar considerações sobre os limites relacionados à aplicação dessas abordagens na formação e prática dos profissionais de saúde (SEIXAS *et al.* 2020).

Para os autores, apostar como tiro certo que essas abordagens são a salvação para os desafios e impasses ligados à nutrição é colocar a perder todo esforço e investimento que vem sendo feito pelo campo científico da Alimentação e Nutrição em sua abertura polifônica a outros discursos e saberes. Se há inovação neste campo, ela não é simples e não depende da incorporação simplista de uma nova técnica que não conhecemos com uma oratória bem trabalhada por marqueteiros reconhecidos. Trazem, portanto, uma visão de que são abordagens importantes de serem implementadas, porém, desafiadoras (SEIXAS *et al.* 2020).

Corroborando com esse estudo, Donini *et al.* (2021) observaram a percepção dos usuários a respeito dos atendimentos nutricionais na lógica do comer intuitivo, por meio de uma entrevista pré-estruturada (análise de conteúdo temática categorial), na qual foram identificadas de uma a cinco categorias. Sobre os motivos que levaram a pessoa a buscar o atendimento nutricional, foram identificadas as categorias “saúde”, “estética, emagrecimento ou insatisfação corporal” e “melhora da relação com a comida”. Em relação às expectativas sobre o atendimento, foram identificadas as categorias “informação nutricional”, “auxílio no emagrecimento” e “comer disfuncional” (DONINI *et al.* 2021).

Para as perguntas sobre o que o participante achou do atendimento nutricional e como descreveria a forma de atendimento foram identificadas

as categorias “diferente do método tradicional”, “centrado na pessoa”, “surpresa por encontrar essa forma de atendimento no SUS” e “processo de autoconhecimento”. Sobre como a pessoa avalia o atendimento nutricional, foi identificada a categoria “expectativas superadas”. Em relação a como a pessoa se sentiu sendo atendida daquela forma, foram identificadas quatro categorias “foco no emagrecimento”, “expectativa”, “centrada na pessoa” e “com melhoras na relação com o corpo e com a comida” (DONINI *et al.* 2021).

Para a pergunta como está a sua relação com a comida após o tratamento, foram identificadas quatro categorias “mentalidade de dieta”, “mudança de pensamento e atitude em relação a alimentação”, “autocohecimento e consciência alimentar” e “esperança de melhorar” (DONINI *et al.* 2021).

Os autores concluíram que o comer intuitivo está alinhado com a humanização proposta no SUS e ao método clínico centrado na pessoa, além de ter sido bem aceita pelos participantes da pesquisa, e que se coloca como ferramenta para a promoção da alimentação saudável na APS de uma forma abrangente e humanizada (DONINI *et al.* 2021).

Em relação aqueles que foram associados à imagem corporal, quatro artigos foram encontrados, sendo três estudos de corte transversal e um ensaio clínico controlado randomizado. Ramos em 2022, explorou por meio de um estudo observacional transversal, os fatores sociodemográficos, clínicos e nutricionais da valorização do corpo em 179 adultos e idosos, diabéticos tipo 2. No qual foi observado que ser percebido como sobrepeso associou-se a uma chance 91,6% menor de estar satisfeito com o próprio corpo. Confiar nos sinais de fome e saciedade dobrou as chances de satisfação corporal. Assim, comer de forma mais intuitiva, atendendo aos sinais de fome e saciedade, está associado a maior satisfação corporal em diabéticos tipo 2 (RAMOS, 2022).

Esse estudo demonstra a associação clara entre o comer intuitivo e a satisfação corporal. Corroborando com Lima *et al.* (2020), que avaliaram a tendência dos indivíduos em acompanhar os sinais fisiológicos de fome e saciedade e correlacioná-los com a insatisfação corporal em pessoas com excesso de peso. Observaram uma correlação negativa entre “Dependência de dicas de fome e saciedade”, peso e silhueta atual e

também entre “Congruência de escolha corporal-alimentação” e silhueta atual. Mostraram que existem interações entre os sinais de fome e saciedade, congruência de escolha corporal-alimentação e variáveis antropométricas e percepção corporal. No qual a dependência de sinais de fome e saciedade está ligada à insatisfação corporal e peso (inversamente), e a congruência da escolha corporal-alimentação também está ligada à insatisfação corporal (inversamente) (LIMA *et al.* 2020).

Oliveira e Cordás (2020), avaliaram aspectos do comportamento alimentar, presença de consumo de substâncias não alimentares e urgência negativa em mulheres de um grupo de apoio on-line para transtornos alimentares. O consumo de substâncias não alimentares foi de 4,8% (n=7). O Grupo Bulímico (n=61) apresentou maiores valores de compulsão alimentar (p=0,01), restrição cognitiva (p=0,01) e urgência negativa (p=0,01) em relação ao Grupo Compulsivo (n=86). Apenas o Grupo Compulsivo apresentou correlação inversa entre os escores de compulsão alimentar e comer intuitivo (p=0,01). Em ambos os grupos, a compulsão alimentar se correlacionou inversamente com a subescala de congruência de escolha corporal-alimentação da escala do comer intuitivo. Como esperado, o Grupo Bulímico atingiu valores mais altos para medidas de comportamentos desordenados, como restrição cognitiva e compulsão alimentar, e escores mais baixos para o comer intuitivo. Os autores concluem que os aspectos do comer intuitivo estão inversamente associados aos sintomas compulsivos e bulímicos e as análises de correlação para compulsão alimentar e urgência negativa concordaram com os modelos relatados na literatura sobre urgência negativa (OLIVEIRA; CORDÁS, 2020).

Por último, em relação a imagem corporal, Resende et al. (2021), realizaram um ensaio clínico controlado randomizado por meio de uma intervenção de prevenção de transtornos alimentares, essa intervenção foi baseada em dissonância cognitiva, com objetivo de melhorar aspectos da imagem corporal e comer intuitivo em mulheres brasileiras com insatisfação corporal. Os resultados reforçam a eficácia das intervenções baseadas na dissonância cognitiva, havendo redução dos fatores de risco de TA (insatisfação corporal, internalização do ideal corporal, comer transtornado e afeto negativo) e apoiam a eficácia preliminar desses programas em melhorar o comer intuitivo, a apreciação do corpo e a autoestima em jovens

mulheres com insatisfação corporal (RESENDE *et al.*, 2021).

Três artigos foram encontrados que associaram o comer intuitivo com perda de peso/saúde-doença. Jardim em 2019, verificou se a abordagem comer intuitivo promove maior perda de peso e melhora os resultados de saúde em comparação aos programas tradicionais de emagrecimento, por meio de uma revisão integrativa da literatura. Encontraram que dos ensaios clínicos realizados com indivíduos obesos, todos os estudos a abordagem tradicional da dieta promoveram maior perda de peso, mas o comer intuitivo obteve melhores resultados nos componentes nutricionais e metabólicos. Concluem dizendo que o comer intuitivo suporta vários benefícios para a saúde, que são alcançáveis e sustentáveis a longo prazo, mesmo na ausência de perda de peso. Devendo ser então, incentivado como parte das intervenções para perda de peso em indivíduos com IMC 30 kg/m<sup>2</sup>(JARDIM, 2019).

Corroborando com Barbosa et al. (2020), que também ao realizar uma revisão integrativa da literatura acerca do papel das intervenções baseadas em *mindfulness*, *mindful eating* e comer intuitivo na abordagem do sobrepeso e obesidade e dos transtornos alimentares, encontraram que os estudos demonstram benefícios das abordagens centradas no *mindfulness*, *mindful eating* e comer intuitivo no comportamento alimentar e nos aspectos emocionais e psicológicos dos indivíduos com excesso de peso e transtorno alimentar, reduzindo o comer emocional, comer guiado por fatores externos, e episódios de compulsão alimentar, bem como reduzindo os níveis de estresse, ansiedade e depressão. Para a perda de peso, os resultados são menos consistentes, haja visto que diversos estudos não observaram diferença para este parâmetro. E por último, Soares (2020), identificou a associação entre comer intuitivo e controle glicêmico em indivíduos com diabetes tipo 2 *mellitus*. Encontrou que comer de forma intuitiva, principalmente de acordo com as necessidades corporais, pode estar associado a menores chances do tipo 2 diabéticos com controle glicêmico inadequado.

O único artigo produzido por pesquisadores brasileiros encontrado nessa revisão que realizou avaliação psicométrica do instrumento utilizado para avaliar o comer intuitivo foi de Da Silva, W. R., (2018), no qual traduziu a *Intuitive Eating Scale* – (IES-2) para o português brasileiro e investigaram suas estruturas fatoriais usando análise fatorial confirmatória.

Os resultados da análise fatorial confirmatória indicaram que as estruturas fatoriais de ambas as escalas apresentam ajuste adequado após a eliminação de itens e adição de covariâncias. Evidência de fatorial adequado, validade convergente e discriminante, bem como a confiabilidade foi identificada, podendo então ser utilizada para a população brasileira, para avaliar o comer intuitivo (DA SILVA, 2018).

Em suma, os resultados apresentados pelos pesquisadores nacionais são esperançosos, apesar de ainda serem poucos. O comer intuitivo tem se correlacionado com a apreciação corporal e satisfação pela população. Bem como, vem sendo correlacionado a melhores atitudes, comportamentos alimentares e indicadores de saúde pela população. Além disso, pode-se concluir que comedores intuitivos apresentam uma imagem corporal mais positiva e menor risco para o desenvolvimento de TAs. Há necessidade que mais pesquisadores brasileiros realizem estudos sobre comer intuitivo, em especial para ensaios clínicos controlados randomizados, visando a melhoria da satisfação corporal e redução dos fatores de riscos para os TAs.

## REFERÊNCIAS

AVALOS, L.; TYLKA, T. Exploring a model of intuitive eating with college women. **Journal of Counseling Psychology**, v. 53, p. 486-497, 2006.

BARBOSA, M. R. Mindfulness, mindful eating e comer intuitivo na abordagem da obesidade e transtornos alimentares. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 16, n. 3, p. 118-135, 2020.

DONINI, A. B. *et al.* Alimentação intuitiva na Atenção Primária: prática do nutricionista e percepção do usuário / Intuitive Eating in Primary Care: Nutritionist's Practice And Patient's Perception. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 22, n. 4, p. 746-766, 2021.

JADIM, A. T. Intuitive food approach compared to traditional weight lossing programs on weight loss and health outcome. **Revista Brasileira de Obesidade Nutrição e Emagrecimento**, v. 13, n. 80, p. 570-575, 2019.

LIMA, R. S. V. *et al.* The relationship between intuitive eating and body dissatisfaction among people with excess weight. **Revista Brasileira de Obesidade Nutrição e Emagrecimento**, v. 14, n. 87, p. 661-670, 2020.

OLIVEIRA, J.; CORDÁS, T. A. Eating behavior, non-food substance consumption and negative urgency in women. **Einstein**, v. 18, p.



eAO5269, 2020.

RAMOS, M. H. *et al.* Intuitive eating and body appreciation in type 2 diabetes. **Journal of Health Psychology**, v. 27, n. 2, p. 255-267, 2022.

SEIXAS, C. M. *et al.* Fábrica da nutrição neoliberal: elementos para uma discussão sobre as novas abordagens comportamentais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**, v. 30, n. 4, p. e300411, 2020.

SILVA, W. R. *et al.* A psychometric investigation of Brazilian Portuguese versions of the Caregiver Eating Messages Scale and Intuitive Eating Scale-2. **Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, v.25, 2018.

SOARES, F. L. P. *et al.* Intuitive eating is associated with glycemic control in type 2 diabetes. **Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, v. 26, n. 2, p. 599–608, 2020.

TRIBOLE, E.; RESCH, E. **Intuitive Eating: A Revolutionary Anti-Diet Approach**, 4th Edition. Saint Martin's Paperbacks, New York, 2020.

TRIBOLE, E.; RESCH, E. **Intuitive Eating: A Revolutionary Program That Works**. Saint Martin's Paperbacks, New York, 1995.

TYLKA, T. L. Development and psychometric evaluation of a measure of intuitive eating. **Journal of Counseling Psychology**, v. 53, n. 2, p. 226–240, 2006.

TYLKA, T. L.; HOMAN, K. J. Exercise motives and positive body image in physically active college women and men: Exploring an expanded acceptance model of intuitive eating. **Body Image**, v. 15, p. 90-97, 2015.

# A OCORRÊNCIA DE INTERNAMENTOS HOSPITALARES DE CRIANÇAS POR ASMA NO BRASIL: UMA ANÁLISE DO DATASUS

*Maurizio Matos Uchôa<sup>1</sup>*

*Florência Paulo Nhavenge Timbane<sup>2</sup>*

## **Introdução**

A saúde é um dos bens mais importantes em todas as sociedades humanas. A saúde pública deve estar sempre presente sem discriminação de alguma forma. A compra e a vacinação de brasileiros contra o Covid-19 em 2020 e 2021 resulta dessa necessidade e da responsabilidade do Estado. O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 visou oferecer um atendimento dos serviços de saúde a cada brasileiro e brasileira e a todo/a estrangeiro/a residente no território brasileiro. O Sistema Único de Saúde (doravante SUS), criado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 visa “garantir o acesso universal de seus cidadãos aos cuidados em saúde que necessitam para ter uma vida mais longa, produtiva e feliz.” (REIS, ARAUJO, CECILIO, s.d, p.3).

De acordo com a Constituição Federativa do Brasil (1988) em seu

---

1 Graduado em Enfermagem pela Faculdade FSTA (2010), Especialista em Saúde Pública pela Estácio de Sá, Mestre em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente pela FAMAM na Linha de pesquisa: Planejamento em Saúde Pública. Atualmente é professor da Faculdade IBES - FACSAL dos cursos de Bacharelado em Enfermagem desde 2014. Enfermeiro assistencial oncológico do ano de 03/2016 a 09/2020 das Obras Sociais Irmã Dulce. Orienta pesquisas de TCC da Graduação e Pós-Graduação dos cursos da área da saúde.

2 Bacharel em Enfermagem, Centro Universitário de Salvador (BA), Técnica em Enfermagem pelo Centro Educacional e Técnico de Araraquara (SP). Tem experiência em atendimento primário tendo realizado vários estágios em Moçambique e no Brasil.

Artigo 196º, a “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Isso significa que os profissionais da saúde têm uma missão importantíssima na sociedade, porque eles são o garante para uma saúde pública que respeita a saúde e a dignidade humana. É nesta perspectiva que nos propomos debruçar sobre a asma, uma doença hereditária que preocupa o mundo porque cerca de 334 milhões de pessoas sofrem da doença atingindo todas as idades, raças e etnias, segundo Fórum Internacional de Sociedades Respiratórias (2017). No Brasil, a asma atinge cerca de 8,4 milhões de pessoas, segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE (2020, p.64). Cada país ou sociedade deve tomar um conjunto de políticas públicas e sanitárias por forma controlar e a minimizar o sofrimento das pessoas, daí a relevância do presente estudo. A doença quando não é controlada pode causar muitos desconfortos e preocupações permanentes no paciente e entre pessoas ou famílias.

Muitos estudos têm se preocupado com as faixas etárias de 18 ou mais anos. Outros analisam fenômenos propensos aos adultos de ambos os sexos. Esta pesquisa dará enfoque para crianças de 1 à 4 anos das cinco regiões do Brasil. Sendo uma doença hereditária na maioria dos casos será interessante compreender a manifestação e a incidência em crianças menores. O presente trabalho se justifica em razão do índice elevado de incidência de asma no Brasil, uma vez que a doença caracteriza-se por apresentar quadros graves e assim se torna desafiador e de difícil tratamento. É importante estudar essa problemática para evitar muitas mortes, especialmente em crianças. O presente trabalho vai contribuir para mudança de comportamento médico no tratamento de asma. Espera-se atrair a atenção para o tema e contribuir para a descoberta de novas hipóteses de tratamento da asma. Além disso, nossas conclusões podem servir de base para outros estudos da área de enfermagem.

O presente trabalho tem como objetivo geral analisar a ocorrência de internamentos de crianças por asma no Brasil no período entre 2014 à 2020; Especificamente a pesquisa visa descrever se existe relação entre o aumento de casos de asma com as diferenças de temperaturas nas regiões

do Brasil; explicar a situação das crianças asmáticas, e os motivos de aumento de número de caso; Demonstrar os motivos de aumento números de casos; Demonstrar as causas de agravamento da doença no período de pesquisa. Sabendo que as crianças de 1 à 4 anos sofrem com asma logo nos seus primeiros anos de vida se questiona, Qual a ocorrência de internamentos de crianças por asma no Brasil no período entre 2014 a 2020?

O estudo sobre a asma no Brasil é relevante porque ainda há muitos casos de internamento ou em tratamento que de certo modo impedem a convivência e a realização das atividades laborais. A pesquisa é relevante porque as doenças respiratórias crônicas estão subdiagnosticadas no mundo e em especial no Brasil. Seria necessário diagnosticar as doenças respiratórias crônicas precocemente, quer dizer, nos primeiros anos de vida, de modo a reduzir a gravidade da doença e da deficiência. Muitos estudos mostram que o ideal seria que a espirometria fosse eficaz e de baixo custo para todos os brasileiros independentemente do setor público ou privado, mas também que fosse acessível nas zonas rurais do Brasil. A pesquisa torna-se relevante porque a utilização de espirometria para todos os doentes em risco não pode ser recomendada, pois requereria recursos adicionais que não estão facilmente disponíveis no Brasil. A Constituição da República Federativa do Brasil (1988), a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1954) defendem a vida e o respeito a dignidade humana. Estudar estes problemas sociais ajuda bastante para que as soluções de problemas de saúde sejam cada mais eficiente e acessível à sociedade independentemente do nível social.

Segundo a Organização Mundial de Saúde- OMS (2007), o fumo do tabaco e a tuberculose são dos principais co-factores responsáveis pelo desenvolvimento e gravidade das doenças respiratórias crônicas ocupacionais, necessitando de uma abordagem abrangente ao fumo e à tuberculose em contexto ocupacional. Resultados dos estudos da OMS (2007) apontam que em países de rendimento elevado, as abordagens específicas à doença podem ser mais apropriadas. Desta forma, as doenças respiratórias crônicas na infância e na adolescência precisam de atenção específica. O controle das doenças respiratórias crônicas ocupacionais é uma prioridade. O acesso e a disponibilização de diagnóstico e medicamentos são essenciais.

Quanto à organização o capítulo se divide em quatro partes. A primeira parte, dedica-se aos conceitos básicos para uma pesquisa científica porque ela não parte do nada. A pesquisa deve estar embasada em estudos já feitos que sustentam os argumentos. Daí a relevância das citações na argumentação e nos debates das diversas ideias. A segunda parte debate-se as questões dos contextos da asma em crianças no Brasil. Nessa parte definiremos o que é criança e a especificação da faixa etária que será objeto de pesquisa. Na terceira parte, levantam-se debates a cerca das condições socioeconômicas como questões influenciadoras da saúde pública. Esta questão será fundamental para a compreensão das relações entre o meio ambiente e o agravamento de casos de asma. Antes da apresentação das referências utilizadas, o texto termina apresentando as considerações finais e propostas para uma política de saúde que se atenta para crianças com asma na faixa etária de 1 à 4 anos.

## **1 Aspectos conceituais e de fundamentação teórica**

Asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas que ocorre clinicamente por episódios de hiper-responsividade (HR) das vias inferiores e por limitação ao fluxo aéreo. A crise asmática, segundo Stirbulov, caracteriza-se pelo aumento progressivo na dispneia, na sibilância ou na constrição torácica, acompanhada de diminuição do fluxo expiratório, quantificada por medidos funcionais pulmonares como pico de fluxo expiratório (STIRBULOV, 2006). Para Pizzichini et al. (2020, p.2) a asma “é uma doença heterogênea, geralmente caracterizada por inflamação crônica das vias aéreas”. Os autores acrescentam que a doença é definida pela história de sintomas respiratórios do tipo sibilos, dispneia, opressão torácica retroesternal e tosse, os quais podem variar com o tempo, com ambiente, com intensidade ou não.

Esta doença provoca mais internações no Brasil de acordo com a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisologia (SBPT) fazendo com que mais de 92 mil e a média é de 7.747 internações por mês. Esses casos são preocupantes porque crianças deixam de ir à escola, trabalhadores deixam de realizar as suas atividades profissionais para além de ofuscar o SUS, assim como ocupação de leitos. Estudar e procurar formas de evitar ou

prevenir é crucial para o controlo e a educação cívica é fundamental, pois vale apenas prevenir do que remediar. Desta forma, educar a sociedade sobre os riscos e as medidas de proteção é fundamental para o sucesso. Uma sociedade consciente apoia em grande medida, a solução da complexidade de políticas públicas para além de conter o controlo das doenças.

A asma se divide em dois tipos: a asma alérgica e a asma não alérgica. A **asma alérgica** é provocada por substâncias alérgicas que podem ser poeiras, pólen, o contato com pelos de animais domésticos, assim como mofo causado pela umidade das paredes de casas ou edifícios. A **asma não alérgica** é provocada pelo ar seco, que geralmente varia de região para região do Brasil, estresse, ansiedade ou ainda o clima frio. A combinação destes fatores pode influenciar de certa forma para os três tipos de gravidades da asma: gravidade leve, gravidade moderada ou gravidade grave. Por essa razão a educação em asma é fundamental para o controle da situação. Quando se fala de educação referimo-nos a divulgação das formas de controlo ou de prevenção do agravamento da doença.

As famílias precisam ajudar membros da família que sofrem de asma para além de criar situações de higiene que favoreçam uma saúde mais adequada. Por outro lado, a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (PIZZICHINI et al., 2020) chama atenção para a importância do manejo criterioso da terapia medicamentosa como tática fundamental para o controle da doença. A avaliação periódica do controle da asma é também “um importante marcador dinâmico do nível da doença e o principal parâmetro para o julgamento da necessidade de ajuste no plano de tratamento do paciente” (PIZZICHINI et al., 2020, p.2).

Os estudos científicos não conseguem determinar com exatidão as causas do aumento da asma no mundo nos últimos anos porque cada país e região tem as suas especificidades e por vezes depende do nível socioeconômico. Há que estudar as especificidades de cada país, de cada região e compreender as particularidades de cada comunidade. Isso significa que é fundamental desenvolver estudos específicos por forma a compreender as realidades locais assim como a busca de soluções para atender essa população. A verdade é que a predisposição genética para a proliferação da asma (hereditária) não é o único fator, mas há que estudar outras causas humanas como a poluição do ar, do meio ambiente, a exposição a

alérgenos ambientais, assim como a infecção do trato respiratório.

Muitos resultados de pesquisas científicas chamam atenção para o estabelecimento de estratégias para a prevenção primária. Podemos prevenir evitando o consumo do tabaco (o tabagismo), incluindo durante a gravidez porque o fumo pode prejudicar o sistema respiratório e agravando a asma. Por outro lado, o uso de antibióticos de amplo espectro nos primeiros anos de vida também pode ser um fator relevante para o agravamento da asma. Evitar fumar é uma atitude importante para proteger uma família com casos de asma. Sendo uma doença sem cura, os medicamentos ajudam apenas para o controle das crises ou permitir que a gravidade do ataque não atinja níveis mais altos. O uso de broncodilatadores inalatórios é de certa forma relevante para oferecer um alívio momentâneo dos sintomas da asma. A asma é uma doença com baixa taxa de mortalidade, mas preocupante com relação às crianças, tal como apontam Cardoso et al. (2017).

## **2. Questões dos contextos da asma em crianças no Brasil**

Nesta seção, a pesquisa deu enfoque para a criança, partindo dos seus direitos que em muitos momentos são violados. As crianças, que são objeto de análise nesta pesquisa, localizam-se na faixa de 1 a 4 anos. A escolha dessa faixa se justifica por questões de delimitação metodológica. Antes de mais apresentam-se alguns conceitos básicos que fundamentam os conceitos. De acordo com Brasil (1990) em seu artigo 2º, considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade. Por outro lado, a *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Assembleia Geral da ONU em 20 de novembro de 1989 que entrou em vigor em 2 de setembro de 1990 também defende a mesma definição. Os artigos 7º e 14º são fundamentais para a defesa da saúde da criança.

Art. 7º “A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.”

Art. 14º “O Sistema Único de Saúde promoverá programas de assistência médica e odontológica para a prevenção das enfermidades que ordinariamente afetam a população infantil, e campanhas de educação sanitária para pais, educadores e alunos.”

A proteção da saúde da criança está já plasmada em muitos documentos oficiais nacionais e internacionais. Quando falamos de documentos internacionais nos referimos à: i) **Declaração de Alma-Ata** (Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978); ii) **Carta de Ottawa** (1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Ottawa, novembro de 1986); iii) **Declaração de Adelaide** (2ª Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, Adelaide, Austrália, 5-9 de abril de 1988); iv) **Declaração de Sundsvall** (3ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, Sundsvall, Suécia, 9-15 de junho de 1991); v) **Declaração de Santafé de Bogotá** (Conferência Internacional de Promoção da Saúde Santafé de Bogotá, Colômbia, 9-12 de novembro de 1992); vi) **Declaração de Jacarta** (4ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, Jacarta, Indonésia, 21-25 de julho de 1997); vii) **Declaração de México** (5ª Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde Cidade do México, México, 5-9 de junho de 2000).

O que falta, em muitos momentos é a aplicação prática dos preceitos dessas leis, decretos. Por outro lado, há estudos como os de Pitchon et al. (2018) que evidenciam a relevância dos estudos sobre a saúde da criança. Pitchon et al. (2018, p.10) apontam para um conjunto de fatores de risco para a mortalidade por asma no Brasil:

(i) Falhas na percepção e no reconhecimento da gravidade da doença e de suas exacerbações; (ii) Visitas frequentes aos serviços de urgência; (iii) Internações hospitalares; (iv) Admissões prévias em unidades de tratamento intensivo e a ocorrência anterior de crises asma grave quase fatais; (v) Insuficiência na educação e na adesão do paciente, sua família e /ou profissionais de saúde ao tratamento; (vi) Uso excessivo de medicamentos broncodilatadores de curta duração e a administração dos broncodilatadores de longa duração em formulações isoladas; (vii) Inexistência ou irregularidade de uso dos corticosteroides inalatórios para prevenção da asma; (viii) Ausência de um plano de ação por escrito; (ix) Desconhecimento dos desencadeantes das exacerbações e falta de encaminhamento para o especialista; (x) Atraso na procura por assistência médica e/ou hospitalar; (xi) Tabagismo; (xii) Distúrbios psiquiátricos e emocionais; (xiii) Vulnerabilidade socioeconômica e (xiv) Existência de comorbidades

Os fatores apresentados por Pitchon *et al.* reforçam a importância



de estudos mais aprofundados sobre a problemática da asma infantil no Brasil. Esta faixa etária é sensível e por isso “a maioria dos óbitos (69%) ocorreu em menores de cinco anos de idade.” (Pitchon et al., 2018, p.10) Entre os adultos a mortalidade é menor, enquanto que para crianças menores a percentagem é maior e isso é preocupante. Nessa perspectiva, o estudo de Graudenz, Carneiro, Vieira (2017), explica que a ligeira redução da taxa de mortalidade de crianças de 0 a 4 anos se deve a introdução do uso de corticosteroides inalatórios por meio de políticas públicas de controle da asma. As pesquisas mostram que “além dos medicamentos de controle da asma, a inclusão da vacina pneumocócica no Programa Nacional de Imunizações também pode ter desempenhado um papel importante na indução da tendência decrescente da mortalidade da asma” (GRAUDENZ, CARNEIRO, VIEIRA, 2017, p.30).

As crianças dependem dos pais e da família. As crianças que nascem com asma deveria ter um acompanhamento médico permanente, acompanhamento da família e das políticas de saúde por meio do Ministério da Saúde. Os serviços de saúde devem identificar estes casos desde a tenra idade por forma a que haja acompanhamento permanente por parte dos profissionais de saúde. As mortes por asma estão associados à falta de conhecimento acerca da doença por parte de pacientes e dos seus familiares, especialmente nas zonas rurais. Fernandes et al. (2013) Afirma que “ausência de um plano de cuidados, falhas na identificação da gravidade das crises e na prescrição da terapêutica apropriada, tratamento emergencial inadequado, retardo nas hospitalizações, dificuldade de acesso aos cuidados de saúde, medicamentos essenciais e profissionais de saúde” (FERNANDES et al., 2013, p.146).

O estudo das relações entre as mortes por asma concluíram que “a mortalidade hospitalar (também dita letalidade hospitalar) em todo o país foi de 2,9 óbitos em cada 1000 internações por asma, tendo as regiões Sudeste e Sul apresentado as maiores taxas.” (NORONHA, CAMPOS, 2002, p.44). A taxa de mortalidade no SUS na faixa etária de 0 a 4 anos, no ano de 1996, foi cerca de cinco vezes maior que a taxa média norte-americana no período 1993-1995. A mortalidade hospitalar por asma está relacionada ao volume de hospitalizações de casos graves. Por outro lado, “os maiores valores de mortalidade hospitalar possam estar relacionados

a uma má qualidade da assistência ao asmático em qualquer dos níveis da atenção (ambulatorial, emergência, hospitalização) ou especificamente da hospitalização” (NORONHA, CAMPOS, 2002, p.46)

### **3. Condições socioeconômicas como influenciadoras dos problemas da saúde pública**

Vários estudos como os de Assis et al. (2007), Carvalho (2013), Souza (2020), Freire (2007) e Brito (2008) têm procurado demonstrar que mesmo que a saúde seja direito de todo cidadão existe os que são mais cidadãos do que outros. O Sistema Único de Saúde é um dos sistemas mais importantes e exemplares no mundo. Vimos com a pandemia da Covid-19 que o SUS faz diferença e promove a igualdade entre os cidadãos, o que a elite brasileira não deseja. Com isso se pretende mostrar que quem tem condições consegue um plano de saúde e é atendido em hospitais de luxo mais especializados e equipados particulares. O pobre fica na fila do SUS (por tempo indeterminado) e perde muito tempo à espera até que a doença acaba evoluindo para a gravidade extrema. Há razão de debater as relações entre as condições socioeconômicas e a saúde pública.

Esta pesquisa aborda a asma, uma doença que não possui altas taxas de mortalidade. Mesmo assim, populações mais pobres podem sofrer mais que cidadãos ricos. Uma simples consulta pode demorar uma eternidade, que entra em contradição com o artigo 5º da Constituição Federativa do Brasil de 1988. Nas comunidades mais distantes da cidade, em que os brasileiros percorrem dezenas de quilômetros para encontrar um posto de saúde, ficam automaticamente excluídos do seu direito à vida, à saúde, ao atendimento. Segundo Carvalho (2013),

as condições econômicas e sociais influenciam decisivamente as condições de saúde de pessoas e populações. A maior parte da carga das doenças - assim como as iniquidades em saúde, que existem em todos os países - acontece por conta das condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem. (CARVALHO, 2013, p.19).

Uma doença como a asma pode tornar-se mais preocupante em lugares onde há mais poluição, mais poeira ou mesmo más condições sanitárias degradantes que de certa forma podem piorar a gravidade da doença. Esse conjunto de fatores socioeconômicos relacionados à saúde

são denominados “determinantes sociais da saúde”, um termo que resume os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde. Infelizmente ainda não há igualdade de direitos à saúde o Brasil por isso que muitos cidadãos perdem a vida na fila do SUS.

As crianças, que são objeto de estudo nesta pesquisa, têm direitos fundamentais que são o tempo todo violados pela sociedade. As crianças de todo mundo precisam de viver em ambientes seguros, saudáveis, acolhedores, educativos e dinâmicos em que viver. Desta forma, “os programas de educação pré-escolar e as escolas, como parte do ambiente alargado que contribui para o seu desenvolvimento, podem ter um papel vital na construção das capacidades das crianças.” (CARVALHO, 2013, p.24). Aliás, o princípio 4º, da Declaração dos Direitos da Criança (1959) defende que a criança tem o direito a crescer e criar-se com saúde; para isto, tanto à criança como à mãe, serão proporcionados cuidados e proteções especiais, inclusive adequados cuidados pré e pós-natais. A criança terá direito a alimentação, recreação e assistência médica adequadas. Na maior parte dos casos, especialmente nas zonas rurais ainda é um sonho.

Um estudo de Freire (2007) que aborda sobre “Pobreza como fator de risco de asma em crianças e adolescentes atendidos em um ambulatório-escola de Pernambuco estudo de caso controle” defende que a pobreza, sendo uma realidade presente no Brasil, pode contribuir para a etiologia, exacerbação, reconhecimento e manuseio da asma e por vezes pode agravar situações que poderiam ser leves. Como fator etiológico, Freire defende que “a relação é corroborada pela hipótese da higiene, visto que indivíduos pobres estariam mais expostos a agentes microbianos e como consequência, menos propensos a desenvolver a doença” (FREIRE, 2007, p.29).

A pesquisa de Freire descreve que os grupos mais carentes estão, obviamente mais expostos às infecções, por viverem em aglomerados humanos e em más condições de limpeza e por estarem mais propensos a um desvio do perfil imunológico (T helper 1 para T helper 2). São os pobres que mais fumam devido ao estresse, a vulnerabilidade e ao acesso de bebidas alcoólicas que combinam com o consumo do cigarro para além de drogas. São os pobres que vivem em casas empoeiradas com presença de ácaros, de baratas, de fungos, de alérgenos do gato e de cachorro, assim como a exposição, ao gás de cozinha e dióxido de nitrogênio, associado à predisposição

genética. (FREIRE, 2007). Outra pesquisa interessante que estabelece as relações entre a asma e as condições socioeconômicas das crianças é o de Wehrmeister e Peres (2010). Para os autores, as crianças residentes na zona urbana têm maior chance de diagnóstico de asma do que as residentes na zona rural; Residentes em zonas urbanas têm mais facilidade de acesso aos serviços de saúde porque a zona urbana tem mais oportunidades (clínicas, postos e hospitais públicos e privados), embora a nossa opinião seja relativa. Há zonas urbanas sem saneamento básico, sem condições de vida humana e de sobrevivência (SOUZA-MACHADO, 2008; 2012).

Outro elemento a apontar, retirado do estudo de Wehrmeister e Peres (2010) mostra que a aglomeração de pessoas e famílias devido a pobreza pode influenciar no aumento de doenças respiratórias, principalmente com infecções cruzadas entre os moradores. Além disso, o clima pode contribuir (de certa forma) para o aumento de casos. Por exemplo, os autores afirmam que temperaturas mais baixas no Sul proporcionam ambientes fechados por períodos mais longos, diminuindo a circulação de ar, facilitando essas infecções e também os processos alérgicos. Para os autores, residir em casas cujas paredes são de madeira, palha, taipa ou outros materiais se apresenta como um fator de proteção para o diagnóstico de asma na Região Sul. (WEHRMEISTER; PERES, 2010, p.1849).

Terminamos este debate teórico trazendo para a pesquisa, os debates de Brito et al. (2008) que defendem que a “baixa renda como fator de proteção contra asma em crianças e adolescentes usuários do Sistema Único de Saúde”. O estudo sustenta a ideia segundo a qual a pobreza pode contribuir para a etiologia, exacerbação, reconhecimento e manuseio da asma. Um outro estudo realizado no Reino Unido em crianças pequenas provou que

a pobreza possui determinantes e características diversas nas diferentes populações, mesmo dentro do Brasil. Segundo um estudo, a pobreza em nosso país tem origem na perversa distribuição de renda e nas oportunidades de inclusão econômica e social, sendo mais evidente nas regiões Norte e Nordeste. (BRITO et al. 2008, p.254).

O Brasil não é um país isolado do mundo. Sabe-se dos níveis de pobreza que assolam. A pobreza é mais visível nas grandes cidades brasileiras e piorou mais, nestes dois últimos anos (2020-2021) da pandemia. Esses fatores podem influenciar de certa forma para o agravamento de casos, tal

como demos enfoque nesta pesquisa. Por exemplo, 13% de brasileiros tem “paredes externas construídas predominantemente com materiais não duráveis”<sup>3</sup>. Dos dados se observa que 24,4% são brasileiros da região Norte e 15% são da região Nordeste não possuem casas adequadas e que essas casas podem permitir o contato com poeiras e agravar a situação de asma em crianças pequenas. A foto 1 ilustra um bairro pobre em que a rua não está pavimentada (o que propicia o empoeiramento das residências) e as casas estão muito próximas umas das outras, construídas com materiais precários. Em geral, esses bairros ao têm serviços de saneamento básico, rede de água ou esgoto, coleta de lixo, o que suscita precariedade da vida dos moradores (IBGE, 2018).

Foto 1: As condições sociais sendo fatores de agravamento da asma



Fonte: Universidade Tiradentes (2021)

Segundo o IBGE (2018), as regiões do Brasil apresentam rendimentos domiciliar per capita diferentes, sendo as regiões de Nordeste e Norte as que têm menos renda. Os dados do IBGE (2018) mostram que a renda na região Sudeste é de R\$ 1773; na região Sul é de R\$ 1 788; na região Centro-Oeste com R\$ 1776,00; na região Norte com R\$ 1011; e a região Nordeste com R\$ 984. Esta renda baixa não ajuda bastante para o povo mais carente porque o preço dos produtos alimentícios mais básicos

3 “Considera-se como de material durável as paredes de alvenaria (com ou sem revestimento), de taipa revestida, e de madeira apropriada para construção. Considera-se como de material não durável as paredes de taipa não-revestida, de madeira aproveitada e de outros materiais.” (IBGE, 2018, p.64).

aumenta a cada dia. A inflação é alta e mesmo com auxílio emergencial não melhora em nada na vida da população.

A poeira nestas condições pode ser um grande impulsionador do aumento de crises. A circulação de carros, de pessoas cria condições para que a poeira se levante e se espalhe pelo bairro e pelas casas. E essa poeira pode influenciar no agravamento da asma, especialmente em crianças mais pequenas, de 1 a 4 anos de idade. Os estudos de Dalcin (2007), Santana, Barreto e Carvalho (1997), Chatkin (2003) e Costa (2014) apontam para a relevância de estabelecimento de políticas públicas mais eficientes que poderiam começar pela base, quer dizer, criando campanhas de educação cívica da população e a chamada de atenção sobre os riscos de saúde, especialmente em comunidades mais pobres. Os agentes comunitários têm uma tarefa preponderante nesse trabalho. Sabemos que os políticos só se aproximam destes lugares pobres durante a campanha e depois de vencer o processo eleitoral não estabelecem melhorias ou mesmo o melhoramento das condições de vida da população mais carente. Por isso que as desigualdades no Brasil são muito visíveis e marcantes.

#### **4. Apresentação e análise de dados do DATASUS para a asma**

##### ***4.1. Aspectos metodológicos: materiais e métodos***

Toda a pesquisa científica deve ter uma metodologia bem delimitada no tempo e no espaço. A metodologia, segundo Cardoso “é imprescindível ao Projeto de pesquisa e precisa estar atrelada a área do conhecimento a que pesquisa se vincula, isto é, ao tema e, sobretudo –insisto- aos objetivos.” (CARDOSO, 2016, p.54). A metodologia permite apresentar quais os caminhos que o pesquisador de verá seguir para o alcance dos objetivos preconizados. Lakatos e Marconi (2016) defendem que os métodos também são fundamentais para compreender como a pesquisa deve se desenvolver. Esta pesquisa seguirá o método hipotético-dedutivo de Karl Popper, uma vez que parte de um problema, que é alicerçada por um conjunto de respostas provisórias (hipóteses), passando por uma crítica a solução com vista a eliminação do erro.

Estudos de Lima-Costa e Barreto apontam que epidemiologia é

definida como “o estudo da distribuição e dos determinantes das doenças ou condições relacionadas à saúde em populações especificadas” (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003, p.191). Dentro desse estudo temos o método que estuda da ocorrência de doença em um determinado grupo populacional (países ou municípios, ou estados ou bairros) com intuito de verificar a possível existência da relação entre as variáveis. Em outras palavras, um estudo ecológico se preocupa com a comparação e a sua vantagem é “vantagens é a possibilidade de examinar associações entre exposição e doença/condição relacionada na coletividade.” (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003, p.194).

Trata-se de um estudo ecológico e que utilizou critérios de revisão sistemática da literatura. Tal método foi empregado no intuito de facilitar uma síntese dos artigos selecionados, analisar a qualidade metodológica e das informações contidas. A seleção dos descritores utilizados na busca da literatura foi adotada mediante consulta ao DeCS (Descritores de Ciências da Saúde) da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), sendo eleitos os termos na língua portuguesa: A busca foi realizada nas bases de dados: LILACS, MEDLINE, BIREME e DATA SUS, realizadas entre janeiro de 2014 e dezembro de 2020, tendo como critérios de inclusão: publicação no formato de artigo científico; realizado nos últimos sete anos (2014-2020). O DATASUS<sup>4</sup> é uma base da coleta e análise das informações do Ministério da Saúde. O DATASUS apresenta vários dados estatísticos disponíveis ao público, das quais se pode citar: informações de saúde, Informações financeiras, tabelas e aplicativos e a seção de serviços.

Para a presente pesquisa interessou-nos a parte de Tabelas e aplicativos onde estão disponibilizados os dados sobre as informações sobre internações hospitalares, cadastro nacional de estabelecimentos de saúde, assistência ambulatorial, nascidos vivos e população. Uma pesquisa que analisa dados públicos não precisa de ser submetida a Comissão de Ética. Não houve necessidade de submeter à Plataforma Brasil porque o

---

4 Departamento de informática do Ministério da Saúde formalizado pelo Decreto 100, de 16 de abril de 1991. O objetivo é de coletar, processar e disseminar informações a cerca das ações dos serviços de saúde no Brasil. Essa captação de dados permite acompanhar a evolução de doenças, conhecer a situação da vacinação, questões de tratamento e prevenção de doenças. É uma base de dados fundamental para conhecer os contextos da saúde no Brasil.

DATASUS é um conjunto de dados de livre acesso, gratuito e público. Desta forma, organizamos a coleta de dados cuidando as seguintes variáveis: A doença (asma), região geográfica (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), faixa etária/idade (de 1 a 4 anos), internação por asma, local de residência e sexo, ano por atendimento e internações.

É importante acrescentar que a pesquisa analisa primeiro a internação no cômputo mais regional para depois analisar os contexto de Salvador que é um município localizado na região em que mais ocorrem casos de asma. Salvador é uma das principais cidades de Nordeste com uma população estimada em 2.900.319, segundo o IBGE. Salvador tem 15.58 óbitos por mil nascidos vivos (IBGE, 2019). Este dado nos chamou atenção e sentimos a necessidade de concentrar a pesquisa em crianças. Mas não dá para desenvolver uma pesquisa com todas as causas de morbidades. Por questões de delimitação escolhemos a asma, sendo uma doença muito comum e que poderia ser controlada por meio de adoção de políticas de saúde (municipais e estaduais) que orientam. Por outro lado, os problemas socioambientais são de fácil gestão desde que haja políticas ambientalistas que controlam a emissão gases tóxicos.

#### ***4.2. Os dados e as análises do contexto do Brasil***

Analisando os dados de DATASUS se observa que a asma ainda é uma doença muito presente na vida dos brasileiros. Daí a necessidade de compreender aspectos da internação por asma. Nesta pesquisa estabelecemos as relações entre a asma e as regiões de predominância buscando o tempo todo, as razões do agravamento da doença e faremos contrapontos entre a doença e o nível socioeconômico. Partimos do princípio de que os fatores do agravamento da asma são mais recorrentes em comunidades mais pobres, tal como mostraram os estudos teóricos aqui apresentados. A tabela 1 ilustram as relações entre a doença e a região de predominância:



Tabela 1: A asma e as internações por ano/atendimento segundo região (1 a 4 anos)

Região	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
<b>TOTAL</b>	<b>1.300</b>	<b>34.408</b>	<b>34.805</b>	<b>29.793</b>	<b>30.189</b>	<b>28.059</b>	<b>25.421</b>	<b>11.789</b>	<b>195.764</b>
2 Região Nordeste	391	14.561	13.555	11.216	12.120	10.602	9.562	3.677	75.684
3 Região Sudeste	406	9.560	10.570	8.248	8.202	8.886	7.617	4.782	58.271
4 Região Sul	213	4.804	5.274	4.515	4.550	4.285	4.065	1.510	29.216
1 Região Norte	194	3.921	3.785	4.261	3.630	2.710	2.352	865	21.718
5 Região Centro-Oeste	96	1.562	1.621	1.553	1.687	1.576	1.825	955	10.875

Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde-Sistema de Informações Hospitalares do SUS

De 2014 a 2020, o número de casos de internação hospitalar por asma no Brasil foi de 195.764 casos e a região Nordeste foi a que mais teve casos 75.684. Com relação ao mesmo período em estudo, observa-se que os números vêm recrudescendo tendo chegado em 2020 a 11.789 o que corresponde a 6,0%.

Em 2020, as regiões Sudeste e Nordeste foram as que mais tiveram casos de internamento: 4.782 e 3.677 casos respectivamente. De 2014 a 2020 observa-se que a asma atingiu mais a região Nordeste. Esse fenômeno pode-se justificar pela pobreza, tal como os dados de IBGE (2018) apontam. A pobreza pode ser um dos fatores preponderantes para o agravamento da doença nessa região do país. O recrudescimento dos casos ao longo dos anos 2014 a 2020 pode se justificar pelo estabelecimento de políticas de saúde que se aproximam mais da população.

A região Sul do Brasil tem período do ano (especialmente no inverno) em que as temperaturas são muito baixas (inferiores à 0°C). Isso significa que esta região, teoricamente seria a que mais poderia ser suscetível a mais casos de asma, mas os dados da pesquisa no DATASUS mostram que é uma região mediana estatisticamente apresentando um total de 29.216 (14,9%) de 2014 a 2020.

Este dado pode se justificar pelo fato da região Sul ser a que o nível socioeconômico é mais estável comparativamente as regiões Norte e Nordeste. Desta forma, pode-se concluir que as condições climáticas não são suficientes para o agravamento de asma porque se assim fosse, as regiões Norte e Nordeste teriam menos casos. Na região Norte observa-se que o agravamento é devido as condições socioeconômicas. As tabelas 2

e 3 mostram a internação de crianças de 1 à 4 anos divididos por gêneros masculino e feminino. Na primeira coluna se observam as cinco regiões do Brasil. Primeiramente apresentam-se os totais, para depois apresentar os dados de cada região de 2014 a 2020. Os valores de 2013 apareceram porque o sistema de DATASUS não permitiu apresentar os dados de 2014 sem que tenham os dados de 2013. O quadro foi gerado com base no raqueamento dos dados no DATASUS. Os dados apresentados pela tabela 2 mostram a dinâmica do gênero masculino e a tabela 3 apresenta o feminino.

Tabela 2: A internação por asma/crianças do sexo masculino (1 a 4 anos)

Região	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
<b>TOTAL</b>	<b>690</b>	<b>19.282</b>	<b>19.593</b>	<b>16.751</b>	<b>17.016</b>	<b>15.718</b>	<b>14.250</b>	<b>6.775</b>	<b>110.075</b>
2 Região Nordeste	228	8.285	7.722	6.453	6.857	6.062	5.409	2.140	43.156
3 Região Sudeste	197	5.245	5.787	4.549	4.577	4.857	4.183	2.704	32.099
4 Região Sul	119	2.656	2.975	2.537	2.557	2.344	2.277	885	16.350
1 Região Norte	98	2.203	2.141	2.322	2.057	1.581	1.345	490	12.237
5 Região Centro-Oeste	48	893	968	890	968	874	1.036	556	6.233

Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde-Sistema de Informações Hospitalares do SUS

Os dados são preocupantes ao longo do recorte estudado porque há uma oscilação grave de internamentos. A região centro-oeste nos parece mais mediana comparativamente as outras regiões. Os casos de asma em meninos não atingiram mil casos, o que é positivo se compararmos com as regiões Nordeste e Sudeste. Essa baixa taxa de meninos também se verifica o mesmo em meninas na região centro-oeste.

Tabela 3: A internação por asma/crianças do sexo feminino (1 a 4 anos)

Região	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
<b>TOTAL</b>	<b>610</b>	<b>15.126</b>	<b>15.212</b>	<b>13.042</b>	<b>13.173</b>	<b>12.341</b>	<b>11.171</b>	<b>5.014</b>	<b>85.689</b>
2 Região Nordeste	163	6.276	5.833	4.763	5.263	4.540	4.153	1.537	32.528
3 Região Sudeste	209	4.315	4.783	3.699	3.625	4.029	3.434	2.078	26.172
4 Região Sul	94	2.148	2.299	1.978	1.993	1.941	1.788	625	12.866
1 Região Norte	96	1.718	1.644	1.939	1.573	1.129	1.007	375	9.481
5 Região Centro-Oeste	48	669	653	663	719	702	789	399	4.642

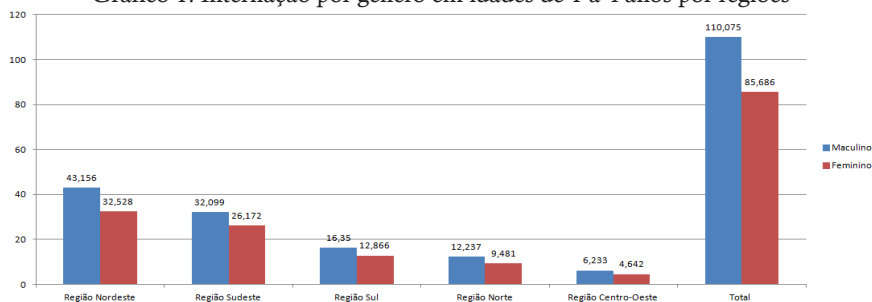
Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde-Sistema de Informações Hospitalares do SUS

Em relação ao gênero (masculino/feminino), de 2014 a 2020 observa-se que as crianças do sexo masculino são as que tiveram internação com asma (cf. Tabela 2 e 3). Sabendo que a população feminina no Brasil está em maior número por qual razão há mais crianças do sexo masculino (110.075 casos) internaram mais do que crianças do sexo feminino (85.689 casos)? A resposta a esta pergunta está na pesquisa de Ferreira et al. (2020, s.p.) quando defendem que “o sexo masculino está associado a concentrações mais elevadas de IgE aos 6 meses que persistem até 2-4 anos. Os meninos têm maior chance de asma e atopia, com relação masculino/feminino de 1,5:1”

Ao nascimento, os pulmões das meninas são, em média, menores que os dos meninos e podem ter menos bronquíolos respiratórios, no entanto a maturação parece ser mais avançada no sexo feminino do que no feto masculino desde 16 a 26 semanas, e com cerca de 26 a 36 semanas em termos de perfis fosfolipídicos refletindo sua produção de surfactante. Apesar de menor tamanho, os pulmões de neonatos femininos correm menos risco de desenvolver taquipneia transitória do recém-nascido e síndrome do desconforto respiratório; e são mais responsivos aos aceleradores hormonais da produção de surfactante. (FERREIRA et al., 2020, s. p.)

Quanto aos fatores genéticos, Ferreira et al. (2020) mostram que as mulheres possuem vários polimorfismos genéticos do que os homens. Há uma associação entre o genótipo do receptor citotóxico T4 (CTLA-4) e a concentração de IgE no sangue do cordão umbilical em meninas recém-nascidas. As diferenças genéticas entre homens e mulheres explicam as razões pelas quais as meninas têm menores casos de agravamento nos primeiros anos de vida podendo ser agravado na idade adulta. Os estudos de Ferreira et al. (2020) demonstram essa relação intrínseca, daí que, os serviços de saúde deve saber como lidar com essa realidade na prática. O acompanhamento é fundamental para proteger ou controlar o agravamento da doença. Isso significa que quando se prevê, pode-se atender com mais eficiência aliviando mais a dor e proporcionando uma saúde pública de qualidade. Com relação a internação de crianças por gênero nas regiões brasileiras observa-se que o Nordeste e o Sudeste têm maior quantidade de casos de internações por asma. O Sudeste tem maior quantidade de casos, tal como mostra o gráfico 1:

Gráfico 1: Internação por gênero em idades de 1 a 4 anos por regiões



Fonte: DATASUS/ Ministério da Saúde-Sistema de Informações Hospitalares do SUS

O número de casos de asma no Sudeste se justifica pelo fato de que São Paulo é o Estado com mais população no Brasil (46 milhões de habitantes), indústrias de tecnologias e fabricação de automóveis, indústrias petroquímicas e têxteis, produção de pecuária (criação de bovinos, suínos e aves) agricultura (cana de açúcar, laranja, milho, soja, banana, tomate, mandioca, batata, feijão, café, etc). Todas essas produções fazem com que o Estado de São Paulo seja o estado mais rico do Brasil, mas também ao mesmo o Estado mais poluidor. Sabemos a influencia da poluição do meio ambiente na vida da população. Existe uma relação entre a existência de indústrias poluidoras e o agravamento de casos de asma. Essa poluição justifica a existência de mais casos de internamento por asma no sudeste do Brasil. No caso de nordeste, os argumentos já foram referidos nas análises anteriores, apresentadas nas tabelas 2 e 3. Nos casos de óbitos da faixa etária de 1 a 4 anos, os dados de DATASUS mostram que a asma ainda causa a morte de muitas crianças no Brasil (272 casos) no período em estudo (2014-2019). Os dados de 2020 não apareceram na rodagem dos dados do DATASUS. Desta forma, analisaremos os dados dos seis (6) anos.

Tabela 4: Óbitos de crianças (1-4 anos) por asma no período 2014-2019

Região	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>53</b>	<b>40</b>	<b>41</b>	<b>33</b>	<b>48</b>	<b>272</b>
2 Região Nordeste	30	20	10	12	10	13	95
3 Região Sudeste	16	17	13	15	11	22	94
1 Região Norte	3	5	7	7	5	5	32
4 Região Sul	7	8	6	2	3	5	31
5 Região Centro-Oeste	1	3	4	5	4	3	20

Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde-Sistema de Informações Hospitalares do SUS

A diferença de óbitos das Regiões Nordeste (95 casos) e Sudeste (94 casos) é de 1 óbito. Estatisticamente estas duas regiões estão empatadas e relevam maior quantidade de óbitos por asma. As políticas de saúde deveriam estar atentas a este fenômeno, uma vez que a medicina possui mecanismos de controlar a situação. Os fatores ambientais no caso do Sudeste podem estar relacionados ao aumento de casos.

As questões climáticas influenciam bastante no agravamento da asma. Veja-se que há mais risco de crise de asma em regiões com o ar seco e quando estiver muito úmido. Por outro lado, o tempo seco e frio que ocorre no inverno também é crucial para o agravamento da doença. Neste caso, os umidificadores são aparelhos indispensáveis para moderar crises em pacientes com asma. Há vários tipos de umidificadores: umidificadores de ar a vapor, umidificador ar ultrassônico, umidificador com sistema de pavio e umidificador de ar impulsor.

## Considerações finais e propostas

A proposta inicial dos objetivos tinha como ação principal (objetivo geral), analisar a ocorrência de internamentos de crianças por asma no Brasil no período entre 2014 a 2020. A pesquisa feita por meio dos dados do DATASUS permitiu compreender as relações entre a saúde de pessoas com asma e as condições socioeconômicas, assim como as diferenças regionais que por lado criam diferenças e por outro apresentam potenciais casos. Procurou-se descrever as relações entre a asma e a internação no período 2014-2020. Analisou-se as interferências do meio ambiente com a asma, porque sabe-se que a poluição do ar pode aumentar crises de asma. Procurou-se demonstrar alguns motivos que podem ser potenciais fatores

para o aumento números de casos.

As crianças são as que mais sofrem pela doença e é necessário que haja uma educação permanente da sociedade para minimizar os efeitos desconfortáveis da doença. Há atitudes coletivas e atitudes individuais que precisam de ser tomadas para ajudar cidadãos que sofrem da doença. Sabe-se que o agravamento da doença pode inibir o desenvolvimento de atividades laborais é motivo para a ausência na escola (que culmina com a evasão escolar) ou em outros espaços de convívio social e familiar. A educação da sociedade é fundamental para que a sociedade conheça as causas da doença e os caminhos para o controlo da doença.

Os dados da pesquisa mostram um fenômeno incomum em pesquisas. A faixa etária 1 a 4 anos mostra que as crianças femininas são as que menos ficam internadas em hospitais por causa de asma. Outros estudos publicados apontam para piora de mulheres (adultas). Com esses dados interpreta-se que à medida que a idade aumenta, as mulheres com asma tornam-se mais vulneráveis e fracas a gravidade de estado de saúde, acabando por internar. Por exemplo, os estudos de Zillmer et al. (2014, p.594) mostraram que “além de se sentirem mais incomodadas, as mulheres ainda apresentam tosse e falta de ar diurnas, ficam ofegantes, com chiado e com sensação de aperto no peito com maior frequência do que os homens.” Esta análise permite compreender que a resistência da mulher é mais eficiente nos primeiros anos de vida.

A educação da população é fundamental na sociedade brasileira especialmente em comunidades mais pobres. As secretarias de saúde federais, estaduais e municipais devem incluir no planejamento das duas ações a sensibilização da população para a educação para a preservação do ambiente. A fabricação de panfletos, além de transmissões em rádio e em canais de televisão. Seria interessante que pequenos vídeos sejam gravados e disponibilizados pelas redes sociais para que a população tenha conhecimento. Há que pensar em qual língua ou variedade se deve criar esses materiais publicitários sobre a asma. Por exemplo, materiais destinados aos povos indígenas devem ser gravadas nas línguas maternas desses povos e não em português.

O contato com os caciques e outros líderes comunitários pode ser fundamental para as traduções desses materiais. Os surdos também são

humanos e podem sofrer da doença. Seria interessante gravar vídeos em Libras para que os surdos tenham conhecimentos das doenças, assim como as formas de controlar e melhor o bem estar. Os materiais a ser produzidos devem atingir as redes sociais e os principais meios de comunicação mais tradicionais: televisão e rádio. Os materiais visuais, audiovisuais, escritos e em áudio devem ser preparados para diversas línguas e diversos públicos. Conhecer a doença é fundamental para o controle permanente por parte do paciente e da família.

A seguir apresentaremos algumas orientações possíveis que podem ser trabalhadas na educação em saúde pública tanto nas escolas quanto na sociedade em geral. A primeira é relativa à redução a poluição em espaços fechados, ou melhor, não permitir que ambientes poluídos estejam fechados porque é nesse espaço onde se pode inalar poeiras prejudiciais à saúde. Trabalhar com as famílias é fundamental, por forma a sensibilizar na limpeza doméstica adequada que evite riscos que representam perigo para a saúde. A segunda é diferente á reflexões sobre a mudança de combustíveis sólidos para tecnologias de energia mais limpa. A COP26 (<https://ukcop26.org/>), realizado em novembro de 2021 estabeleceu metas muito ambiciosas na luta contra a poluição do meio ambiente. O aquecimento global precisa ser reduzido e o estabelecimento da data do fim do uso do carvão e do metano que são materiais nefastos para o meio ambiente.

As famílias com crianças ou com membros com asma devem controlar a umidade nas paredes da casa evitando acumulação de bolor ou mofo. Se houver um fumante na família seria importante que este/a não poluísse os espaços mais comuns para preservar o doente de asma. As famílias devem evitar os alérgenos, assim como doenças respiratórias crônicas ocupacionais. Se a doença for diagnosticada seria importante que haja o início da terapia de oxigênio em doentes com insuficiência respiratória crônica, assim como o incentivo a realização de atividades físicas. É importante que o próprio doente esteja consciente dos perigos para melhor controlar e se preservar.

Cabe-nos sugerir possíveis caminhos para uma saúde pública que realmente respeite os direitos das crianças. A saúde é um direito previsto pela Constituição Federal de 1988. Há que refletirmos sobre a formação com qualidade dos profissionais em saúde pública. Essa atitude inclui a

preparação de infraestruturas e logísticas para que a qualidade da prestação de serviços seja eficiente. Sugere-se que haja fomento à pesquisa científica para que novos estudos analisem caminhos mais eficientes para melhoria da saúde pública da população brasileira.

## Referências

Assis AMO. et al. Desigualdade, pobreza e condições de saúde e nutrição na infância no Nordeste brasileiro. *Cadernos Saúde Pública*. Rio de Janeiro, vol.23, nº10, p.2337-2350, 2007.

Brasil. *Constituição Federativa do Brasil*. Brasília: Congresso Nacional, 1988.

Brasil. *Decreto 100, de 16 de abril de 1991*. Institui a Fundação Nacional de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1991/decreto-100-16-abril-1991-342868-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 07 nov. 2021.

Brasil. *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Estatuto da Criança e do Adolescente. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

Brito, MCA de et al. Baixa renda como fator de proteção contra asma em crianças e adolescentes usuários do Sistema Único de Saúde. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. vol.34, nº5, p.251-255, 2008.

Cardoso, JB. *Metodologia da pesquisa científica e produção do texto acadêmico para alunos da graduação e pós-graduação*. Goiânia: Editora Espaço Acadêmico, 2016.

Cardoso, T de A et al. Impacto da asma no Brasil: análise longitudinal de dados extraídos de um banco de dados governamental brasileiro. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Fisiologia, vol.3, nº3, p.163-168, 2017.

Carvalho, AI. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz (Org.). *A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ IPEA/ Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, vol. 2, p. 19-38, 2013.

Chatkin, MN. *Prevalência e fatores de risco para asma nas crianças da coorte de 1993*. Pelotas, RS. 140f. 2003. Tese de doutorado. Programa de Pós-gradua-



ção em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2003.

Costa, R dos S. *Asma na infância: Prevalência, conhecimento e percepção dos pais sobre doença*. Campinas, SP: s.n., 2014.

Dalcin, P de TR. *Tratamento da crise de asma no pronto socorro*. 2007. Disponível em: [http://itarget.com.br/newclients/sbpt.org.br/2011/downloads/arquivos/Revisoes/REVISAO\\_04\\_TRATAMENTO\\_CRISE\\_ASMA\\_PRONTO\\_SOCORRO.pdf](http://itarget.com.br/newclients/sbpt.org.br/2011/downloads/arquivos/Revisoes/REVISAO_04_TRATAMENTO_CRISE_ASMA_PRONTO_SOCORRO.pdf) Acesso em: 16 mai. 2021.

Fernandes, AGO. et al. Fatores de risco para morte por asma. *Brazilian Journal Allergy Immunology*. vol. 1, n° 3, s.p. 2013.

Ferreira, WF da S et al. Fatores associados ao sexo para sibilância recorrente e a asma. *Revista Oficial da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia / ASBAI*. Vol.4, n°2, s.p. jun. 2020. Disponível em: <[http://aaai-asbai.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=1081](http://aaai-asbai.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1081)>. Acesso em: 07 nov.2021.

Fórum Internacional De Sociedades Respiratórias. *O Impacto Global da Doença Respiratória*. 2,Ed. s.l., s.e.2017. Disponível em: <[https://www.who.int/gard/publications/The\\_Global\\_Impact\\_of\\_Respiratory\\_Disease\\_POR.pdf](https://www.who.int/gard/publications/The_Global_Impact_of_Respiratory_Disease_POR.pdf)>. Acesso em: 01 nov.2021.

Freire, EFC. *Pobreza como fator de risco de asma em crianças e adolescentes atendidos em um ambulatório-escola de Pernambuco estudo de caso controle*. 2007, 96f. Pós-Graduação Em Saúde Materno Infantil, Instituto Materno Infantil, Recife, 2007.

González, DA; Victora, CG.; Gonçalves, H. Efeitos das condições climáticas no trimestre de nascimento sobre asma e pneumonia na infância e na Cida adulta em uma coorte no Sul do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, vol.24, n°5, p.1089-1102, mai.2008.

Graudenz, GS; Carneiro, DP; Vieira, R de P. Tendências da mortalidade da asma nas faixas etárias de 0 a 4 anos e 5 a 34 anos no Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. vol.43, n°1, p.24-31, 2017.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. n°39. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Cidades e estados*. 2019. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/salvador.html>>. Acesso em: 17 nov. 2021.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa nacional de saúde, 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bu-*

cal. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

Lakatos, MA; Lakatos, EM. *Fundamentos da metodologia científica*. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2016.

Lima-Costa, MF; Barreto, SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Revista Epidemiologia Serviços Saúde*, Brasília, vol.12, nº4, p. 189-201, dez. 2003.

Ministério da Saúde. *Datasus*. 2021. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/> . Acesso em: 22 out.2021.

NORONHA, MF de.; CAMPOS, HS. Óbitos por asma nos hospitais do sistema único de saúde. *Boletim de Pneumologia Sanitária*. vol.10, nº1, p.41-48, jan./jun.2002.

Organização Mundial da Saúde, OMS. *Vigilância global, prevenção e controle das doenças respiratórias crônicas: uma abordagem integrada*. Trad. Maria Cristina Moniz Pereira e Maria Isabel Fajardo. Lisboa: OMS, 2007.

Organização das Nações Unidas. *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Assembleia Geral da ONU em 20 de novembro de 1989. Entrou em vigor em 2 de setembro de 1990.

Organização das Nações Unidas. *Declaração Universal dos Direitos da criança*. 1959. Adotada pela Assembleia das Nações Unidas de 20 de novembro de 1959 e ratificada pelo Brasil; através do art. 84, inciso XXI, da Constituição, e tendo em vista o disposto nos Art. 1º da Lei nº 91, de 28 de agosto de 1935, e Art. 1º do Decreto nº 50.517, de 2 de maio de 1961.

Organização das Nações Unidas. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (resolução 217 A III) em 10 de dezembro 1948.

Organização Mundial de Saúde. *Vigilância global, prevenção e controle das doenças respiratórias crônicas Uma abordagem integradora*. Lisboa: Organização Mundial de Saúde em 2008.

Pitchon, RR. et al. Mortalidade por asma em crianças e adolescentes: uma causa de morte quase sempre evitável. *Revista Médica Minas Gerais*, vol.28, supl.6, p.1-12, 2018.

Pizzichini, MMM. et al. Recomendações para o manejo da asma da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2020. *Jornal Brasileira de Pneumologia*. Vol. 46, nº1, p.1-16, 2020.

Ponte, EV. Características clínicas e prognóstico em pacientes com asma

quase fatal em Salvador, Bahia. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. vol.37, nº4, p.431-437, 2011.

Reis, DO; Araujo, EC de; Cecílio, LC de O. *Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde*. UNA-SUS, UNIFESP, s.d.

Santana, JCB; Barreto, SM; Carvalho, PRA. Fatores associados com asma aguda grave na infância: aspectos epidemiológicos. *Jornal Pediatria*. Rio Janeiro, vol.73, nº5, p. 324-34, 1997.

Soares, AM. de C. Salvador: pobreza, figurações e territórios. *Anais do XIII Congresso Brasileiro de Sociologia: desigualdade, diferença e reconhecimento*, Campus UFPE, Recife-PE, p.1-11, 2007.

SOARES, AM. de C. Cidade revelada: pobreza urbana em Salvador-BA. *Revista Geografias*. Belo Horizonte, vol.5, nº1, p. 83-96, jan.-jun. 2009.

Souza, AF. de. *Más condições de vida na infância e na adolescência são fatores de risco para mortalidade precoce? Diferenças de sexo*. 2020. 64p. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos (SP), 2020.

Souza, MP. de. *Salvador-BA, balanço das condições de tempo no mês de setembro de 2020*. Disponível em: <<https://portal.inmet.gov.br/notasTecnicas#>>. Acesso em: 16 nov.2021.

Souza-Machado, C de. Impacto do Proar (programa para o controle da asma e da rinite alérgica na Bahia) sobre a utilização de recursos de saúde, custos e morbi-mortalidade por asma em salvador. *Gazeta Médica da Bahia*, vol.78 (Suplemento 2), p.59-63, 2008.

Souza-Machado, C. *Asma no Brasil e na Bahia: estudos sobre morbidade e Mortalidade*. Salvador, 2012.110f. Tese (Doutorado), Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia, 2012.

Stirbulov, R. IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, vol. 32, nº7, p. 447- 474, 2006.

Universidade Tiradentes. *Pandemia agravou o aumento da pobreza no Brasil*. Ascom, Grupo Tiradentes. 05 de março de 2021. Disponível em: <https://portal.unit.br/blog/noticias/pandemia-agravou-o-aumento-da-pobreza-no-brasil/> . Acesso em: 02 nov. 2021.

Wehrmeister, FC; Peres, KG. de A. Desigualdades regionais na prevalência de diagnóstico de asma em crianças: uma análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2003. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol.26, nº9, p.1839-1852, 2010.

Zillmer, LR. et al. Diferenças entre os sexos na percepção de asma e sintomas respiratórios em uma amostra populacional em quatro cidades brasileiras. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. vol.40, vol.5, p.591-598, 2014.

# AS RELAÇÕES ENTRE O TRABALHO E A SAÚDE DOCENTE E SUAS IMPLICAÇÕES NA VIDA PESSOAL E PROFISSIONAL

*Francisco Edson Pereira Leite<sup>1</sup>*

*Fabiola Christian Almeida de Carvalho<sup>2</sup>*

## 1. INTRODUÇÃO

A saúde docente é o tema principal abordado neste capítulo, assunto esse de relevância, especialmente quando concordamos que os professores exercem um importante papel social. Deste modo, defendemos que para alcançarmos um nível de excelência de educação, inevitavelmente faz-se necessário a atuação de professores enquanto trabalhadores culturais nas mais diferentes áreas do conhecimento.

A qualidade dos professores e do ensino é também essencial para se atingirem bons resultados de aprendizagem. Isto implica um sistema de ensino que atraia, retenha um corpo docente bem-formado, motivado, efetivo e equilibrado em termos de gênero; implica um sistema que apoie os professores na sala de aula, assim como no seu desenvolvimento profissional contínuo. Insatisfação com a perda de estatuto, baixos salários, condições de ensino aprendizagem deficientes e falta de progressão na carreira ou falta de formação profissional adequada têm contribuído para que um grande número de professores deixe a profissão, às vezes, logo após o início da carreira (UNESCO, 2008, p. 05).

Com base nesse documento, podemos propor que a qualidade de vida da classe docente está ligada a diferentes fatores. Estes fatores incluem desde elementos relacionados à formação profissional e ao domínio

---

1 Mestre em Ciências da Saúde. Professor do Centro Universitário Estácio da Amazônia. professor.edsonleite@hotmail.com.

2 Doutora em Ciências Veterinárias. Professora da Universidade Federal de Roraima. facvalho@yahoo.com.

da área em que atua, até a sua capacidade para lidar com conhecimentos didático-pedagógicos; mas têm a ver também com questões relacionadas com a valorização profissional, ao reconhecimento profissional, às condições de trabalho e, por que não dizer, ao estilo de vida, às condições de saúde e a satisfação com o trabalho.

De acordo com Dejours (1992, p. 53), “a insatisfação resultante de uma inadaptação do conteúdo ergonômico do trabalho ao homem está na origem não só de numerosos sofrimentos somáticos de determinismo físico direto, mas também de outras doenças do corpo, mediatizadas por algo que atinge o aparelho mental”.

Com base na Classificação Brasileira de Ocupações – CBO – os professores, em suas atividades devem: acompanhar a produção da área educacional e cultural; planejar os cursos pelos quais são responsáveis, senão também a disciplina e o projeto pedagógico; avaliar o processo de ensino e aprendizagem; preparar aulas e participar de atividades institucionais. Como se percebe, são múltiplas as atividades ou ocupações que competem para a “qualidade de vida” dos docentes.

Evidenciamos aqui que se trata de uma atividade profissional cujas exigências inevitavelmente extrapolam o ambiente e o horário formal de trabalho. O professor é fundamental e insubstituível no processo de ensino-aprendizagem da escola, tendo em sua rotina de trabalho, um ambiente com condições que pode favorecer seu desempenho profissional ou o seu adoecimento.

Compreende-se que o ambiente de trabalho está carregado de interações de toda ordem social, política, econômica e cultural, neutralidade é coisa rara. O tempo e o espaço vividos estão intimamente correlacionados com o binômio saúde-doença, conforme nos alerta Dejours (1992, p. 164), que defende a ideia de que “o trabalho se revela essencialmente ambivalente: pode causar infelicidade, alienação e doença mental, mas pode também ser mediador da auto realização, da sublimação e da saúde do trabalhador”.

Ao lançar mão deste argumento, não estamos afirmando que é o trabalho que adoce o professor, nem tampouco afirmando que professores sofrem agravos à saúde pelo simples fato de serem professores. Afinal, temos consciência que, de acordo com o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas – CREPOP (2008, p. 17), “quando se fala das repercussões dos processos produtivos sobre o ambiente, não se pode

esquecer que esses mesmos processos produtivos que prejudicam a saúde da população, em geral, têm consequências mais graves ainda para a saúde dos trabalhadores diretamente envolvidos.”

Ou seja, isso implica dizer que qualquer indivíduo está sujeito ao adoecimento em decorrência dos fatores mais variados possíveis. Porém, com isso estamos buscando evidenciar quais causas podem favorecer o adoecimento dos professores. Conforme Vilela (2011, p. 17), “apesar de que a Organização Internacional do Trabalho e a Organização Mundial de Saúde tenham recomendado, desde 1966, a vigilância da saúde dos docentes, existem, ainda, algumas dificuldades para o reconhecimento dos agravos à saúde do professor como doenças profissionais associadas ao exercício da docência em muitos países.”

Com base nos estudos de Minayo *et. al.* (2006), podemos considerar que a dimensão do campo de estudos sobre a saúde do professor, tanto nos seus aspectos teóricos quanto práticos, envolve diversas dimensões em diferentes áreas de formação em saúde (medicina, psicologia, farmácia, educação física, fonoaudiologia, fisioterapia) – o que implica a abrangência de diversos conceitos.

Conceber a questão por esse viés sugere o rompimento com os velhos paradigmas das chamadas saúde ocupacional e da medicina do trabalho e, por consequência, nos leva a uma percepção mais crítica dos moldes como vem sendo abordada e tratada a saúde dos professores. Entendemos, portanto, que o tratamento deste tema envolve uma análise mais ampla dos processos de saúde – quer dizer, de doença que acometem diferentes profissionais da saúde, considerando, deste modo, os mais diversos e possíveis mecanismos de adoecimento. Esse estado de coisas é o que se pode depreender no trecho que segue:

Dessa forma, a Saúde do Trabalhador adota uma visão da relação entre o trabalho e o processo de saúde-doença que supera aquela do ambiente e seus agentes. Nela, o biológico e o psíquico interagem, constituindo um nexos psicofísico indissociável, cujo desequilíbrio, mediado pelas relações sociais, pode expressar-se numa ampla e variada gama de transtornos, classificados como doenças, mal-estares difusos, sofrimentos e danos, que se somam às doenças ocupacionais clássicas, aos acidentes do trabalho e às doenças relacionadas ao trabalho. (CREPOP, 2008, p. 18).

A situação da saúde dos professores no cenário nacional está ainda encoberta pela bruma do desconhecimento e necessita ser desvelada, pois representa um ponto cego, tanto no campo dos estudos da formação de professores quanto na área da saúde pública. Para que se estabeleçam intervenções eficazes, faz-se necessário que se conheçamos o perfil detalhado das doenças, bem como as queixas de doença mais frequentes na categoria docente, avaliando-se as condições e fatores que podem estar associados aos problemas de saúde observados. Este, sem dúvida, é o primeiro passo necessário para a promoção e para a melhoria da qualidade de vida desse profissional.

Há que se buscar conhecer o professor como um sujeito integral, a partir da sua singularidade e das especificidades da sua categoria profissional, bem como das percepções que possui acerca de seu bem-estar vocal e das relações que com ela estabelece nos seus contextos cotidianos, enquanto sujeito social e trabalhador. . (FERREIRA et. al., 2012, p.381).

Assim, para que possamos explicar a situação em tela, faz-se necessário conhecer o conhecedor, qual seja, o professor, um indivíduo ora confundido com uma máquina que funciona tanto por correlações internas quanto por interações externas.

## **2. HOMEM, TRABALHO E SAÚDE: AS IDAS E VINDAS DE UMA RELAÇÃO**

A relação do Homem com o trabalho se dá mesmo antes do surgimento do capital, das relações econômicas e de comércio. Por meio do trabalho o Homem se realiza, pois se torna capaz de promover e estabelecer novos vínculos produtivos com as forças e substâncias da natureza, no entanto, as transformações na dinâmica das relações humanas influenciaram também na relação do indivíduo com as atividades laborais. Estas alterações se tornaram ainda mais enfáticas com o advento da revolução industrial e do capital.

O capital encontra o trabalhador se apropriando sob diversas e variadas formas de meios de produção dispersos e precisa romper esse elo. É a potência do capital, ela mesma força produtiva, que dá sentido unívoco aos antigos antagonismos de classe, fazendo com que



caminhem na direção de constituir a identidade do capital constante e do capital variável. A contradição dada mostra os caminhos de seu vir a ser e para isso nega o caráter privado, particular, da forma anterior dessas forças produtivas. E assim coletiviza as forças produtivas particulares a fim de que possa exercer sobre elas controle privado. (GIANNOTTI, 2010, p. 181)

Com o acúmulo do conhecimento, o aprimoramento da técnica, os avanços da tecnologia, e a mecanização do trabalho, inevitavelmente o Homem teve necessidade de estipular a chamada “divisão social do trabalho”, por meio do qual os indivíduos são categorizados entre mais ou menos importantes, de acordo com o ofício que exercem. Segundo Bottomore (1981),

Primeiro, há a divisão social do trabalho, entendida como o sistema complexo de todas formas úteis de trabalho que são levadas a cabo independentemente umas das outras por produtores privados, ou seja, no caso do capitalismo, uma divisão do trabalho que se dá na troca entre capitalistas individuais e independentes que competem uns com os outros. Em segundo lugar a divisão de trabalho entre trabalhadores, cada um dos quais executa uma operação parcial de um conjunto de operações que são todas, executadas simultaneamente e cujo resultado é o produto social do trabalhador coletivo. Esta é uma divisão de trabalho que se dá na produção, entre o capital e o trabalho em seu confronto dentro do processo de produção. Embora esta divisão do trabalho na produção e a divisão de trabalho na troca estejam mutuamente relacionadas, suas origens e seu desenvolvimento são de todo diferentes. (p. 122)

Entre outras consequências a divisão social do trabalho promoveu a hierarquização das profissões, contribuiu para a acentuação das desigualdades sociais, instituiu a relação patrão e empregado. Em meio a tantas mudanças na relação homem e trabalho, destacamos a seguir duas que se relacionam também com a satisfação do trabalho, bem como sua saúde/adoecimento e sua qualidade de vida: estamos tratando dos conceitos de absenteísmo e presenteísmo.

Considera-se absenteísmo a ausência do trabalhador em seu posto de trabalho devido a diferentes circunstâncias, dentre as quais podemos destacar a falta voluntária, que ocorre quando o trabalhador se ausenta por questões pessoais, e a falta compulsória, que acontece quando o trabalhador é preso por algum motivo. No entanto, como já deve ter ficado

evidente, nosso foco está na falta devido a algum agravamento à saúde, que, neste caso, pode ser resultado de um adoecimento comum, de uma patologia ocupacional ou ainda de um acidente de trabalho.

Todos, sejam trabalhadores ou não, estão sujeitos ao acometimento de algum tipo de doença, especialmente quando determinado grupo social enfrenta casos de epidemia, como por exemplo, a dengue. O trabalhador está também sujeito às patologias ocupacionais: por exemplo, um professor que por consequência do uso exaustivo da voz acaba sendo acometido por uma disfonia. Isso também diz respeito aos acidentes de trabalho como sói ocorrer, por exemplo, com os serralheiros que, ao operar as máquinas, enfrentam o risco iminente de sofrer uma amputação. Os acidentes de trabalho também incluem os acidentes de trânsito sofridos no trajeto de ida ou volta do ambiente de trabalho.

Por outro lado, o presenteísmo é caracterizado pela presença física do trabalhador no seu ambiente de trabalho. Mas essa presença pode ser, todavia, (des)motivada por diferentes fatores, tais que clima organizacional ruim, problemas de saúde (físicos ou psicológicos), insatisfação, pessimismo, desânimo, alto nível de estresse, dentre outros. Todos esses fatores contribuem para que o trabalhador não desempenhe suas funções com a eficiência, a qualidade e a dedicação necessárias. É comum o presenteísmo ser denominado de “doença organizacional”, pois o trabalhador presenteísta utiliza-se das estratégias de fuga para livrar-se de suas obrigações laborais.

Conforme Dias (2005, p. 26), “o absenteísmo traduz-se pelo número de faltas não programadas em um dado período”. Logo o absenteísmo pode ser mais facilmente identificado pela apresentação de documentos que justifiquem a ausência ao trabalho, ao passo que os casos de presenteísmo muitas vezes são percebidos somente quando os quadros já estão bastante agravados.

### **3. POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO A SAÚDE DO PROFESSOR**

Em meados da década de 1980, foram criados os primeiros Programas de Saúde do Trabalhador (PST), por alguns municípios e estados (CREPOP, 2008, p. 19). De acordo com o artigo 200 da Constituição Federal de 1988, ao sistema único de saúde compete, além de outras

atribuições, nos termos da lei:

II - Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Portanto, a saúde do professor está também incluída no âmbito do direito à saúde, que deve ser garantido pelo Estado por meio do SUS.

Devido à abrangência de seu campo de ação, a Saúde do Trabalhador apresenta caráter intra-setorial, envolvendo todos os níveis de atenção e esferas de governo no SUS, e intersetorial (incluindo a Previdência Social, o trabalho, o meio ambiente, a Justiça, a educação e os demais setores relacionados com as políticas de desenvolvimento), o que exige uma abordagem interdisciplinar, com a gestão participativa dos trabalhadores” (BRASIL, 2006, p. 14).

Atualmente, o Ministério da Saúde atende as demandas de saúde dos trabalhadores por meio do RENAST, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, e dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs).

Não identificamos políticas públicas do Ministério da Saúde voltadas especificamente para o contexto da saúde do professor. Wanderley Codo, pesquisador da Fiocruz, afirma que não há uma política de saúde do trabalhador definida para os professores, apesar de se tratar de uma categoria acometida por diversas patologias que do ponto de vista da medicina do trabalho podem ser enquadradas como ocupacionais, [...] (DIESAT, 2005, p. 01).

Tratando de outra vertente da questão, Quintas (2009) afirma que,

Para que uma política pública de promoção da saúde tenha êxito, a informação se faz mais que necessária, bem como a harmonia de ações intersetoriais das esferas municipais, estaduais e federais. Essa descentralização faz parte do conjunto de diretrizes aprovadas de acordo com o viés da promoção da saúde, também a corresponsabilidade da sociedade nesse processo de construção de cidades saudáveis. (p.10)

Com base nesta ideia de Quintas (2009), reforçamos também a necessidade de produção de conhecimento que justifique a criação, implantação e a manutenção de políticas públicas. Claro (2009, p.48) afirma que “falta uma política que dê conta da assistência, prevenção e do

acompanhamento da saúde dos professores”.

Não obstante essa ausência quase geral de indicadores sobre a saúde do professor, em Roraima foi divulgada, em 10 de dezembro de 2013, uma pesquisa intitulada I Entrelaçamento: saúde do professor e dos processos de gestão e trabalho. A pesquisa foi desenvolvida em parceria entre o Centro Estadual de Formação dos Profissionais de Roraima (CEFORR) e a Universidade Federal de Roraima (UFRR) e teve como objetivo identificar aspectos da atividade docente que interferem significativamente na saúde do professor. A pesquisa foi realizada com 152 professores de dezoto escolas da Capital, no período de março a novembro de 2013.

Entre os temas estudados na pesquisa estão a saúde do trabalhador; assédio moral, violência e agressão; relacionamento interpessoal; fonte de tensão no trabalho e as influências externas na prática pedagógica.

De acordo com a Diretora do CEFORR, a intenção com estes estudos é amadurecer a ideia para a implantação, no futuro, de um núcleo de atendimento ao professor dentro do CEFORR, com profissionais da área da saúde que possam realizar um primeiro atendimento ao professor e, posteriormente, encaminhá-lo aos setores competentes.

O Centro Estadual de Formação dos Profissionais da Educação de Roraima pertence à estrutura da Secretaria Estadual de Educação e Desportos (SEED). Foi criado no dia 22 de agosto de 2007 para oferecer cursos de formação continuada e capacitação para os professores da rede pública de ensino e também para os demais profissionais que atuam no setor educacional.

Percebemos que cada vez mais se evidencia a importância dos estudos voltados para a saúde do professor. Possivelmente com o aumento das produções científicas será possível a construção de políticas públicas que tratem especificamente da saúde do professor. Agora que identificamos os aspectos legais que tratam da assistência à saúde, podemos no subtítulo seguinte tratar dos problemas saúde relacionados ao trabalho.

### ***3.1 A Docência e os Transtornos de Saúde Mental***

A organização do trabalho docente impõe aos professores graus de requisições que vão além das cargas físicas e motoras. É necessário

considerar também os níveis de exigências psíquicas impostas pelo magistério a estes profissionais. Dejours e Abdoucheli (1994, p.123) apontam para a organização do trabalho como “um aspecto potencialmente desestabilizador para a saúde mental dos trabalhadores”. O que se aplica também aos professores, uma vez que estes assumem o compromisso com o ensino e são cobrados pela aprendizagem.

Diariamente, os professores são requisitados a tomar decisões cercadas de componentes éticos e políticos. De acordo com Biazus (2000, p. 28), “a dimensão ética refere-se ao domínio de conhecimentos e recursos na área de especialização profissional. A dimensão política relaciona-se ao compromisso com as necessidades concretas do contexto social, que dizem respeito à consciência sobre as implicações sociais do trabalho.”

O magistério é, por essência, uma profissão eminentemente intelectual e os professores atuam como mediadores e formadores de opiniões, bem como se tornam referência de práticas sociais, ou seja, assumem um ofício e uma posição indiscutivelmente política. Além disto, é inerente à docência o envolvimento afetivo, que se traduz no inconsciente coletivo dos professores como um pré-requisito indispensável para a efetividade do trabalho. De acordo com Codo e Gazzotti (1999, p.51), “a expressão da subjetividade é parte integrante do trabalho cotidiano do professor, resultando numa atividade enriquecida do ponto de vista afetivo”.

Por outro lado, “a flexibilidade do trabalho, a possibilidade de controle sobre o processo, a demanda de expressão afetiva, a necessidade de criatividade e inovação, exigem um trabalhador presente de corpo e alma no seu trabalho, disposto a dedicar-se e atribuir importância ao que faz na vida profissional” (SORATTO E OLIVIER-HECKLER, 1999, p. 120 e 121). Corroborando com os referidos autores, Neves (1999, p. 163) afirma que “a falta de reconhecimento social constitui fio condutor para entendermos a maneira pela qual elas se localizam social e profissionalmente, bem como se relacionam com sua saúde mental”.

Neste contexto, destacamos a pesquisa de Codo *et al.* (1999), voltada para a especificidade da saúde mental de professores. Os resultados deste estudo apontam que 26% dos professores pesquisados apresentavam exaustão emocional, sendo a desvalorização profissional, baixa autoestima e a ausência de resultados percebidos no trabalho os principais fatores

para a configuração deste quadro. Os autores destacam como aspecto fundamental dos processos de sofrimento dos professores a perda crescente do controle dos seus processos de trabalho e a progressiva desqualificação da atividade de ensinar.

Outro estudo desenvolvido por Neves e Athayde (1998) indica que o sofrimento dos professores estaria ligado à formação deficiente, à dificuldade para operar regras de ofício, como a do “controle-de-turma” (que diz respeito à organização das condições de ensino em sala de aula), à inexistência de espaços de intercâmbio profissional e de planejamento das atividades docentes, às relações hierárquicas, à falta de pessoal e de material nas escolas, à insuficiência de pausas e de momentos de lazer e descanso, à tripla jornada de trabalho, à contaminação das relações familiares pela invasão das atividades escolares no espaço domiciliar e, sobretudo, à desqualificação, aos baixos salários e ao não reconhecimento social de seu trabalho.

Gomes (2002, p.44) afirma que o docente pode chegar num estado de fadiga em que se produz uma desorganização severa de sua saúde mental ou se instala uma patologia orgânica, tendo como consequências o absenteísmo, a saída do trabalho, a incapacidade ou até mesmo o abandono. Os professores que [...] sucumbem aos efeitos das ações das condições psicológicas e sociais em que se exerce a docência, um número grande e significativo está entre aqueles que vêm sua saúde afetada por sintomas de estresse, neurose ou depressão [...] (GOMES, 2002, p. 42).

Todos os autores supracitados destacam a vulnerabilidade da saúde mental dos professores frente ao seu exercício profissional, evidenciam também as condições de trabalho e as atribuições profissionais como fatores determinantes para o adoecimento docente. O estudo de Nacarato *et al* (1998, p.79), envolvendo as condições de trabalho dos professores da rede pública estadual de ensino de São Paulo, destaca cinco itens fundamentais que são:” as condições físicas da escola e as relações entre seus atores; as condições profissionais dos docentes; o sistema burocrático imposto ao trabalho docente; os controles externos sobre o trabalho docente e as implicações do projeto político-educacional do governo”.

Entre os principais impactos na saúde mental de professores destacamos o estresse, a depreciação da profissão e o descontrole emocional, que muitas vezes impõe ao professor o uso excessivo e inadequado da voz,

ocasionando diversos agravos à saúde vocal que serão discutidos no subtítulo seguinte.

### ***3.2 Professores e Problemas Vocais: Velhos Conhecidos***

É senso comum que os principais problemas de saúde que afeta os professores são aqueles que afetam a sua voz. E ainda que não possamos afirmar se são de fato o principal problema, podemos dizer que os transtornos da voz são realmente bastante recorrentes entre os professores, bem mais que em outras categorias profissionais que fazem uso constante da voz. Acreditamos também que se existe uma doença que pode ser dita como “mal do professor” esta seria a disfonia.

Em seu estudo com profissionais da voz, Park e Behlau (2009 p. 465) concluíram que “a maior incidência de disfonia em profissionais da voz falada está na categoria dos professores, visto que ela é, dentre seus recursos de trabalho, um dos mais importantes; portanto, o ensino é uma das atividades de maior risco vocal”. Claro que existem outros profissionais que fazem uso contínuo da voz, porém diferentemente de vendedores, cantores e atendentes de telemarketing, os professores além do uso contínuo, fazem o uso exaustivo, pois muitas vezes naturalmente acabam competindo com as interferências externas para que possam ser ouvidos pelos alunos.

De acordo com o Dr. Domingos H. Tsuji da Universidade de São Paulo (USP), podem existir diferentes formas de disfonia, as quais podem ser classificadas em dois grandes grupos:

**I - Disfonias funcionais:** caracterizada pela presença de distúrbio vocal na ausência de alterações anatômicas, neurológica ou outras causas orgânicas identificáveis. Pode estar relacionada aos seguintes fatores:

a) - psicogênica – causada por fatores psicoemocionais, geralmente relacionada com condições e estresse psicológico. Os principais tipos de disfonia psicogênica são: disfonia de conversão e falsete mutacional.

b) - uso indevido ou abusivo da voz – resultante de hábitos comportamentais como pigarrear, cantar, falar alto ou uso profissional da voz. Fatores psicológicos também podem ter sua participação na instalação do quadro. São deste grupo a disfonia de tensão muscular e a disfonia plica

ventriculares.

c)- idiopática – Disfonia funcional de causa não identificada, tem como seu exemplo mais típico a disfunção paradoxal de pregas vocais

**II - Disfonias Orgânicas:** Estas podem ser subdividas em:

a) Disfonia orgânica-secundária: lesões consideradas decorrentes de distúrbios funcionais, como nódulos, pólipos e edemas.

b)- Disfonias Orgânicas Primárias: São disfonias decorrentes de lesões que independem do uso inadequado da voz para seu estabelecimento. Incluem-se aqui doenças inflamatórias, infecciosas, neoplasias, mal formações congênitas, lesões traumáticas, doenças sistêmicas e disfunções do sistema nervoso central e periféricas.

Fortes *et all* (2007, p. 29) destacam que,

A disfonia pode ocorrer como resultado de uma interação entre fatores hereditários, comportamentais, estilo de vida, e ocupacionais. Diversos estudos tem relacionado a atividade ocupacional com disfonia, e acredita-se que o principal fator esteja relacionado ao uso excessivo da voz, ocasionando trauma das pregas vocais, sendo a laringite o achado mais frequente. Fatores relacionados ao estilo de vida também podem ser prejudiciais à voz. Entre estes, podemos citar o tabagismo, uso excessivo de álcool, refluxo laringofaríngeo (frequentemente relacionado a comportamentos e hábitos alimentares inadequados).

É inevitável que em uma sala de aula os alunos interajam entre si e esta interação social natural muitas vezes é mais atraente ao aluno que o conteúdo proposto pelo professor em sua aula. Isso acaba conduzindo o professor a elevar o nível de sua voz, a fim de que o seu volume supere as vozes de todos os alunos simultaneamente. Tal situação é bastante comum especialmente no momento da chamada.

Outra situação que devemos destacar são as aulas de educação física, que geralmente ocorrem em ambiente externo, sujeito aos ruídos do trânsito. Isto sem falar que estas aulas se dão em um ambiente aberto, muito mais amplo que a sala de aula limitada por paredes, logo, os professores de educação física, pela característica de seu ambiente de ensino, para poder explicar o conteúdo e as atividades, como qualquer outro professor, acabam fazendo o uso demasiado da voz.

Em um estudo que estabelece as relações entre os distúrbios da



voz e as condições de trabalho dos professores, Penteado e Pereira (1999, p.111) afirmam que “os problemas de voz desse profissional associam-se às suas condições de trabalho, considerando ser necessário elucidá-las e entendê-las melhor para viabilizar ações mais efetivas na atenção à saúde do professor”. Ainda de acordo com os referidos autores, muitos estudos mencionam a presença de fadiga vocal na voz do professor, associando sintomas como irritação na garganta, rouquidão e cansaço ao falar, pigar-ro e perda de voz, ao uso demasiado da voz, que, sem a atenção devida, podem progredir em função dos anos de magistério.

Os riscos ocupacionais que trazem prejuízos à voz e à saúde dos docentes podem estar relacionados à organização do trabalho (jornada de trabalho prolongada; acúmulo de atividades ou de funções; demanda vocal excessiva; ausência de pausas durante a jornada; falta de autonomia) e/ou ao ambiente de trabalho (ruído no ambiente escolar, choque térmico; ventilação inadequada do ambiente; exposição a produtos irritativos de vias aéreas superiores e presença de poeira no local de trabalho). (FERREIRA et. al., 2012, p.381).

Soratto e Olivier-Heckler (1999, p. 121), destacam que, “apesar das condições desfavoráveis que lhe são oferecidas, o professor desenvolve bem o seu trabalho, então, é o próprio trabalho – valor de uso – e não o valor de troca que o move”. É o próprio trabalho, independente das condições em que é realizado, o preditor da satisfação, do comprometimento, da centralidade no trabalho demonstrados por esses profissionais.

Do mesmo modo, Alves (2009, p. 567) defende que “o professor é um trabalhador que muitas vezes se submete a longas jornadas de trabalho e que tem como responsabilidade transmitir o conhecimento que possui a um corpo discente nem sempre com vontade de aprender seus ensinamentos”. A autora chama ainda a atenção para as possíveis desavenças entre os alunos, apartadas e conciliadas pelo próprio professor, e destaca que os intervalos para descanso e alimentação costumam ser curtos, os salários que recebe, geralmente, não condizem com a quantidade de horas que dedica ao trabalho. Ou seja, essa gama de situações pode facilmente levar os professores tanto ao adoecimento quanto a diversificados eventos acidentários.

Reforçamos ainda que, se por um lado, existem aqueles que dispõem das melhores condições a fim de tolerar um trabalho sem aceitação, na ilusão de realizar-se pelo salário, Biazus (2000, p. 31) destaca que “o

professor vive uma situação inversa, haja vista que suporta o salário e as condições que nem sempre são as mais favoráveis, para satisfazer o desejo de transformar a si mesmo e ao outro com o seu trabalho, a partir de seu próprio gesto”.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para Gomes (2002, p. 107) existem diversas formas de adoecer entre professores, o que nos parece indicar que não há um padrão tão rígido, ou seja, não poderíamos falar de forma tão precisa em uma “doença específica do professor”.

Tomando como referência a pesquisa realizada por Neves (1999), podemos apresentar, dentre os diversos problemas de saúde possíveis de se identificar entre professores: ansiedade, tensão, nervosismo, depressão, angústia, insegurança, esgotamento, estresse, irritabilidades, frustração, falta de ar, pressão baixa, tonturas, labirintite, perturbações do sono, perturbações de caráter digestivo, problemas nas cordas vocais, problemas respiratórios, alergias, formas de alimentação inadequadas.

Além disto, poderíamos estabelecer relação entre os possíveis agravos e o estilo de vida, que talvez os professores, em decorrência das exigências do magistério, sejam forçados a adotar. Por exemplo, a necessidade de se manter acordado corrigindo atividades avaliativas e ainda acordar cedo para iniciar a rotina do dia a dia pode favorecer as perturbações do sono, como a insônia e seus agravantes.

Temos ainda situações em que é necessário lecionar em dois ou três turnos, o que dificulta a manutenção de uma dieta regular nos horários da alimentação e equilibrada nos nutrientes. Por consequência, podem surgir os distúrbios metabólicos, seja por meio da desnutrição, obesidade e outros.

Outra condição forçada pelo ritmo do trabalho do professor é o pouco tempo disponível para realização de exercícios físicos regulares, ou seja, o comportamento sedentário é responsável pelo acometimento da obesidade e suas co-morbidades. Segundo Freitas e Porto (2006, p. 71), o aumento na obesidade, uma epidemia global, é bastante emblemático dos desequilíbrios associados ao processo de urbanização e de como as áreas urbanas e seus habitantes se constituem em vastos processadores de consumo de

alimentos, matérias primas e energia. Tais autores afirmam ainda que esta epidemia resulta da combinação desequilibrada entre o crescente acesso a alimentos processados que acumulam energia e o declínio das atividades físicas no trabalho, no lazer e domésticas, aumentando o risco de hipertensão arterial e diabetes tipo II, entre outras doenças.

## REFERÊNCIAS

BIAZUS, Marisa Angela. Condições de trabalho dos professores após a implantação de cursos superiores de tecnologia: estudo de caso em uma instituição pública federal de educação tecnológica, a partir da abordagem ergonômica. 163p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC – Florianópolis, 2000.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. Brasília, 2001.

CLARO, Genoveva Ribas. Trabalho docente e saúde mental: um estudo de estresse no sistema de ensino municipal de Curitiba, 135p. Dissertação (Mestrado em Educação) Universidade de Tuiuti do Paraná, UTP – Curitiba, 2009.

CODO, Wanderley; GAZZOTTI, Andréa Alessandra. Trabalho e afetividade. In: CODO, Wanderley (Coord.). Educação: carinho e trabalho. Petrópolis: Vozes, 1999, p. 48-59.

CREPOP, Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. Saúde do Trabalhador no âmbito da Saúde Pública: referências para atuação do(a) psicólogo(a) / Conselho Federal de Psicologia (CFP). Brasília, CFP, 2008.

DEJOURS, C. A Loucura do trabalho: estudo de Psicopatologia do Trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

DEJOURS, Christophe. A banalização da injustiça social. 7. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

DEJOURS, Christophe. ABDOUCHELI, Elizabeth. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: DEJOURS, Christophe et al. Psicodinâmica do trabalho: contribuição da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo:Atlas, 1994. p. 119-145.

DIAS, M. Absenteísmo em contact center –estudo de caso com preditores micro e macro-organizacionais. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, 2005.

DIESAT, Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho. Saúde do Professor vai mal. Informativo Diesat, Outubro/2005.

FERREIRA, Leslie P. ALVES, Iolanda A.V. ESTEVES, Adriana A.O. BISERRA, Mariana P. Voz do professor: fatores predisponentes para o bem-estar vocal. *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, 24(3): 379-387, dezembro, 2012.

FORTES, Felipe Sartor Guimarães; IMAMURA, Rui; TSUJI, Domingos Hiroshi. SENNES, Luiz Ubirajara. Perfil dos profissionais da voz com queixas vocais atendidos em um centro terciário de saúde. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* [online]. 2007, vol.73, n.1, pp. 27-31. ISSN 0034-7299.

FREITAS, Carlos Machado de. PORTO, Marcelo Firpo. Saúde, ambiente e sustentabilidade Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006

GIANNOTTI, José Arthur. *Certa Herança Marxista*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010

GOMES, Luciana. Ministério da Saúde. Trabalho multifacetado de professores/as: a saúde entre limites, 118 p. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP. Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana – CESTEHE, Rio de Janeiro, 2002.

MINAYO, C.G. MINAYO, M.C. *Enfoque Ecológico De Saúde: Uma Estratégia Transdisciplinar*, INTERFACEHS, agosto, 2006.

MINAYO, M. C. S. *Enfoque Ecológico de Saúde e Qualidade de Vida*. In: MINAYO, M. C. S.; MINAYO, A. C. (orgs.). *Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 173-189, 2002.

MINAYO, M. C. S.; MINAYO, A. C. (orgs.). *Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

NACARATO, Adair Mendes; VARANI, Adriana; CARVALHO, Valéria de. O cotidiano do trabalho docente: palco, bastidores e trabalho invisível... abrindo as cortinas. In: GERALDI, Corinta Maria Grisolia et al. (Org.). *Cartografias do trabalho docente: professor(a) pesquisador(a)*. Campinas: Mercado de Letras, 1998, p. 73-104.

NEVES, M. Y., ATHAYDE, M., 1998. “Saúde, gênero e trabalho na escola: Um campo de conhecimento em construção”. In: BRITO, J. C., ATHAYDE, M. e NEVES, M. Y. (orgs). Saúde e trabalho na escola. Rio de Janeiro: CESTEH/ENSP/FIOCRUZ.

NEVES, Mary Yale Rodrigues Trabalho Docente e Saúde Mental: a dor e a delícia de ser (tornar-se) professora. Rio de Janeiro: Tese de Doutorado IPUB/UFRJ. 1999.

OMS. 60ª Assembleia Mundial de La Salud. Salud de los trabajadores: plan de acción mundial. 23 de mayo de 2007.

OPAS, Organização Pan Americana de Saúde. Saúde do Trabalhador. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/ambiente/temas.cfm?i-d=44&area=Conceito>> Acesso em 18/06/2012.

PARK, Kelly.BEHLAU, Mara. Perda da voz em professores e não professores. Rev. soc. bras. fonoaudiol. [online]. 2009, vol.14, n.4, pp. 463-469. ISSN 1982-0232

PENTEADO, Regina Zanella, PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo. A voz do professor: relações entre trabalho, saúde e qualidade de vida. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. São Paulo, v. 25, n. 95/96, p. 109-130,1999.

PINHEIRO, Josefa Nunes. CHAVES, Mônica Campos. JORGE, Maria Salete Bessa. A concepção de doença nas perspectivas: histórica, filosófica, antropológica, epistemológica e política. Rev. RENE. Fortaleza, v. 5, n. 2, p. 93-100, jul./dez.2004

PORTO, Marcelo Firpo de Souza. Uma Ecologia Política dos Riscos: Princípios para Integrarmos o Local e o Global na Promoção da Saúde e da Justiça Ambiental. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

QUINTAS, Catarine Queiroz Soares. O silêncio do discurso da sustentabilidade: promoção da saúde do professor surdo do Recife – PE. 170 f. Dissertação (Mestrado em Gestão do Desenvolvimento Local Sustentável) – Faculdade de Ciências da Administração de Pernambuco, Recife, 2009.

RENAST. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador: Manual de Gestão e Gerenciamento. São Paulo: Hemeroteca Sindical Brasileira, 2006.

SORATTO, Lúcia; OLIVIER-HECKLER, Cristiane. Os trabalhadores e seu trabalho. In: CODO, Wanderley (Coord.). Educação: carinho e traba-

lho. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999, p. 89-110.

TSUJI, Domingos H. Fisiologia da Vocalização e Disfonia. Aula\_35. <[https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&ved=0CDQQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.otorrinousp.org.br%2Fimagebank%2Faulas%2Faula\\_35.doc&ei=Y-9D8UqHKENDhsAS5tIHADA&usg=AFQjCNE7eK6T3iGZR7HRCU-1vpH356ejIQw](https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&ved=0CDQQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.otorrinousp.org.br%2Fimagebank%2Faulas%2Faula_35.doc&ei=Y-9D8UqHKENDhsAS5tIHADA&usg=AFQjCNE7eK6T3iGZR7HRCU-1vpH356ejIQw)> acesso em 13 de jan. de 2022.

UNESCO. A Recomendação da OIT/UNESCO de 1966 relativa ao Estatuto dos Professores e A Recomendação de 1997 da UNESCO relativa ao Estatuto do Pessoal do Ensino Superior com um guia de utilização. Portugal, 2008.

VILELAS, J.M.S. A saúde vocal, a carga psíquica e o Burnout em professores, (p. 16 – 20) In: Saúde e Qualidade de Vida: uma meta a atingir. Ed. 1. – Porto: UNIESEP, 2011.



EDITORA  
SCHREIBEN