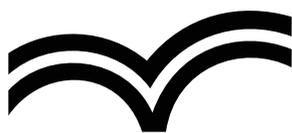


**MAIÊUTICA
ATIVIDADE
FÍSICA, SAÚDE E
BEM-ESTAR**



UNIASSELVI

CENTRO UNIVERSITÁRIO LEONARDO DA VINCI

Rodovia BR 470, Km 71, nº 1.040, Bairro Benedito

89084-405 - INDAIAL/SC

www.uniassevi.com.br

REVISTA MAIÊUTICA

Atividade Física, Saúde e Bem-Estar

UNIASSELVI 2020

Reitor da UNIASSELVI

Prof. Hermínio Kloch

Pró-Reitora de Ensino de Graduação Presencial

Prof. Antônio Roberto Rodrigues Abatepaulo

Pró-Reitora de Ensino de Graduação a Distância

Prof.^a Francieli Stano Torres

Pró-Reitor de Ensino de Pós-Graduação

Prof. Carlos Fabiano Fistarol

Pró-Reitor Operacional de Ensino

Prof. Érico Coelho Ribeiro

Editor da Revista Maiêutica

Prof. Luis Augusto Ebert

Comissão Científica

Ana Carolina Gadotti

Grazielle Jenke

Jaqueline Luiza Horbach

Leonardo Garcia dos Santos

Luiz Carlos Pitzer

Manuela de Aviz Schulz

Rafael Roza

Rudiney Hoffmann Casali

Táise Ceolin

Editoração e Diagramação

Equipe Produção de Materiais

Revisão Final

Equipe Produção de Materiais

Publicação *On-line*

Propriedade do Centro Universitário Leonardo da Vinci

Apresentação

A Revista Maiêutica: Atividades Físicas, Saúde e Bem Estar é uma publicação anual de caráter científico do Centro Universitário Leonardo Da Vinci - UNIASSELVI. Hoje a revista possui boa abrangência e avalia os artigos desenvolvidos por acadêmicos, professores e tutores dos cursos da saúde da instituição, assim como avalia e publica os materiais que chegam da comunidade externa. Um fluxo bem definido de avaliação e devolutiva dos artigos recebidos está implantada e conta com um uma comissão científica de colabores externos e internos a Uniasselvi, composta por mestres e doutores das área, o que qualifica e dá transparência ao processo de seleção dos artigos aprovados a cada edital da revista. Do ponto de vista dos artigos submetidos internamente, a meta deste periódico é articular iniciação científica, extensão e ensino, publicando trabalhos de docentes e discentes, abrangendo produção de iniciação científica, artigos elaborados a partir dos trabalhos de conclusão de curso, dos papers dos seminários interdisciplinares, dos relatórios de estágios, de revisão bibliográfica, resenhas e outras modalidades de trabalhos acadêmicos que reflitam as possibilidades de fazer ciência praticados e pretendidos pela Uniasselvi no âmbito das ciências humanas e sociais. Dessa forma, a revista busca o desenvolvimento da interdisciplinaridade, multidisciplinaridade e transdisciplinaridade e seus múltiplos diálogos e verticalidades. Nesse sentido a revista está aberta a ideias e abordagens emergentes, criando laços entre o conhecimento e a sociedade. Por este motivo a Revista Maiêutica: Atividades Físicas, Saúde e Bem Estar agradece aos seus colaboradores, desejando-lhes inspiração e aprofundamento nas pesquisas, esperando o crescimento de todos, o reconhecimento da qualidade de suas produções e a inserção de novos saberes no âmbito das ciências da saúde.

Prof^a. Liliani Carolini Thiesen
Coordenação de Curso



SUMÁRIO

A DIFUSÃO DA AUTO-HEMOTERAPIA EM OPOSIÇÃO AO SEU CARÁTER PROIBITIVO BRASILEIRO

The diffusion of autohemotherapy in opposition to its brazilian prohibitive character

Marcelo Carvalho

Aline Fernandes Hipólito

Carine Firmino Carvalho Roel

Rita Alessandra Cardoso

Norma Cristina de Sousa 7

REFLEXÕES SOBRE O CONTEXTO PEDAGÓGICO, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NA EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR

Reflection on the pedagogical context, health and quality of life in school physical education

Lindamir Pozzo Arbigaus

Paulo Henrique de Menezes Brandão 23

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ACCR) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): uma revisão integrativa

Hosting with risk classification (ACCR) in the unique health system (SUS): an integrative review

Soledade da Silva Nonato

Ligia Onofre de Oliveira 31

METODOLOGIA AVALIATIVA DO ALUNO SURDO

Evaluation methodology of the deaf student

Gizelly Santos Souza

Grasiely Marquetti Brambilla

Natália Lucas Dutra Bortoluzzi 41

CONTRIBUIÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DA MULHER ADULTA

Contribution of physical activity in health and quality of life of adult women

Saimo Ferreira de Souza

Vivian Bertoncini 49

TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: REVISÃO INTEGRATIVA

Bipolar affective disorder: integrative review

Michelle Andrade Batista

Ligia Onofre de Oliveira 57

OS MALEFÍCIOS DO FORMOL EM ALISAMENTOS CAPILARES

Formol malefices in hair straightening

Graciane Demetrio

Maria Aline Carvalho de Souza

Barbara Carolina Schmidt

Rafaela Helena Bernardi

Laura Carmona..... 69

A DIFUSÃO DA AUTO-HEMOTERAPIA EM OPOSIÇÃO AO SEU CARÁTER PROIBITIVO BRASILEIRO

The diffusion of autohemotherapy in opposition to its brazilian prohibitive character

Marcelo Carvalho¹
Aline Fernandes Hipólito
Carine Firmino Carvalho Roel
Rita Alessandra Cardoso
Norma Cristina de Sousa

Resumo: A auto-hemoterapia (AHT) é uma técnica antiga, considerada um procedimento simples e barato, por aplicação de sangue autólogo visando recuperação em diversas doenças infecciosas, alérgicas, autoimunes e vários tipos de doenças sistêmicas. Seus benefícios são atribuídos aos antígenos presentes no sangue, os quais estimulam a produção de anticorpos e a hematopoiese de macrófagos. Recentemente, desencadeou-se, no Brasil, uma atuação do Conselho Federal de Medicina e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, amparados pelo Ministério Público, no sentido de proibir a utilização e aplicação da terapêutica por profissionais da área de saúde. O objetivo desse trabalho foi pesquisar a eficácia e o papel da AHT, bem como sua legitimidade em oposição ao entendimento da antijuricidade desta prática, sobrepondo uma reflexão abrangente sobre o tema. Foi realizado um estudo qualitativo através de uma revisão narrativa da literatura. Considera-se que AHT apresenta resultados positivos para várias patologias nos artigos estudados e estabelece uma condição questionável em seu caráter proibitivo em território brasileiro, cuja legislação aplicada oportuniza privilégios de classes e interesses mercantis, distanciando da serventia comum à sociedade e invertendo valores na aplicação da saúde.

Palavras-chave: Sangue autólogo. Medicina alternativa. Terapias Complementares.

Abstract: Autohemotherapy (AHT) is an old technique, considered a simple and inexpensive procedure, by the application of autologous blood aiming to fight various infectious, allergic, autoimmune and systemic diseases. Its benefits are attributed to the antigens present in the blood, which stimulate the production of antibodies and the hematopoiesis of macrophages. Recently, a drastic performance of the Conselho Federal de Medicina and Agência Nacional de Vigilância Sanitária, supported by the Public Prosecutor's Office, prohibited the use and application of the technique by health professionals. The aim of this study was to investigate the efficacy and role of autohemotherapy, as well as its legitimacy in opposition to the understanding of the antijuricity of this practice, overlapping a comprehensive reflection on the theme. A qualitative study was carried out through a narrative review of the literature. It is considered that AHT presents positive results for several pathologies in the articles studied and establishes a questionable condition in its prohibitive character in Brazilian territory, where the applied legislation gives privileges of mercantile and classes interests, distancing from the common use by the society and inverting values to the application of health.

Keywords: Auto-hemotherapy. Autologous blood. Alternative medicine. Complementary therapies.

Introdução

A ciência médica é estruturada na química e envolve aspectos das matérias biológicas, médicas e farmacêutica, cuja missão é o planejamento, descoberta, invenção, identificação e preparação de influentes biologicamente ativos, o estudo do metabolismo e interpretação do mecanismo de ação a nível molecular. A Medicina Baseada em Evidências (MBE) é um movimento médico que se baseia na aplicação do método científico a toda a prática médica, especialmente àquelas tradicionalmente estabelecidas que ainda não foram submetidas ao

¹ Centro Universitário Leonardo da Vinci – UNIASSELVI. Rodovia BR 470 – Km 71 – nº 1.040 – Bairro Benedito – Caixa Postal 191 – 89130-000 – Indaial/SC. Fone (47) 3281-9000 – Fax (47) 3281-9090 – Site: www.uniasselvi.com.br.

escrutínio sistemático científico. Evidências significam, aqui, provas científicas. A Medicina Baseada em Evidências adota técnicas oriundas da ciência, engenharia e estatística, tais como: meta-revisões da literatura existente (também conhecidas como meta-análises), análise de risco-benefício, experimentos clínicos aleatorizados e controlados, estudos naturalísticos populacionais, dentre outras (LIMA, 2007).

Em compensação, as terapias complementares (TC), também conhecidas como terapias alternativas, integrativas ou não convencionais, constituem, segundo Barnes *et al.* (2004), um grupo de terapias e produtos que não são considerados como parte da medicina alopática, ou seja, da medicina convencional, e englobam diversas práticas de atenção à saúde, como acupuntura, homeopatia, medicina fitoterápica, quiropraxia, massagem, terapias baseadas em dietas, meditação, hipnose, yoga, terapia de cura por reiki, entre outras.

Dos motivos encontrados para uso de TC estão: orientação médica, complementação da medicina convencional, interesse/curiosidade com relação às TC, falta de recursos para aquisição da terapia convencional, influência popular, presença de doença crônica, insatisfação ou insegurança com a medicina convencional e seus possíveis efeitos adversos, relacionamento médico-paciente baseado em apoio e confiança e abordagem holística promovendo saúde (RICHARDSON, 2004). Com a perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, as terapias alternativas e complementares emergem com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral, que se encontra em plena sintonia com o modelo de assistência à saúde proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (TELESI JUNIOR, 2016).

Um tipo de terapia complementar é a auto-hemoterapia (AHT), técnica antiga utilizada em diversas doenças infecciosas, alérgicas e autoimunes (REIMANN; HAVENS, 1940). Inicialmente, conhecida como auto-hemotransfusão, sua técnica e indicações foram descritas pela primeira vez por Ravaut, na França, num importante artigo publicado em 1913, sendo empregada para vários tipos de doenças sistêmicas de origem desconhecida, e em casos de asma, urticária, febre tifoide e estados anafiláticos (RAVAUT, 1913). Utilizada em uma pluralidade de enfermidades, alcançou resultados produtivos por várias décadas (METTENLEITER, 1936).

A AHT busca o estímulo do sistema imunológico do paciente pela retirada de 5 ou 10 ml de sangue venoso e aplicação desse volume por via intramuscular na mesma pessoa em que se realizou a coleta. É considerada técnica simples que estimula a hematopoiese dos macrófagos (monócitos) pela medula óssea (GEOVANINI; NORBERTO; MOZART, 2009; MOURA, 2004).

Os possíveis efeitos benéficos da AHT são atribuídos aos antígenos presentes no sangue, os quais estimulam a produção de anticorpos quando o sangue é injetado no músculo (VADJA *et al.*, 1967). Além de apresentar efeitos em doenças autoimunes pela estimulação da produção de macrófagos, a AHT pode ser utilizada como auxiliar ao tratamento convencional de doenças infecciosas, devido à observação da presença de derivados das bactérias do foco de infecção na corrente sanguínea durante a fase ativa da doença (ROSENOW, 1914). A AHT atua complementando a antibioticoterapia, sob efeito bacteriostático inibindo a reprodução dos microrganismos, enquanto os mecanismos imunológicos ativados derrotam a infecção (TEIXERA, 1940; COSTA, 2013). A estimulação do sistema imunológico pela AHT foi avaliada em experimentos com humanos e animais (TEIXEIRA, 1940; SANTIN; BRITO, 2006).

Procedimento simples, seguro e relativamente barato (BOCCI, 1994), a AHT é amplamente procurada, principalmente em laboratórios e drogarias, despertando interesse de pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas, em especial as autoimunes, que apresentam pouca ou nenhuma melhora em seus quadros clínicos com os tratamentos tradicionais. Embora, no passado, tenha sido empregada quase que empiricamente, a AHT vem sendo extensamente utilizada para tratar uma variedade de doenças e condições. É considerada uma técnica controversa, apesar de evidências clínicas e consolidação de sua utilização especialmente na Europa (GEOVANINI; NORBERTO; MOZART, 2009).

O propagador da AHT, no Brasil, foi o médico e usuário do tratamento Luiz Moura, que baseado nos estudos de Teixeira (1940) e Veronesi (1976), introduziu o método em sua prática clínica, relatando inúmeros casos de sucesso obtido com o uso do procedimento em um Disco Digital Versátil (DVD) lançado no ano de 2006, que se difundiu rapidamente por todo o país.

Ainda que não tenha aplicação legal em território brasileiro, algumas explorações objetivam aclarar sua ação, descrever seu mecanismo e aduzir o embasamento técnico-científico a fim de difundir a legitimidade da prática, bem como sua importância na aplicação clínica como uma ferramenta de promoção à saúde (TEIXEIRA, 1940; ALVORD *et al.*, 1979; WILLIAMS *et al.*, 1990; BOCCI, 1994; RIVA *et al.*, 1995; WEBSTER *et al.*, 2000; HERNÁNDEZ *et al.*, 2001; TYLICKI *et al.*, 2001; GEOVANINI *et al.*, 2007; GEOVANINI; NORBERTO; MOZART, 2009; HU *et al.*, 2018).

Atualmente é perceptível a grande repercussão da AHT via internet, entre cidadãos de várias partes do mundo como Holanda, Portugal, Espanha, países da América Latina, Estados Unidos e Canadá. A técnica só poderá ser utilizada com segurança e tornar-se viável quando for esclarecida após estudos, a existência de eficácia e inocuidade, além de uma regulamentação legislativa. Há, por isso, a necessidade de se realizar pesquisas, como o proposto neste trabalho, para compreensão dos mecanismos, aplicação, efeitos, riscos, aspectos sociais e legalidade que permeiam a prática. Na ausência desses estudos, as pessoas certamente continuarão praticando a AHT, mesmo sem qualquer esclarecimento técnico baseado em evidências. O objetivo desse trabalho é pesquisar, por meio de revisão da literatura, a eficácia e o papel da AHT, bem como sua legitimidade em oposição ao entendimento da antijuricidade desta prática, sobrepondo uma reflexão abrangente sobre tema.

Metodologia

Configura-se como um estudo bibliográfico de caráter qualitativo, com base em uma revisão narrativa da literatura, que objetiva reunir dados sobre uma temática de forma abrangente.

Foram utilizados recursos informacionais tais como PubMed (que engloba o MEDLINE), biblioteca digital SciELO, buscador acadêmico (Google Acadêmico) e bases de dados eletrônicas de websites. Na busca do material, foram utilizadas as palavras chave: auto-hemoterapia; sangue autólogo; medicina alternativa; terapias alternativas; terapias complementares; e seus respectivos sinônimos em inglês: *auto-hemotherapy*; *autologous blood*; *alternative medicine*; *complementary therapies*.

A inclusão dos trabalhos foi baseada nos seguintes critérios: relevância e correlação dos resumos disponíveis nas bases de dados, idioma de publicação em português ou inglês, publicações sem delimitação de período.

Foram excluídos os estudos que apenas citavam os termos, mas não discutiam a profundidade do tema, também os que tratavam dos conceitos de forma redirecionada a situações e condições específicas que se distanciavam da abordagem.

Desenvolvimento

A AHT é um procedimento antigo que se baseava no empirismo, cujo tratamento consiste em aplicações do sangue autólogo, por via intramuscular, objetivando estimular o sistema imunológico. Prenuncia uma terapia complementar de baixo custo, por coleta de sangue de uma veia periférica do próprio paciente, comumente da prega do cotovelo e aplicá-lo – e sem nada acrescentá-lo – imediatamente em seu músculo (deltoide, ventroglúteo ou dorsoglúteo). Entende-se que a AHT produz um efeito proteico e que, no caso de doenças inflamatórias

crônicas, promova a reativação orgânica (SANTIN; BRITO, 2006). Esse procedimento estimula o Sistema Retículo Endotelial (SRE), quadruplicando o percentual de macrófagos em todo organismo, conforme demonstrado por Teixeira (1940), ao comprovar que o SRE era ativado pela AHT, em seu estudo publicado e premiado na Revista Brasil Cirúrgico, em março de 1940.

Antigamente, o emprego da auto-hemotransfusão se submetia às influências fecundas, mas anticientíficas do empirismo. Hoje, porém, temos uma explicação razoavelmente clara e perfeitamente aceitável de sua ação. Quando o sangue empregado fora de sua situação normal, no aparelho circulatório, ele se torna uma substância completamente diferente para o organismo. O sangue extraído por punção venosa é um sangue asfíxico que, por curto lapso, põe-se em contato com um corpo estranho (seringa), o que é suficiente para provocar modificações na sua físico-química e, por isso, injetado no organismo, atua como se fora uma proteína estranha. De todos é conhecido o efeito estimulante das proteínas parentais sobre o sistema simpático e o parassimpático, pelo que ocorrem reações vasomotoras e teciduais em todo o organismo (TEIXEIRA, 1940, p. 223).

Seu emprego foi descrito em diversas doenças infecciosas, especialmente na febre tifoide e nas dermatoses. Era também usada em casos de asma, urticária e estados anafiláticos (REIMANN; HAVENS, 1940).

Quanto à técnica, a retirada do sangue para AHT, segue os mesmos padrões para uma punção venosa em ambiente hospitalar, em que é escolhida uma veia periférica de maior calibre para retirada de 5 ou 10 ml. Existem cinco métodos diferentes de aplicação (METTENLEITER, 1936, p. 321):

1. Injeção intramuscular de sangue desfibrinado; 20 c.c. de sangue são desfibrinados pela mistura em recipiente de vidro e injetados imediatamente.
2. Injeção intramuscular de 16 c.c. de sangue fresco, misturados com 4c.c. de água destilada.
3. Injeção intramuscular de sangue fresco inalterado.
4. Injeção intravenosa de sangue desfibrinado ou sangue mantido no gelo por algumas horas, ou mesmo dias.
5. Injeção intradérmica em pequena quantidade, de 1 ou 2 c.c. de sangue fresco.

No que tange à administração, ela deve ser feita de imediato, para reduzir o risco de coagulação sanguínea, pois uma vez coagulado, impediria o procedimento. As aplicações são realizadas de sete em sete dias, para manter a taxa de macrófagos em torno de 22%, quatro vezes mais que numa condição normal, devendo ser tomados os mesmos cuidados antissépticos que se seguem a uma transfusão sanguínea ou a uma coleta de sangue subsequente à aplicação de injetável, evitando posteriores complicações (BRANDÃO, 2007). Moura (2004), na atribuição de sua experiência clínica frente à AHT, sugere:

Não há limite de uso, de tempo. Pode-se usar uma vida inteira. Eu mando meus pacientes fazerem assim: faz uma série de dez aplicações, depois descansa um mês; alguns casos que nem precisa, é só como prevenção, descansa dois, três meses. Se for apenas preventivo, pode fazer intervalos grandes. Se for visando um problema ou uma doença que já houve e que tenha que ser mantida sob controle, aí se faz intervalos menores, faz-se dez aplicações, 30 dias de intervalo. Muitos pacientes, eu começo com dez ml na fase aguda da doença, depois eu reduzo para cinco por semana, porque não precisa mais (MOURA, 2004, s.p.).

É importante frisar que a AHT oferece os mesmos riscos de qualquer outro procedimento em que o cliente se submete a punções venosas e injeções intramusculares, quais sejam: lesões de nervos e vasos, necrose tecidual, hematomas e flebites. Esses riscos podem ser minimizados

ou anulados se o procedimento for realizado por pessoa qualificada que obedeça ao protocolo de avaliação da rede venosa, com supervisão do profissional de saúde – é imprescindível a participação desse especialista na anamnese, diagnóstico e prescrição de cuidados, tendo como enfoque central as condições da rede venosa, tegumentar e o estado geral do paciente. Todo esse processo deve ser feito de acordo com a metodologia da assistência em saúde. Na entrevista com o candidato à AHT, deve-se investigar e observar complicações e/ou alterações que possam inviabilizar e/ou dificultar a realização da terapia. Uma investigação bem gerenciada permitirá a elaboração de uma assistência com alto padrão de qualidade e livre de riscos (GEOVANINI, 2009).

Embora com escassa literatura existente sobre o assunto, a AHT adquiriu muitos adeptos ao longo dos anos (SOUSA, 2009) e vem sendo usada em uma variedade de doenças e condições. Ainda que no passado ela tenha sido utilizada quase que experimentalmente, temos, atualmente, uma explanação considerável sobre suas ações:

As doenças infecciosas, alérgicas, autoimunes, os corpos estranhos como os cistos ovarianos, miomas, as obstruções de vasos sanguíneos são combatidas pelos macrófagos, que quadruplicados conseguem assim vencer estes estados patológicos ou pelo menos, abrandá-los. No caso particular das doenças autoimunes, a autoagressão decorrente da perversão do sistema imunológico é desviada para o sangue aplicado no músculo, melhorando assim, o estado geral do paciente (MOURA, 2004, s.p.).

Jesse Teixeira (1940) provocou a formação de uma bolha na coxa de pacientes, com cantárida, substância irritante, e constatou:

Antes da aplicação do sangue, em média a contagem dos macrófagos gira em torno de 5%. Após a aplicação, a taxa sobe e ao fim de 8 horas chega a 22%. Durante cinco dias permanece entre 20 e 22% para voltar aos 5% ao fim de sete dias a partir da aplicação da auto-hemoterapia. A volta aos 5% ocorre quando não há sangue no músculo (TEIXEIRA, 1940, p. 219).

Veronesi (1976) afirma que a AHT pode ser aplicada em todos os tipos de patologias, devido ao fato que a maioria das doenças infecciosas, parasitárias, inflamatórias, neoplásicas, degenerativas e autoimunes estarão relacionadas ao sistema imune durante todo o processo – início, evolução, controle e cura:

O sistema retículo-endotelial (SRE) é constituído por células macrofágicas dotadas de intensa capacidade de fagocitar, lisar e eliminar substâncias estranhas, quer vivas quer inertes. [...] as enzimas linfocitárias tanto podem estimular como inibir o SRE, influenciando no controle, limitação ou erradicação do processo mórbido, seja ele de natureza virótica, bacteriana, neoplásica ou autoimune (VERONESI, 1976, p. 151).

Quando o organismo humano ou animal é agredido por agentes infecciosos ou parasitários, é acionado o sistema imunitário em seus vários compartimentos, a fim de destruir ou neutralizar o agressor. Tanto a imunidade mediada por células, como a mediada por plasmócitos, produtores das imunoglobulinas, são complementadas pelos macrófagos, para impedir a ação patogênica do agente invasor (VERONESI, 1976). Sobre o impacto no SRE, Mettenleiter (1936, p. 323) denota:

A administração intramuscular de 20 ml de sangue autógeno, após cirurgias, tem efeito estimulante sobre o sistema retículo-endotelial, bem como sobre o sistema simpático, que aumenta a atividade e resistência dos tecidos. Este método não é perigoso. Estes procedimentos veem sendo usados em 300 casos, com bons resultados na prevenção de complicações pulmonares pós-operatórias, com evidente redução de embolismo pós-operatório. Os resultados foram encorajadores na pneumonia pós-operatória, furunculoses, bronquites, enfisemas e urticárias.

A AHT é considerada um tratamento controvertido, porém bem-sucedido e de caráter inócuo para a autoestimulação do sistema imunológico. Geovanini, Norberto e Mozart (2009, p. 53) reforçam que é considerada técnica simples que estimula o aumento dos macrófagos (monócitos) pela medula óssea: “os efeitos benéficos da auto-hemoterapia são atribuídos aos antígenos presentes no sangue, que estimulam a produção de anticorpos quando o sangue é injetado no músculo ou no tecido subcutâneo”.

Novos trabalhos vêm sendo desenvolvidos com relação à AHT e suas vertentes. Santin e Brito (2006) utilizaram seis grupos de 20 bovinos cada, sendo que cinco deles foram submetidos a diferentes tratamentos, com um grupo controle. Utilizaram-se como tratamentos a AHT, o clorobutanol, a diaminazina, o levamisole e a autovacina, todos os grupos foram tratados com um intervalo de sete dias entre as aplicações, consecutivamente, durante quatro semanas. Os tratamentos não apresentaram diferença significativa quando usados em papiloma do tipo pedunculado, indicando a eficácia da AHT no tratamento de papilomatose cutânea bovina.

Em seu estudo, Silva, Souza e Papa-Martins (2009) verificaram que a aplicação da AHT em ratos Wistar produziu uma reação imunológica no organismo deles, mostrando que com o uso dessa técnica há um aumento na quantidade de células de defesa do sistema imune, melhorando a cicatrização. Notou-se aumento de 22% de monócitos após oito horas da aplicação da AHT nos animais, e 20% após 72 horas, diminuindo gradualmente em até sete dias. Outro teste da mesma pesquisa se resumia em determinar o índice bactericida em tumores, notando-se que, após a terapia, há acréscimo máximo do índice bactericida e de monócitos dentro de oito horas, provando a estimulação de defesa pelo sistema mononuclear fagocitário. Os resultados da leucometria global logo após aplicação da AHT em ratos apresentaram-se normais, indicando que não havia alterações no sistema imunológico, mas após dois dias à terapia, a leucometria apresentou significativa diferença, mostrando a reação imunológica esperada no quantitativo leucocitário, aumentada em quase duas vezes em relação ao primeiro dia.

Estudos recentes indicam que a AHT associada com ozônio [ozonioterapia (via intravenosa)] promoveu a recuperação de funções em grupos de ratos após dano isquêmico cerebral, através da inibição da apoptose neuronal e aumento das atividades enzimáticas antioxidantes – assim reduzindo os indicadores de estresse oxidativo – sugerindo um método de tratamento eficaz e precoce para o Acidente Vascular Cerebral (AVC) (WU *et al.*, 2018).

Os resultados de outro estudo demonstraram que a AHT com ozônio associada ao tratamento farmacológico foi segura e mais eficaz no alívio da dor e evolução de pacientes com neuralgia pós-herpética, superior à terapia farmacológica isolada. AHT com ozônio tem sido objeto de estudos clínicos há quase 40 anos e se tornou um método relativo ao tratamento clínico, relatada como sendo usada principalmente para a terapia na hepatite viral, hiperlipidemia, acidente vascular cerebral, doenças reumáticas, insônia e câncer (HU *et al.*, 2018).

Evidências demonstram que a AHT – que também evidenciou valor terapêutico em doenças alérgicas, distúrbios circulatórios, doenças virais e câncer – é curativa em pacientes com urticária crônica. Em seu contexto histórico, a técnica era comumente usada para tratar pacientes com urticária antes do desenvolvimento e introdução de anti-histamínicos no mercado farmacêutico e ainda pode ser considerada uma opção terapêutica específica e potencialmente curativa no tratamento de pacientes com urticária crônica espontânea. Seu mecanismo curativo sugere uma modulação à resposta imune e antígenos autólogos que estão envolvidos na liberação de histamina. Supõe-se que sob esse método, o acesso ou via de circulação de fatores liberadores de histamina no sistema imunológico sejam alterados, causando algumas imunomodulações, que propiciam a indução de tolerância à liberação de fatores histamínicos ou seus estimuladores (SHEIKHI; AZARBEIG; KARIMI, 2014).

Com relação aos benefícios da AHT, Moraes (2009) observou grande homogeneidade nas respostas em grupo de pessoas saudáveis sob prática da AHT, sendo que os mais recorrentes foram: aumento de disposição, aumento da resistência a gripes e resfriados, diminuição de dores em geral, melhora da circulação, melhora da pele e qualidade de sono.

Ainda que retratada a fisiopatologia do hematoma elucidando à AHT, visto a semelhança desses processos em sua descrição fisiopatológica, Leite, Barbosa e Garrafa (2008) evidenciam que o sistema circulatório exerce grande influência nos processos homeostáticos, propiciando um meio favorável para a atuação dos mecanismos de defesa frente a uma resposta antigênica revelando que o sangue fora do compartimento vascular gera uma resposta inflamatória, o que por sua vez recrutam células de defesa para combater o agente (sangue) lesivo.

A partir dessas pesquisas, antigas e recentes, constata-se que estudos referentes ao procedimento denominado AHT existem e até dialogam entre si, por pesquisadores das mais diversificadas áreas do conhecimento médico (GEOVANINI; NORBERTO; MOZART, 2009). Neste sentido, no próprio parecer do Conselho Federal de Medicina (CFM), há indicações de pesquisas a esse respeito, mas são consideradas não relevantes pelo parecerista.

No ano de 2007, mais especificamente, desencadeou-se, no Brasil, uma atuação drástica dos Conselhos de Medicina e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) Nota Técnica nº 1 de 13 de abril de 2007, em alguns casos, amparados pelo Ministério Público, no sentido de proibir a utilização da AHT, conforme resoluções oficiais desses órgãos. Os profissionais da área de saúde e as farmácias foram proibidos de realizar a aplicação, sob ameaças de processo, de cassação de diplomas e de fechamento de estabelecimentos. O argumento em fundamento para tal proibição é que faltam pesquisas e embasamento científico para AHT:

Enfim, não existem evidências confiáveis em revistas científicas de elevado padrão de que a auto-hemoterapia seja efetiva para qualquer doença em seres humanos. Não existem estudos que demonstrem sua segurança. Da mesma forma, não há sequer pesquisas em animais que informem acerca de algum parâmetro farmacológico de interesse clínico. Ela, no entanto, não é um método terapêutico pseudocientífico, pois pode ser testada com rigor. Isso não lhe confere um átimo de validade, senão a possibilidade de ter algumas de suas indicações devidamente testadas. Em conclusão, a auto-hemoterapia não foi submetida a testes genuínos, não foi corroborada, e nada há, além de indícios, casos isolados narrados com dramaticidade, que pouco se prestam a provar coisa alguma perante a ciência e que ampare o seu valor, sendo o seu uso atual em seres humanos uma aventura irresponsável (BRASIL, 2007, p. 15).

No Brasil, a ausência de protocolos e políticas de saúde relacionadas ao uso da AHT levou à banalização da prática e aumento dos seus riscos. Embora proibida pelas autoridades sanitárias e Conselhos de Classe, a prática da AHT se popularizou, criando uma demanda crescente, porém reprimida, que continua fazendo uso da terapia, sem nenhum acompanhamento e controle pelos órgãos competentes. Como resultado da prática sem adequada regulamentação, evidencia-se a real possibilidade de prejuízos para os pacientes, que por não quererem renunciar à terapia, submetem-se à aplicação dela, de forma clandestina, realizada por pessoas sem preparo específico (GEOVANINI, 2009).

Mais instigante ainda é perceber que a AHT tem sua utilização, ou pelo menos algumas “vertentes” dela, mesmo aqui no Brasil, autorizada em determinados contextos da prática médica, por exemplo: na medicina desportiva, a respeito da autorização do uso de uma técnica conhecida como Plasma Rico em Plaquetas (PRP); na anestesiologia, como também se constata na legalização do procedimento denominado Tampão Sanguíneo Peridural (TSP); na oftalmologia, a AHT ocular (subconjuntival), que consiste na administração subconjuntival de sangue retirado da veia do próprio paciente para tratamento de queimaduras oculares; e, por fim,

no uso clínico da AHT com sangue (autólogo), submetido à ação de certos agentes (radiação UV, ozônio, entre outros) (OLIVEIRA JÚNIOR, 2007). Todas essas técnicas são variações da AHT, pois se fundamentam no seu princípio cêntrico, a saber, a retirada de sangue autólogo e seu uso no próprio sujeito em tratamento, diversificando meramente o fato de esse sangue passar ou não por tratamento – químico ou físico (centrifugado, no caso do PRP) – ou a sua utilização tal qual a AHT, como é o caso do TSP. Na ozonioterapia médica, muitos pacientes humanos, com comprometimento renal e poliartralgia apresentam melhora substancial do quadro clínico da dor (OLIVEIRA JÚNIOR, 2007).

Quando o tratamento alopático de cefaleia em humanos não apresenta resultados satisfatórios, realiza-se a AHT, feita por uma injeção peridural com sangue venoso do paciente, o que resulta em um tamponamento da falha meníngea (OLIVEIRA JÚNIOR, 2007):

A auto-hemoterapia, sinônimo de terapia através de transfusão de sangue autólogo, tem sido erroneamente interpretada, na mídia leiga, como procedimento realizado pelo próprio doente ou por não médicos. [...] O procedimento é reconhecido e mundialmente indicado e utilizado no tratamento da cefaleia secundária à redução da pressão do líquido cefalorraquidiano que se instala após uma punção subaracnóidea (OLIVEIRA JÚNIOR, 2007, p. 163).

Embora os mecanismos de ação desses processos ainda sejam pouco conhecidos, eles têm demonstrado ótimos resultados (OLIVEIRA JÚNIOR, 2007; HU, 2018; WU et al., 2018).

No parecer emitido pelo CFM, vê-se que na definição dada pelo parecerista com relação ao que se conhece por Tampão Sanguíneo Peridural (TSP), tenta-se justificar a semelhança entre esse e a AHT no que se refere aos procedimentos práticos, ou seja, o princípio da utilização de sangue autólogo como “ferramenta de cura”, seguindo a argumentação de que o TSP é cientificamente corroborado por pesquisas científicas:

O procedimento denominado “tampão sanguíneo peridural” (TSP) consta da injeção de sangue autólogo no espaço peridural para tratamento de cefaleia refratária (p. ex., após tentativas feitas com a administração com paracetamol, AINE, gabapentina ou com a infusão intravenosa de líquido etc.), em consequência de anestesia raquidiana. Tal cefalalgia parece relacionada à redução da pressão intracraniana, provavelmente devido à perda de líquido cefalorraquídeo (LCR) através da perfuração das meninges. A magnitude da perda de LCR está relacionada com as dimensões das lesões produzidas pelas punções, sendo mínima quando se trata de agulha de fino calibre (OLIVEIRA JÚNIOR, 2007, p. 163). A técnica consta da administração de sangue, retirado do próprio paciente, por injeção peridural (SAFA-TISSERONT *et al.*, 2001, p. 47; BRASIL, 2007, p. 3).

Recentemente, a medicina estética incorporou a técnica conhecida como PRP para realizar tratamentos de beleza, cujo plasma como um hemoderivado autólogo caracterizado por elevadas concentrações de plaquetas, seus fatores de crescimento (FC) e proteínas em um pequeno volume de plasma estimulam processos celulares como quimiotaxia, mitogênese, diferenciação celular e angiogênese. Devido essas comprovadas ações, o PRP tem atraído a atenção para a área de estética, uma vez que tem sido demonstrado que pode induzir a síntese de colágeno e outros componentes da matriz extracelular através da ativação de fibroblastos, levando ao rejuvenescimento cutâneo (ZENKER, 2010).

Desse modo, devido ao fato de haver um grupo de profissionais a reivindicarem como importante técnica em “seu fazer”, fica palpável a aceitabilidade das vertentes da AHT. Apesar da distinção de como o sangue autólogo é utilizado nessas diferentes técnicas, se esse mesmo sangue autólogo, além de não causar dano ao indivíduo ainda for benéfico, seria o princípio que a isso se explica, podendo servir de base contra as refutações da AHT (COSTA, 2013). Há

uma controvérsia no fato de a medicina, por sua natureza biomédica, aceitar como científico (através do parecer do CFM) que uma parcela do sangue autólogo possua todas essas qualidades terapêuticas e, em seguida, entender como não válida a aplicação do sangue autólogo em sua totalidade, sob seu aspecto mais natural, sem nenhuma modificação. Há uma contraposição nesse posicionamento, pois as plaquetas, tão enaltecidas no procedimento denominado PRP, não deixam de existir no sangue *in natura* (COSTA, 2013).

Ainda assim, e para efeito observacional analógico, o CFM e a ANVISA usaram de dois pesos e duas medidas em suas decisões referentes à AHT e à homeopatia, quando os referidos órgãos de saúde posicionaram favoravelmente à legalização da homeopatia, mesmo sabendo não se tratar de uma prática baseada nos parâmetros de racionalidades médicas, ou seja, que se pautasse nas ciências clássicas de medicina baseada em evidências (biomédicas) como referente. No entanto, com relação à AHT, decidiram vê-la como uma prática que não obedece aos padrões científicos clássicos e, desse modo, proibiu-a de ser praticada pelos profissionais de saúde (COSTA, 2013).

A AHT é aceita, legalizada e tida como cientificamente aprovada pela comunidade médica em Portugal, esse estilo de medicina que, tem alguma referência acadêmica – mesmo que seja rechaçada pela Medicina Baseada em Evidências – desfruta de certa liberdade de existir enquanto alternativa à medicina ortodoxa em sua difusão pela Europa e outros lugares do mundo (COSTA, 2017).

Para estabelecer relação entre integralidade e racionalidades médicas, convém considerar dois movimentos distintos: primeiro, um olhar dirigido ao mundo das outras racionalidades médicas presentes em nossa cultura ou em outras, com estilos de pensamento estruturados e elaborados; e segundo, uma imersão na própria biomedicina. O conceito de racionalidades médicas diz respeito a um sistema de tratamento que, visando restabelecer a saúde dos seres humanos ou combater doenças, demonstra sua eficácia prática, sendo sustentado por um arcabouço teórico (*epistémé*) que, por sua vez, traduz a competência empírica (*tekné*) daquela teoria. As práticas medicinais alternativas e as práticas médicas convencionais possuem diferentes racionalidades médicas e ambas podem ser definidas como sistemas médicos complexos, uma vez que são estruturalmente constituídas por dimensões de abordagens teórico-práticas. Na concepção de organismo, saúde, doença e terapêutica que o compreender diferente é mais intenso e marcante, uma vez que outros sistemas terapêuticos preconizam a busca integralizadora e holística do paciente e de sua realidade, no que diz respeito a sua dinâmica biopsíquica-relacional, tanto no adoecer quanto no tratamento (LUZ, 1995).

Estudos histórico-epistemológicos e socioantropológicos das ciências questionaram um positivismo e cientificismo indutores na visão do conhecimento científico como descrição assintomaticamente verdadeira da realidade – e visão geradora de desconfiança epistemológica de tudo o que não seja “ciência”. Desses estudos, percebe-se que o fazer científico é uma sofisticada tradição de produção de conhecimentos e práticas, conectada com forças, redes sociais, interesses e valores político-sociais e culturais específicos (ILLICH, 1981). Ao que tudo indica, a AHT encontra-se também sob esse crivo. Diante desses aspectos, algumas questões devem ser abordadas acerca da produção/legitimação da medicina (incluindo a sua dimensão prática, também conhecida como terapêutica, e a do conhecimento, também denominada diagnose) na sociedade ocidental moderna, no sentido de problematizar a ordem médica enquanto domínio legítimo de produção de práticas de saúde a partir da discussão sobre a AHT como um procedimento que provoca controvérsias acerca de formas de validade do conhecimento produzido, bem como a institucionalização de práticas de saúde como parte da lógica ou racionalidade médica (CAMARGO, 2005; TESSER; LUZ, 2008).

As buscas por novas alternativas terapêuticas mais seguras e de baixo custo vem sendo implementadas em todo o mundo (TYLBERRY, 2005). Há um interesse crescente em múltiplos setores sociais no ocidente dirigido às chamadas medicinas alternativas e complementares (MACs), pois, além de ser fomentada pelas frustrações, insatisfações e limites vividos com

a medicina convencional (e suas dificuldades relativas a acesso e custo), a valorização das MAC deve-se, também, a seus méritos próprios (ANDRADE, 2006; ERNST, 2001). Uma parte relativamente pequena dessas práticas e saberes da Medicina Complementar e Integrativa – acupuntura, técnicas de meditação, plantas medicinais, entre outros – tem sido testada cientificamente, mas com estudos inconclusivos, devido às evidências escassas por suas diligências. Há também estudos que avaliam as reações adversas e, portanto, a segurança no seu uso e que concluem pela necessidade de maior aprofundamento no tema. Tal validação científica é específica para alguns problemas ou doenças, conforme as teorias e a nosografia biomédica, e impõe limites na avaliação desses saberes e práticas. No geral, isola-se técnicas terapêuticas para doenças ou situações específicas, com métodos que satisfazem ou se aproximam de padrões instituídos pela biomedicina. Isso certamente limita seu uso a doenças específicas, desconsiderando o potencial dessas práticas para promover a saúde entre populações e grupos culturais que utilizam tais saberes há muitas gerações (LEWIS, 2011).

As MACs podem ser definidas como um grupo de sistemas médicos e de cuidado à saúde, práticas e produtos que não são presentemente considerados parte da biomedicina. Esse grupo pode ser organizado em: sistemas médicos alternativos (homeopatia, medicina ayurvédica e outras); intervenções mente-corpo (meditações, orações); terapias biológicas (baseados em produtos naturais não reconhecidos cientificamente); métodos de manipulação corporal e baseados no corpo (massagens, exercícios); e terapias energéticas (reiki, chi kung, dentre outras). Quando essas práticas são usadas com práticas da biomedicina, são chamadas complementares; quando são usadas no lugar de uma prática biomédica, são consideradas alternativas; e quando são usadas conjuntamente (baseadas em avaliações científicas de segurança e eficácia de boa qualidade), são chamadas integrativas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) associa as MACs como a “medicina tradicional”, entendida como “práticas, enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias diversas que incorporam medicinas baseadas em plantas, animais e ou minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios” (OMS, 2002, p. 7). Essas caracterizações definem as MACs vagamente ou pelo que não são, abarcando práticas heterogêneas sob a mesma definição (TESSER; BARROS, 2008).

O SUS constitui-se em locus privilegiado de desenvolvimento da expansão dessas outras racionalidades médicas e de sua integralidade e, recentemente, iniciou-se um movimento de reconhecimento e valorização delas, desde a edição da primeira Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), pela Portaria nº 971 do Ministério da Saúde de 3 de maio de 2006, em consonância com recomendações mundial sobre o tema (OMS, 2002). Nesse propósito sugere-se um investimento cuidadoso no sentido de legitimação de outras racionalidades médicas e sua oferta à população na rede básica seja uma estratégia promissora de enriquecimento e ampliação do coeficiente de integralidade nas práticas do SUS, e por ele sugerindo que outras formas de legitimação e validação epistemológica estão para serem construídas, de forma a viabilizar a contribuição de outras racionalidades médicas para o cuidado dos doentes e a promoção da saúde, sob formas mais democráticas, discutidas e “corresponsabilizadoras” de pacientes, profissionais e instituições. As poucas iniciativas nesse sentido têm tido êxito, recebem ampla aceitação dos usuários e dos profissionais da saúde (não sem tensões e receios de alguns e suas corporações, geralmente os médicos) (TESSER; LUZ, 2008).

A aceitação da eficácia dessas terapias alternativas vem ocorrendo em larga medida, independentemente do progresso do conhecimento médico sobre os seus mecanismos de ação. A constatação de sua efetividade, eficácia e segurança, por parte de pacientes e terapeutas, tem sido o principal fator a motivar sua adoção e expansão nos serviços e nas instituições de atenção à saúde (NASCIMENTO, 1998).

Analisando, além da relutância referente às concepções biomédicas que permeiam a proibição da aplicação da AHT, ainda há pelo menos três influências que se referem ao prisma econômico: primeiro, o fato dela (além da técnica – praticável aos profissionais da área de saúde e não exclusivamente à classe médica, contrariando domínio de prática) não necessitar mais que agulhas e seringas para a realização do procedimento, ou seja, são produtos de baixíssimo custo, que não dariam grandes lucros à indústria de material médico-hospitalar. Segundo, mesmo que fossem realizadas demais pesquisas no intuito de dar legitimidade científica à técnica, esses trabalhos provavelmente não produziriam insumos geradores de considerável capital econômico. Terceiro, a indústria farmacêutica também deixaria de lucrar com a venda de medicamentos, que são protagonistas nos tratamentos convencionais, e reduzindo, pelo efeito potencial profilático, ainda mais o consumo de fármacos (COSTA, 2013).

Em suma, a técnica da AHT vislumbra a potencialização do sistema imunológico e, conseqüentemente, admite uma dimensão preventiva, de tratamento e cura, evidenciando seu préstimo precisamente no eixo da funcionalidade médica – com sua razão epistemológica, por suas pesquisas relativas, além de sua trajetória sociocultural – para promoção de saúde, confundindo o propósito de sua exclusão como prática legal, deturpando o juízo de sua existência (COSTA, 2013).

Dessa forma, faz-se necessária a reflexão de sua natureza proibitiva e/ou restritiva para elucidação circunspecta, sensata, consciente e responsável da prática de AHT, bem como sua valorização sob amparo legal na razão de sua legitimidade, constituindo-se, por um objeto de investigação científica, em um instrumento na promoção da saúde (COSTA, 2013).

Considerações finais

O presente trabalho reconhece o papel da AHT contemplando seus fundamentos mediante estudos científicos pelos princípios congruentes à educação em saúde; ainda por extensão ao seu comportamento sustentável em sua gestão e aplicabilidade, favorecendo a redução de impacto sobre recursos naturais e geração de resíduos. Observa-se também seu papel sob influência nos fatores de saúde coletiva e bem-estar, bem como a inclusão de possíveis terapias nas medicinas alternativas nas estratégias de saúde alinhadas aos princípios da OMS; ainda referente a garantia de direito popular e comum, científico e profissional, consoantes com a legislação proposta pelo SUS.

Vários trabalhos feitos em todo mundo têm demonstrado a utilidade da AHT no combate ou profilaxia em várias doenças. Considera-se que a amplitude contextual da AHT estabelece evidentemente uma condição questionável em seu caráter proibitivo em território brasileiro, cuja legislação aplicada oportuniza privilégios de domínio de práticas e interesses mercantis, distanciando da serventia comum à sociedade e invertendo valores à aplicação dos serviços em saúde.

Sugere-se uma reflexão autocrítica, baseada nas pesquisas já realizadas e em suas principais conclusões, que considere ainda sua prática popular, assim como a interpretação das condições legais para o uso da AHT fora do país. Assim, comunidade, profissionais de saúde, corpo científico e representantes legislativos podem unir-se a fim de incentivarem a inclusão dessa técnica nas práticas integrativas e complementares, sendo que a avaliação do seu emprego em grupo populacional (delimitado e gradativo) pode ser realizada através de estudos de hemovigilância. Ainda, faz-se necessário o estímulo ao desenvolvimento e aprimoramento na qualificação de suas pesquisas, para consumir o valor terapêutico da AHT e estabelecer finalmente a sua condição legal como objeto estratégico em saúde.

Referências

- ALVORD, E. C. *et al.* Autohaemotherapy Approaches to the treatment of central nervous system autoimmune disease. **Ann. Neurology**, v. 6, p. 469-473, 1979.
- ANDRADE, J. T. **Medicina alternativa e complementar: experiência, corporeidade e transformação.** Salvador: EDUFBA; Fortaleza: EdUECE, 2006.
- BARNES, P. M. *et al.* **Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002.** Advance data from vital and health statistics, Hyattsville, n. 343, p. 1-19, maio 2004.
- BOCCI, V. Autohaemotherapy after treatment of blood with ozone. **A reappraisal. J. Int. Med. Res.**, v. 22, p. 131-144, 1994.
- BRASIL. **Processo consulta CFM Processo nº 4.275/2007.** Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2007/12>. Acesso em: 26 out. 2018.
- BRASIL. **Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006.** Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em: 16 fev. 2021.
- BRANDÃO, A. Auto-hemoterapia: proibir ou pesquisar? **Rev. Pharmacia Brasileira**, Distrito Federal, p. 26-30, set./out. 2007. Disponível em: <https://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/7/28a31.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2021.
- CAMARGO JR., K. R. de. A biomedicina. **Physis: Rev. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 177-201, jan. 2005.
- COSTA, T. L. S. da. **Discursos sobre a interdição à auto-hemoterapia: genealogia de um fato médico-científico.** 2017. 209 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Fortaleza, 2017.
- COSTA, T. L. S. da. **Auto-hemoterapia e a “Invenção da Biomedicina”:** um estudo Sociológico sobre controvérsias Médicas no Brasil. Departamento de Ciências Sociais, Universidade Federal da Paraíba – UFPB, 2013.
- ERNST, E. **Medicina complementar: uma avaliação objetiva.** São Paulo: Editora Manole, 2001.
- GEOVANINI, T. **Em defesa da liberação da auto-hemoterapia no Brasil.** 2009. Disponível em: http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/EM_DEFESA_DA_LIBERACAO_DA_AUTOHEMOTERAPIA_NO_BRASIL.pdf. Acesso em: 26 out. 2018.
- GEOVANINI, T.; NORBERTO, C.; MOZART, M. Tratamento da esclerodermia doença autoimune através da auto-hemoterapia: um estudo de caso clínico. **Rev. Enf. Ref.**, v. 2, n. 9, p. 51-59, 2009.
- GEOVANINI, T. *et al.* **Manual de curativos.** São Paulo: Corpus, 2007. p. 81-98.

-
- HERNÁNDEZ, M. L. *et al.* Autohemoterapia: alternativa eficaz en la patología autoinmune? **Atención Primaria**, v. 28, n. 4, p. 291-292, 2001.
- HU, B. *et al.* The effect and safety of ozone autohemotherapy combined with pharmacological therapy in postherpetic neuralgia. **J. of Pain Research.**, v. 11, p. 1637-1643, ago. 2018.
- ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 4. ed. São Paulo: Nova Fronteira; 1981.
- LEITE, D. F.; BARBOSA, P. F. T.; GARRAFA, V. Auto-hemoterapia, intervenção do estado e bioética. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 54, n. 2, p. 183-188, 2008.
- LEWIS, M. B. A. Risk and efficacy in biomedical media representations of herbal medicine and complementary and alternative medicine (CAM). **Evid Based Complement Altern Med**, v. 16, n. 3, p. 210-217, jun. 2011.
- LIMA, L. M. Química medicinal moderna: desafios e contribuição brasileira. **Química Nova**, São Paulo, v. 30, n. 6, p. 1456-1468, 2007.
- LUZ, M. T. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. **Cadernos de Sociologia**, v. 7, p 109-128, dez. 1995.
- METTENLEITER, M. W. Autohemotransfusion in Preventing Postoperative Lung Complications. **The American J. of Surgery**, v. 32, n. 2, p. 321-323, 1936.
- MORAES, M. R. **Estudo científico da auto-hemoterapia**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Tecnologia Bioprocessos e Biotecnologia) – Universidade Tuiuti do Paraná, 2009.
- MOURA, L. **Auto-hemoterapia**. 2004. Disponível em: http://www.hemoterapia.org/aht_hemoterapia_conversa-com-o-dr-luiz-moura-em-60-temas.asp. Acesso em: 26 out. 2018.
- NASCIMENTO, M. C. do. Da panaceia mística a especialidade médica: a acupuntura na visão da imprensa escrita. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 99-113, 1998.
- OLIVEIRA JÚNIOR, J. O. de. Tampão sanguíneo epidural: um método a ser absolvido. **Prática Hospitalar**, ano IX, n. 51, maio/jun. 2007. Disponível em: <http://www.rnsites.com.br/tsperidural.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2021.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: <https://bit.ly/3fJU4rS>. Acesso em: 16 fev. 2021.
- RAVAUT, M. Paul Essai sur L'Autoh, matothrapie dans Quelques Dermatoses. **Ann. Derm. Syph.**, v. 4, p. 292-296, 1913.
- REIMANN, H. A.; HAVENS W. P. Focal infection and systemic disease: a critical appraisal. **JAMA**, v. 114, p. 1-6, 1940.

-
- RICHARDSON, J. What patients expect from complementary therapy: a qualitative study. **American J. of Public Health**, v. 94, n. 6, p. 1049-1053, jul. 2004.
- RIVA, S. E. *et al.* Effects of ozonized autohaemotherapy on human hair cycle. **Panminerva med.**, v. 37, n. 3, p. 129-132, 1995.
- ROSENOW, E. C. Mouth infection as a source of systemic disease. **JAMA**, v. 63, n. 23, p. 2024-2025, 1914.
- SAFA-TISSERONT, V. *et al.* Effectiveness of epidural blood patch in the management of post-dural puncture headache. **Anesthesiology**, v. 95, n. 2, p. 334-339, ago. 2001.
- SANTIN, A. P. I.; BRITO, L. A. B. Estudo da papilomatose cutânea em bovinos leiteiros: comparação de diferentes tratamentos. **Ciência Animal Brasileira** v. 5, n. 1, p. 41-47, 2006.
- SHEIKHI, A.; AZARBEIG, M.; KARIMI, H.; Autohemotherapy in Chronic Urticaria: What Could Be the Autoreactive Factors and Curative Mechanisms? **Ann. Dermatol.**, v. 26, n. 4, p. 526-527, ago. 2014.
- SILVA, C. H.; SOUZA, L. J.; PAPA-MARTINS, M. Avaliação dos efeitos da auto-hemoterapia sobre a cicatrização e presença de leucócitos séricos em ratos wistar. **REEUNI – Rev. Eletrônica de Enfermagem do UNIEURO**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 39-57, jan./abr. 2009.
- SOUSA, F. B. de. **Auto-hemoterapia como terapia auxiliar no tumor venéreo transmissível**. 2009. Disponível em: <http://www.rnsites.com.br/Auto-Hemoterapia-cadela.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2021.
- TEIXEIRA, J. Complicações pulmonares pós-operatórias autohemotransfusão. **Rev. Brasil Cirúrgico**, v. 2, n. 3, p. 213-230, mar. 1940.
- TELESI JUNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 30, n. 86, p. 99-112, 2016.
- TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 914-920, out. 2008.
- TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, fev. 2008.
- TILBERY, C. P. **Esclerose Múltipla no Brasil: aspectos clínicos e terapêuticos**. São Paulo: Atheneu, 2005.
- TYLICKI, L. *et al.* Beneficial clinical effects of ozonated autohemotherapy in chronically dialysed patients with atherosclerotic ischemia of the lower limbs-pilot study. **Int. J. Artif. Organs.**, v. 24, n. 2, p. 79-82, 2001.

VADJA, G. *et al.* Data concerning the mechanism of autohaemotherapy in polyarthritic patients of autohaemotherapy in polyarthritic patients. **Z. Immunitätsforsch Allerg Klin Immunol.**, v. 133, n. 1, p. 1-6, 1967.

VERONESI, R. Imunoterapia: o impacto médico do século. **Med. Hoje**, v. 2, n. 13, p. 148-152, 1976.

WEBSTER, G. J. *et al.* Molecular epidemiology of a large outbreak of hepatitis B linked to autohaemotherapy. **Lancet.**, v. 356, n. 9227, p. 379-384, 2000.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J. Adv Nurs.**, v. 52, n. 5, p. 546-553, dez. 2005.

WILLIAMS, J. *et al.* Autohaemotherapy for genital, anal and perianal warts. **Indian J. Sex. Transm. Dis.**, v. 11, n. 2, p. 57-58, 1990.

WU, X. *et al.* Effects of major ozonated autohaemotherapy on functional recovery, ischemic brain tissue apoptosis and oxygen free radical damage in the rat model of cerebral ischemia. **J. of Cellular Biochemistry**; v. 120, n. 4, p. 6772-6780, 2018.

ZENKER, S. Platelet rich plasma (PRP) for facial rejuvenation. **J. Méd. Esth. et Chir. Derm.**, v. 37, n. 148, p. 179-183, dez. 2010.

REFLEXÕES SOBRE O CONTEXTO PEDAGÓGICO, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NA EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR

Reflection on the pedagogical context, health and quality of life in school physical education

Lindamir Pozzo Arbigaus¹
Paulo Henrique de Menezes Brandão

Resumo: É na escola, principalmente na Educação Física, que a maioria dos indivíduos desenvolve uma percepção corporal de modo mais consciente, que depois de aprendida, seja levada para seus lares e para a vida. Compreender o papel da Educação Física nesse processo de formação integral do indivíduo e promoção da qualidade de vida demonstra a importância desse campo do saber. Contudo, é preciso uma visão atualizada que ultrapasse a simples órbita disciplinar, na tentativa de entender as causas e consequências de uma sociedade mediada pelo uso da tecnologia e fortemente influenciada pelo multiculturalismo, assim, é papel da Educação Física escolar promover o questionamento e a reflexão dessas características no contexto pedagógico. Este trabalho objetiva fazer uma conceitualização bibliográfica e subjetivista sobre esta temática e a contribuição da Educação Física Escolar para a promoção da saúde e o bem-estar, através da cultura corporal do movimento, da saúde e do papel do professor de Educação Física.

Palavras-chave: Educação Física. Saúde, qualidade de vida. Contexto pedagógico.

Abstract: It is at school, especially in physical education, that most individuals develop body awareness in a more conscious way, which, once learned, is taken to their homes and to life. Understanding the role of Physical Education in this process of integral training of the individual and promotion of quality of life demonstrates the importance of this field of knowledge. However, an updated vision is needed that goes beyond the simple disciplinary orbit, in an attempt to understand the causes and consequences of a society mediated by the use of technology and strongly influenced by multiculturalism, thus, it is the role of school physical education to promote questioning and reflection these characteristics in the pedagogical context. This work aims to make a bibliographic and subjectivist conceptualization on this theme and the contribution of school physical education to the promotion of health and well-being, through the body culture of the movement, health and the role of the physical education teacher.

Keywords: Physical Education. Health, quality of life. Pedagogical context.

Introdução

A agenda e o enfoque relacionados à importância da Educação Física Escolar como subsídio introdutório para a promoção da saúde e melhor qualidade de vida são assuntos discutidos nas categorias educacionais. A relevância de tal abordagem se justifica a partir da análise de uma mudança de paradigma observada no comportamento social. Pode-se perceber que ao longo da história o ser humano mudou sua relação com a saúde e o movimento, ficando mais evidenciada tal mudança após o estabelecimento de um modo de vida automatizado e tecnológico como o atual.

É relevante citar que a Educação Física como disciplina escolar tem travado uma luta ao longo da história para definir seu objeto de estudo e, ao mesmo tempo, justificar-se quanto disciplina do currículo frente às constantes transformações na agenda e nas diretrizes escolares ao longo dos anos. No contexto da evolução do currículo da Educação Física, os Parâmetros Curriculares Nacionais articularam esse processo, configurando a importância da cultura corporal e do movimento (BRASIL, 1997; 1998; 2000; 2002)

¹ Centro Universitário Leonardo da Vinci – UNIASSELVI. Rodovia BR 470 – Km 71 – nº 1.040 – Bairro Benedito – Caixa Postal 191 – 89130-000 – Indaial/SC. Fone (47) 3281-9000 – Fax (47) 3281-9090 – Site: www.uniasselvi.com.br.

Nessas diferentes abordagens, processo em constante transformação, sua permanência no currículo é justificada por Guedes (1999), cuja prática esportiva ou de atividades físicas na infância atuam e influenciam positivamente no desenvolvimento biopsicossocial e cultural da criança até a vida adulta.

A dimensão da palavra biopsicossocial traz o critério fundamental da relação entre o desenvolvimento físico (biológico como hereditariedade, maturação cerebral), desenvolvimento psicológico (formação das relações sociais e psicológicas), social (escola, família, classe escolar). O elo entre todos os fatores biopsicossociais é formado com a educação, responsável pela transformação e desenvolvimento da criança, influenciando seu crescimento até se tornar um indivíduo capaz de pensar e decidir (consciente). Para Papalia, Olds e Feldman (2001), todos os processos que envolvem a dimensão psicossocial necessitam ocorrer de forma paralela.

É nesse cenário que o professor de Educação Física ganha notoriedade no processo de ensino-aprendizagem, ao atribuir uma didática instigante, a fim de agir não de maneira isolada, mas de forma multidisciplinar, capaz de atrair os indivíduos a protagonizarem em suas aulas.

Para tanto, é necessário fazer da escola um ambiente atrativo, voltada para as características do aluno e de seu contexto biopsicossocial, envolvendo o ambiente escolar, a saúde e a qualidade de vida, não só durante o período escolar, mas que permaneça para a vida adulta, em que o processo educativo seja vivenciado de forma teórica e prática para o desenvolvimento de um estado de bem-estar ao longo da vida.

Neste cenário, o presente trabalho objetiva a investigação de bibliografias sobre o contexto pedagógico da Educação Física Escolar e relacionar os conceitos de saúde e qualidade de vida à proposta curricular da disciplina, fazendo uma análise qualitativa sobre as dimensões da Educação Física Escolar, a partir de teoria da Complexidade.

Educação Física Escolar e a qualidade de vida

O interesse pela saúde e uma melhor qualidade de vida vem sendo discutido entre diferentes áreas do conhecimento e se intensificaram nessas últimas décadas. O desempenho físico, desde a antiguidade, teve notoriedade, mas é na atualidade que a concepção corporal e o exercício motor tornam-se substanciais para a longevidade, saúde e qualidade de vida dos indivíduos modernos (RANGEL, 1996).

O processo identitário da Educação Física como disciplina escolar busca aproximação com a ideia de focar o conhecimento abordado na disciplina, atrelando-o a um conjunto de práticas socialmente construídas e ressignificadas ao longo do tempo, como forma de repassá-la aos mais jovens. Muitas vezes, tal discurso rechaça ideias que associem a Educação Física ao desenvolvimento da saúde, por exemplo. Nesse sentido, Guedes (1999, p. 10) afirma:

Em razão dos jovens na idade escolar raramente apresentar sintomas associados às doenças degenerativas, tem-se investido muito pouco em sua formação escolar quanto à adoção de hábitos de vida que possa inibir no futuro o aparecimento dessas doenças. O fato de os sintomas provenientes das doenças degenerativas ainda não terem se manifestado nessa fase, não significa que os jovens estão imunes aos fatores de risco que na seqüência possam induzir a um estado de morbidez.

A ideia de que a Educação Física Escolar atue na promoção da saúde não é nova, porém a tentativa de pô-la em prática na sua totalidade foi absorvida pela necessidade de uma agenda mais abrangente dentro do currículo escolar, com mudanças na abordagem pedagógica ao longo dos anos. Quando analisamos o número e as diretrizes curriculares nacionais anuais,

percebemos essas mudanças inseridas. A pesquisa de Oliveira (2001) corrobora com o fato de que a Educação Física, em 1989, estaria passando por uma crise, cujos objetivos cognitivos e afetivos ocuparam parte dos objetivos motores.

É importante lembrar que a entrada da Educação Física na escola ou ginástica como era conhecida no início de sua trajetória, deu-se em um cenário totalmente diferente do cenário atual. Naquele momento, as ideias de disciplina e libertação de vícios eram vistas como os principais fatores para desemperrar o desenvolvimento da nação. Segundo Almeida e Bonfim (2014, p. 2) “ao analisar as circunstâncias históricas e sociais da inclusão de exercícios físicos no ambiente escolar, as tendências eugênicas e higiênicas se destacam, principalmente pela conjuntura e as necessidades que a sociedade brasileira suportava na época”.

Também se faz necessário destacar que a forma como se concebe a saúde sofreu alterações drásticas ao longo do tempo. Sendo assim, na atualidade não mais se acredita na ideia de saúde como ausência de doença, mas na saúde como sendo um bem-estar e equilíbrio presente na relação das diferentes esferas que compõem a integralidade humana (SCLIAR, 2007).

O avanço tecnológico e os impactos na vida escolar

A preocupação com a construção de um diálogo entre a Educação Física e a promoção à saúde no espaço escolar se torna ainda mais imprescindível quando se observa nas sociedades contemporâneas o crescimento das cidades, e com ele, o aumento da violência, os espaços públicos e abertos substituídos por casas fechadas, apartamentos e o mundo da criança passa a ser visto pelas telas. Os recursos tecnológicos têm se tornado uma tendência cada vez mais atuante na realidade da maioria dos lares, principalmente das grandes cidades brasileiras.

A cultura corporal do movimento é importante no desenvolvimento de habilidades que acompanharão a criança até a vida adulta, atuando na dimensão biopsicossocial. As habilidades descobertas pelo contexto da Educação Física permitem a percepção da força, das capacidades físicas e o caminho necessário para ter mais força e saúde.

Nessa conjuntura, ao problematizar a dinâmica do movimento, surgem desafios pedagógicos ao qual precisam ser superados pelo campo da Educação Física, sem perder a função social da escola, com acesso e reflexão à cultura corporal do movimento (DAOLIO, 1996).

Nesse sentido, Betti (2001, p. 126) faz uma análise crítica ao avaliar a influência da mídia no âmbito escolar: “As crianças e adolescentes, hoje, e cada vez mais, tomam contato com os conteúdos da cultura corporal de movimento como telespectadores, e não como praticantes; pela imagem, e não pela vivência”. Pode-se notar que os sujeitos atuais tendem a passar mais tempo conectados às mais diversas formas de tela, seja pelo celular, tablet ou computador, se comparados às gerações anteriores, que sequer possuíam uma variedade desses recursos, mas que, ao contrário, estabeleciam uma maior interação físico-social-cenestésico com o ambiente externo de modo mais intuitivo, mais prático e envolvente. A partir do contexto de que as gerações anteriores desenvolviam atividades mais práticas e de maior socialização, recai sobre o ambiente escolar a necessidade de desenvolver atividades que permitam o reconhecimento da cultura corporal e a compreensão da importância do movimento para o desenvolvimento da saúde e bem-estar.

É preciso refletir e discutir abordagens que possam relacionar a Educação Física Escolar com enfoque também na qualidade de vida, não só na sala de aula, mas que o aprendizado sobre a saúde e qualidade de vida perpassasse as portas da escola. Segundo Betti (2001, p. 127), a Educação Física: “É consagrada [...] como uma disciplina que visa compensar o sedentarismo presente na vida moderna e mesmo o intelectualismo presente nas atividades escolares, e que, portanto, deve voltar-se para objetivos ligados à saúde, estilo de vida ativo etc.”.

A interatividade virtual através das redes sociais, jogos on-line, ensino a distância e todo o arsenal de facilidades proporcionados pela tecnologia, demanda que os profissionais da educação sejam experimentais, inovadores e empáticos ao promoverem suas atividades, de modo que permita um envolvimento multidisciplinar, vivencial e reflexivo, motivando a prática e a experimentação.

A ideia acerca da Educação Física e seu papel no contexto escolar, deve haver mediação entre o intelectualismo das atividades escolares e o combate ao sedentarismo da modernidade, atingindo o pleno conceito de formação integral do ser. Sobre esse tema, Devede (1996, p. 49) define que:

A Educação Física compromissada com a promoção da saúde deve, pois, levar os alunos a se exercitar, desenvolvendo, além dos conhecimentos necessários a prática, a consciência de sua importância e de seus benefícios para o seu bem-estar. Além disso, deve possibilitar que os alunos identifiquem os inúmeros fatores que os impedem, muitas vezes, de praticar exercícios regularmente.

Possibilitar que os alunos tomem consciência da prática do exercício na escola e para a vida atinge a dimensão social, pois a estreita relação que nós, seres humanos, mantemos com o movimento, permite a consciência que é a partir dele que reconhecemos o mundo, que realizamos nossas primeiras aprendizagens e que construímos o alicerce de nossa formação. Fontana (2012, p. 20) fortalece a ideia quando afirma que:

O primeiro contato do ser humano com o mundo é pelo movimento. [...] O movimento é dos fatores que dá ao homem o desenvolvimento físico que o acompanhará por toda a sua vida, desde a sua infância até no desempenho funcional nas diversas atividades profissionais que os indivíduos irão exercer na sociedade. Por meio da fala, dos gestos dos olhares, dos movimentos e da emoção, e também através da linguagem verbal e corporal é que ele se faz entender em relação às suas necessidades.

É nesse cenário que o professor de Educação Física ganha destaque e real importância no processo de ensino-aprendizagem nas escolas, ao estimular e explorar formas criativas de recreação, jogos, esportes e o lazer. Promover desde cedo hábitos saudáveis, promover a vivência do movimento humano, incentivar as capacidades psicomotoras, uma formação integral e ética, mostra-se de extrema relevância para a formação individual e social das crianças e adolescentes (SOARES, 1996; OLIVEIRA, 2001).

Item fundamental para aquisição de um bom estilo de vida, a Educação Física vem sendo aperfeiçoada sistematicamente dentro do âmbito escolar, bem como fora dele. Ela vem ganhando espaço nas discussões acadêmicas, ao passo que os inúmeros benefícios alcançados por uma proposta pedagógica voltada à promoção da saúde, trazem aos estudantes, inclusive, a contribuição pedagógica, o aproveitamento sensorial e vivencial para o rendimento em outras disciplinas escolares (FERREIRA, 2001).

Educação Física Escolar no século XXI

A construção de uma proposta pedagógica para a Educação Física, em meio às transformações e características observadas nesse espaço-tempo atual, passa pelo fim da dualidade corpo/mente. Nesse sentido, há necessidade de mexer na prática sedimentada dos professores, essa sempre muito pautada no “saber fazer”, inserindo um olhar mais amplo que alcance o “como fazer”, “o porquê fazer” e outras nuances do processo educativo que eram colocadas em segundo plano até então (SANTOS; SIMÕES, 2012).

Quanto à necessidade de ampliar seu locus de atuação, Pinheiro (2004) contribui com seu conhecimento dando importância à Educação Física Escolar, desenvolvida de forma consciente, organizada, respeitando as diferenças, individualidades e o tempo de cada um. O olhar amplo e consciente da educação, que pode ser chamada de física, não desintegra o saber e o aprender do ser humano, não separando o corpo físico do mental, entendendo que ambos funcionam com toda sua integralidade e que serão aprendidos na escola.

Para tanto, a garantia de um bom aprendizado sobre cultura corporal, saúde e desenvolvimento da qualidade de vida na escola se constrói de forma sinérgica e paralela dentro da dimensão biopsicossocial. Proatividade, iniciativa, criatividade e uma cultura institucional são fatores importantes, que demandam tanto da participação de professores, como a dos alunos inspirados por seus mestres. Assim, torna-se imprescindível aos docentes uma postura ética e comprometida com o processo pedagógico dos alunos, ao servir de referência e mediadores do conhecimento, a fim de promover uma educação de maneira autêntica, autônoma e inclusiva.

Os professores de Educação Física, a fim de gerar um bom aprendizado, deverão ser mediadores do saber, enquanto seus alunos, os protagonistas do conhecimento. Esses profissionais ainda devem possuir um conhecimento generalista em várias áreas, como em relações humanas, gerenciamento de conflitos, saúde, psicologia, capazes de proporcionar uma aula enriquecedora e envolvente, que desperte o desejo do conhecimento e da prática fora da escola, que seja levada e disseminada para dentro de cada lar e para a vida, garantindo que houve a compreensão e a vivência sobre movimento e qualidade de vida, através de uma Educação Física (BOSSLE, 2002; FREIRE, 1997).

Vale a pena aproveitar o espaço para tocar no ponto de que a escola e a Educação Física devem ter sintonia, associando a prática do cotidiano e a teoria pedagógica, permitindo essa reflexão sobre o processo de aprendizagem não só para a escolarização, mas para a vida.

Oliveira *et al.* (2017, p. 98) afirmam: “em meados do século XIX, abordar a saúde nas aulas Educação Física tinha como um dos principais objetivos o cultivo de corpos belos, fortes, ativos e higiênicos, pelo uso dos horários escolares para o aprimoramento físico, através da Ginástica”.

No século XX, mais precisamente na década de 1980, uma discussão foi levantada sobre o contexto biológico da Educação Física (DAOLIO, 1996), pois o ser humano passou a ser considerado, na sua totalidade, complexo, adaptável ao meio, envolvendo a dimensão biológica, social, psíquica e cultural.

A escola deve considerar as estratégias, meios e conteúdos a serem tratados no contexto pedagógico da Educação Física Escolar, capazes de influenciar as dimensões biopsicossociais, as fases do desenvolvimento e que permitam a inserção dos alunos em sua realidade social.

A evolução da Educação Física Escolar, desde o período militarista até a nova abordagem humanicista, holística, para além da sala de aula, têm papel fundamental em tratar sobre os efeitos do exercício na saúde, haja visto que inúmeros trabalhos têm corroborado sobre a importância do exercício físico no tratamento de doenças e na promoção da saúde, relacionando a atividade física e saúde (COELHO; BURINI, 2009; SANTOS; BORGES, 2010; BAHIA *et al.*, 2019).

Partimos do contexto em que todas as transformações no ser humano provocam mudanças no seu todo (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2001), então atribuir a atividades que gerem aprendizado e valor à saúde e qualidade de vida, trarão resultados não só para seu corpo, mas para sua vida e para os que o cercam em suas comunidades.

Diante das transformações sociais, econômicas, culturais e políticas que ocorrem com o fenômeno da globalização, a Educação Física Escolar busca novas formas de acompanhar esse fluxo, mantendo-se contemporânea e polivalente, promovendo o conhecimento, capacidade e qualidade, elementos essenciais para a formação de cidadãos conscientes sobre a saúde e qualidade de vida futura.

A exigência do aluno atual é mais abrangente, mais tecnológica, precisa da cultura corporal, mas que esteja preocupada com a saúde, com uma educação formativa e uma ação pedagógica focada na importância do exercício na saúde e na qualidade de vida.

A Educação Física, através do esporte, é um dos meios que promove saúde e qualidade de vida em qualquer fase da vida, promove relações sociais duradouras e quando a criança aprende na infância, levará para toda a vida. Ainda assim, A Educação Física Escolar voltada para o contexto pedagógico da saúde contribui significativamente para a dimensão do conceito de saúde, que é o completo bem-estar físico, mental e social.

Buscar atingir os conteúdos e estratégias pedagógicas que relacionem os elementos da cultura corporal do movimento aos processos biológicos e da saúde nas diferentes fases do desenvolvimento motor e neurológico é um desafio ao professor, pois precisam estar interligados com a realidade social local.

Considerações finais

Promover um ensino de qualidade, com tantas variáveis e tantas generalizações sobre saúde, qualidade de vida, aceitação de seu próprio corpo, colocam o profissional de Educação Física em xeque-mate. Ainda existe a necessidade de considerar que o profissional deve unir, em uma única aula, dezenas de alunos com suas desigualdades, multiculturalidades, crenças, experiências diferenciadas de cada uma das residências e famílias onde vivem, respeitando-os e inspirando-os, seja através de uma aula produzida e preparada com diversos materiais, seja através da simples ação de oferecer uma bola para que fiquem livres e joguem futebol a aula toda.

Por fim, o contexto e a abordagem mais amplos da Educação Física Escolar devem caracterizar o aspecto pedagógico da disciplina de Educação Física voltado à saúde, transformando-a em um espaço de ensino e prática. A cultura corporal de movimento torna-se um elemento vivo para educar os indivíduos para a saúde, estabelecendo relações mais sustentáveis e equilibradas entre o corpo e a mente nas relações em sociedade.

Referências

ALMEIDA, A. G. de; BONFIM, E. Educação Física Escolar no século XXI: do adestramento coletivo à educação pelo movimento. **EFDeportes.com, Revista Digital, Buenos Aires**, ano 18, n. 189, fev. 2014. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd169/educacao-fisica-no-brasil-da-origem.htm>. Acesso em: 22 jul. 2020.

BAHIA, L. et al. Visão geral das meta-análises sobre prevenção e tratamento da obesidade infantil. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 95, n. 4, p. 385-400, ago. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572019000500385&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 2 fev. 2021.

BARRETO, D. **Dança... Ensino, sentidos e possibilidades na escola**. São Paulo: Autores associados, 2004.

BETTI, M. Mídias: aliadas ou inimigas da educação física escolar? **Motriz**, v. 7, n. 2, p. 125-129, 2001.

BEZERRA, F. M. **Educação Física no jardim de infância: concepções e práticas corporais infantis na Revista de Educação Física do Exército (1932-1942)**. 2011. 130 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Centro de Educação, Universidade Federal de Pernambuco, Recife. 2011.

BOSSLE, F. Planejamento de ensino na educação física: uma contribuição ao coletivo docente. **Movimento**, v. 8, n. 1, p. 31-39, 2002.

BRACHT, V. **Educação Física e aprendizagem social**. Porto Alegre: Magister, 1992.

BRASIL. PCN + ensino médio: orientações educacionais complementares aos parâmetros curriculares nacionais. Brasília: MEC/SEMT, 2002. Disponível em: http://www.vdl.ufc.br/aprendizagem_mediada/lucianasalgado.pdf. Acesso em: 16 fev. 2021.

BRASIL. **Parâmetros Curriculares Nacionais**: ensino médio: Parte II – linguagens, códigos e suas tecnologias. Brasília: MEC/SEMT, 2000. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/14_24.pdf. Acesso em: 16 fev. 2021.

BRASIL. **Parâmetros Curriculares Nacionais**: terceiro e quarto ciclos do ensino fundamental: introdução aos parâmetros curriculares nacionais. Brasília: MEC/SEF, 1998. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/introducao.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2021.

BRASIL. **Parâmetros Curriculares Nacionais**: terceiro e quarto ciclos do ensino fundamental: educação física. Brasília: MEC/SEF, 1998. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/fisica.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2021.

BRASIL. **Parâmetros Curriculares Nacionais**: terceiro e quarto ciclos do ensino fundamental: temas transversais. Brasília: MEC/SEF, 1998. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/ttransversais.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2021.

BRASIL. **Parâmetros curriculares nacionais**: Arte: terceiro e quarto ciclos do ensino fundamental. Brasília: MEC/SEF, 1998.

BRASIL. **Parâmetros Curriculares Nacionais**: Educação física. Brasília: MEC/SEF, 1997. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro07.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2021.

COELHO, C. de F.; BURINI, R. C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 22, n. 6, p. 937-946, nov./dez. 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732009000600015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 fev. 2021.

DAOLIO, J. **Educação física escolar**: em busca da pluralidade. *Revista Paulista de Educação Física*, p. 40-42, 1996.

DEVIDE, F. P. Educação física e saúde: em busca de uma reorientação para a sua práxis. **Movimento**, v. 3, n. 5, p. 44-55, 1996.

FERREIRA, S. M. **Aptidão física e saúde na Educação Física**: ampliando o enfoque. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2001.

FONTANA, C. M. **Importância da psicomotricidade na Educação Infantil**. 2012. 75 f. TCC (Especialista na Pós-Graduação em Educação: Métodos e Técnicas de Ensino, Modalidade de Ensino a Distância) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Medianeira, 2012.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

GUEDES, D. Pinto. Educação para a saúde mediante programas de educação física escolar. **Motriz**, v. 5, n. 1, p. 10-14, 1999.

OLIVEIRA, J. P. *et al.* A constituição dos saberes escolares da saúde no contexto da prática pedagógica em Educação Física escolar. **Motricidade**, v. 13, p. 97-112, 2017.

OLIVEIRA, V. M. de. **O que é Educação Física**. São Paulo: Brasiliense, 2001.

PAPALIA; D.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **O mundo da criança**. 8. ed. Lisboa: McGraw-Hill, 2001.

PINHEIRO, D. R. V. **O perfil do personal trainer na perspectiva de um treinamento físico orientado para saúde, estética e esporte**. 2000. 168 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Ciência da Motricidade Humana, Rio de Janeiro, 2000

RANGEL, N. B. C. **A disciplina dança nos cursos de Educação Física Licenciatura**. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas, 1996.

SANTOS, A. L. P. dos; SIMÕES, A. C. Educação física e qualidade de vida: reflexões e perspectivas. **Saúde e sociedade**, v. 21, p. 181-192, 2012.

SANTOS, M. L. dos; BORGES, G. F. Exercício físico no tratamento e prevenção de idosos com osteoporose: uma revisão sistemática. **Fisioter. mov. (Impr.)**, Curitiba, v. 23, n. 2, p. 289-299, jun. 2010. Disponível em: <https://bit.ly/3uq3iP9>. Acesso em: 16 fev. 2021.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SOARES, C. L. **Educação Física: raízes europeias e Brasil**. Campinas: Autores Associados, 2004.

SOARES, C. L. Educação Física escolar: conhecimento e especificidade. **Revista Paulista de Educação Física**, p. 6-12, 1996.

VAGO, T. M. Início e fim do século XX: maneiras de fazer educação física na escola. **Cadernos Cedes**, v. 48, p. 30-51, ago. 1999.

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ACCR) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): uma revisão integrativa

Hosting with risk classification (ACCR) in the unique health system (SUS): an integrative review

Soledade da Silva Nonato¹
Ligia Onofre de Oliveira

Resumo: Para o Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência em saúde deve ser algo universal e igualitário para todas os indivíduos. Nesse contexto, o SUS implementou no sistema público o Acolhimento e Classificação de Riscos (ACCR) como uma ferramenta que pudesse reorganizar as práticas assistências em saúde. A Presente pesquisa objetivou realizar uma avaliação acerca da importância do ACCR no SUS. Tratou-se de um estudo de Revisão Integrativa da Literatura. Foram utilizadas as bases de dados SCIELO, Google Scholar e MEDLINE nos quais foram usados os descritores: Enfermagem, Acolhimento e Classificação de Riscos (ACCR), Sistema Único de Saúde (SUS) e Usuários. Foram utilizadas literaturas dos últimos anos, gratuita e on-line, escritas em português. Para a composição final dos resultados, dez artigos foram selecionados, pois atenderam aos critérios de inclusão. Os resultados mostraram que o ACCR é uma das peças-chave para a reorganização da demanda de atendimento existentes no SUS. Embora o ACCR seja visto como algo positivo para ofertar atendimento mais humanizado para a população, ainda é possível observar diversas dificuldades quanto à implementação desse tipo de acolhimento na saúde pública. Entre essas dificuldades podem ser citados ausência de profissionais capacidades para aplicabilidade do acolhimento e triagem de riscos, bem como estrutura física, organização profissional e tecnológica nos hospitais públicos. Portanto, conclui-se que o ACCR é algo fundamental nos hospitais, cujo maior objetivo seria auxiliar gestores, profissionais de saúde e usuários, promover equidade, organização no atendimento, evitando, assim, superlotação de serviços e priorizando a assistência para as situações em casos mais graves ou elevado risco.

Palavras-chave: Acolhimento e Classificação de Riscos (ACCR). Enfermagem. Sistema Único de Saúde (SUS). Usuários.

Abstract: For the Unified Health System (SUS), health care must be universal and equal for all individuals. In this context, SUS implemented the Reception and Risk Classification (ACCR) in the public system as a tool that could reorganize health care practices. The present research aimed to carry out an evaluation about the importance of ACCR in SUS. It was an Integrative Literature Review study. The SCIELO, Google Scholar and MEDLINE databases were used in which the descriptors were used: Nursing, Reception and Risk Classification (ACCR), Unified Health System (SUS) and Users. Literature from the last few years, free and online, written in Portuguese was used. For the final composition of the results, ten articles were selected, as they met the inclusion criteria. The results showed that the ACCR is one of the key parts for the reorganization of the demand for care existing in SUS. Although the ACCR is seen as something positive to offer more humanized care to the population, it is still possible to observe several difficulties regarding the implementation of this type of reception in public health. Among these difficulties can be mentioned the absence of professional capacities for the applicability of reception and screening of risks, as well as physical structure, professional and technological organization in public hospitals. Therefore, it is concluded that the ACCR is something fundamental in hospitals, whose main objective would be to assist managers, health professionals and users, promote equity, organization of care, thus avoiding overcrowding of services and prioritizing assistance for situations in cases more severe or high risk.

Keywords: Reception and Risk Classification (ACCR). Nursing. Unified Health System (SUS). Users.

Introdução

¹ Centro Universitário Leonardo Da Vinci – UNIASSSELVI – Rodovia BR 470 – Km 71 – nº 1.040 – Bairro Benedito – Caixa Postal 191 – 89130-000 – Indaial/SC Fone (47) 3281-9000 – Fax (47) 3281-9090 – Site: www.uniasselvi.com.br.

Segundo a Constituição Federal (CF) de 1988, a Lei nº 8.080/1990 e a Lei nº 8.142/1990, é dever do Estado fornecer a todas as pessoas os serviços de saúde com qualidade e que esses possam suprir as reais necessidades de cada cidadão. Ao longo do tempo, o sistema de saúde foi observando que a demanda por atendimento hospitalar vem crescendo, esse acontecimento fez com que o próprio sistema entendesse que não havia capacidade de absorver tamanha demanda, isso ocasionou o fenômeno da superlotação nos hospitais (BRASIL, 1988). Esse evento é intensificado devido à ausência de uma organização da assistência quanto à ordem de chegada e acolhimento nos hospitais. Essa é uma realidade que vem acarretando diversos transtornos aos usuários dos serviços ofertados pela saúde pública (CAVALCANTE *et al.*, 2018).

Em meio a essa problemática, o Ministério da Saúde (MS) lançou, no ano de 2004, a Política Nacional de Humanização (PNH) que trouxe, entre seus principais objetivos, o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (ACCR), sendo esse objetivo considerado uma das principais metas de saúde pública para a reestruturação e promoção de saúde em rede (LOBO *et al.*, 2017). A acessibilidade universal e igualitária para cada indivíduo, segundo o Sistema Único de Saúde (SUS), deve ser integral, descentralizado e com participação da sociedade. No contexto do SUS, o ACCR é de fundamental importância pois atua de forma a reorganizar as práticas assistenciais em saúde nos serviços de urgência e emergência hospitalar (ANTUNES; GUIMARÃES, 2013).

O ACCR é uma metodologia tecno-assistencial que vem promovendo acessibilidade aos serviços de atendimento em saúde, bem como torna efetivo o princípio da equidade, tendo em vista o fato de que promove a identificação das prioridades, gravidade, riscos e até mesmo vulnerabilidade de cada paciente. Há diversos protocolos para a classificação de risco no mundo, no entanto, no Brasil, faz-se uso do Protocolo de Manchester, esse atua na triagem, acolhimento e classificação do paciente (CAVALCANTE *et al.*, 2018).

Destaca-se que um dos profissionais destaque que tornam eficaz o ACCR é o enfermeiro. O profissional de enfermagem é o grande responsável pela aplicabilidade desse tipo de sistema nos usuários que procuram atendimento nas unidades hospitalares. A enfermagem é fundamental na decisão quanto à prioridade da assistência em saúde aos cidadãos (LOBO *et al.*, 2017).

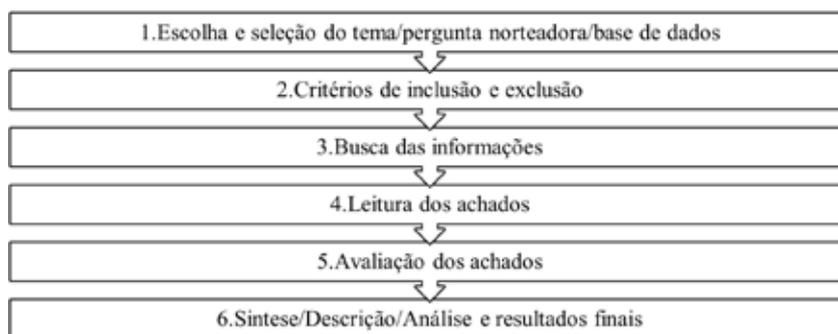
Diante dessa abordagem, a pesquisa em questão tem as seguintes perguntas norteadoras: Qual é a importância do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (ACRR) no sistema Único de Saúde (SUS)? Qual é o papel do profissional da enfermagem para a aplicabilidade dessa classificação?

Partindo desse contexto, a escolha da temática para a produção desse estudo partiu do fato de que a pesquisadora atua no serviço público hospitalar e está em contato direto com os usuários desses serviços nos setores de urgência e emergência. Nessa contextualização, entende-se que o estudo é de grande importância pois permite a reflexão sobre o quanto a implementação dessa classificação é de grande valia para reorganizar o atendimento em saúde, bem como promover uma assistência mais humanizada e que supra de fato as reais demandas acolhidas pelo SUS. A presente pesquisa teve como objetivo geral realizar uma avaliação acerca da importância do ACCR no SUS.

Metodologia

Tratou-se de um estudo de revisão bibliográfica do tipo Revisão Integrativa da Literatura. De acordo com Mendes, Silveira e Galvão (2008), estudos de revisão de literatura compreendem pesquisas nos quais o pesquisador busca informações que já foram publicadas por outros pesquisadores. No que se refere a uma revisão integrativa, os autores mencionam que, nesse tipo de revisão, o pesquisador deve seguir alguns passos importantes para chegar à resposta aos possíveis questionamentos que se busca responder. Essas etapas são descritas na Figura 1.

Figura 1. Etapas para a produção da Revisão Integrativa.



Fonte: Adaptada de Mendes, Silveira e Galvão (2008).

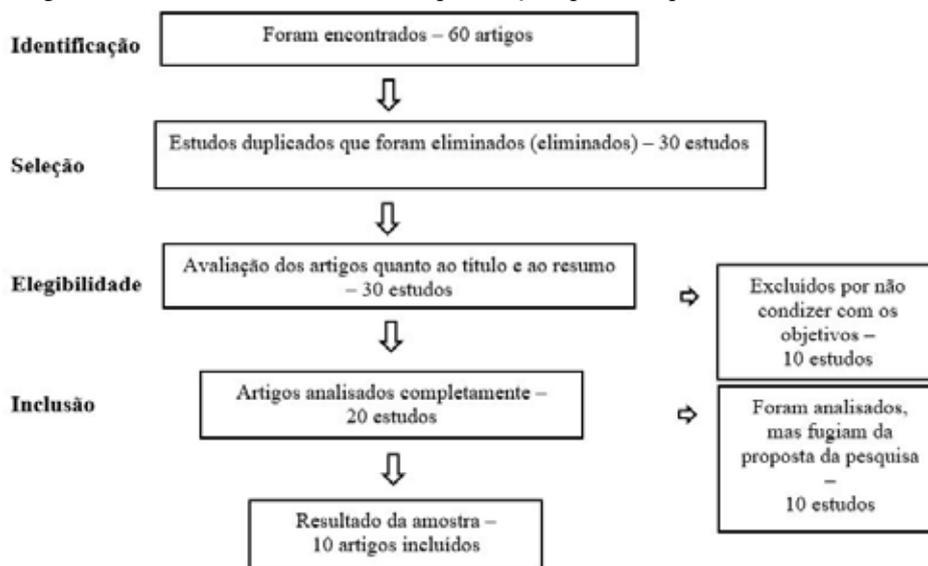
Para o levantamento das informações do estudo em questão, foram utilizadas as bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *Google Scholar* e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). Essas informações foram coletadas mediante utilização do cruzamento dos descritores: Enfermagem, Acolhimento e Classificação de Riscos (ACCR), Sistema Único de Saúde (SUS) e Usuários.

Para a coleta de dados, foi estabelecido critérios de inclusão, tais como: literaturas dos últimos anos, disponibilizadas gratuitamente e de forma on-line, escritas em português, inglês ou espanhol. Para os critérios de exclusão foi delimitado o seguinte: foram excluídas publicações muito antigas, incompletas, tese, além de estudos que após serem lidos não estavam de acordo com a proposta da presente pesquisa.

Resultados

Diante da leitura e análise das literaturas encontradas nas bases de dados escolhidas no estudo, foram encontradas 60 publicações. Após passarem pelos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados, para a composição do resultado, dez publicações. O passo a passo dessa escolha foi descrito no fluxograma a seguir (Figura 2).

Figura 2. Fluxograma de como se deu a escolha das publicações para compor os resultados do estudo.



Fonte: As autoras (2020).

Para a produção do estudo, foi feita uma análise e avaliação das informações abordadas por cada literatura que compôs essa revisão bibliográfica. Após essa etapa, os principais estudos escolhidos foram dispostos a seguir (Quadro 1).

Quadro 1. Representação dos artigos que compuseram os principais achados da revisão integrativa.

AUTOR/ANO	PERIÓDICO	TÍTULO	MÉTODO	CONSIDERAÇÕES FINAIS
Shiroma (2008)	Universidade Federal de Santa Catarina	Classificação de Risco em Serviço de Emergência no Contexto da Política Nacional de Humanização do SUS – Um Desafio para Enfermeiros/as	Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória	O protocolo de classificação de risco é visto como um instrumento que auxilia na melhor avaliação e classificação das necessidades do usuário. Essa estratégia é positiva, mas ainda insuficiente para a qualificação da assistência em Emergência, face a crescente complexidade de demanda e de fatores envolvidos na organização dos serviços de saúde.
Oliveira <i>et al.</i> (2013)	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional	Estudo descritivo	No Brasil, algumas instituições desenvolveram protocolos próprios, o que torna fundamental o desenvolvimento de ferramentas para avaliar a acurácia dos profissionais com relação aos protocolos, evidenciando as necessidades de capacitação para essa atividade, contribuindo para a segurança do paciente.
Sá (2014)	Universidade Federal de Santa Catarina	Classificação de Risco: superando o desafio da superlotação em uma emergência geral, por meio de uma ferramenta de gestão	Relato de experiência da prática assistencial	Observou-se que o problema da superlotação vai desde o atendimento inicial até o mais agravante. Os resultados obtidos indicam que a superlotação é um problema grave de saúde pública, e necessita de políticas de saúde de gestão da clínica que atuem de forma integrada nas linhas de atenção na rede de saúde através de arranjos, dispositivos e outras ferramentas que conectadas possam intervir como estratégias de ações que facilitem a redução do excesso de pessoas no serviço de emergência.
Inoue <i>et al.</i> (2015)	Revista Mineira de Enfermagem	Acolhimento com classificação de risco: avaliação da estrutura, Processo e resultado	Estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa	Apesar de nos serviços de emergência investigados as condutas fundamentais propostas pelo ACCR serem realizadas, há necessidade da operacionalização integral desse sistema

Oliveira <i>et al.</i> (2017)	Texto & Contexto Enfermagem	Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento	Estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa	O Acolhimento com Classificação de Risco otimiza o atendimento em emergências. O Acolhimento com Classificação de Risco necessita de maior divulgação de seus objetivos visando a melhor aceitação de seus resultados pela sociedade, pois quando classificados como de menor prioridade, os usuários referem insegurança e insatisfação.
Marques <i>et al.</i> (2018)	Revista Eletrônica Enfermagem	Satisfação de usuários com o acolhimento e classificação de risco em unidades públicas de saúde	Estudo descritivo transversal, quantitativo	Apesar da predominância de usuários satisfeitos, é necessário repensar a organização e funcionamento dos serviços, trabalhando tanto para manter ou melhorar a qualidade do que foi avaliado positivamente, quanto para corrigir o que ainda não está bom para usuários insatisfeitos, visando a excelência do atendimento.
Silva <i>et al.</i> (2019)	Revista de Políticas Públicas	Acolhimento com classificação de risco em saúde: estudo em Unidade de Pronto Atendimento de Fortaleza	Pesquisa qualitativa	A ideia de acolhimento trazida inicialmente pela Política Nacional de Humanização é modificada em função das práticas gerenciais que dominam a organização dos serviços de saúde no país.
Pereira e Coelho (2019)	Revista Extensão	Implantação do acolhimento com classificação de risco na rede hospitalar e seu impacto na atenção primária a saúde	Estudo descritivo do tipo relato de experiência	Essa vivência possibilitou valorizar os conhecimentos e habilidades dos diferentes sujeitos envolvidos, respeitando as dificuldades e os entraves que permeiam o âmbito da prática assistencial, favoreceu o diálogo e a significação do conteúdo proposto, entendendo seu papel como agente multiplicador para mudanças nesse processo.
LÔBO <i>et al.</i> (2020)	Brazilian Journal of Development	Percepção do entendimento da equipe de enfermagem e usuários sobre Política Nacional de Humanização nas Unidades Básicas de Saúde de Formosa-Goiás.		Apesar das adversidades enfrentadas no Sistema Único de Saúde-SUS, os entrevistados estão satisfeitos com o atendimento ofertado que recebem, além de entender o cuidar como algo inexistente sem humanização, ainda mais nos atendimentos cotidianos das práticas de saúde. São necessárias ações e estratégias que viabilizam a humanização

				no processo do cuidar, sendo necessária a aplicação de oferta de condições que determinam o acolhimento.
Campos <i>et al.</i> (2020)	Revista Brasileira em Promoção da Saúde	Acolhimento e classificação de risco: percepção de profissionais de saúde e usuários	Estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa	Os usuários não têm clareza a respeito dos critérios utilizados para a realização do Protocolo de acolhimento com classificação de risco, gerando conflitos entre profissionais e usuários. Há necessidade de se repensar as formas de esclarecer os usuários quanto à importância desse sistema

Fonte: As autoras (2020).

Discussão

Após a realização da leitura dos estudos, os principais achados mostraram que a Avaliação e Classificação de Risco (ACCR) compreende um dos principais mecanismos para a reorganização da demanda e oferta da assistência em saúde. Para que ela venha a ser utilizada, faz-se necessário profissionais da saúde capacitados, bem como estrutura física dos setores hospitalares para o acolhimento desses usuários.

De acordo com Shiroma (2008), o ACCR é um dos principais desafios enfrentados pela consolidação do modelo assistencial de atendimento, conhecido como “porta-aberta”. Para o autor, percebe-se as modificações nas ações dos trabalhadores, pois esses passam a atuar de forma mais humanizada nas reais necessidades dos usuários. Menciona-se que a mobilização dos profissionais ainda é insuficiente para atender e suprir às demandas de atendimento que vêm crescendo cada vez mais e se tornam situações complexas para o sistema de saúde, principalmente no que se refere aos setores de urgência e emergência nos hospitais públicos.

Corroborando com esses questionamentos, Sá (2014) assevera que, para que haja a superação dos principais desafios na aplicação do ACCR em urgências e emergências, bem como na superlotação desses setores, faz-se evidente a necessidade de que haja uma maior interligação e comunicação da rede, modificações quanto ao modelo em que o hospital seria o centro de referência de assistência em saúde, direcionamento da assistência para um atendimento de caráter mais preventivo, implementação do cuidar baseado em metodologias da linha do cuidar, utilização de protocolos clínicos, assistenciais e administrativos.

Relata-se ainda a importância da realização de uma ação interdisciplinar efetiva, acolhimento e classificação de riscos, treinamento e profissionais qualificados, gestão dos leitos com escore e fatores de priorização dos usuários para as transferências, entre outros. Diante disso, entende-se que há necessidade de criação de políticas públicas mais articuladas e baseadas em intervenções específicas, tendo em vista o fato de que as já existentes definem a morfologia dos territórios sanitários com suas hierarquizações solitárias (PEREIRA; COELHO, 2019).

Num estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, realizado por Oliveira *et al.* (2017), para observar as percepções dos usuários de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) frente ao ACCR, mostrou-se que o acolhimento com classificação de risco no que se refere às emergências é visto pelos usuários do SUS como um dos meios que agilizam o atendimento àqueles que chegam à UPA em situações de emergência, principalmente quando há risco de

morte. O estudo também trouxe uma abordagem quanto à discordância com a classificação de risco promovida pelos profissionais, mostrou-se também as percepções dos usuários referentes à ausência de acurácia do acolhimento para a classificação do risco que o próprio paciente atribui.

Marques *et al.* (2018) promoveu um estudo descritivo transversal no qual objetivava-se analisar satisfação dos usuários de unidades municipais de saúde que promoviam AACR. Os pesquisadores avaliaram quatro serviços com AACR feito por profissionais de enfermagem no Brasil. Foram avaliados 101 usuários dos serviços de saúde, dos quais 54,5% eram do público feminino, na faixa etária de 18 a 39 anos. Os principais resultados mostraram que 2/3 desses usuários estavam satisfeitos com a utilização do acolhimento, porém houve uma pequena parcela que se mostrou insatisfeito quanto a todas as categorias analisadas pelo estudo.

Coadunando com esses achados, uma pesquisa produzida a partir de uma UPA em Fortaleza-CE, fazendo-se uso de técnicas de observação flutuante e entrevista com profissionais de saúde e usuários dos serviços em saúde ofertado pelo SUS, apontou que houve, na unidade avaliada, a implementação dos protocolos de Acolhimento com classificação de risco previsto pelo Ministério da Saúde (MS), porém concluiu-se que as ideias centrais quanto ao acolhimento impostas pela PNH sofre alterações devido às práticas gerenciais adotadas pela organização da assistência em saúde no país (SILVA *et al.*, 2019).

No estudo descritivo de Oliveira *et al.* (2013), os pesquisadores avaliaram o grau de concordância entre os níveis de prioridade quanto ao acolhimento e classificação de risco, impostos pelo protocolo institucional. Os principais resultados da pesquisa mostraram que houve uma concordância moderada entre a priorização dos casos de gravidade entre os profissionais da enfermagem e o protocolo institucional. Quanto à avaliação de concordância entre os pares, essa mostrou-se baixa. Os autores puderam concluir que, nos estados brasileiros, muitas instituições de saúde acabam desenvolvendo seus próprios protocolos de atendimento, o que mostra que é de fundamental importância a criação de mecanismos que possam analisar a acurácia dos profissionais no que se refere à utilização desses protocolos, realçando ainda a importância da capacitação desses profissionais para a realização de suas funções, bem como para contribuir com a segurança dos usuários dos serviços de saúde.

Num estudo descritivo e qualitativo feito por Lôbo *et al.* (2020), objetivando descrever a prestação dos serviços ofertados por enfermeiro, técnicos em enfermagem e usuários sobre Política Nacional de Humanização, cujo instrumento de coleta foi um questionário aplicado em 4 Unidades Básicas de Saúde (UBS) em Formosa-GO. A partir dos achados encontrados, os pesquisadores encontraram os seguintes dados: apesar das adversidades do SUS, os avaliados mostram-se satisfeitos com o atendimento e com o acolhimento que receberam, além do que, passam a ver as práticas do cuidar como algo que não exista, caso não tenha participação da humanização, principalmente na prática cotidiana em saúde. Os autores concluíram que a participação de uma boa gestão, cuidado humanizado, acolhimento são ações necessárias para as boas práticas em saúde no sistema público vigente.

Estudo desenvolvido no Brasil com profissionais/usuários dos serviços de saúde, em uma unidade de urgência/emergência de um hospital do interior do Rio Grande do Sul-RS, mostrou que os usuários dispunham de pouco conhecimento acerca do que seria AACR, bem como a importância desse sistema para o atendimento. Evidenciando ainda que os profissionais não se sentem preparados para desenvolverem esse tipo de acolhimento, tendo em vista a falta de capacitação adequada, para que possam classificar o paciente de forma correta. Essa problemática pode contribuir para um agravamento no quadro clínico e no prognóstico, dificultando ainda a efetiva integralidade do cuidar (CAMPOS *et al.*, 2020). Diante dessa contextualização Weykamp *et al.* (2015, p. 333) descreve que:

No cotidiano de trabalho, facilmente, encontra-se superlotação dos serviços e sobrecarga profissional, e isso, parece que torna mais difícil exercer o preconizado na política de humanização junto ao usuário. É necessário encontrar estratégias capazes de minimizar esses aspectos para tornar o acolhimento mais humano e assim alcançar o propósito da implementação da classificação de risco nos serviços de urgência, emergência e pronto atendimento.

São inúmeras problemáticas correlacionadas ao uso e a implementação do acolhimento com classificação de risco nos hospitais brasileiros, essas estão principalmente associadas à ausência de profissionais de saúde que estejam preparados para esse tipo de acolhimento, mas também dizem respeito à falta de gestão dos hospitais públicos quanto à oferta e à demanda desse tipo de assistência em saúde.

Segundo um estudo descritivo-exploratório, produzido por Inoue *et al.* (2015), no qual os pesquisadores objetivavam avaliar a estrutura, o processo e o resultado da implantação do ACCR de acordo com a visão de 314 profissionais de saúde, mostrou que apesar de haver prioridade quanto aos atendimentos de casos mais graves e não graves, informações sobre tempo de espera, acolhimento do paciente pelos profissionais que trabalham nesse sistema, o acolhimento com classificação de risco de modo geral mostrou-se precário. Os principais agravante dessa precariedade estavam relacionados à ausência de espaço físico adequado, problemas na aplicabilidade das condutas estabelecidas, bem como falta de um bom relacionamento da equipe multiprofissional.

Considerações finais

As publicações analisadas no presente estudo permitiram a identificação de diversos questionamentos acerca da Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), entre eles, a ideia acerca de que essa ferramenta é vista como os principais mecanismos para se detectar as demandas emergenciais mais graves no ambiente hospitalar, porém, esse precisa de maior divulgação e explicação para que a sociedade possa tomar conhecimento de sua existência e importância em meio à triagem e à oferta dos serviços de saúde.

É válido dizer que um dos principais agentes que tornam a aplicabilidade da ACCR eficaz no atendimento é o profissional de enfermagem. Ele promove as condutas de triagem/classificação de risco e direciona o paciente a receber a assistência adequada. Relata-se ainda que o enfermeiro tem conhecimento tecnocientífico e experiência para a definição dos níveis de prioridade quanto ao atendimento, assim, ele administra a demanda e oferta dos usuários nos serviços ofertados nos hospitais, de maneira a contribuir para a diminuição dos índices de sequelas ou mortalidades que possam estar correlacionados à assistência de urgência e emergência.

Portanto conclui-se que o objetivo principal do acolhimento com classificação de risco seria auxiliar gestores, profissionais de saúde e usuários dos serviços de saúde ofertados pelo SUS, promovendo, assim, a equidade, organização nos atendimentos urgentes, evitando superlotação de serviços e priorizando a assistência para as situações de casos mais graves ou elevado risco.

Referências

ANTUNES, D. D. O.; GUIMARÃES, J. P. A importância do acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v. 2, n. 2, p. 25-44, out. 2013.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em: 17 fev. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 17 fev. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 17 fev. 2021.

CAMPOS T. S. *et al.* Acolhimento e classificação de risco: percepção de profissionais de saúde e usuários. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 33, 2020.

CAVALCANTE, A. B. *et al.* A aplicabilidade da classificação de risco no sistema único de saúde: revisão bibliográfica. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT**, v. 4, n. 3, p. 11, 2018.

INOUE, K. C. *et al.* Acolhimento com classificação de risco: avaliação da estrutura, processo e resultado. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 13-28, 2015.

LOBO, F. S. L. *et al.* Intervenções do enfermeiro obstetra frente ao protocolo de Manchester. **BIUS-Boletim Informativo Unimotrisaúde em Sociogerontologia**, v. 15, n. 9, p. 1-20, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/BIUS/article/view/7165/5029>. Acesso em: 17 fev. 2021.

LÔBO, C. R. *et al.* Percepção do entendimento da equipe de enfermagem e usuários sobre Política Nacional de Humanização nas Unidades Básicas de Saúde de Formosa-Goiás. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 1, p. 4140-4151, 2020.

MARQUES, L. A. *et al.* Satisfação de usuários com o acolhimento e classificação de risco em unidades públicas de saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 20, p. 20-24, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/50113/26614>. Acesso em: 17 fev. 2021.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método da pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto enferm.**, v. 17, n. 4, p. 758-64, out. dez. 2008.

OLIVEIRA, G. *et al.* Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 500-506, abr. 2013.

OLIVEIRA, J. L. C. *et al.* Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 1, p. 1-8, 2017.

PEREIRA, R. A.; COELHO, C. F. C. Implantação do acolhimento com classificação de risco na rede hospitalar e seu impacto na atenção primária a saúde. **Revista Extensão**, v. 3, n. 1, p. 179-183, 2019.

SÁ, M. L. **Classificação de risco**: superando o desafio da superlotação em uma emergência geral, por meio de uma ferramenta de gestão. 2014. 22 f. Monografia (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência) – Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

SHIROMA, L. M. B. **Classificação de risco em serviço de emergência no contexto da política nacional de humanização do SUS**: um desafio para enfermeiros/as. 2008. 117 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

SILVA, L. M. N. *et al.* Acolhimento com classificação de risco em saúde: estudo em Unidade de Pronto Atendimento de Fortaleza. **Revista de Políticas Públicas**, v. 23, n. 1, p. 303-322, 2019.

WEYKAMP, J. M. *et al.* Acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: aplicabilidade na enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 3, p. 327-336, 2015.

METODOLOGIA AVALIATIVA DO ALUNO SURDO

Evaluation methodology of the deaf student

Gizelly Santos Souza¹
Grasiely Marquetti Brambilla
Natália Lucas Dutra Bortoluzzi

Resumo: O presente trabalho tem por objetivo levantar discussão sobre a metodologia de avaliação da aprendizagem do aluno surdo na rede escolar, considerando quais metodologias e instrumentos podem ser utilizados para alcançar o bom desempenho do educando surdo. A elaboração desta pesquisa foi baseada em pesquisas bibliográficas de estudos acerca dos temas como Educação Inclusiva e Educação dos Surdos. Ao final do trabalho, considera-se que as possibilidades de uma criança e/ou adolescente surdo estar inserido em escolas regulares são possíveis, desde que as escolas estejam preparadas para receber esses alunos com profissionais capacitados, intérpretes de Libras, com adaptações curriculares que proporcionem o aprendizado e todo o apoio pedagógico necessário para o desenvolvimento escolar desse aluno.

Palavras-chave: Aluno Surdo. Aprendizagem. Avaliação. Inclusão.

Abstract: The present work aims to raise discussion about the methodology for assessing the learning of deaf students in the school network, considering which methodologies and instruments can be used to achieve the good performance of deaf students. The elaboration of this research was based on bibliographic researches of studies on the subjects as Inclusive Education and Education of the Deaf. At the end of the work, it is considered that the possibilities for a deaf child and / or teenager to be inserted in regular schools are possible, provided that schools are prepared to receive these students with trained professionals, interpreters of Libras, with curricular adaptations that provide the learning and all the pedagogical support necessary for the school development of this student.

Keywords: Deaf Student. Learning. Evaluation; Inclusion.

Introdução

A Educação inclusiva, no Brasil, ainda é uma novidade, levando em conta que esse trabalho começou a partir dos anos 2000, muitos profissionais ainda não sabem como lidar com essa diferença entre os alunos, como avaliar os alunos que têm uma realidade e habilidades que, muitas vezes, foge do conhecimento e experiência já vivida por esse docente que se depara com a necessidade em avaliar, por exemplo, um aluno surdo. E aí vêm as questões e barreiras que ainda precisam ser ultrapassadas dentro da área educacional.

Cada professor segue uma linha metodológica para avaliar seus alunos, sabe-se que na avaliação o professor leva em consideração muito mais que caderno em dia, provas e trabalhos. Deve-se levar em consideração também as limitações desse aluno, sua estrutura familiar, estrutura econômica, cultura, religiosidade que podem vir a influenciar o desenvolvimento intelectual dele. Nessa área, há vários educadores que defendem a importância de considerar tudo isso ao avaliar o aluno, adotando o interacionismo, essas avaliações são feitas com facilidade quando se tem uma boa comunicação entre professor e aluno, mas e quando não há comunicação? Como é feita a avaliação desse aluno? Considerando todo histórico de aquisição linguística, da comunicação em família e no ambiente escolar, é necessário levantar essa questão. Como avaliar o aluno surdo?

¹ Centro Universitário Leonardo da Vinci – UNIASSELVI – Rodovia BR 470 – Km 71 – n. 1.040 – Bairro Benedito – Caixa Postal 191 – 89130-000 – Indaial/SC Fone (47) 3281-9000 – Fax (47) 3281-9090 – Site: www.uniasselvi.com.br

O desenvolvimento da criança surda precisa ser pensado e analisado, o ouvinte é estimulado e incentivado desde seus primeiros dias de vida, através da oralidade em casa e todo o ambiente ao qual ela convive. Diferentemente do que ocorre com a criança surda, que em sua grande maioria terá sua aquisição linguística tardia e muito mais lenta por conta de não ter acesso e convívio com uma comunidade que domine sua língua materna (L1 – Libras), esse aluno chega no ambiente escolar em desvantagem se comparado com seus colegas ouvintes. Para que a criança tenha sucesso na aquisição da língua de sinais, é necessário que a família também aprenda essa língua para que, assim, a criança possa utilizá-la para se comunicar em casa, na escola ou em qualquer outro ambiente social.

Vários educadores e pensadores têm trazido uma nova roupagem para a inclusão e para a metodologia de avaliação do aluno surdo, que requer cuidado e atenção às especificidades próprias dele. Respeitando sua cultura, sua língua, sua experiência familiar/social e seu desenvolvimento ao ser exposto a aprendizagem da 2ª língua (L2 – português), o que terá um nível de dificuldade e desenvolvimento bem peculiar. Esse aluno tem direito e precisa ser avaliado de uma maneira em que tudo isso seja considerado.

Fundamentação teórica

A legislação brasileira, representada pela Constituição promulgada em 1988 e pela LDB Lei nº 9394/1996, prevê integração do aluno com necessidades especiais no sistema regular de ensino (RINALDI, 1988).

Todo ser humano nasce provido de direitos e deveres, o Art. 19 da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH, 1948, s.p.) diz que: “Todo ser humano tem direito à liberdade de opinião e expressão; esse direito inclui a liberdade de, sem interferência, ter opiniões e de procurar, receber e transmitir informações e ideias por quaisquer meios e independente de fronteiras”. A esse direito somos expostos desde o nosso nascimento, quando ainda bebê, já há a expressão, a comunicação. A mãe ou seu responsável legal já sabe e entende que ao chorar o bebê deve estar com fome, dor ou alguma outra necessidade. Com o desenvolver e o crescimento, cada um de nós vai desenvolvendo sua capacidade de comunicação e interação. Somos estimulados a todo instante através de ações, observações, escutas e falas, mas e com o sujeito surdo, como isso acontece? Como assegurar que esse direito lhe seja assegurado também?

Difícilmente o surdo será maioria em sua casa, o quadro mais comum que encontramos é uma maioria ouvinte, e mesmo quando em casa essa maioria seja surda, nossa sociedade, nosso mundo é ouvinte. Não temos uma sociedade, um ambiente voltado para as necessidades do sujeito surdo. Para garantir o direito à liberdade de expressão, de opinião e de comunicação, esse sujeito precisará, antes de tudo, ter acesso à fala e à escrita, que se dão por meio do ambiente escolar. O artigo 205 da nossa Constituição diz que, “A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade [...]” (BRASIL, 1988).

Segundo a Declaração de Salamanca, para promover uma Educação Inclusiva, os sistemas educacionais devem assumir que “as diferenças humanas são normais e que a aprendizagem deve se adaptar às necessidades das crianças ao invés de se adaptar a criança às assunções preconcebidas a respeito do ritmo e da natureza do processo de aprendizagem” (UNESCO, 1994, p. 4).

Avaliando o caso em particular do aluno ouvinte, ao chegar na escola ele tem acesso à comunicação e domina o mesmo idioma que sua professora e seus colegas, esse sujeito sai na frente na largada da aprendizagem porque, para ele, o ponto de partida é a alfabetização, enquanto que o surdo já se depara com a barreira da comunicação, em grande parte o aluno

surdo ao chegar na escola ainda não domina a sua língua materna (Libras), ninguém na escola domina, o que dificulta o seu desenvolvimento linguístico, a partir disso, dá-se discussão sobre a educação e metodologia acerca do aluno surdo.

De acordo com Skliar (2006, p. 72), “a língua de sinais é um elemento mediador entre o surdo e o meio social em que vive. Por intermédio dela, os surdos demonstram suas capacidades de interpretação do mundo desenvolvendo estruturas mentais em níveis mais elaborados”.

A Língua Brasileira de Sinais (Libras) é a língua utilizada por pessoas surdas que vivem no Brasil. É de modalidade visual-espacial, diferentemente das outras línguas orais, como o português, que são de modalidade oral-auditivas. Foi estabelecida na Lei nº 10.436/2002, como língua oficial da comunidade surda e regulamentada pelo Decreto nº 5.626, do ano 2005. De acordo com o próprio termo, a Libras é utilizada somente no Brasil, assim como a Língua Portuguesa:

Parágrafo único. Entende-se como Língua Brasileira de Sinais – Libras a forma de comunicação e expressão, em que o sistema linguístico de natureza visual-motora, com estrutura gramatical própria, constitui um sistema linguístico de transmissão de ideias e fatos, oriundos de comunidades de pessoas surdas do Brasil (BRASIL, 2002).

No Brasil, a educação do surdo é regida pelo bilinguismo, porém é raro encontrarmos escolas que utilizem a Libras em sala de aula. O que acontece, na maioria dos casos, é que os alunos conversam entre si pela língua de sinais, mas as aulas são ministradas em português, por professores ouvintes que não dominam a Libras, fato que atinge diretamente o desenvolvimento cognitivo do aluno surdo. A inclusão é resultado da luta de grupos que, historicamente, foram excluídos da educação e da cidadania, quando entendemos que não é a universalidade que nos define como sujeito, mas as nossas peculiaridades, associadas à etnia, à crença, à origem, à cultura, a tratar as pessoas diferentemente pode enfatizar suas diferenças, assim como tratar igualmente os diferentes pode esconder suas especificidades e excluí-los do mesmo modo; ou seja, vivemos a constância de sempre estar sobre a linha tênue da inclusão. Glat e Nogueira (2002, p. 26) defendem que:

Vale sempre enfatizar que a inclusão de indivíduos com necessidades educacionais especiais na rede regular de ensino não consiste apenas na sua permanência junto aos demais alunos, nem na negação dos serviços especializados àqueles que deles necessitem. Ao contrário, implica uma reorganização do sistema educacional, o que acarreta a revisão das antigas concepções e paradigmas educacionais na busca de possibilitar o desenvolvimento cognitivo, cultural e social desses alunos, respeitando suas diferenças e atendendo às suas necessidades.

Essas considerações contribuem para melhor esboçar as bases da inclusão escolar, que deve ser identificada como um processo, à medida que as soluções vão sendo apresentadas para ultrapassar as barreiras impostas à aprendizagem dos alunos, barreiras essas que sempre existirão a partir do ingresso de novos alunos e novas experiências vindas a partir desses e dos alunos já matriculados, o que exige do corpo docente escolar estar sempre se reinventando no âmbito escolar.

Aprendizagem do aluno surdo

Atualmente, no Brasil, a educação do surdo tem seguido a metodologia do bilinguismo, que, como pressuposto básico, defende a necessidade do surdo ser e viver em um ambiente bilíngue, ou seja, ele deve adquirir a Língua de Sinais, que é sua língua materna e como L2, a língua oral utilizada em seu país, no nosso caso a Língua Portuguesa. Apesar de ter o reconhecimento da sua língua, o surdo ainda é avaliado através do português exclusivamente, ou seja, sua L2 e, por consequência, a menos familiar.

O Bilinguismo tem como pressuposto básico que o surdo deve ser bilíngue, ou seja, deve adquirir como língua materna a língua de sinais, que é considerada a língua natural dos surdos e, como segunda língua, a língua oficial de seu país [...] os autores ligados ao bilinguismo percebem o surdo de forma bastante diferente dos autores oralistas e da Comunicação Total. Para os bilinguistas, o surdo não precisa almejar uma vida semelhante ao ouvinte, podendo assumir sua surdez (GOLDFELD, 1997, p. 38)

A partir disso, vamos encontrar vários autores que trazem uma nova proposta para a educação do surdo, e até mesmo questionando a dada importância à aquisição do português que, na maioria das vezes, é mais exigida do que o conhecimento do próprio conteúdo discutido em sala aula. Para Sá (1999, p. 37) o bilinguismo é:

A abordagem educacional para surdos, estabelecendo que as crianças devam ser ensinadas em duas línguas: a língua de sinais considerada como primeira e a língua portuguesa como segunda, à utilização do bilinguismo aumenta as capacidades cognitivas e linguísticas dos surdos, possibilitando melhores resultados educacionais que os conseguidos com a linguagem oral.

A integração do aluno surdo no ambiente escolar regular acontece de maneira hostil, considerando cada aspecto que integram nossa socialização, vamos perceber que o aluno surdo não goza das mesmas oportunidades para que de fato ocorra essa integração. Para Mantoan e Prieto (2006, p. 27):

Nossa obrigação é fazer valer o direito de todos à educação e não precisamos ser corajosos para defender a inclusão, porque estamos certos de que não corremos nenhum risco ao propor que alunos com e sem deficiência deixem de frequentar ambientes educacionais à parte, que segregam, discriminam, diferenciam pela deficiência, excluem – como é próprio das escolas especiais.

Nesta perspectiva, percebe-se que o aluno surdo se encontra deslocado no ambiente escolar, pois não há uma comunicação efetiva ou satisfatória entre professores e aluno, aluno e professores ou entre alunos; e é nesse cenário que a comunidade surda tem sido educada, ensinada e avaliada, sem considerar sua cultura, sua língua ou a limitação da comunicação. É neste ambiente que o professor de sala de aula, na maioria das vezes sem preparo ou suporte algum, tem de tratar com a diversidade e barreira da comunicação em prol à educação. Alfabetizar uma criança surda sem nunca ter tido contato com o universo surdo, conseqüentemente, sem entender seus mecanismos e necessidades.

A alfabetização do aluno surdo decorre de maneira totalmente distinta do ouvinte, a estimulação visual é a principal e mais eficaz metodologia de ensino, através de materiais lúdicos e repetitivos. Nos anos iniciais os alunos estão aprendendo a passar da oralidade já adquirida em suas casas para a escrita, ortografias, sílabas, fonemas e demais regras da Língua Portuguesa. Diferente do surdo que chega em sala e não tem domínio da fala oralizada nem domínio de sua língua materna (Libras), já vai direto para a aprendizagem da escrita e essa aprendizagem chega a ele sem as adaptações necessárias para o seu desenvolvimento cognitivo.

Uma habilidade muito comum entre alunos surdos é o que chamamos de aluno copista, ele desenvolve a escrita, porém não tem conhecimento do que significa aqueles conjuntos de signos. O professor que não tem a devida formação e preparo para receber esse aluno, acaba instruindo e avaliando dentro dos mesmos moldes em que avalia a turma toda, sem considerar as especificidades e atenção que a inclusão exige.

Procedimentos metodológicos para avaliação

Como já citado anteriormente, o aluno surdo é minoria em sala de aula, sendo que em sua grande maioria os planejamentos são definidos para alunos ouvintes, geralmente quando um professor se depara com um aluno surdo em sala de aula, muitas vezes não acredita ser necessário ou não sabe como adaptar suas aulas para a inclusão dele., fazendo, assim, uso de seu planejamento comum, suas aulas, materiais a utilizar, atividades e avaliações não adaptadas para esse aluno. O aluno surdo, então, depara-se com uma metodologia que não favorece o seu processo de ensino-aprendizagem.

Um exemplo claro são as aulas nada expositivas e oralista, sendo que o aluno surdo tem a necessidade do visual, além de enfrentar a todo momento a barreira linguística quanto às atividades de leitura e/ou interpretação de textos, pois a maioria deles não dominam as técnicas de letramento.

A Libras possui estrutura própria, diferente da Língua Portuguesa. Podemos citar alguns aspectos, como os conectivos: preposições, adjuntos e artigos. Além disso, não flexionam o tempo verbal da mesma maneira que no Português, pois isso ocorre através dos advérbios de tempo ou marcadores de tempo incorporados aos verbos na Libras, que direcionam a ação do verbo para o tempo desejado no discurso do surdo. Fica difícil para eles entenderem um texto, linha a linha, na Língua Portuguesa (QUADROS, 2008, p. 262).

Além das dificuldades linguísticas propriamente ditas, sem a internalização da língua natural do indivíduo, o aluno surdo apresenta inúmeras dificuldades cognitivas, por exemplo, no desenvolvimento involuntário para a atenção voluntária, no desenvolvimento da memória mediada. O fato da Libras e a língua oral ter estruturas tão diferentes, contribui para as dificuldades do aluno em dominar os dois idiomas de maneira simultânea, o ideal seria que ele já dominasse sua L1 para depois poder adquirir e dominar a L2. A língua de sinais por ser a língua materna do surdo, é adquirida com mais rapidez e facilidade comparando à língua oral, por isso o sistema conceitual do aluno deve ser formado de início, sobretudo pela Libras.

Visando essas especificidades do aluno surdo, é necessário que a escola e o professor preparem e aprimorem as metodologias bilíngues de ensino a serem aplicadas ao aluno. Explorando o espaço visual, através de atividades lúdicas, brincadeiras de interação; trazendo os conteúdos de maneiras diferentes para que o aluno associe imagem ao signo (sinal em Libras), à palavra e ao significado, ampliando seu vocabulário e suas vivências em sala de aula. Para Skliar (1997, p. 144):

[...] o modelo bilíngue propõe, então, dar às crianças surdas as mesmas possibilidades psicolinguísticas que tem a ouvinte. Será só desta maneira que a criança surda poderá atualizar suas capacidades linguístico-comunicativas, desenvolver sua identidade cultural e aprender.

Um dos principais fundamentos da Educação Bilíngue é a participação igualitária dos surdos na escola, dividindo funções, desde a administração ao ensino, para que o aluno surdo tenha referência e contato com a comunidade surda e sua cultura, é dever da escola propiciar esse acesso e convívio entre surdos e ouvintes promovendo um ambiente escolar inclusivo, multicultural e plural.

Materiais e métodos

Esse estudo teve como metodologia a pesquisa bibliográfica, com base em literaturas específicas sobre o assunto, com o intuito de contribuir com a Educação Inclusiva de alunos surdos nas escolas regulares, tendo como foco principal as metodologias de avaliação.

O levantamento bibliográfico foi realizado a partir dos artigos científicos, livros e periódicos de pesquisadores renomados na área da Educação Inclusiva e da Educação de Surdos.

Resultados e discussão

Considerando tudo que foi apresentado no presente artigo, ficou evidente a necessidade da escola num todo se envolver na inclusão do aluno surdo, da formação e dedicação por parte do docente, para que, a partir da avaliação apropriada desse aluno, contribua para seu desenvolvimento e aquisição do conhecimento. A inclusão não pode ser vista como um projeto único a ser pensado e sim a um conjunto de projetos que devem ser articulados entre si e rotineiramente deve ser colocado sobre questionamentos. Stumpf (2008, p. 27) afirma:

[...] a inclusão acontece a partir de dois movimentos: da construção social de toda sociedade que entende e acolhe, e dos surdos, que vão participar porque se sentem acolhidos [...] Este movimento da sociedade implica em responsabilidade social como prática constante no agir das pessoas e das instituições a partir de uma posição ética, uma posição em que a liberdade individual é posta em segundo plano a fim de que a justiça assuma primazia nas relações intersubjetivas.

É importante concluir esse trabalho provocando as escolas e seu corpo docente a refletir: quais projetos estão sendo realizados para que a “inclusão” aconteça? Esses projetos respeitam as diferenças entre os sujeitos e as especificidades de sua cultura e aprendizagem? Que princípios pedagógicos estão sendo criados para demarcar uma escola inclusiva que deve estar permanentemente em (des)construção?

Considerações finais

Um importante desafio para o processo de ensino-aprendizagem da Língua Portuguesa para o aluno surdo é considerar as diferenças de estrutura entre a Língua Portuguesa e a Língua Brasileira de Sinais (Libras). Portanto, é preciso que o professor, no momento das suas avaliações, considere o conhecimento do aluno em L1 (Libras) para que ele não seja prejudicado, pois a maioria dos educadores não conhece a Língua de Sinais e, conseqüentemente, sentem dificuldades em entender a escrita do aluno.

Através desses estudos, percebe-se que ainda há a necessidade de continuarmos nos aprofundando quanto à educação dos alunos surdos, revendo os planejamentos, as metodologias, materiais e as avaliações. Para que a inclusão realmente ocorra de maneira efetiva, é necessário que as diferenças sejam respeitadas, buscando sempre uma melhor interação entre os indivíduos surdos e ouvintes, possibilitando o desenvolvimento pleno da criança surda, e deve ser através do bilinguismo e biculturalismo.

Referências

BRASIL. **Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005.** Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Disponível em: <https://bit.ly/2RUMNCe>. Acesso em: 17 fev. 2021.

BRASIL. **Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002.** Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras e dá outras providências. Disponível em: <https://bit.ly/3uueZV0>. Acesso em: 28 maio. 2020.

BRASIL. **Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996.** Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm. Acesso em: 17 fev. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 17 fev. 2021.

Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH). **Adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (resolução 217 A III) em 10 de dezembro 1948.** Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 17 fev. 2021.

GLAT, R.; NOGUEIRA, M. L. de L. Políticas educacionais e a formação de professores para a educação inclusiva no Brasil. **Revista Integração**, Brasília, v. 24, p. 22-27, 2002.

GOLDFELD, M. **A criança surda: linguagem e cognição numa perspectiva sociointeracionista.** São Paulo: Plexus, 1997.

MANTOAN, M. T. E.; PRIETO, R. **Inclusão Escolar: pontos e contrapontos.** 6. ed. São Paulo: Summus, 2006.

QUADROS, R. M. de (Org.). **Estudos surdos III.** Petrópolis: Arara Azul, 2008.

RINALDI, G. (Org.). **Deficiência Auditiva.** Brasília: SEESP, 1998.

SÁ, N. L. **Educação de surdos: a caminho do bilinguismo.** Niterói: UFF, 1999.

SKLIAR, C. (Org.). Abordagens socioantropológicas em educação especial. *In*: CECCIM, R. B. **Educação e exclusão: abordagens socioantropológicas em educação especial.** 5. ed. Porto Alegre: Mediação, 2006.

SKLIAR, C. (Org.). **Educação e exclusão: abordagens socioantropológicas em educação especial.** 2. ed. Porto Alegre: Mediação, 1997.

STUMPF, M. R. Mudanças estruturais para uma inclusão ética. *In*: QUADROS, R. **Estudos Surdos III.** Petrópolis: Arara Azul, 2008.

UNESCO. **Declaração de Salamanca: sobre princípios, políticas e práticas na área das necessidades educativas especiais.** Espanha: Salamanca-Espanha, 1994.

CONTRIBUIÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DA MULHER ADULTA

Contribution of physical activity in health and quality of life of adult women

Saimo Ferreira de Souza¹
Vivian Bertoncini

Resumo: Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2009), a vida adulta da mulher refere-se de 20 a 59 anos de idade, incluem-se também as faixas reprodutivas de 15 a 44 anos. As mulheres atuais têm se tornando protagonistas em papéis que antes eram restritos aos homens e estão em crescentes responsabilidades, tanto no trabalho quanto vida na política e na prática de atividade física (MORI; COELHO, 2004). Esse trabalho tem como objetivo analisar como a atividade física contribuiu para qualidade de vida do público feminino adulto. Foram selecionadas 27 mulheres entre 20 e 51 anos que procuram os serviços de atividade física em uma academia de ginástica, situada na cidade de Itaberaba na Bahia. Vale ressaltar que elas não eram clientes/alunas do estabelecimento, nessa pesquisa foi realizado o primeiro contato delas com a academia, os dados foram coletados de 15 de julho a 20 de setembro do ano de 2018, utilizou-se o Perfil de Estilo de Vida Individual (PEVI), criado por Nahas, Barros e Francalacci (2000), que é composto de 15 questões, sendo dividido em cinco componentes: nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamento social e controle do estresse. Todos os resultados obtidos nesse estudo foram satisfatórios.

Palavras Chave: Atividade física. Mulher. PEVI.

Abstract: For the World Health Organization (WHO) (2009), the adult life of women refers from 20 to 59 years of age, also include the reproductive ranges of 15 to 44 years. Today's women have become protagonists in roles that were previously restricted to men and are in increasing responsibility, both at work and in life in politics and physical activity (MORI; COELHO, 2004). This work aims to analyze how physical activity contributed to the quality of life of the adult female public. 27 women between 20 and 51 years of age seeking physical activity services were selected in a gym, located in the city of Itaberaba in Bahia. It is worth mentioning that they were not clients / students of the establishment, in this research their first contact with the academy was made, the data were collected from July 15 to September 20, 2018, using the Lifestyle Profile Individual (PEVI), created by Nahas, Barros e Francalacci (2000), which is composed of 15 questions, divided into five components: nutrition, physical activity, preventive behavior, social relationship and stress control. All results obtained in this study were satisfactory.

Keywords: Physical activity. Woman. PEVI

Introdução

As fases de vida da mulher são pontuadas por eventos fisiológicos, psicológicos e sociais. Para a OMS (2009), a vida adulta da mulher adulta refere-se de 20 a 59 anos de idade, incluem-se também as faixas reprodutivas de 15 a 44 anos. A OMS também afirma que muitos problemas desenvolvidos na vida adulta das mulheres têm sua origem na infância, a nutrição tem a sua importância no aspecto reprodutor futuro, a prevenção de abusos e negligências também tem seu papel para que a criança tenha um desenvolvimento pleno nos aspectos físicos, social e emocional. Mori e Coelho (2004) afirmam que as mulheres atuais têm se tornando protagonista em papéis que antes eram restritos aos homens e estão em crescentes responsabilidades, tanto no trabalho quanto vida na política, entre outros aspectos importantes como o cuidado da saúde através da prática de atividade física.

¹ Centro Universitário Leonardo Da Vinci – UNIasselvi – Rodovia BR 470 – Km 71 – nº 1.040 – Bairro Benedito – Caixa Postal 191 – 89130-000 – Indaial/SC Fone (47) 3281-9000 – Fax (47) 3281-9090 – Site: www.uniasselvi.com.br.

Nos últimos anos, a quantidade de mulher com relação à prática de atividade física cresceu consideravelmente, tendo em vista que a maioria delas procura a atividade por fatores estéticos, uma boa parte desse público também tem a consciência de que a prática de atividade lhes propõe melhor qualidade de vida. Araújo *et al.* (2007) afirmam que atividade física também beneficia os aspectos biológicos e psicológicos de seus praticantes. Entre os benefícios da atividade física, podemos citar como exemplo a melhora da qualidade do sono, regulação do sistema circulatório, melhora no humor, diminuição da ansiedade, aumento de enzimas e hormônios reguladores, melhora no ciclo menstrual. Para Filha *et al.* (2016), ajuda na prevenção e tratamento do câncer de mama, diminuição de fatores de riscos familiares como diabetes e hipertensão. Knobel, Delziovo e Marques (2017) afirmam que as doenças crônicas não transmissíveis, por exemplo, a do aparelho circulatório e as neoplasias têm sido um dos principais fatores ou causadores de óbitos nas mulheres de 20 a 59 anos de idade. Sendo um dos fatores de risco atividade física insuficiente, insuficiência na nutrição, a obesidade e o tabagismo que também contribuem para a taxa, em especial a elevada incidência de câncer de mama em mulheres adultas no Brasil.

Para a prática de atividade física, um indivíduo é considerado insuficientemente ativo quando não pratica atividade física ou pratica por apenas 150 minutos ou menos por semana. Essa prática inclui três domínios de atividade, no lazer, no trabalho e no deslocamento para atividades habituais ou trabalho. De acordo com os dados da PNS, em 2013, foi identificado que 46,0% da população brasileira (18 anos ou mais) eram insuficientemente ativas, entre as mulheres essa proporção alcança 51,5%, e nos homens 39,8% (KNOBEL; DELZIOVO; MARQUES, 2017).

Outro fator que colabora para a prática de atividade física e a diminuição do sedentarismo é a obesidade, sendo essa patologia, segundo Rosa *et al.* (2011), uma das principais epidemias modernas, estando relacionada a um problema de saúde pública e o constante aumento de doenças crônicas.

A obesidade é definida como o aumento do depósito de triglicérides nas células adiposas, que por sua vez é decorrente do desequilíbrio entre o consumo e o gasto de energia. Estudos mostram que durante o seu processo de envelhecimento as mulheres sofrem alterações no perfil metabólico que resultam em modificações na composição e distribuição do tecido adiposo, o que favorece não somente o aumento ponderal, como também a progressão de eventuais processos ateroscleróticos. Essas modificações, muitas além de considerações estéticas, estão reconhecidamente implicadas na gênese e progressão da doença cardiovascular, que, por sua vez, constitui a principal causa de mortalidade, principalmente em indivíduos idosos, tanto do sexo masculino como feminino (LORENZI *et al.*, 2005, p. 480).

Segundo estimativa da OMS (2009), o número de pessoas com sobrepeso em 2025 chegará em 300 milhões, ou seja, 5,4% da população mundial, sendo a prevalência dessa patologia maior em mulheres 43%, para 34% em homens. Knobel, Delziovo e Marques (2017) nos dizem que nos últimos 30 anos as prevalências de sobrepeso e obesidade tem seguido um ritmo crescente, sendo que a obesidade se destaca no grupo de doenças crônicas não transmissíveis, pois ela traz consigo fatores de riscos para outras patologias como hipertensão e diabetes.

A prática de atividade física requer programas específicos, Souza, Dias e Pitanga (2016) afirmam que é necessário conhecer o público que irá ser trabalhado, a utilização da anamnese é de extrema importância para o profissional ter conhecimento do seu cliente, sendo ela de aspecto fundamental para início de exercícios em qualquer idade ou sexo, trazendo em seu corpo perguntas, etapas e informações importantes como aspectos sociodemográficos, objetivos de treino, aspectos familiares e patológicos. Santos, Veigai e Andrade (2011) dizem que a anamnese é sem dúvida a primeira fase de um processo, e nos afirmam a importância das coletas de dados para os profissionais da saúde, os quais permitem identificar problemas, determinar diagnósticos, planejar e programar a assistência do cliente, família ou comunidade de forma qualificada.

A atividade física tem a sua influência direta no quesito saúde para seus praticantes, oferecendo-lhes uma melhor qualidade de vida, trabalhando de forma preventiva e eficaz das patologias crônicas como diabetes mellitus e hipertensão arterial. No entanto, este estudo tem como objetivo compreender de que forma a atividade física contribui na melhora da saúde e qualidade de vida do público feminino adulto e também de analisar a atividade física e sua relação na prevenção primária com a saúde da mulher.

Metodologia

Foram selecionadas 27 mulheres entre 20 e 51 anos, com a média de idade de 34 anos que procuram os serviços de atividade física em uma academia de ginástica, situada na cidade de Itaberaba, no estado da Bahia. Vale ressaltar que elas não eram clientes/alunas do estabelecimento, foi através dessa pesquisa que elas realizaram o primeiro contato com a academia. Os dados foram coletados no período de 15 de julho a 20 de setembro do ano de 2018, pelo profissional de Educação Física Saimo Ferreira de Souza sob registro no CREF 11228G-BA. O instrumento utilizado para essa pesquisa foi o Perfil de Estilo de Vida Individual (PEVI), criado por Nahas, Barros e Francalacci no ano de 2000, compreendendo 15 quesitos que estão divididas de forma uniforme em cinco componentes, sendo: nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamento social e controle do estresse. O questionário possui uma escala de resposta que varia de “0” a “3” pontos, qual identifica se a questão faz parte do estilo de vida do indivíduo ou não, sendo “0” nunca, “1” raramente, “2” quase sempre e “3” sempre, dando um somatório de 0 a 9 pontos no total, foi entregue a cada uma um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), uma anamnese e o questionário de Perfil de Estilo de Vida Individual (PEVI).

Os resultados estão apresentados em forma de porcentagem, levando em consideração os aspectos nutrição e atividade física nesse estudo, utilizamos também o número de corte <4,5 insatisfatório, e $\geq 4,5$ satisfatórios em relação à média obtida para todos os componentes do PEVI.

Resultados

Tabela 1. Componente Nutrição e Atividade física (PEVI).

COMPONENTE	QUESITO	NUNCA (%)	RARAMENTE (%)	QUASE SEMPRE (%)	SEMPRE (%)
NUTRIÇÃO	A	26	19	33	22
	B	19	30	44	7
	C	30	11	33	26
ATIVIDADE FÍSICA	D	26	19	19	37
	E	22	19	26	33
	F	19	26	33	19

Fonte: Adaptada de Souza, Dias e Pitanga (2018).

Componente Nutrição – PEVI

O quesito (A) refere-se ao componente nutrição do PEVI em que se interroga: se sua alimentação diária inclui ao menos 5 porções de frutas e verduras? Nessa sentença, foi possível analisar que 26% das entrevistadas declaram que nunca, 19% raramente e 55% quase sempre e sempre. Com base nos dados, podemos observar que a maioria das mulheres entrevistadas,

ou seja, mais de 50% responderam nessa interrogativa que quase sempre ou sempre optam por essa prática alimentar, seguindo de um quarto que nunca tinham esse hábito no momento da pesquisa, o que nos leva a entender que a maioria, ou seja, metade de nossas entrevistadas já possuía essa experiência alimentar.

Ao tratar-se do quesito (B) do PEVI, o segundo item do componente nutrição se interroga: você evita ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, frituras) e doces? Sobre essa sentença, foi possível analisar que 30% das nossas entrevistadas declaram que nunca evitavam essa prática até o momento da pesquisa, 11% raramente, 33% quase sempre e 26% sempre. Com base nos dados, podem-se analisar que a maioria das pessoas, ou seja, mais de 51% das mulheres dessa entrevista quase sempre ou sempre optam em evitar essa prática nutricional, já as que não evitavam ou raramente, chegou a 49% que consumiam alimentos gordurosos entre outros alimentos que são prejudiciais à saúde de seus consumidores.

Já no quesito (C) do PEVI, interroga-se: você faz 4 a 5 refeições variadas ao dia, incluindo café da manhã completo? Sendo possível analisar que 59% das entrevistadas declaram que quase sempre e sempre mantém a prática de refeições variadas, já 41% responderam que nunca ou raramente possuíam a capacidade de manter esse hábito alimentar. Com base nos dados, observa-se que a maioria das pessoas entrevistadas quase ou sempre optam por essa prática nutricional.

Componente Atividade física – PEVI

No quesito (D), refere-se ao componente atividade física em que se interroga: você realiza ao menos 30 minutos de atividades físicas moderadas ou intensas, de forma contínua ou acumulada, 5 ou mais dias na semana? É possível analisar que 26% das entrevistadas declaram que nunca, 19% responderam que raramente, 19% nos responderam que quase e os 37% restante nos afirmaram que sempre mantinham uma rotina de atividade moderada ou regular entre 5 ou mais dias na semana. Com base nos dados, observa-se que a maioria das pessoas nunca ou sempre optam por essa prática. É possível, nesse quesito, analisarmos que a maioria, em média 40% das mulheres, que buscaram o trabalho de atividade física nunca ou raramente mantinha uma rotina de exercícios diários, o que nos leva a entender a importância de locais próprios para atividade física como academias, clubes etc.

No quesito (E), qual também se refere ao componente atividade física, interroga-se: ao menos 2 vezes por semana você realiza exercícios que envolvam força e alongamento muscular? Sendo que 22% das entrevistadas declaram que nunca, 19% raramente e 59% responderam que quase sempre e sempre.

O quesito (F) do PEVI que também se refere ao componente atividade física, interroga-se: no seu dia a dia, você caminha ou pedala como meio de transporte e, preferencialmente, usa as escadas em vez do elevador? 45% responderam que nunca e raramente, entre 33% quase sempre, 19% sempre. É possível analisar que para essa prática de atividades físicas, uma média de 78% das entrevistadas não praticava essas ações em seu dia a dia.

Todos os componentes do PEVI

Ao se referir à soma da pontuação geral e a média obtida nos componentes nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamento social e controle do estresse do questionário PEVI, a análise desse estudo é uma pontuação < 4,5 insatisfatório e ≥ 4,5 satisfatório, ficamos em resultado satisfatório para todos os componentes. Observando os seguintes valores

em relação à nutrição, obtivemos um valor em média de 4,5 em seu resultado, logo em seguida, temos a atividade física com 5 pontos em sua média final, seguido de controle do estresse com 5,3, comportamento preventivo com 5,5 e, por último, o controle do estresse com 6 pontos.

Discussão

Quando analisado no questionário PEVI no componente nutrição, percebe-se que a maioria das mulheres, mais de 50%, possui hábitos saudáveis, respondendo entre quase sempre e sempre nos quesitos (A e C), incluindo mais de 5 porções de frutas e verduras em sua alimentação diária, algumas evitando alimentos gordurosos e doces e realizam de 4 a 5 refeições diárias, incluindo café da manhã completo.

Uma boa alimentação é fundamental para se ter uma boa saúde. Quando comemos, fazemos mais do que simplesmente “matar nossa fome”. O consumo adequado de nutrientes fornece energia necessária para a manutenção dos tecidos, como o muscular e ósseo, e também para desempenhar atividades do dia a dia. O conhecimento dos benefícios da alimentação fez crescer o interesse e as pesquisas sobre nutrição esportiva nos últimos anos (BARBIM, 2015, p. 3).

Para Barbim (2015), uma nutrição adequada contribui para prática de atividade física e a melhora da qualidade de vida dos indivíduos. Em análise no quesito (B), podemos observar que a maioria das mulheres, com um percentual de 50%, não evitavam alimentos gordurosos entre outros alimentos citados no PEVI, o que nos remete à necessidade de educação em saúde sobre a obesidade. Em um estudo transversal de Lorenzi *et al.* (2005), sobre a prevalência de obesidade e sobrepeso em mulheres com um total de 611 participantes entre 45 a 60 anos de idade, analisaram o IMC e consideraram sobrepeso valores iguais ou acima de 25 Kg/m², obteve-se um total de 390 mulheres que apresentaram sobrepeso. Para Lorenzi *et al.* (2005), “O excesso de peso é particularmente mais prevalente entre o sexo feminino; estima-se que aproximadamente 30% das mulheres ocidentais adultas, em especial nos anos que seguem a menopausa, são portadoras de obesidade”. Rosa *et al.* (2011) nos afirma que essa patologia já é associada aos efeitos adversos à saúde das mulheres a curto e longo prazos. Entre esses efeitos estão a presença da diminuição da capacidade reprodutiva e o elevado risco de desfechos adversos na gestação. No estudo de Araújo *et al.* (2007), foi analisado que 50% das pessoas que procuraram academias para início de atividades físicas era por fatores estéticos, entre eles a perda de peso, que também, no estudo de Santos *et al.* (2013), com 25 pessoas, sendo 15 mulheres, conseguiram identificar que 52% das entrevistadas buscaram atividades para esse fim.

Quando analisado os quesitos que se referem ao componente atividade física do PEVI, é possível verificarmos que a maioria das pessoas que responderam a esse questionário quase sempre ou sempre possuem hábitos com relação a prática de atividades físicas. Um estudo transversal com 50 mulheres de 40 a 59 anos de idade, realizado por Ferreira, Oliveira e Lima (2017), utilizando o PEVI, mostrou que no componente atividade física obteve um índice satisfatório, do total das participantes, 78% afirmaram realizar a prática de exercícios, pelo menos, 30 minutos de atividade física moderada ou intensa e de forma contínua ou acumulada, 5 ou mais vezes por semana, tendo também analisado que 90% das mulheres que participaram da pesquisa realizam exercícios que envolvem força e alongamento muscular, no mínimo, 2 vezes na semana, sendo que 82% sempre caminham ou pedalam como meio de transporte.

Com relação ao exercício físico, há evidências científicas consistentes de que sua prática regular traz amplos benefícios para a saúde física e mental. A atividade física pode influenciar de maneira positiva a composição corporal por meio de vários mecanismos, pois promove o aumento do gasto energético total, equilíbrio na oxidação dos macronutrientes e preservação da massa magra. Os efeitos no metabolismo energético vão depender do tipo, da intensidade, da duração e da frequência do exercício desempenhado (ARAÚJO *et al.*, 2007).

Um estudo quantitativo e transversal de Jonck *et al.* (2014), que envolveu 400 mulheres entre 20 a 59 anos, com o objetivo de investigar a prevalência de atividade física em Florianópolis, constatou que 58 a 76% das mulheres eram declaradas suficientemente ativas, sendo a atividade física de intensidade moderada a mais prevalente. No nosso estudo, também obtivemos valores entre 53 a 59% de mulheres que responderam que sempre ou quase sempre tem o hábito de praticar atividades físicas.

A prática de atividade física tem sido relacionada como um dos principais fatores para se manter saudável, pois ela pode combater ou prevenir o aparecimento de algumas doenças. Dessa forma, sua ausência é vista como um fator de risco para a saúde da população, sendo responsável por 6% da mortalidade global (JONCK *et al.*, 2014).

Considerações finais

Com valores acima da média, é possível analisar que a maior parte das mulheres que procuraram ou procuram a prática de atividade física possuem um hábito nutricional saudável, já praticam algum tipo de exercício ou hábitos positivos como exercícios de força e alongamento, escolhendo escadas ao invés de elevadores. Todos esses fatores contribuem diretamente na saúde e qualidade de vida desse público. Para Barbim (2015), uma prática regular de atividade física traz a seus adeptos inúmeros benefícios, como a diminuição de risco de doenças coronarianas, doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade e osteoporose. Lembrado que, segundo Malta *et al.* (2009), as atividades físicas-práticas corporais foram eleitas como áreas temáticas prioritárias para implantação da PNPS, em que se reflete a importância de viver ativamente como fator de proteção da saúde. É importante mais aprofundamento nessa temática, sugerimos novos estudos de forma a esclarecer e levar para o público envolvido a importância da atividade física, seus benefícios e a necessidade de orientação adequada, para que possa ser trabalhada no nível de prevenção.

Referências

- ARAÚJO, A. S. *et al.* Fatores motivacionais que levam as pessoas a procurarem por academias para a prática de exercício físico. **Revista Digital**, Buenos Aires, ano 12, n. 115, dez. 2007.
- BARBIM, R. Saúde, nutrição e atividade física. **Jornal Biosfera**, edição especial. 2015. Disponível em: http://www.rc.unesp.br/biosferas/Especial15/biosferas_especial2015_online.pdf. Acesso em: 27 dez. 2018.
- FERREIRA, E. de O.; OLIVEIRA, A. A. R. de; LIMA, D. L. F. Perfil do estilo de vida de mulheres de meia-idade participantes do programa Esporte e Lazer da Cidade (PELC). **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 9, n. 2, p. 103-1013, abr./jun. 2017.

FILHA, J. G. L. de C. et al. Influências do exercício físico na qualidade de vida em dois grupos de pacientes com câncer de mama. **Revista Brasileira de Ciência do Esporte**, Brasília, v. 38, n. 2, p. 107-114, 2016.

JONCK, V. T. F. et al. Prevalência de atividade física em mulheres. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 27, n. 4, 2014. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2889/0>. Acesso em: 17 fev. 2021.

KNOBEL, R.; DELZIOVO, C. R.; MARQUES, M. C. Saúde das mulheres e atenção ginecológica. *In*: KNOBEL, R.; DELZIOVO, C. R.; MARQUES, M. C. (Org.). **Curso de atenção integral à saúde das mulheres**. Florianópolis: UFSC, 2017.

LORENZI, D. R. S. de et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade no climatério. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 27, n. 8, p. 479-484, 2005.

MALTA, D. C. et al. A Política nacional de promoção da saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 79-86, jan./mar 2009.

MONTEIRO, R. de C. de A.; RIETHER, P. T. A.; BURINI, R. C. Efeito de um programa misto de intervenção nutricional e exercício físico sobre a composição corporal e os hábitos alimentares de mulheres obesas em climatério. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 17, n. 4, out./dez. 2004.

MORI, M. E.; COELHO, V. L. D. Mulheres de corpo e alma: aspectos biopsicossociais da meia-idade feminina. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 177-187, 2004.

NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G.; FRANCALACCI, V. O pentágulo do bem-estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 48-59, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã**. 2009. Disponível em: https://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres_Saude.pdf. Acesso em: 17 fev. 2021.

ROSA, M. I. *et al.* Prevalência e fatores associados à obesidade em mulheres usuárias de serviços de pronto-atendimento do Sistema Único de Saúde no sul do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2559-2566, 2011.

SANTOS, E. A. dos *et al.* Fatores que levam as pessoas a procurarem a academia para a prática de exercício físico. **EFDeportes.com, Revista Digital**, Buenos Aires, ano 18, n. 180, maio 2013. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd180/fatores-que-levam-a-academia.htm>. Acesso em: 17 fev. 2021.

SANTOS, N.; VEIGAI, P.; ANDRADE, R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2), p. 355-358, mar./abr. 2011.

SOUZA, S. F.; DIAS, M. A.; PITANGA, C. S. S. Contribuições da atividade física na saúde e qualidade de vida do idoso. *In*: **39º Simpósio Internacional de Ciências do Esporte**, São Paulo, 2016.

TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: REVISÃO INTEGRATIVA

Bipolar affective disorder: integrative review

Michelle Andrade Batista¹
Lígia Onofre de Oliveira

Resumo: Trata-se de uma Revisão Integrativa elaborada com o objetivo de analisar quais são as principais implicações enfrentadas pelo portador de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) no contexto familiar e terapêutico. O TAB é uma psicopatologia recorrente, crônica e grave, gerando impacto negativo na vida dos portadores. Para a seleção dos artigos, utilizaram-se as seguintes bases de dados *Scientific Electronic Library Online* 7 (50%), dos quais 4 (29%) estavam no LILACS; 3 (21%) PUBMED. Foram empregados fichamentos dos 14 artigos selecionados para a condensação das informações. Com base nesses dados, foi verificado que o TAB constitui um transtorno psiquiátrico marcado pela presença constante de mudanças no humor. A não adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico reflete de maneira significativa no enfrentamento da patologia. A família tem um papel importante diante do enfrentamento da enfermidade, pois são elas as grandes responsáveis pelo cuidado e manejo desses indivíduos. Compreende-se que é importante a interação entre família/paciente/profissionais de saúde para melhorar a forma como se realiza o tratamento e a maneira como paciente e a família enxergam a doença.

Palavras-chave: Transtorno afetivo bipolar. Manifestações clínicas. Tratamento. Pacientes. Família.

Abstract: This is an Integrative Review designed to analyze what are the main implications faced by patients with Bipolar Affective Disorder (BD) in the family and therapeutic context. TAB is a recurrent, chronic and severe psychopathology, generating a negative impact on the lives of patients. For the selection of articles, the following Scientific Electronic Library Online databases 7 (50%) were used, of which 4 (29%) were in LILACS; 3 (21%) PUBMED. Records of the 14 articles selected for the condensation of information were used. Based on these data, it was found that BD is a psychiatric disorder marked by the constant presence of changes in mood. Non-adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment reflects significantly in coping with the pathology. The family has an important role in facing the disease, as they are largely responsible for the care and management of these individuals. It is understood that the interaction between family / patient / health professionals is important to improve the way the treatment is carried out and the way the patient and the family see the disease.

Keywords: Bipolar Affective Disorder. Clinical manifestations. Treatment. Patients. Family.

Introdução

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é uma alteração psiquiátrica, de longa durabilidade, graves episódios, podendo surgir muitas vezes diversos sintomas psicóticos. O TAB é classificado em três estágios. Tipo I: Geralmente fase maníaca, com presença de depressão leve; Tipo II: não psicótico, com hipomania; e Tipo III: origem do temperamento hipertímico, na qual há instalação de quadros de depressão (RIHMER; BENAZZI, 2010; TONELLIN, 2011).

De acordo com Moreno *et al.* (2013) e Mazzaia e Souza (2017), há inúmeros fatores relacionados ao aparecimento do TAB, entre eles, podem ser citados os estressores ambientais, transtornos de personalidades e somáticos, histórico positivo da doença na família, situação econômica desestruturada e outros.

¹ Centro Universitário Leonardo Da Vinci – UNIASSSELVI – Rodovia BR 470 – Km 71 – nº 1.040 – Bairro Benedito – Caixa Postal 191 – 89130-000 – Indaial/SC Fone (47) 3281-9000 – Fax (47) 3281-9090 – Site: www.uniasselvi.com.br.

Esse tipo de transtorno pode atingir em torno de 1% da população em geral, com o aparecimento dos primeiros sintomas na adolescência, mais precisamente entre 18 e 22 anos, o que pode fazer com que esse transtorno seja responsável por provocar uma desestruturação no processo de amadurecimento nessa fase, e com isso trazer aos jovens, prejuízos bastantes significativos no setor biopsicossocial (GANSLER *et al.*, 2011; MATTA, 2012).

As metodologias terapêuticas utilizadas para o tratamento do TAB consistem na adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas. As primeiras compreendem a utilização de medicamentos estabilizadores do humor, tais como: o uso do Lítio, Antipsicóticos e Anticonvulsivante. A segunda consiste no uso de grupos de apoio, terapias cognitivo-comportamentais, psicoeducação e a terapia familiar (COSTA, 2008; MAZZAIA; SOUZA, 2017).

De acordo com os conceitos abordados por Menezes e Souza (2011), o humor desses pacientes é expansivo e eufórico e pode ser irritável e desinibido, o que os tornam severamente agressivos em determinados momentos, chegando, muitas vezes, à agressão física. Como consequência, é cada vez mais árduo para as famílias manterem-se bem diante de tais situações, cuidar não só de seus pacientes, mas também de si mesmos e de outros familiares que convivem diariamente com a patologia (VASCONCELOS *et al.*, 2011).

Diante disso, alguns questionamentos foram levantados: quais são as dificuldades enfrentadas pelas pessoas com Transtorno Afetivo Bipolar (TAB)? Quais as dificuldades vivenciadas pelas pessoas com TAB no contexto do convívio familiar? Há dificuldades quanto à adesão ao tratamento farmacológico? Quais as melhores estratégias de tratamento da pessoa com Transtorno Afetivo Bipolar?

A presente pesquisa foi idealizada devido à necessidade de conhecer, na literatura, mais estudos que estivessem relacionados aos questionamentos aqui abordados. Durante o período de estágio na faculdade, tivemos a oportunidade de perceber a realidade de usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que eram vítimas da doença aqui estudada, observando que esses indivíduos sofriam constantemente com alterações do humor, ora eufóricos colaborativos, participativos e ora depressivos e chorosos, recusando as dinâmicas em grupo.

Dessa forma, despertou-nos o interesse em identificar quais fatores eram responsáveis por trazer aos pacientes tanta instabilidade de humor, como eles eram tratados frente a esses sintomas e como seus familiares encaravam essas crises vivenciadas pelos portadores. Dessa maneira, a relevância dos questionamentos que aqui são relatados contribuirá significativamente para que haja a desmistificação acerca da doença, assim como a inclusão desses indivíduos na sociedade.

Para isso, faz-se necessária a produção de novos conhecimentos científicos acerca das abordagens e teorias metodológicas que são utilizadas na tentativa de compreender de que maneira esses processos são implementados, bem como as possibilidades trazidas por eles para a vida desses indivíduos e de seus familiares.

O objetivo geral da presente pesquisa é analisar quais são as principais implicações enfrentadas pelo portador de Transtorno Afetivo Bipolar no contexto familiar e terapêutico.

Metodologia

Trata-se de um estudo que consiste em uma revisão integrativa da literatura. Esse tipo de revisão tem por finalidade reunir e sintetizar os conceitos científicos já produzidos sobre a temática investigada, ou seja, permite a busca, avaliação e a síntese de evidências disponíveis que contribuam com o estudo realizado (MENDES; GALVÃO; SILVEIRA, 2008).

Para a construção da presente revisão, foram seguidas as etapas: definição da questão norteadora (problema) e objetivos da pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão das publicações (seleção da amostra); busca na literatura; análise e categorização dos estudos, apresentação e discussão dos resultados (MENDES, GALVÃO, SILVEIRA, 2008).

Para guiar a pesquisa, formulou-se a seguinte questão norteadora: quais as dificuldades enfrentadas pelas pessoas com Transtorno Afetivo Bipolar no contexto do convívio familiar, adesão ao tratamento, estratégias de tratamento farmacológico e não farmacológico?

A pesquisa ocorreu no período de janeiro a maio de 2018. No arranjo da produção científica e seleção dos artigos foram utilizadas as seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (PUBMED-MEDLINE), *Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS). A pesquisa nessa base de dados fez uso dos seguintes descritores: “Transtorno Afetivo Bipolar and “Manifestações Clínicas” and” Tratamento” and “Pacientes” and “Família”.

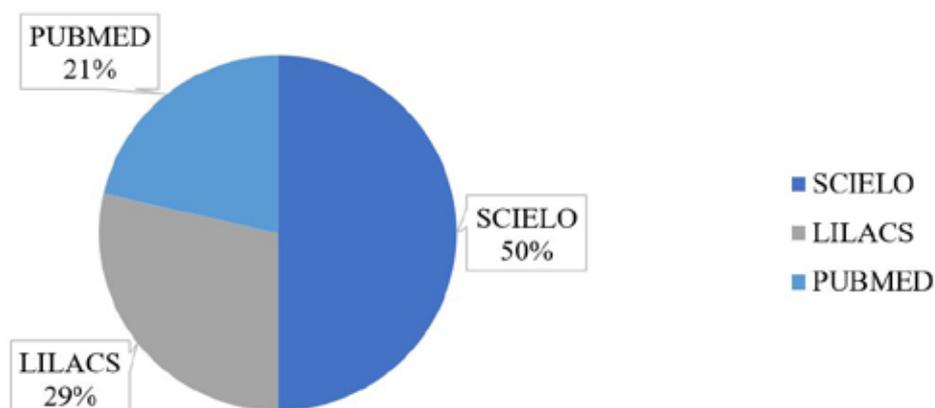
Como critérios de inclusão foram levados em consideração o fato de alcance de todas as propostas literárias, artigos em inglês e trabalhos indexados nas bases de dados encontrados no período de 2008 a 2018. Como critérios de exclusão, optou-se por desconsiderar todos os artigos que não satisfaziam a temática proposta pelo presente estudo e produções que continham irrelevância de dados, que não estivessem disponíveis de forma gratuita ou que se encontravam somente no formato de resumo.

Todas as informações aqui expressas foram compostas através da análise de artigos, que foram organizados e arquivados em pastas, cuja busca se deu através das bases de dados já mencionadas anteriormente. É importante relatar que a análise de todo material e a síntese das informações ocorreram de forma descritiva, pautada no observar, descrever e classificar as informações, objetivando a coordenação de diversos tipos de conhecimento sobre a temática aqui discutida.

Obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 14 artigos, encontrado no SCIELO 7 (50%), dos quais 4 (29%) estavam no LILACS e 3 (21%) no PUBMED. Os dados são descritos no gráfico abaixo.

Gráfico 1. Distribuição dos artigos conforme a base de dados.

BASES DE DADOS UTILIZADAS NA PESQUISA



Fonte: Elaborado pelas autoras (2018).

O periódico mais utilizado foi a revista *Psiquiatria*, com 4 (26,6%) publicações. O que pode ser observado na tabela a seguir:

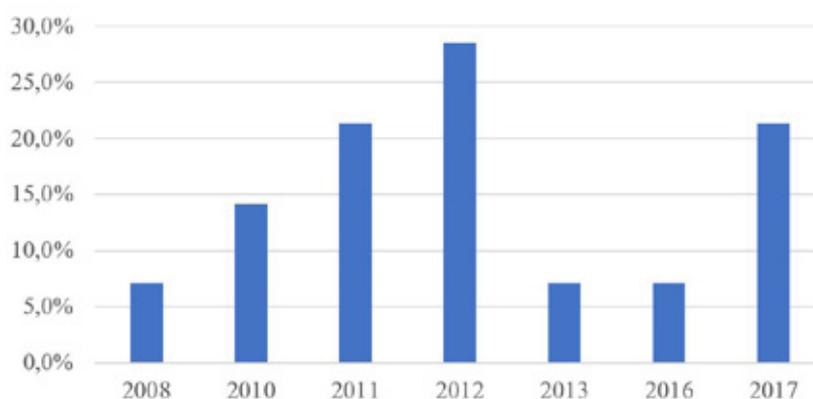
Tabela 1: Relação dos periódicos utilizados, conforme número de publicação.

PERIÓDICO	NÚMERO DE PUBLICAÇÕES	FREQUÊNCIA (%)
Rev Psiq Clinical	4	28,57%
Rev. Esc. Enferm	3	21,42%
Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog	1	7,14%
Revista Brasileira de Saúde Funcional(REBRASF)	1	7,14%
Rev. Enferm UFPI	1	7,14%
Rev. Enferm UFPE	1	7,14%
Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental	1	7,14%
Revista Brasileira de Ciências da Vida	1	7,14%
Revista brasileira de medicina	1	7,14%
TOTAL DE PERIÓDICOS	14	100%

Fonte: Elaborada pelas autoras (2018).

Levando-se em conta os anos de publicação, pode-se verificar, como demonstrado no Gráfico 2, que o ano de 2012 foi o período de maior publicação, 4 (28,5%), seguido do ano de 2017 que contou com 2 artigos (21,4%).

Gráfico 2. Distribuição dos artigos conforme o ano de publicação.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2018).

Resultados e discussão

As publicações utilizadas para a composição final dos principais achados foram dispostas em um quadro, sintetizando as ideias mais relevantes à proposta da presente revisão. Esses estudos são descritos no Quadro 1.

Quadro 1. Representação dos artigos que compuseram os principais achados da revisão.

Nº	AUTORES	OBJETIVOS	RESULTADOS
1	Costa (2008)	Revisar aspectos clínicos, de carga da doença e consequentes desfechos financeiros do Transtorno Afetivo Bipolar (TAB).	“O TAB apresenta alta morbidade com outros transtornos, o que agrava seu prognóstico e eleva os custos com os serviços de saúde. Os indivíduos com TAB apresentam mais fatores de risco cardiovascular e, conseqüentemente, maior risco de morte por evento cardíaco. O atraso e o erro diagnóstico no TAB elevam consideravelmente a carga e os custos da doença”.
2	Monteschi, Vedana e Miasso (2010)	Verificar o grau de conhecimento e dificuldades dos familiares do idoso com TAB, no que se refere ao medicamento prescrito ao paciente.	“Identificou-se baixo nível de conhecimento dos familiares, especialmente sobre doses e frequência dos medicamentos prescritos. Dentre as dificuldades relacionadas ao tratamento medicamentoso dos pacientes, destacaram-se a ambigüidade em relação à avaliação dos benefícios do medicamento, não adesão dos pacientes ao medicamento, sobrecarga relacionada aos cuidados, tratamento inadequado, preocupação com o acesso ao medicamento e uso de bebida alcoólica pelo paciente”.
3	Zung, Michelon e Cordeiro (2010)	Fazer um resumo da trajetória do uso do lítio no tratamento do TAB.	“Testou-se o efeito dos sais de lítio em animais de laboratório, percebendo que esse possuía nestes animais um efeito controlador da excitabilidade. Por conta dos seus achados positivos, que foram confirmados por outros estudos subsequentes, o lítio passou a ser utilizado no tratamento do Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), tornando-se a droga de escolha para o tratamento de tal condição clínica”.
4	Miasso, Cassiani e Pedrão (2011)	Compreender as condições causais da ambivalência do TAB em relação ao tratamento medicamentoso.	“Os resultados revelaram três categorias que descrevem as referidas condições causais: vivendo as crises do transtorno; tendo necessidade do medicamento e convivendo com os efeitos colaterais dos medicamentos”.
5	Menezes e Souza (2011)	Relatar experiências, com posterior reflexão pautada em um dos componentes do paradigma das práticas em saúde mental.	“A reflexão sobre os modos asilar e psicossocial quanto às concepções de objeto e modo de trabalho, possibilitou situar o grupo no modo psicossocial, pois o conhecimento e a vivência experimentados favorecem a autonomia dos sujeitos, que têm maiores chances de se posicionarem frente às dificuldades que lhes sobrevêm na sua existência-sofrimento”.
6	Vasconcelos <i>et al.</i> (2011)	Realizar uma revisão literária sobre os traços temperamentais que caracterizam o TAB em relação a população geral.	“Características de temperamento de pacientes bipolares são identificadas com base em diferentes modelos teóricos. De forma congruente, os resultados de cinco estudos apontaram que pacientes bipolares apresentam características relacionadas ao traço de personalidade denominado neuroticismo”.
7	Miasso, Carmo e Tirapelli (2012)	Verificar a adesão de portadores do (TAB) à terapêutica medicamentosa e identificar possíveis causas de adesão e não adesão.	“Os resultados mostraram que a maioria (63%) dos sujeitos investigados não adere ao medicamento. Apesar de não ter ocorrido diferenças significativas entre o grupo de aderentes e não aderentes, para as variáveis investigadas, foi possível verificar a utilização de polifarmacoterapia e regimes terapêuticos complexos no tratamento do TAB”.

8	Fernandes <i>et al.</i> (2012)	Relatar a experiência no cuidado a um portador de Transtorno Afetivo Bipolar em um Hospital Psiquiátrico de Teresina-PI.	“A experiência evidenciou como a execução dos cuidados de enfermagem interfere de forma positiva no quadro psíquico de um portador de Transtorno Afetivo do humor”.
9	Pedreira, Soares e Pinto (2012)	Descreve o papel do enfermeiro na adesão ao tratamento do (TAB),	“Percebeu-se uma evolução mais significativa na adesão ao tratamento em somente uma das pacientes. Os registros não relatam conduta de enfermagem na maioria das vezes e possuem aspectos da psiquiatria organicista em sua descrição. O enfermeiro deve registrar suas intervenções e resultados adequadamente”.
10	Matta (2012)	Investigar o impacto de um programa de psicoeducação, em relação a variáveis clínicas, para pacientes com TAB em acompanhamento no Ambulatório de HC-UFMG.	“Dos 48 indivíduos que consentiram inicialmente com a participação na pesquisa, 44 (91,6% da amostra inicial) foram acompanhados mensalmente, de forma que a maioria dos pacientes do grupo experimental (66,7%) frequentou a maior parte ou todas as sessões de psicoeducação (4 a 6 sessões). Ao longo dos 5 meses de acompanhamento após o programa, os escores de sintomas depressivos no grupo que compareceu a 4 ou mais sessões mantiveram-se mais baixos que os do grupo controle, sem significância estatística, no entanto, entre os grupos ao longo do seguimento”.
11	Sales <i>et al.</i> (2013)	Analisar a sistematização da assistência de Enfermagem, oferecidos a uma idosa com Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), norteando-se pelos preceitos da Teoria do Autocuidado de Orem.	“Constatou-se que a paciente compreende a importância da sua família para seu cuidado e que, apesar das discussões, o vínculo de afeto é forte, sendo observada a necessidade de incluir mais conversas no dia a dia”.
12	Fernandes <i>et al.</i> (2016)	Relatar a vivência de acadêmicos de enfermagem com o cuidar ao portador de transtorno bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos	“Foi possível observar os aspectos gerais da patologia apresentados pela paciente e estabelecer uma associação com as características referidas pela literatura científica”.
13	Santos <i>et al.</i> (2017)	Analisar o que a literatura aborda sobre as terapêuticas, adesão ao tratamento e a assistência de enfermagem à pessoa com TAB.	“As terapêuticas identificadas nos artigos, estavam a farmacológica e a não farmacológica, como a psicoeducação, terapia cognitivo-comportamental e a eletroconvulsoterapia, sendo que a farmacológica foi mais citada. Fatores como os efeitos colaterais das medicações, sintomas de melhora e desmotivação do indivíduo com o transtorno dificultam a adesão ao tratamento. A contribuição da enfermagem no tratamento ao indivíduo com transtorno afetivo bipolar é fundamental e sua assistência inclui a comunicação terapêutica do enfermeiro com a pessoa com o transtorno, a família e a comunidade na qual ele se insere”.

14	Mazzaia e Souza (2017)	Investigar a adesão a tratamentos para Transtorno Afetivo Bipolar e as influências do gerenciamento de caso para esta adesão.	“Os efeitos colaterais, a disponibilidade dos serviços e os compromissos dos usuários foram citados como fatores que dificultam a adesão aos tratamentos, sendo o último também compreendido como fator de motivação na análise de conteúdo realizada. A confiança nos profissionais, o relacionamento estabelecido com estes, a presença e ajuda de familiares, foram citados como fatores facilitadores para a adesão a tratamentos”.
----	------------------------	---	---

Fonte: Elaborado pelas autoras (2018).

De acordo com a análise dos artigos, criou-se duas temáticas que foram discutidas por categorias: Dificuldades enfrentadas pelas pessoas com TAB no contexto familiar e as Dificuldades quanto à adesão do tratamento farmacológico, estratégias do tratamento farmacológico e não farmacológico.

Dificuldades enfrentadas pelas pessoas com TAB no contexto familiar

O papel da família é muito importante diante do diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar, pois a doença acaba provocando alterações na dinâmica familiar, e essa, por sua vez, também influencia na evolução da doença. Nos períodos conhecidos como crise há uma sobrecarga maior, e o relacionamento do cuidador e paciente acaba por ser mais complexo, podendo haver muitas vezes discussões e conflitos entre o familiar e as pessoas com TAB

Segundo Costa (2008), durante os episódios no quais os pacientes estão em crise, a rotina da família sofre modificações, atividades de lazer, domésticas e o aumento de gastos financeiros com medicamentos acaba gerando conflitos. Os familiares sofrem constantes pressões porque se veem apreensivos diante dos acontecimentos de novas crises e se elas podem ser de mania ou depressão. O uso de medicamentos é primeira escolha de tratamento quando o paciente apresenta instabilidade. Apesar disso, a adesão ao tratamento e à medicação prescrita para as pessoas com TAB ainda são baixos. Isso denota que a procura aos serviços de saúde acaba ocorrendo praticamente quando os pacientes estão em crise.

Monteschi, Vedana e Miasso (2010) enfatizam que dentre as problemáticas do tratamento farmacoterápico, destacam-se a não adesão ao tratamento, a ambiguidade relacionada à avaliação dos benefícios medicamentosos, sobrecarga do cuidar, tratamento inadequado, relatando-se ainda que a acessibilidade ao medicamento são as maiores problemáticas encontradas no contexto familiar.

Ainda, de acordo com os autores, comportamentos não convencionais que a patologia traz consigo, como humor inconstante, retraimento social, situações nos quais fazem surgir sentimentos confusos, fazendo com que os familiares acabem sentindo sobrecarregados, não somente pelo fato de terem de cuidar dos indivíduos, mas por causa das situações imprevisíveis comportamentais e reacionais. São os familiares que assumem as tarefas de cuidar, gerenciar os remédios, fazer os acompanhamentos e cuidados fora de ambientes hospitalares, e é nessas ocasiões que muitos se deparam com situações estressantes.

No tocante de sua pesquisa, Miasso, Carmo e Tirapelli (2012) observam que muitas vezes a falta de informações acaba por comprometer a administração dos medicamentos prescritos para a doença, e são os próprios familiares que fazem esse monitoramento, carecendo então que eles recebam as informações necessárias para a realização dessa tarefa. O fato de aceitação e da necessidade de tratamento adequado reflete de maneira significativa no apoio ao indivíduo

com TAB, mas a sobrecarga familiar acaba sendo responsável por algumas frustrações, seja pelo abarcamento dos sentimentos negativos, pelos cuidados dados aos indivíduos ou até mesmo pelos momentos de instabilidades sofridos por eles.

De acordo com Fernandes *et al.* (2012), a família tem papel de suporte e reforçam a necessidade de que os familiares sejam inclusos nos programas de tratamento, não como pessoas que estão somente para a prática do cuidar, mas também como intento das intervenções terapêuticas. Segundo Mazzaia e Souza (2017), a confiança nos profissionais de saúde, o relacionamento mantido com eles, a presença e ajuda de familiares, foram relatados como índices que facilitam a adesão, o tratamento e a aceitação da doença.

Nessa contextualização, é importante frisar que os familiares que fazem uso dos serviços de saúde mental possuem as mais diversas demandas, dentre as quais se destaca a problemática de enfrentamento às situações de crises. Para Miasso, Cassiani e Pedrão (2011), a família se vê fragilizada e impossibilitada em suas relações internas e externas, mas mesmo assim não deixa de prestar a assistência necessária ao seu ente, demonstrando-lhes afetuosidade, cuidados, compreensão.

Dificuldades quanto à adesão do tratamento farmacológico, e estratégias do tratamento farmacológico e não farmacológico

De acordo com os estudos que foram analisados na presente pesquisa, podemos entender que há diversos mecanismos para se tratar o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), sejam eles medicamentosas, terapias e a psicoterapia.

Segundo os estudos de Costa (2008), os fármacos, a psicoterapia, terapias físicas como a eletroconvulsoterapia, estimulação magnética transcraniana acabam sendo excelentes ferramentas no controle dessa patologia. Já o tratamento medicamentoso, esse é realizado através do uso de estabilizadores de humor, antipsicóticos, antidepressivos e nos casos mais urgentes, os tranquilizantes. Lembrando que as medicações devem ser prescritas por um médico especialista em saúde mental, e essa deve ser seguida até que o médico possa suspendê-la, caso seja necessário.

O estudo de Zung, Michelin e Cordeiro (2010) evidenciou que a terapia medicamentosa com o Carbonato ou o Citrato de Lítio se tornou, no decorrer do tempo, a farmacoterapia mais efetiva no tratamento do TAB, sendo uma substância que apresenta efeitos neuroprotetor e o uso importante em fases agudas de mania e quadros depressivos.

É importante frisar que tanto o uso do Lítio como os exames que verificam sua eficácia na prática clínica, implicam baixos custos financeiros, principalmente quando se faz uma comparação entre os números de internações hospitalares, pois o número dessas internações caem em percentuais bem consideráveis, e até mesmo com seus custos indiretos, diminuindo gastos desnecessários no tratamento do paciente, com isso, contribuindo para melhorar a qualidade de vida dele, poupando vidas que seriam vitimadas pelo suicídio, segundo Silva (2015).

Para Costa (2008), a aceitação ao tratamento farmacológico é fundamental para o sucesso terapêutico da doença, porém é notório questionar que há grandes barreiras frente à pessoa com TAB diante do uso de medicamentos, o que resulta frequentemente na não adesão medicamentosa. É de extrema importância que os profissionais envolvidos no tratamento da doença forneçam informações sobre o fato de que o tratamento deve ser realizado a vida toda, podendo carecer de ajustes e possíveis alterações conforme a necessidade de cada indivíduo (CARPINIELLO *et al.*, 2011).

Pedreira, Soares e Pinto (2012) destacam que a não adesão ao tratamento interfere de maneira a aumentar o retorno de sintomas, como a mania e a vivência de sérias crises devido ao transtorno não tratado, constituindo uma das causas que se pode associar-se a re-hospitalizações

e suicídio. Devido à carência de pesquisas sobre estudos farmacoeconômicos, a doença se depara com uma intensa dificuldade sobre seus custos e sobre quais metodologias terapêuticas são mais viáveis para os pacientes.

Para Matta (2012) e Sales *et al.* (2013), diante da problemática de aceitação ao processo de adesão a métodos medicamentosos para tratar o TAB, faz-se necessário um conhecimento das diferentes formas de tratar a doença, pois a abordagem dessa temática por meio de uma ótica exclusivamente biológica, pode não ser um dos melhores meios frente ao tratamento da patologia, com isso, não atender às reais necessidades do paciente.

É importante frisar que os profissionais de saúde busquem conhecer os reais motivos que levam esses indivíduos ao não uso da medicação, bem como as concepções que eles possuem acerca da doença, do tratamento pelo qual estão passando e, até mesmo, dos efeitos terapêuticos da medicação prescrita (FERNANDES *et al.*, 2016; SANTOS *et al.*, 2017). Há diversas evidências que o uso psicoterápico da psicoeducação pode promover modificações positivas. A exemplo disso está a psicoterapia, a qual é uma técnica que atua promovendo o aumento da funcionalidade social e ocupacional do indivíduo, bem como a valorização da capacidade e manejo das situações de grande estresse (MAZZAIA; SOUZA, 2017; MIASSO; CASSIANI; PEDRÃO, 2011).

É válido mencionar que o tratamento adequado a essa doença pode contribuir para que as pessoas acometidas por ela mantenham em controle suas mudanças de humor e sintomatologias mais graves da bipolaridade. A psicoterapia acaba sendo de grande valia para ajudar os indivíduos a encarar a doença e a conseguirem passar por esses picos extremos de mudanças comportamentais. Esse tipo de tratamento, quando realizado, deve ser uma combinação com a medicação prescrita pelo médico. Ela fornece apoio, reeducação e orientação para os pacientes e seus familiares ao encararem a doença (ALMEIDA *et al.*, 2012; ANCÍN *et al.*, 2010).

São diversas as maneiras de tratamento psicoterápico, a saber: Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), Terapia focada na família, Terapia de ritmos interpessoais e sociais e Psicoeducação. Todas elas atuam de maneira a tornar melhor a vida dos portadores de TAB e os ajudam a compreender as mudanças que a doença causa no cotidiano de cada um (PARIKH *et al.*, 2015).

Considerações finais

De acordo com os aspectos abordado no presente estudo, o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é uma doença grave e que possui elevado potencial de morbidade e alta prevalência entre as populações.

O papel familiar diante do enfrentamento dessa patologia é extremamente importante, pois são eles os grandes responsáveis pelo cuidado e manejo desses indivíduos, tanto com a terapia medicamentosa quanto com o conviver com a doença. Portanto, a família também precisa de apoio de profissionais da saúde para que possam receber informações necessárias acerca da enfermidade e, para que possam atuar na busca para melhorar a qualidade de vida das pessoas com Transtorno Afetivo Bipolar.

A não aceitação à terapia medicamentosa advém, muitas das vezes, pela falta de informações e orientação aos pacientes e até mesmo aos seus cuidadores. Portanto, compreende-se que é importante a interação entre família/paciente/profissionais de saúde para melhorar a forma como se realiza o tratamento e a maneira como o paciente e a família enxerga a doença.

Referências

- ALMEIDA, C. E *et al.* The nurse's assistance associated to their prescription on a heart surgery unit. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental On-line**, v. 4, n. 3, p. 2510-2520, 2012.
- ANCÍN, I. *et al.* Sustained attention as a potential endophenotype for bipolar disorder. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 122, n. 3, p. 235-245, 2010.
- MORENO, E. A. C. *et al.* Mental disorders in users serviced in primary care. **Journal of Nursing UFPE**, Recife, v. 7, n. 1, p. 90-95, jan. 2013.
- CARPINIELLO, B *et al.* Impulsivity and aggressiveness in bipolar disorder with co-morbid borderline personality disorder. **Psychiatry research**, v. 188, n. 1, p. 40-44, 2011.
- COSTA, A. M. N. Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 104-110, 2008.
- FERNANDES, M. A. *et al.* Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos e o cuidar em enfermagem. **Rev. enferm. UFPE on-line**, Recife, v. 10, n. 2, p. 669-674, fev. 2016.
- FERNANDES, M. A. *et al.* Cuidados de enfermagem ao portador de transtorno afetivo bipolar: relato de experiência. **Rev Enferm UFPI**, v. 1, n. 2, p. 135-8, maio/ago. 2012.
- GANSLER, D. A. *et al.* Prefrontal regional correlates of self-control in male psychiatric patients: Impulsivity facets and aggression. **Psychiatry Research: Neuroimaging**, v. 191, n. 1, p. 16-23, 2011.
- MATTA, S. M. **Avaliação de programa de psicoeducação em pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar**. 2012. 100 f. Dissertação (Mestrado em Neurociências) – Programa de Pós-Graduação em Neurociências da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.
- MAZZAIA, M. C.; SOUZA, M. A. Adesão ao tratamento no Transtorno Afetivo Bipolar: percepção do usuário e do profissional de saúde. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 17, p. 34-42, 2017.
- MENDES, K. D. S.; GALVÃO, C. M.; SILVEIRA, R. C. C. P. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.
- MENEZES, S. L.; SOUZA, M. C. B de M. Psychoeducational group and bipolar affective disorder: a reflection on the asylum and psychosocial models. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. 4, p. 996-1001, 2011.
- MIASSO, A. I.; CARMO, B. P.; TIRAPELLI, C. R. Bipolar affective disorder: pharmacotherapeutic profile and adherence to medication. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 689-695, 2012.

MIASSO, A. I.; CASSIANI, S. H. B.; PEDRÃO, L. J. Transtorno afetivo bipolar e a ambivalência em relação à terapia medicamentosa: analisando as condições causais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 2, p. 433-441, 2011.

MONTESCHI, M; VEDANA, K.G. G; MIASSO, A. I. Terapêutica medicamentosa: conhecimento e dificuldades de familiares de pessoas idosas com transtorno afetivo bipolar. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 709-718, 2010.

PARIKH, S. V. et al. Combined treatment: impact of optimal psychotherapy and medication in bipolar disorder. **Bipolar disorders**, v. 17, n. 1, p. 86-96, 2015.

PEDREIRA, B.; SOARES, M. H.; PINTO, A. C. O Papel do enfermeiro na adesão ao tratamento de pessoas com transtorno afetivo bipolar. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 8, n. 1, p. 17-24, 2012.

RIHMER, Z.; BENAZZI, F. Impact on suicidality of the borderline personality traits impulsivity and affective instability. **Ingenta connect**, v. 22, n. 2, p. 121-128, 2010.

SALES, D. et al. Cuidado de enfermagem segundo a teoria de orem: assistência a paciente com transtorno afetivo bipolar. **Rev. pesqui. cuid. Fundam.**, v. 5, n. 3, p. 311-317, jul./set. 2013.

SANTOS, V. C et al. Transtorno afetivo bipolar: terapêuticas, adesão ao tratamento e assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, v. 1, n. 1, p. 10-10, 2017.

SILVA, L. F. A. L. **Avaliação da resposta terapêutica no tratamento de manutenção com lítio em pacientes com transtorno afetivo bipolar**. 2015. 81 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2015.

TONELLI, H. Empatia no transtorno afetivo bipolar. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 207-208, 2011.

VASCONCELOS, A. G et al. Traços de temperamento associados ao transtorno afetivo bipolar: uma revisão integrativa da literatura. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 33, n. 3, p. 169-180, 2011.

ZUNG, S.; MICHELON, L.; CORDEIRO, Q. O uso do lítio no transtorno afetivo bipolar. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, v. 55, n. 1, p. 30-37, 2018.

OS MALEFÍCIOS DO FORMOL EM ALISAMENTOS CAPILARES

Formol malefices in hair straightening

Graciane Demetrio¹
Maria Aline Carvalho de Souza¹
Barbara Carolina Schmidt¹
Rafaela Helena Bernardi¹
Laura Carmona¹

Resumo: O alisamento está presente em nossas vidas há décadas, tanto o alisamento térmico (chapinhas e secadores) quanto o químico (alisantes químicos). Muitos estudos e testes foram realizados para chegar nos produtos que temos hoje, alguns foram aprovados e estão disponíveis nos melhores salões de beleza, outros por conter substâncias tóxicas em sua composição foram extremamente proibidos pela ANVISA. O formol está entre os produtos proibidos, pois seu uso causa muitas doenças. Através de pesquisa bibliográfica, o presente trabalho vem para demonstrar as pessoas que o uso de formol como alisante capilar traz muitos malefícios, obteve-se resultado satisfatórios baseados nos artigos científicos e nas análises dos autores que defendem que o uso do formol faz muito mal à saúde.

Palavras-chave: Cabelo. Formol. Alisante. Malefícios.

Abstract: Straightening has been present in our lives for decades, both thermal straightening (Flat iron and dryers) and chemical (chemical straighteners). Many studies and tests were made to arrive at the products we have today, some have been approved and are available in the best beauty salons, others for containing toxic substances in their composition were extremely prohibited by ANVISA. Formaldehyde is among the products prohibited, as their use causes many diseases. Through bibliographic searches the This work comes to demonstrate to people that the use of formaldehyde as a straightener capillary causes many harm, a satisfactory result was obtained based on the articles and in the analyzes of the authors who argue that the use of formaldehyde is very bad for Cheers.

Keywords: Hair. Formaldehyde. Straightening. Harm.

Introdução

Ter um cabelo bonito sempre foi o desejo de toda mulher, é a característica que mais expressa a beleza feminina. Isto nos mostra o porquê de tantos produtos serem lançados no mercado para a finalidade de alisar e relaxar os cabelos no mundo inteiro (WEATHERSBY; MCMICHAEL, 2012).

Alisamento é a técnica que visa alisar os cabelos cacheados ou ondulados. Existem dois tipos de alisamentos, térmicos através do calor, químicos através de produtos químicos. Os alisantes quebram as ligações químicas entre os aminoácidos dos fios do cabelo e comumente são baseados em hidróxidos metálicos (SCHUELLER, 2002).

A ANVISA classifica os alisantes como produtos de risco grau II (produtos com riscos à segurança humana) (ANVISA, 2000).

Muitos produtos estão causando problemas à saúde, pois estão sendo usados em sua composição o princípio ativo formaldeído, para prolongar o efeito liso (MONAKHOVA *et al.*, 2013).

Muito se tem pesquisado sobre a toxicidade do formol, usado irregularmente em concentrações de 0,4 a 29,7%, causando muitos danos à saúde (DRAELOS, 1999).

¹ Centro Universitário Leonardo Da Vinci – UNIASSELVI – Rodovia BR 470 – Km 71 – nº 1.040 – Bairro Benedito – Caixa Postal 191 – 89130-000 – Indaial/SC Fone (47) 3281-9000 – Fax (47) 3281-9090 – Site: www.uniasselvi.com.br.

A ANVISA expõe que o formol em contato com a derme pode causar muitas irritações, queimaduras e intoxicações. E assim mesmo encontramos em muitos salões de beleza, expondo a vida das pessoas em risco (LORENZINE, 2010).

O objetivo do presente estudo é apresentar às pessoas os malefícios que o formol traz à saúde, e mostrar que apesar de proibido ele é comercializado pelos profissionais da beleza.

Referencial teórico ou justificativa

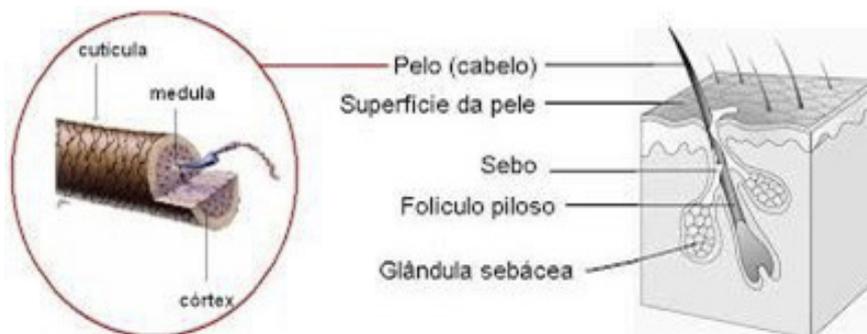
O Brasil é um país de muitas etnias: negros, pardos, orientais e indígenas, estes constroem uma miscigenação na população, tanto na cor da pele quanto na forma do cabelo. No entanto, de acordo com Gama (2010) e França (2014), os cabelos se classificam de acordo com o diâmetro, curvatura e número de ondas.

Hoje no país se estabelece um gênero de beleza aos quais as mulheres desejam ter seus cabelos lisos, soltos e com brilho, em busca da perfeição elas se submetem a vários procedimentos para mudança da estrutura do cabelo (COUTINHO, 2011).

Para que esta mudança ocorra, são utilizados vários tratamentos químicos, tais como tinturas, descoloração e alisamentos, tudo para a melhora da aparência estética, entretanto estes produtos geralmente nos dão algum grau de Dano, comprometendo a estrutura da fibra capilar (NAKANO, 2006).

A fibra capilar é descrita por Nogueira (2008) como sendo um polímero natural formada por uma estrutura fibrosa de proteínas que pertencem à família da queratina e se divide em quatro principais estruturas: cutícula, córtex, complexo da membrana celular (CMC) e medula.

Figura 1. Representação gráfica da estrutura capilar.



Fonte: <http://www.clinicamuricy.com.br>. Acesso em: 3 nov. 2020.

Tipos de Cabelo

Nas diversas raças, a forma do cabelo varia muito. Estas diferenças dependem normalmente da secção transversal do cabelo e de como ele cresce. Estudos indicam que estes dois elementos estão intimamente relacionados à forma do folículo piloso e sua posição no couro cabeludo (PURVIS; FRANKLIN, 2005).

Cabelos lisos - o folículo tem um diâmetro redondo e reto. São encontrados nas etnias mongólicas, chinesas, esquimós e índios americanos (LEMOS, 1980).

Cabelos ondulados - o diâmetro ao corte transversal é oval. São encontrados em vários grupos étnicos principalmente nos caucasianos (KEDE; SABATOVICH, 2004).

Cabelos crespos - o diâmetro ao corte transversal é de forma espiralada. São encontrados em quase todas as raças negras (KEDE; SABATOVICH, 2004).

Tipos de Cabelos quanto à Porosidade ou Sensibilidade

É determinada pelo estado de abertura das cutículas dos cabelos que podem se apresentar abertas, semiabertas ou fechadas (KEDE; SABATOVICH, 2004).

Cabelos porosos - as escamas das cutículas estão abertas, portanto absorvem os elementos químicos e tratamentos, oferecendo resultado mais rápido (KEDE; SABATOVICH, 2004).

Cabelos normais - as escamas das cutículas se apresentam semiabertas, consideradas normais na absorção dos elementos químicos (GOMES, 2007).

Cabelos impermeáveis - as escamas das cutículas se apresentam fechadas, dificultando a absorção de elementos químicos (KEDE; SABATOVICH, 2004).

O cabelo crespo é naturalmente mais ressecado e opaco do que o liso, pois o movimento anelado do fio impede que a oleosidade natural do couro cabeludo chegue até as pontas. Essa é uma das principais causas do excesso de volume dos fios e da falta de definição dos cachos (FAGUNDES, 2008).

Este tipo de cabelo também apresenta maior tendência ao embaraçamento, à formação de nós e ao rompimento do fio ao pentear (VELASCO, 1999).

De acordo com uma pesquisa realizada pela L'oreal® em 2004, 70% das mulheres brasileiras possuem cabelos crespos, cacheados ou ondulados, as quais se encontram descontentes com o formato do fio (BONZANINI, 1999).

Isto revela que o alisamento se tornou quase que uma necessidade para quem deseja modificar as formas naturais dos cabelos (APOLINÁRIO *et al.*, 2013).

No campo da beleza existem dois tipos de alisamentos, alisamento térmico e alisamento químico (BOUILLON; WILKINSON, 2005).

Alisamento térmico - é um processo que altera temporariamente a forma do cabelo, e que se dá através do calor, chapinha, escova/secador (DIAS, 2007).

Alisamento químico – os alisamentos definitivos visam romper as pontes dissulfeto da queratina. Podem ser a base de hidróxido de sódio, lítio e potássio, hidróxido de guanidina (hidróxido de cálcio mais carbonato de guanidina), bissulfitos e tioglicolato de amônia ou etanolamina, que utilizam reação química de redução (ABRAHAM *et al.*, 2009).

Hidróxidos

“O hidróxido de sódio ou lítio e o hidróxido de guanidina são geralmente indicados para cabelos afroétnicos” (ROBBINS, 2002, p. 504). O hidróxido de sódio é o que mais danifica o cabelo, pois é usado em uma concentração que varia de 5 a 10%, com PH de 10 a 14%. Já o de guanidina é menos potente, porém também danifica a fibra capilar, ele age com a quebra das pontes dissulfeto da queratina. Com a abertura da cutícula, o alisante penetra até o córtex, acidificando o PH, deixando o fio liso conforme o formato desejado (MELLO, 2010).

Possuem PH mais elevado que promove maior dilatação da estrutura capilar (FAGUNDES 2009).

Tiois

Ele confere o efeito chapinha e é indicado para cabelos indisciplinados, volumosos e frisados. Contraindicação: cabelos crespos e/ou com muita química (BEDIN, 2009). O tioglicolato de amônio ou de etanolamina pertence à família dos “tiois”, sendo o alisamento mais utilizado no Brasil. Ele não tem a potência dos hidróxidos, porém é o que tem o maior

custo entre todos os alisantes, pois possuem uma grande concentração de amônia. Este processo faz com que a queratina do fio sofra um edema, tornando-se assim maleável para ser enrolado ou alisado. No caso do permanente (enrolado), usa os famosos bigodins, e no alisamento a prancha para alisar (ABRAHAM, 2009).

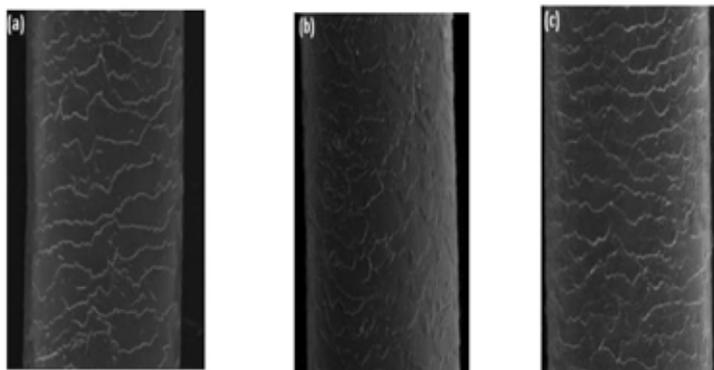
Formaldeídos

O formol (formalina) é uma solução formada pela mistura de água e metanol, ele é um composto líquido claro, que se apresenta sob forma de uma solução 37%. O formaldeído se liga às proteínas da cutícula e aos aminoácidos hidrolisados da solução de queratina, formando um filme endurecedor ao longo do fio, impermeabilizando-o e mantendo rígido e liso (ABRAHAM *et al.*, 2009).

O uso de formol é frequente nos dias de hoje, devido ao seu baixo custo, rapidez no processo e por proporcionar um brilho intenso nos fios. Porém, apesar do aspecto brilhante por fora, o uso do formol deixa o cabelo desidratado e quebradiço por dentro. Todas estas substâncias agem na fibra capilar, alterando as ligações químicas da queratina, resultando em uma reestruturação das ligações (ABRAHAM, 2009, p.178-185).

Para que o formol alise os fios, o alisante deve ter uma concentração de ativo de 20-30%, o que é totalmente proibido pela ANVISA. A legislação sanitária permite o uso de formaldeído em cosméticos apenas com a função de conservação, sendo seu limite máximo permitido de 0,2%, de acordo com a Resolução RDC nº 162, de 11 de setembro de 2001 (MIRANDA *et al.*, 2013).

Figura 2. Imagem microscópica.



Fonte: Som da química (2013).

A Figura 2 revela a imagem microscópica da mecha virgem, mecha com 1 aplicação e com 3 aplicações do alisante contendo formol. Isto nos mostra o desgaste da cutícula, sua haste quebradiça e a desidratação total do cabelo. O formol danifica muito a fibra capilar, levando o cabelo à degradação.

Metodologia

O presente trabalho foi realizado mediante pesquisa de revisão bibliográfica, a fim de listar e conhecer os malefícios do formol para a saúde quando associado aos alisamentos capilares. As bases de dados pesquisadas foram: Scielo, Pubmed, Google Acadêmico e Biblioteca Virtual

da Uniasselvi. As seguintes palavras-chave foram utilizadas para realizar a pesquisa: cabelo, formol, alisante, malefícios. A pesquisa foi realizada em textos escritos em língua portuguesa, de 1980 a 2019.

Os textos que não relacionam o uso do formol como alisante capilar foram excluídos da pesquisa.

Resultados e discussão

Formol e riscos à saúde

Na busca por um cabelo lindo e liso, cada vez mais estas substâncias químicas estão sendo utilizadas ilegalmente. O formol em alta concentração pode acarretar muitos riscos à saúde, tanto para o profissional que aplica o produto, quanto na cliente que faz seu uso (MACAGNAN, SARTORI, CASTRO, 2010).

Muitos conhecem o produto, identificam o cheiro e a característica, mas continuam utilizando o produto pelos resultados estéticos e pela lucratividade que podem trazer, colocando a beleza e o benefício financeiro em primeiro lugar (LORENZINI, 2012; IONTA, 2012).

Segundo Andersen e Proctor (1982), os efeitos irritantes do formaldeído sobre a mucosa das vias aéreas superiores estão relacionados com a alta solubilidade deste gás na água, ocasionando irritação nas membranas das mucosas do nariz, da faringe e da laringe e uma pequena concentração nas vias aéreas inferiores.

Bernstein *et al.* (1984) relataram a sensibilização de mediadores imunológicos em indivíduos expostos ao formaldeído, ocasionando dermatite da membrana da mucosa nasal.

Kilburn *et al.* (1985) relatam que níveis de exposição aumentada de formaldeído também podem causar irritação das vias aéreas inferiores e que adicionalmente, a exposição crônica pode causar sensação de queimação e pressão no tórax e alguns sintomas como cefaleia, náuseas e irritabilidade, além de tosse e taquipneia.

Pitten *et al.* (2000) classificaram o formaldeído como neurotóxico, após observar que ratos que inalam uma certa quantidade de formaldeído possuem uma habilidade e rapidez menor que os outros.

Em estudos realizados com animais pela IARC (Agência Internacional de Pesquisa do Câncer), em 1995, suspeitou-se da carcinogenicidade do formaldeído, porém apenas em 2006 esse fato foi comprovado, uma análise recentemente publicada sobre a exposição ao formaldeído entre os profissionais e o risco de leucemia, relatou um aumento significativo nas estimativas de risco relativo a embalsamadores e patologistas que estão em contato com o formaldeído diariamente (MACAGNAN; SARTORI; CASTRO, 2010).

Para evitar tais danos ao usuário, todos os produtos alisantes, inclusive os importados, devem ser obrigatoriamente registrados pela ANVISA, pois podem conter substâncias proibidas por causarem reações adversas muito graves tanto ao usuário como ao profissional que irá aplicar o produto (ANVISA, 2009).

Quadro 1. Danos causados pelo uso de formol.

Locais de exposição	Causas
Contato com a pele	Causa irritação à pele, com vermelhidão, dor e queimaduras.
Contato com os olhos	Causa irritação, vermelhidão, dor, lacrimejamento e visão embaçada. Altas concentrações causam danos irreversíveis.
Inalação	Pode causar câncer no aparelho respiratório, dor de garganta, irritação do nariz, tosse, insuficiência respiratória, pneumonia e edema pulmonar. Fatal em altas concentrações.
Exposição crônica	A frequente ou prolongada exposição pode causar hipersensibilidade, levando a dermatites. O contato repetido ou prolongado pode causar reação alérgica, debilidade da visão e aumento do fígado.

Fonte: A autora (2019).

Após analisar o Quadro 1, descrevemos os malefícios do formol para a saúde em cada parte exposta do nosso corpo, causando inclusive danos irreversíveis e até mesmo a morte por câncer. O formol é um agente nocivo, tanto para o profissional que aplica, quanto para o cliente. Mais especificamente ao profissional, devido ao uso diário, seu dano é muito maior (MACAGNAN, SARTORI, CASTRO, 2010). Por isso o uso de formol é proibido em todo território nacional (ANVISA, 2009).

Considerações finais

Os cabelos são descritos como a personalidade de homens e mulheres ao longo da história. Por esse motivo, os produtos com a finalidade de alisar os cabelos vêm evoluindo a cada dia.

É muito importante que o terapeuta capilar estude e se atualize nos mecanismos de atuação dos produtos, dando mais garantia e proteção para seus clientes. Hoje, as empresas cosméticas vêm desenvolvendo muitas formulações seguras e eficazes, devido à preocupação das autoridades sanitárias com a segurança e a qualidade dos alisantes, proporcionando ao cliente o resultado desejado: um cabelo liso e bem tratado, sem danificações e que principalmente não prejudique a saúde.

Uma aparência bonita leva as pessoas a não pensarem nos riscos que estes produtos trazem à saúde, e muitas vezes não são revelados pelo profissional cabeleireiro e negligenciados pelo próprio cliente.

Durante a pesquisa, foi possível observar irregularidades na porcentagem presente em alguns produtos, pois muitos deles são encontrados acima do que é permitido pela ANVISA. Desta forma, é necessária uma maior fiscalização dos órgãos competentes e punição aos devidos infratores, por se tratar de um produto tóxico, trazendo muitos riscos aos clientes e profissionais cabeleireiros.

Referências

ABRAHAM, L.S. *et al.* Tratamentos estéticos e cuidados dos cabelos: uma visão médica (parte 2). **Surgical e Cosmetic Dermatology**. v. 1, n. 4. Rio de Janeiro, 2009. p. 178-185.

ANDERSEN, I.; PROCTOR, D. F. **The nose, upper airway physiology and the atmospheric environment**. 1. ed. New York: Amsterdam Elsevier Biomedical Press, 1982.

ANVISA. RDC nº 36, de 17 de junho de 2009. **Dispõe sobre a proibição da exposição, a venda e a entrega ao consumo de formol ou de formaldeído (solução a 37%) em drogaria, farmácia, supermercado, armazém e empório, loja de conveniência e drugstore.** Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/alisantes>. Acesso em: 10 maio 2019.

ANVISA. RDC nº 335, de 22 de julho de 1999. **A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** 1999. Disponível em: <http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/CP/CP%5B10603-1-0%5D.PDF>. Acesso em: 15 maio. 2019.

ANVISA. RDC nº 79, de 28 de agosto de 2000. **Dispõe sobre os procedimentos básicos de Boas Práticas de Fabricação em estabelecimentos beneficiadores de sal destinado ao consumo humano e o roteiro de inspeção sanitária em indústrias beneficiadoras de sal.** 2000. Disponível em: <https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibmlink.php?numlink=1-9-34-2000-03-28-28>. Acesso em: 3 nov. 2020.

APOLINÁRIO, A. C. et al. Uso de cosméticos por mulheres do município de Esperança, Paraíba, Brasil. **Revista Ciência Farmacêuticas Básica e Aplicada.** Campina Grande, v. 34, n. 3, p. 395-399, jan. 2013.

BEDIN, V. **Escova progressiva e alisamentos.** Cosmetic & Toiletries, 2008.

BERNSTEIN, R. *et al.* Inhalation exposure to formaldehyde: an overview of its toxic epidemiology, monitoring, and control. **American Industrial Hygiene Association Journal.** v.11, n. 45. Ohio, 1984. p.778-785.

BIONDO S.; DONATI, B. **Cabelo: cuidados básicos, técnicas de corte, colorações e embelezamento.** 3. ed. Rio Janeiro: Editora SENAC, 2009.

BOUILLON, C.; WILKINSON, J. D. **The science of hair care.** 2. ed. Boca Raton: CRC Press, Taylor & Francis Group, 2005.

CLINICA MURICY. **Mitos & Verdades.** Disponível em: <https://bit.ly/3frUzba>. Acesso em: 2 jun. 2019.

COUTINHO, C. L. R. A Estética e o mercado produtor-consumidor de beleza e cultura. *In: XXVI SIMPÓSIO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO DE HISTÓRIA*, 2011, São Paulo. Anais do XXVI Simpósio Nacional de História. São Paulo, jul. 2011.

DIAS, T. C. S.; BABY, A. R.; KANEKO, T. M.; VELASCO, M.V. R; **Relaxing/straightening of Afro-ethnic hair: historical overview.** J Cosmet Dermatol 2007; 6(1):2-5.

DRAELOS, Z.D. **Cosméticos em dermatologia.** 2. ed., Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

FAGUNDES, Lúcia. **Detetive da Beleza.** 21. ed. Curitiba: AllaCriativa, 2008.

FRANÇA, S. A. **Caracterização dos cabelos submetidos ao alisamento/relaxamento e posterior Tingimento.** Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo: São Paulo, 2014.

GAMA, R. M. **Avaliação do dano a haste capilar ocasionado por tintura oxidativa ou não de substâncias condicionadoras.** Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo: São Paulo, 2010.

GOMES, Álvaro Luiz. **O uso da tecnologia cosmética no trabalho do profissional cabeleireiro.** 2. ed. São Paulo: Senac, 2007.

KEDE, M. P. V.; SABATOVICH, O. **Dermatologia Estética.** São Paulo: Atheneu, 2004.

KILBURN, K. H. *et al.* Pulmonary and neurobehavioral effects of formaldehyde exposure. **Archives of Environmental Health.** v. 40. Washington. 1985. p. 254-260.

LEMOS, Celina. **Como cortar, tratar e pentear seus cabelos.** 3. ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 1980.

LORENZINI, S. **Efeitos Adversos da Exposição ao Formol em Cabelereiros.** Tese de Doutorado. 2012. f. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Pneumológicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2012.

MACAGNAN, K.; SARTORI, M. R. K.; CASTRO, F.G. Sinais e sintomas da toxicidade do formaldeído em usuários de produtos alisantes capilares. **Caderno da Escola de Saúde.** v. 1. Curitiba. 2010. p. 46-63.

MELLO, M. S. **A evolução dos tratamentos capilares para ondulações e alisamentos permanentes.** p. 38. Monografia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2010.

MIRANDA-VILELA, A. L., BOTELHO, A. J., MUEHLMANN, L. A. An overview of chemical straightening of human hair: technical aspects, potential risks to hair fibre and health and legal issues. **International Journal of Cosmetic Science,** 36, 2-11, 2013.

MONAKHOVA, K. *et al.* Formaldehyde in hair straightening products: Rapide 1H NMR determination and risk assessment. **International Journal of Cosmetic Science,** Malden, v. 35, p. 201-206, jan. 2013.

MÜLLER, Antônio José (Org.). **Metodologia científica.** Indaial: Uniasselvi, 2013.

NAKAMO, A. N. **Comparação dos danos induzidos em cabelos de três etnias por diferentes tratamentos,** 2006. Dissertação (mestrado). Campinas. Disponível em: <http://chipre.iqm.unicamp.br/~ines/tesesGrupo/dissertacaoAdelinoNakano.pdf>. Acesso em: 15 abril 2019.

NOGUEIRA, A. C. S. **Fotodegradação do cabelo: influência da pigmentação da fibra.** Tese de Doutorado, Unicamp, Campinas-SP, 2008.

PITTEN, F. A. *et al.* **Formaldehyde neurotoxicity in animal experiments.** *Pathol Res Pract* (Pathology, research and practice). v.196. Greifswald, 2000. p.193-198.

PURVIS IW, FRANKLIN IR. **Major genes and QTL influencing wool production and quality: a review.** *Genet Sel Evol.* 2005;37 Suppl 1:S97-107.

RAMOS, Wagner. Revolução das escovas. **Cabelo & Cia**, [S.l.] n.128, p.124, out. 2006.

ROBBINS, C. R. **Chemical and Physical Behavior of Human Hair**, p. 504, 4. ed. Springer-Verlag, 2002.

SCHUELLER, R; ROMANOVSKI, P. **Iniciação a química cosmética.** 2. ed. São Paulo: Tecnopress, 2002.

VELASCO M. V. R.; RIBEIRO M. E.; BEDIN, V.; BONZANINI, V. V. **Cabelos Étnicos.** *Cosmetics & Toiletries* (Edição em Português) 11(3):36-44, 1999.

WEATHERSBY, C.; MCMICHAEL, A. Brazilian keratin hair treatment: a review. **Journal of Cosmetic Dermatology**, Malden, v. 12, p. 144-148, dez. 2013.