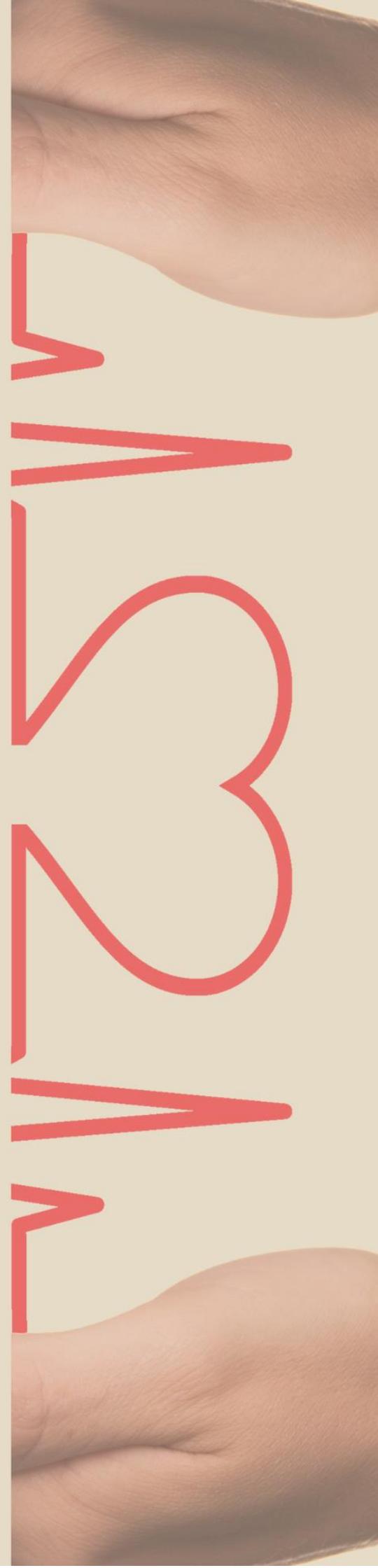


ISSN 2176-2244

REVISTA MINEIRA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

*Revista do Centro
Universitário de Patos de
Minas*

NÚMERO 7, DEZ./2020



Revista Mineira de Ciências da Saúde

Revista do Centro Universitário de Patos de Minas

ISSN 2176-2244

Número 7 / dez. de 2020

Patos de Minas: Revista Mineira de Ciências da Saúde, UNIPAM, n. 7: 1-113



Centro Universitário de Patos de Minas



Núcleo de Editoria e Publicações

UNIPAM | Centro Universitário de Patos se Minas

Reitor

Milton Roberto de Castro Teixeira

Pró-reitor de Ensino, Pesquisa e Extensão

Henrique Carivaldo de Miranda Neto

Pró-Reitor de Planejamento, Administração e Finanças

Renato Borges Fernandes

Coordenadora de Extensão

Adriana de Lanna Malta Tredezini

Diretora de Graduação

Maria Marta do Couto Pereira Rodrigues

Coordenador do Núcleo de Editoria e Publicações

Geovane Fernandes Caixeta

A Revista Mineira de Ciências da Saúde é um periódico acadêmico e científico, editado anualmente, destinado à publicação, por discentes e docentes, de artigos de interesse científico e tecnológico, voltados à área de saúde.

Catálogo na Fonte
Biblioteca Central do UNIPAM

R454 Revista Mineira de Ciências da Saúde [recurso eletrônico] /
Centro Universitário de Patos de Minas. – Dados eletrônicos.
– N. 1 (2009)-. – Patos de Minas : UNIPAM, 2009-

Anual

Disponível em: <<https://revistas.unipam.edu.br>>

ISSN 2176-2244

1. Saúde – periódicos. I. Centro Universitário de Patos Minas.
II. Título.

CDD 614.05

Centro Universitário de Patos de Minas

Rua Major Gote, 808 – Caiçaras
38702-054 Patos de Minas-MG Brasil

NEP | Núcleo de Editoria e Publicações

Telefone: (34) 3823-0341

<http://nep.unipam.edu.br>

Editora

Isa Ribeiro de Oliveira

Conselho Editorial Interno

Alessandro Reis
Alice Pratas Glycério de Freitas
Aline Cardoso de Paiva
Ana Paula Nascentes de Deus Fonseca Siqueira
Cleide Chagas da Cunha Faria
Bethânia Cristhine de Araújo
Cleine Chagas da Cunha Arvelos
Cristiane Contato
Cristianne Spirandelli Marques
Danyane Simão Gomes
Débora Vieira
Gilson Caixeta Borges
Gledson Regis Lobato
Guilherme Nascimento Cunha
Juliana Ribeiro Gouveia Reis
Karine Cristine de Almeida
Karyna Maria de Mello Locatelli
Kelen Cristina Estavanate de Castro
Laís Moreira Borges Araújo
Luciana Mendonça Arantes
Luciana de Almeida Franca
Luciano Rezende dos Santos
Luiz Henrique Santos
Mara Livia de Araújo
Mariana Assunção de Souza
Marilene Rivany Nunes
Maura Regina Guimarães Rabelo
Natália de Fátima Gonçalves Amancio
Norma Aparecida Borges Bitar
Patrícia Cristine de Oliveira Afonso Pereira
Priscilla Cunha Santos Andrade
Priscila Capelari Orsolin
Rafael Martins Afonso Pereira
Rejane Martins Canedo Lima
Roane Caetano de Faria
Sandra Soares
Thiago Henrique Ferreira Vasconcellos
Vanessa Tolentino Felício

Conselho Consultivo

Cassiano Merussi Neiva (UNESP/BAURU)

Célio Marcos dos Reis Ferreira (UFVJM/DIAMANTINA)
Conceição Aparecida Serralha (UFTM)
Fernanda Rodrigues de Oliveira Penaforte (UFTM)
Norberto Cysne Coimbra (USP/ RIBEIRÃO PRETO)
Maria Georgina Marques Tonello (UNIFRAN/ FRANCA)
Paulo Celso Prado Telles (UFVJ)
Patrícia Roberta dos Santos (UEG/ ITUMBIARA)
Renata Alessandra Evangelista (UFG)

Revisão

Geovane Fernandes Caixeta
Mônica Soares de Araújo Guimarães

Diagramação e Formatação

Lorrany Lima Silva

Sumário

Acidentes na infância: principais medidas de urgência, emergência e prevenção.....	07
Luana Moreira Porto Francis Jardim Pfeilsticker	
Avaliação das condições higiênico-sanitárias no preparo de alimentos em restaurantes do tipo self-service.....	24
Layzza Vitória Aquino Kelen Cristina Estavanate De Castro	
Avaliação do risco de dislipidemia no climatério: realidade de mulheres atendidas na Clínica de Fisioterapia do Centro Universitário de Patos de Minas (MG).....	41
Crislaine Silva de Sousa Natália Filardi Tafuri	
Contribuições da assistência de enfermagem a cuidadores, familiares e pacientes oncológicos.....	60
Gersyane Carla Rodrigues dos Santos Adriana Cristina de Santana Isa Ribeiro de Oliveira Dantas	
Fatores que influenciam na interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo em nutrizes do Município de Patos de Minas (MG).....	72
Victória Teixeira de Oliveira Silva Lucas Pinto Cavalcante Francis Jardim Pfeilsticker	
Frequência de lesões musculoesqueléticas em praticantes de crossfit.....	92
André Augusto Martins de Faria Danyane Simão Gomes	
Influência da obesidade na variabilidade da frequência cardíaca em mulheres adultas.....	100
Daniela Lemos Maciel Juliana Ribeiro Gouveia Reis	
Perfil dos pacientes atendidos no Ambulatório de Fisioterapia Dermatofuncional da Clínica de Fisioterapia do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM).....	107
Stéfane Pereira da Silva Paloma Amaral Xavier Kelly Christina de Faria Nunes Lays Magalhães Braga	

Acidentes na infância: principais medidas de urgência, emergência e prevenção

Accidents in childhood: main urgent, emergency and prevention measures

LUANA MOREIRA PORTO

Discente do curso de Medicina (UNIPAM)

FRANCIS JARDIM PFEILSTICKER

Professora orientadora (UNIPAM)

Resumo: Os acidentes pediátricos estão entre as 15 principais causas de morte em menores de 5 anos, em particular entre crianças de 1 a 4 anos de idade, tornando-se um importante problema de saúde pública para as famílias e a sociedade. O objetivo deste artigo foi identificar as principais dúvidas das famílias de duas escolas particulares de Patos de Minas (MG) com crianças de 3 a 4 anos, sobre prevenção de acidentes e condutas em situações de urgência e emergência infantil. Trata-se de um estudo quantitativo descritivo transversal, e o método utilizado foi o de levantamento (*survey*) de dados relacionados ao conhecimento por parte dos pais em prevenção de acidentes na infância, que depois foram armazenados no SPSS. Foram obtidos 45 questionários respondidos no total. A respeito de quem cuida da criança, quem exerce mais esse papel é a mãe (89,9%). Quando perguntados se as crianças são supervisionadas por adultos, 80% disseram sim e 20% disseram na maioria das vezes. Quando perguntados sobre quem eles chamam ou procuram em caso de acidentes, em primeiro lugar é o hospital com 57,8%. Sobre qual número deve ser discado em caso de emergência, 55,6% escolheram o 192. Quando solicitados a marcar 3 acidentes pediátricos que eles supunham que fossem os mais alarmantes e que a prevenção e a capacitação se tornem mais necessárias, segundo a porcentagem dos casos, 84,4% escolheram sufocação e engasgamento, seguido de afogamentos com 71,1% e tendo empate entre queimaduras e quedas com 33,3%. Quando perguntados sobre quais acidentes o pré-escolar havia sofrido, 88% foram quedas, 28% cortes e perfurações, 16% sufocação e engasgamento e 8% queimaduras. Os pais conhecem mais sobre prevenção do que ação sobre os acidentes na infância, sendo necessário o preparo deles para que ações corretas sejam tomadas caso haja acidentes com seus filhos.

Palavras-chave: Prevenção de acidentes. Famílias. Crianças.

Abstract: Pediatric accidents are among the 15 leading causes of death in children under 5 years old, particularly among children aged 1 to 4 years old, becoming an important public health problem for families and society. The objective of this article was to identify the main doubts of the families of two private schools in Patos de Minas (MG) with children aged 3 to 4 years, about accident prevention and behavior in emergency situations and child emergencies. This is a quantitative descriptive cross-sectional study, and the method used was the survey of data related to knowledge on the part of parents in the prevention of childhood accidents, which were then stored in the SPSS. A total of 45 completed questionnaires were obtained. Regarding who takes care of the child, who plays this role the most is the mother (89.9%). When asked if children are supervised by adults, 80% said yes and 20% said most of the time. When asked who they call

or look for in case of accidents, the hospital ranks first with 57.8%. As to which number to dial in an emergency, 55.6% chose 192. When asked to mark 3 pediatric accidents that they assumed were the most alarming and that prevention and training became more necessary, according to the percentage of cases, 84.4% chose suffocation and choking, followed by drowning with 71.1% and having a tie between burns and falls with 33.3%. When asked what accidents the preschooler had suffered, 88% were falls, 28% cuts and perforations, 16% suffocation and choking and 8% burns. Parents know more about prevention than action on childhood accidents, and it is necessary to prepare them so that correct actions are taken in case of accidents with their children. **Keywords:** Accident prevention. Families. Children.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Considerando que a maioria dos acidentes ocorre nas residências, é extremamente importante alertar os pais sobre as situações de perigo existentes e a possibilidade de adequações que possam contribuir para a redução da ocorrência desses eventos. Os acidentes mais comuns que ocorrem com crianças são quedas, queimaduras, sufocação, afogamento, aspiração de corpos estranhos e acidentes de trânsito. A maioria desses acidentes ocorre na presença dos pais e em todos eles existem medidas preventivas e formas de intervenção que evitam mais complicações (BRASIL, 2015).

Outro aspecto importante a ser analisado é a insegurança dos pais, principalmente os pais do primeiro filho, quanto à saúde da criança, o que eles devem ou não fazer, os perigos que trazem complicações para as crianças, a qualidade do serviço médico e, o mais importante, quando devem ou não procurar os serviços de saúde.

É notória a expressiva participação das causas externas – acidentes e violência – entre as 15 principais causas de morte em menores de 5 anos, em particular entre crianças de 1 a 4 anos de idade, tornando-se um importante problema de saúde pública para as famílias e a sociedade. Apesar do importante decréscimo das taxas em 2015, foram constatados 2.358 óbitos de crianças por aspiração de corpo estranho, acidentes de trânsito, afogamentos e homicídios, ou seja, uma em cada 20 crianças com menos de 5 anos morreu por essas causas no país (FRANÇA *et al.*, 2017).

Acidentes são hoje a principal causa de morte de crianças de um a 14 anos no Brasil. Todos os anos, cerca de 3,7 mil crianças dessa faixa etária morrem e outras 113 mil são hospitalizadas devido a essas causas no país. Em 2016, 3.733 números de acidentes foram registrados entre crianças de 0 a 14 anos. Entre crianças de 2 a 9 anos aconteceram 357 casos de acidente de trânsito, 600 casos de afogamento, 150 casos de sufocação, 121 casos de queimaduras, 58 casos de intoxicações, 9 casos de armas de fogo, 108 casos de quedas e 135 casos de outras causas (BRASIL, 2016).

Diante do grande número de óbitos no país, torna-se necessário identificar qual o conhecimento que as famílias possuem sobre os acidentes na infância assim como o conhecimento das ações que devem ser executadas.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e desenvolvido na cidade de Patos de Minas (MG).

2.1 PARTICIPANTES

A população do estudo foi composta pelos pais ou responsáveis dos alunos do maternal III (idade entre 3 e 4 anos) do Colégio Marista de Patos de Minas (MG) e pais ou responsáveis dos alunos do maternal I/II (idade entre 3 e 4 anos) do Espaço Pedagógico Anjinhos do Saber em Patos de Minas (MG).

2.2 PROCEDIMENTOS

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM), aprovada pelo Parecer nº 3.769.904. Foi desenvolvido um questionário no *Google forms* abordando questões sobre acidentes na infância. O questionário foi enviado aos participantes por um período de 2 meses com uma frequência semanal por meio de telefone celular, através do aplicativo *Whatsapp*. O questionário foi respondido após o aceite do TCLE. Devido à pouca adesão, os questionários foram aplicados impressos juntamente com o TCLE em duas vias, no Espaço Pedagógico Anjinhos do Saber, por um período de 15 dias. Os questionários foram transferidos para a ferramenta do *Google forms*. A coleta de dados ocorreu nos meses de setembro a novembro de 2019.

2.3 ANÁLISE DE DADOS

As informações foram armazenadas em um banco de dados no software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 22.0 para Windows. Realizou-se a análise descritiva das variáveis categóricas apresentando as frequências percentuais. Nessas análises, incluíram-se as variáveis que caracterizavam os participantes.

3 RESULTADOS

O total de participantes convidados do Colégio Marista foi 60 pais ou responsáveis. O total de participantes convidados do Espaço Pedagógico Anjinhos do Saber foram 48 pais ou responsáveis. Foram obtidos 45 questionários respondidos no total.

Quanto às informações sociodemográficas da população estudada, a maioria dos pais tem idade entre 30 a 40 anos (73,3%) e tem dois filhos (46,7%), sendo que a maior parte dos pré-escolares tem idade de 3 anos (60%). Quanto à renda familiar, 31,1% das famílias possuem renda de R\$7.501,00 a R\$10.000,00. Moram com a criança, a mãe (93,3%), o pai (89,9%), os irmãos (53,3%) e os avós (8,9%). A respeito de quem cuida da criança, quem exerce mais esse papel é a mãe (89,9%). Os irmãos ficam com apenas 2,2%, sendo a idade do irmão que cuida de 11 anos. Os locais de lazer da criança são principalmente em passeios (parques, playgrounds, clubes e outros) com 95,6%, dentro

de casa com 68,9%, e a rua com 15,6%. Quando perguntados se as crianças são supervisionadas por adultos, 80% disseram sim e 20% disseram na maioria das vezes.

A respeito dos objetos da casa que constituem risco para as crianças, quando perguntados se ficam fora do alcance delas, obtivemos diversos resultados. Sobre os remédios, 73,3% falaram que sim. Sobre os produtos de limpeza, 53,3% disseram sim. Sobre os objetos cortantes, 53,3% disseram sim. Sobre as tomadas, 55,6% disseram que não. Sobre as substâncias inflamáveis, 57,8% disseram que sim. Sobre a piscina ser cercada ou ter um tablado, 77,8% disseram não ter piscina e dos que têm 17,8% disseram tomar os devidos cuidados. Sobre as escadas, 66,7% disseram não ter escadas e dos que têm, 26,7% disseram que tem cercado.

Quando perguntados sobre quem eles chamam ou procuram em caso de acidentes, podendo ser marcada mais de uma opção, a porcentagem dos casos revelou que 24,4% nunca passaram por essa situação, e dos que passaram, em primeiro lugar é o hospital com 57,8%, em segundo lugar o SAMU com 17,8%, tentar resolver sozinho alcançou 8,9% e pedir ajuda dos vizinhos com 4,4%. Sobre qual número deve ser discado em caso de emergência, 55,6% escolheram o 192, que é o certo, 28,9% escolheram 193, que corresponde ao Corpo de Bombeiros, 13,3% escolheram 190, que corresponde à Polícia Militar e 2,2% escolheram 182, que é um número que não existe. Isto nos mostra que a quase a metade dos pais não sabe qual é o número do SAMU, o que, em caso de urgência e emergência, é imprescindível saber.

Quando solicitados a marcar 3 acidentes pediátricos dos quais eles supunham que fossem os mais alarmantes e que a prevenção e a capacitação se tornem necessárias, segundo a porcentagem dos casos, 84,4% escolheram sufocação e engasgamento, seguido de afogamentos com 71,1% e tendo empate entre queimaduras e quedas com 33,3%.

Quando perguntados sobre quais acidentes o pré-escolar havia sofrido, 88% foram quedas, 28% cortes e perfurações, 16% sufocação e engasgamento e 8% queimaduras. Quando solicitados a responder se buscaram conhecimento sobre prevenção e tratamento dos respectivos acidentes, 33,3% relataram que o filho nunca sofreu acidentes e do restante, 60% disseram que buscaram conhecimento, enquanto 6,7% disseram que não.

Sobre os acidentes de trânsito, quando questionados a marcar o que sabiam sobre prevenção, podendo ser marcada mais de uma opção, grande parte dos pais disseram uso de assento ou cadeira apropriada (97,8%); uso de cinto (91,1%) e não dirigir embriagado (91,1%). Quando perguntados, sobre o que executam dessa prevenção, podendo ser marcada mais de uma opção, as opções mais marcadas foram as mesmas: uso de assento ou cadeira apropriada (97,8%); uso de cinto (97,8%); não dirigir embriagado (93,3%). A respeito das ações caso haja acidente de trânsito, podendo ser marcada mais de uma opção, 91,1% chamam o SAMU e 22,2% retiram a criança do local e conduzem ao hospital.

Tabela 1 – Acidentes de trânsito

Prevenção e ação dos acidentes de trânsito	n=45	n%
O que você conhece para evitá-los		
Transporte no veículo no banco apropriado	38	84,4
Usar capacete quando utilizar a motocicleta	38	84,4
Dar as mãos para atravessar a rua	38	84,4
Respeitar o limite de velocidade	39	86,7
Respeitar as normas de trânsito incluindo ultrapassagem segura	40	88,9
Uso de cinto	41	91,1
Não dirigir embriagado	41	97,8
Uso de assento apropriado	44	97,8
O que você executa para a prevenção desses acidentes		
Usar capacete quando utilizar a motocicleta	29	64,4
Transporte no veículo no banco apropriado	34	75,6
Respeitar o limite de velocidade	38	84,4
Não dirigir embriagado	40	88,9
Uso de cinto	41	91,1
Respeitar as normas de trânsito incluindo ultrapassagem segura	42	93,3
Uso de assento apropriado	44	97,8
Dar as mãos para atravessar a rua	44	97,8
O que você faz caso haja acidente de trânsito		
Pede ajuda as pessoas que estão próximas	7	15,6
Retira a criança do local e conduz ao hospital	10	22,2
Chama o SAMU	41	91,1

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Sobre sufocação e engasgamento, quando questionados a marcar o que sabiam sobre prevenção, podendo ser marcada mais de uma opção, a maioria dos pais, ao escolher os brinquedos para uma criança, considera idade, interesse e nível de habilidade (88,9%) e mantém o piso livre de objetos pequenos como botões, colar de contas, bolas de gude, moedas, tachinhas (88,9%). Quando perguntados, sobre o que executam dessa prevenção, podendo ser marcada mais de uma opção, as opções mais marcadas foram as mesmas: ao escolher os brinquedos para uma criança, considera idade, interesse e nível de habilidade (80%) e mantém o piso livre de objetos pequenos como botões, colar de contas, bolas de gude, moedas, tachinhas (86,7%). A respeito das ações, caso haja sufocação e engasgamento, podendo ser marcada mais de uma opção, 55,6% disseram manobra de *Heimlich* e 44,4% liga para o SAMU.

Tabela 2 – Sufocação e engasgamento

Prevenção e ação de sufocação e engasgamento	n=45	n%
O que você conhece para evitá-los		
Bebês devem dormir de barriga para cima	10	22,2
Não dê alimentos redondos ou duros	25	55,6
Cortar os alimentos bem pequenos	27	60
Evite utilizar bexigas	30	66,7
Ao escolher brinquedos, considere a idade, interesse e nível de habilidade	40	88,9
Mantenha o piso livre de objetos pequenos	40	88,9
O que você executa para a prevenção desses acidentes		
Bebês devem dormir de barriga para cima	9	20
Não dê alimentos redondos ou duros	18	40
Cortar os alimentos bem pequenos	26	57,8
Evite utilizar bexigas	28	62,2
Ao escolher brinquedos, considere a idade, interesse e nível de habilidade	36	80
Mantenha o piso livre de objetos pequenos	39	86,7
O que você faz caso haja sufocação e engasgamento		
Pede para a criança tossir	4	8,9
Não sabe o que fazer	4	8,9
Liga para o SAMU	20	44,4
Dá alguns “tapas” nas costas	20	44,4
Manobra de <i>Heimlich</i>	25	55,6

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Sobre as queimaduras, quando questionados a marcar o que sabiam sobre prevenção, podendo ser marcada mais de uma opção, a maioria assinalou: coloque as panelas nas bocas traseiras do fogão e com os cabos virados para trás ou para o lado (97,8%) e nunca deixe fósforos e isqueiros ao alcance de crianças (91,1%). Quando perguntados sobre o que executam dessa prevenção, podendo ser marcada mais de uma opção, as opções mais marcadas foram as mesmas: colocam as panelas nas bocas traseiras do fogão e com os cabos virados para trás ou para o lado (95,6%) e nunca deixam fósforos e isqueiros ao alcance de crianças (82,2%). A respeito das ações, caso haja queimaduras, podendo ser marcada mais de uma opção, 62,2% irrigam a área com água e 57,8% ligam para o SAMU.

Tabela 3 – Queimaduras

Prevenção e ação de queimaduras	n=45	n%
O que você conhece para evitá-los		
Evite a exposição prolongada ao sol e sempre usa filtro solar	3	6,7
Mantenha o registro de gás fechado quando não utilizar o fogão	33	73,3
Mantenha o ferro de passar roupas longe das crianças	34	75,6
Guarde produtos químicos em recipientes adequados e fechados	39	86,7
Nunca deixe fósforo e isqueiros ao alcance das crianças	41	91,1
Coloque as panelas nas bocas traseiras do fogão, com os cabos para trás	44	97,8
O que você executa para a prevenção desses acidentes		
Evite a exposição prolongada ao sol e sempre usa filtro solar	8	17,8
Mantenha o registro de gás fechado quando não utilizar o fogão	21	46,7
Mantenha o ferro de passar roupas longe das crianças	36	80
Guarde produtos químicos em recipientes adequados e fechados	36	80
Nunca deixe fósforo e isqueiros ao alcance das crianças	37	82,2
Coloque as panelas nas bocas traseiras do fogão, com os cabos para trás	43	95,6
O que você faz caso haja queimaduras		
Envolve a criança com panos limpos	2	4,4
Não sabe	4,3	6,7
Retira as roupas e acessórios da criança	10	22,2
Liga para o SAMU	26	57,8
Irriga a área com água	28	62,2

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Sobre afogamentos, quando questionados a marcar o que sabiam sobre prevenção, podendo ser marcada mais de uma opção, a maioria marcou: quando for nadar, sempre junto com o adulto e sempre com boia ou colete (93,3%) e não deixam a criança sozinha na banheira (91,1%). Quando perguntados sobre o que executam dessa prevenção, podendo ser marcada mais de uma opção, as opções mais marcadas foram as mesmas: quando for nadar, sempre junto com o adulto e sempre com boia ou colete (93,3%) e não deixam a criança sozinha na banheira (82,2%). A respeito das ações, caso haja afogamentos, podendo ser marcada mais de uma opção, 84,4% ligam para o SAMU ou Corpo de Bombeiros, 71,1% tiram a criança da água e 60% fazem respiração boca a boca.

Tabela 4 – Afogamentos

Prevenção e ação de afogamentos	n=45	n%
O que você conhece para evitá-los		
Evite deixar brinquedos próximos à piscina ou reservatórios de água	33	73,3
Ensine as crianças a nadar	36	80
Manter a piscina fora do alcance das crianças, com cercados ou tablado	40	88,9
Não deixe a criança sozinha na banheira	41	93,3
Quando for nadar, sempre junto com um adulto e com boia ou colete	42	93,3
O que você executa para a prevenção desses acidentes		
Ensine as crianças a nadar	14	31,1
Evite deixar brinquedos próximos à piscina ou reservatórios de água	27	60
Não deixe a criança sozinha na banheira	37	82,2
Manter a piscina fora do alcance das crianças, com cercados ou tablado	38	84,4
Quando for nadar, sempre junto com um adulto e com boia ou colete	42	93,3
O que você faz caso haja afogamentos		
Não sabe	1	2,2
Manobras de RPC	14	31,1
Faz respiração boca a boca	27	60
Tira a criança da água	32	71,1
Liga para o SAMU ou Corpo de Bombeiros	38	84,4

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Sobre choque elétrico, quando questionados a marcar o que sabiam sobre prevenção, podendo ser marcada mais de uma opção, a maioria marcou: mantenha sempre os aparelhos elétricos afastados da água (93,3%) e mantenha fios e cabos guardados ou tampados e fora do alcance das crianças (84,4%). Quando perguntados, sobre o que executam dessa prevenção, podendo ser marcada mais de uma opção, as opções mais marcadas foram as mesmas: mantêm sempre os aparelhos elétricos afastados na água (91,1%) e mantêm fios e cabos guardados ou tampados e fora do alcance das crianças (80%). A respeito das ações caso haja choque elétrico, podendo ser marcada mais de uma opção, 75,6% ligam para o SAMU e 62,2% desligam a fonte de eletricidade.

Tabela 5 – Choque elétrico

Prevenção e ação de choque elétrico	n=45	n%
O que você conhece para evitá-los		
Instala protetores nas tomadas	31	68,9
Cuidado com as pipas, principalmente nos dias de chuva	33	73,3
Não mude a temperatura do chuveiro elétrico com ele ligado	33	73,3
Mantenha os fios e cabos guardados ou tampados e fora do alcance das crianças	38	21,5
Mantenha sempre os aparelhos elétricos afastados da água	42	93,3
O que você executa para a prevenção desses acidentes		
Cuidado com as pipas, principalmente nos dias de chuva	22	48,9
Não mude a temperatura do chuveiro elétrico com ele ligado	25	55,6
Instala protetores nas tomadas	26	57,8
Mantenha os fios e cabos guardados ou tampados e fora do alcance das crianças	36	80
Mantenha sempre os aparelhos elétricos afastados da água	41	91,1
O que você faz caso haja choque elétrico		
Não sabe	6	13,3
Afasta a criança do local	15	33,3
Avalia se ocorreu perda de consciência ou parada respiratória	19	18,6
Desliga a fonte de eletricidade	28	62,2
Liga para o SAMU	34	75,6

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Sobre intoxicações, quando questionados a marcar o que sabiam sobre prevenção, podendo ser marcada mais de uma opção, a maioria marcou armazenar fora do alcance das crianças medicamentos e produtos químicos industrializados, produtos de limpeza e raticidas (97,8%) e sempre presta atenção em onde deixa os produtos tóxicos enquanto os usa e mantém supervisão constante sobre ele (80%). Quando perguntados sobre o que executam dessa prevenção, podendo ser marcada mais de uma opção, as opções mais marcadas foram as mesmas: armazenar fora do alcance das crianças medicamentos e produtos químicos industrializados, produtos de limpeza e raticidas (88,9%) e sempre prestam atenção em onde deixam os produtos tóxicos enquanto os usam e mantêm supervisão constante sobre ele (77,8%). A respeito das ações, caso haja intoxicações, podendo ser marcada mais de uma opção, 82,2% ligam para o SAMU ou Corpo de Bombeiros, 60% têm a embalagem do produto que causou a intoxicação sempre em mãos ao ligar para o Centro de Controle de Envenenamento (CEE) ou médico e 6,7% entram em contato imediatamente com o CEE.

Tabela 6 – Intoxicações

Prevenção e ação de intoxicações	n=45	n%
O que você conhece para evitá-los		
Quando adquirir qualquer produto para a criança tem que ser atóxico	5	11,1
Dê preferência para produtos cujas tampas são à prova de crianças	9	20
Informe-se sobre quais produtos domésticos podem ser tóxicos	23	51,1
Sempre preste atenção onde deixa os produtos tóxicos enquanto os usa	36	80
Armazena fora do alcance das crianças qualquer produto tóxico	44	97,8
O que você executa para a prevenção desses acidentes		
Quando adquirir qualquer produto para a criança tem que ser atóxico	4	8,9
Dê preferência para produtos cujas tampas são à prova de crianças	11	24,4
Informe-se sobre quais produtos domésticos podem ser tóxicos	21	46,7
Sempre preste atenção onde deixa os produtos tóxicos enquanto os usa	35	77,8
Armazena fora do alcance das crianças qualquer produto tóxico	40	88,9
O que você faz caso haja intoxicações		
Usa algum antídoto	1	2,2
Não sabe	2	4,4
Entra em contato com o Centro de Controle de Envenenamento (CEE)	27	60
Liga para o SAMU ou Corpo de Bombeiros	37	82,2

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Sobre quedas, quando questionados a marcar o que sabiam sobre prevenção, podendo ser marcada mais de uma opção, a maioria marcou: mantenha sempre uma mão segurando o bebê durante a troca de fraldas e nunca deixe um bebê sozinho em móveis (88,9%) e adequação das acomodações e do mobiliário à faixa etária (82,2%). Quando perguntados sobre o que executam dessa prevenção, podendo ser marcada mais de uma opção, as opções mais marcadas foram: mantenha sempre uma mão segurando o bebê durante a troca de fraldas e nunca deixe um bebê sozinho em móveis (77,8%) e adequação das acomodações e do mobiliário à faixa etária (73,3%). A respeito das ações caso haja quedas, podendo ser marcada mais de uma opção, 62,2% ligam para o SAMU, 48,9% retiram a criança do local e levam para o hospital e 35,6% mobilizam a criança.

Tabela 7 – Quedas

Prevenção e ação de quedas	n=45	n%
O que você conhece para evitá-los		
Usa portões de segurança em escadas	34	75,6
Usar capacete ao andar de bicicleta, skate ou patins	34	75,6
Sacadas com proteção	35	77,8
Adequação das acomodações do mobiliário à faixa etária	37	82,2
Mantenha sempre uma mão segurando o bebê na troca de fraldas	40	88,9
O que você executa para a prevenção desses acidentes		
Usa portões de segurança em escadas	19	42,2
Usar capacete ao andar de bicicleta, skate ou patins	20	44,4
Sacadas com proteção	26	57,8
Adequação das acomodações do mobiliário à faixa etária	33	73,3
Mantenha sempre uma mão segurando o bebê na troca de fraldas	35	77,8
O que você faz caso haja quedas		
Não sabe	2	4,4
Mobiliza a criança	16	35,6
Retira a criança do local e leva para o Hospital	22	48,9
Liga para o SAMU	28	62,2

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Sobre cortes e perfurações, quando questionados a marcar o que sabiam sobre prevenção, podendo ser marcada mais de uma opção, a maioria marcou deixar fora do alcance das crianças objetos perfurantes (91,1%) e em atividades escolares, dá à criança tesoura sem ponta (91,1%). Quando perguntados sobre o que executam dessa prevenção, podendo ser marcada mais de uma opção, as opções mais marcadas foram as mesmas: deixar fora do alcance das crianças objetos perfurantes (93,3%) e em atividades escolares, dá à criança tesoura sem ponta (88,9%). A respeito das ações caso haja cortes e perfurações, podendo ser marcada mais de uma opção, 62,2% ligam para o SAMU e 55,6% tentam estancar o sangramento com um pano limpo.

Tabela 8 – Cortes e perfurações

Prevenção e ação de cortes e perfurações	n=45	n%
O que você conhece para evitá-los		
Guarda os objetos perfurantes com capas de proteção	29	64,4
Quando cozinha, mantém a criança longe	35	77,8
Deixa fora do alcance das crianças objetos perfurantes	41	91,1
Em atividades escolares, dá à criança tesoura sem ponta	41	91,1
O que você executa para a prevenção desses acidentes		
Guarda os objetos perfurantes com capas de proteção	22	48,9
Quando cozinha, mantém a criança longe	30	66,7
Deixa fora do alcance das crianças objetos perfurantes	40	88,9
Em atividades escolares, dá à criança tesoura sem ponta	42	93,3
O que você faz caso haja cortes ou perfurações		
Não sabe	3	6,7
Lava o local	10	22,2
Tenta estancar o sangramento com um pano limpo	25	55,6
Liga para o SAMU	28	62,2

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Sobre prevenção e execução da prevenção, a maioria dos pais, em todos os acidentes, marcou as mesmas alternativas, chegando à conclusão de que, quanto mais eles sabem sobre como evitar os acidentes, mais vão fazer com que medidas simples e diárias passem a ter papel em suas vidas. Dessas medidas de prevenção, as mais marcadas eram medidas culturalmente conhecidas, que fazem mais parte do dia a dia dos brasileiros.

4 DISCUSSÃO

Pôde-se identificar que as famílias possuem déficit de conhecimento sobre prevenção e medidas de urgência e emergência dos acidentes pediátricos, não aplicando corretamente a informação prévia, tornando as crianças mais susceptíveis a esses eventos.

A respeito de quem cuida da criança, quem exerce mais esse papel é a mãe (89,9%), com o pai ficando em segundo lugar com 71,1%. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), o papel do pai é de extrema importância no desenvolvimento da criança, fazendo com que o crescimento seja mais saudável e que ela esteja mais protegida de eventos adversos.

Os locais de lazer da criança são principalmente em passeios (parques, playgrounds, clubes e outros) com 95,6%. Segundo Harada *et al.* (2003), os parques infantis constituem o lugar mais propício de uma criança sofrer acidentes, sendo 88% deles quedas e 40% desses acidentes como sendo resultado da supervisão inadequada dos pais.

Quando perguntados sobre quais acidentes o pré-escolar havia sofrido, 88% foram quedas, 28% cortes e perfurações, 16% sufocação e engasgamento e 8% queimaduras. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), os pré-escolares estão

mais susceptíveis a atropelamentos, afogamentos, quedas, cortes e perfurações e queimaduras, indo de encontro aos resultados encontrados.

A respeito do número discado em caso de emergência, apesar de 55,6% terem acertado o número do SAMU, que é 192, muitos pais confundiram com o do Corpo de Bombeiros, que é 193. Saber a quem recorrer em casos de emergências é fundamental.

Em relação aos acidentes, os resultados mostraram que o que mais os pais sabiam sobre prevenção é o acidente de trânsito, visto que é um dos acidentes que mais possui campanhas públicas, como a Campanha Maio Amarelo, internacional, que conscientiza a população sobre a segurança viária e atua para salvar vidas (MAIO AMARELO, 2019).

Sobre quais medidas devem ser tomadas em casos de acidentes, muitos pais marcaram medidas que não deveriam ser realizadas por colocar em risco a vida da criança. Para a remoção das vítimas dos veículos em acidentes de trânsito, necessita-se estabilizar toda a coluna vertebral durante toda a movimentação, através da movimentação em blocos, evitando a fratura de uma vértebra e, conseqüentemente, lesões na medula espinhal. Muitos leigos retiram inadequadamente a criança do local e o capacete, tornando-a exposta a lesões e fraturas ou até mesmo agravos no quadro geral. Nos resultados, 22,2 % das pessoas afirmam que retiram a criança do local, o que não nos dá certeza se a retirada obedeceria aos preceitos corretos. Outro exemplo que envolve a movimentação da vítima é em situações de quedas, em que 48,9% retiram a criança do local (SECRETARIA DA SEGURANÇA..., 2011).

A respeito dos acidentes de trânsito, segundo o Ipea, mais de 69% dos acidentes ocorridos em rodovias federais no ano de 2014 tiveram como causa imprudência dos motoristas, sendo englobados excesso de velocidade, ultrapassagens forçadas, falta de atenção, dirigir sob efeito de álcool entre outros (MASSAÚ, 2016). A pesquisa mostra um dado que contradiz essa última causa, já que aponta que uma das medidas de prevenção tomadas pelas famílias é não dirigir embriagado (93,3%). Com isto, acredita-se que muitas coisas que os pais relatam fazer podem não condizer com a ação de fato realizada.

Segundo o Protocolo do SAMU (BRASIL, 2016, p. 491-497) e o Protocolo de Suporte Básico de Vida do Corpo de Bombeiros (SECRETARIA DA SEGURANÇA..., 2011, p. 10-17), a avaliação da criança com suspeita de trauma deve ser utilizada de forma contínua (após cada intervenção ou sempre que o quadro se alterar), utilizando-se da seqüência avaliar/identificar/intervir e iniciar as intervenções apropriadas imediatamente. Nos resultados encontrados, os pais em sua maioria (91,1%) chamam o SAMU, não tomando nenhuma atitude de urgência e emergência preconizada por esses protocolos. Tal fato chama a atenção para o despreparo da população leiga em atender esse tipo de acidente.

Das ações de prevenção de acidentes por asfixia, os resultados encontrados vão de encontro com o recomendado pela Universidade Federal de Santa Catarina (2013), que consiste em o bebê dormir, usando sempre a barriga para cima e a elevação da cabeça, a fim de prevenir asfixia por vômitos (22%), ofertar alimento pequenos e duros como amendoim só após os 4 anos, quando a criança tiver a dentição completa, a fim de prevenir a asfixia por alimentos sólidos (55,6%), guardar em locais adequados objetos pequenos como botões, principalmente antes dos 5 anos, fase em que a criança explora o mundo com a boca (86,7%) e a compra de brinquedos adequados à idade das crianças

evitando peças pequenas que possam ser engolidas (80%). Destes a ação menos realizada relatada pelos pais é evitar a asfixia por vômitos, colocando em risco a saúde da criança, pois é um dos acidentes mais comuns em crianças menores de 2 anos segundo o Ministério da Saúde (2015).

Quanto às ações em caso de asfixia, para a desobstrução das vias aéreas e controle da coluna cervical é necessária a manobra de *Helminch*. Os dados mostram que tal manobra é realizada por 55,6% dos pais, enquanto 44% chama o SAMU. Isto nos mostra que apenas metade dos pais talvez não saibam realizar essa manobra que é de extrema importância e que deve ser realizada o mais precocemente possível, podendo salvar vidas.

Sobre queimaduras, as formas de prevenção diária são: não ter acesso a eletrodomésticos, fósforo, isqueiros; não devem entrar na cozinha sem serem supervisionadas; adultos não devem lidar com líquidos quentes quanto em companhia da criança; deve-se conferir a temperatura da água antes do banho; checar a temperatura dos alimentos e do leite. Nos resultados, as respostas mais expressivas foram não ter acesso a eletrodomésticos, fósforo, isqueiros (91,1%); crianças não devem entrar na cozinha sem serem supervisionadas (97,8%). Em caso de acidentes por queimadura, uma das medidas recomendadas é irrigar com soro fisiológico, indo de encontro com os resultados obtidos, sendo que, dentre eles, o que mais as famílias realizam na prática diária é a irrigação da área queimada com água (62,2%) (BRASIL, 2016).

Sobre prevenção de afogamentos, segundo a Associação de Prevenção de Afogamentos, é necessário limitar o acesso à água através de barreiras; ensinar potenciais testemunhas de afogamento as manobras de salvamento e de reanimação seguras; ensinar as crianças com idade escolar competências básicas de natação e segurança aquática. Dos resultados obtidos na pesquisa, 80% sabem que é preciso ensinar as crianças a nadar, entretanto somente 30% faz esse ensinamento. Cerca de 84% dos pais limitam o acesso das crianças à água. Sobre a conduta em casos de afogamentos, 84,4% ligam para o SAMU, apenas 31,1% fazem as manobras de RPC e 60% fazem respiração boca a boca, estando novamente despreparados para tal situação, já que as medidas de suporte de vida deveriam ser empenhadas por 100% dos participantes. (SECRETARIA DA SEGURANÇA..., 2011).

Das formas de prevenção de choque elétrico, os resultados foram de encontro com as recomendações da Cartilha de Acidentes Domésticos Infantis (2019), sendo elas: substituir as fiações antigas e desencapadas e os fios devem ficar isolados em locais adequados, como canaletas e conduítes; colocar protetores nas tomadas, todos os eletrodomésticos devem ficar longe de líquidos, entre outras. Uma das mais importantes ações, que é colocar protetores nas tomadas, é apontada por 57,8% dos pais como fator de prevenção. Sobre as medidas tomadas em caso de choque elétrico deve-se: avaliar se ocorreu perda da consciência e/ou parada cardiorrespiratória, desligar ou afastar a fonte de energia da vítima e aguardar o SAMU. As medidas feitas, segundo os pais, são que apenas 18,6% avaliam o estado da criança e 13,3% não sabem o que fazer, deixando muitas vezes a criança ainda em contato com a fonte que provocou o choque (SECRETARIA DA SEGURANÇA..., 2011).

Segundo a Cartilha de Acidentes Domésticos Infantis (2019), para a prevenção de intoxicações, as famílias devem se informar e evitar o cultivo de plantas tóxicas

(tinhorão, comigo-ninguém-pode, copo-de-leite, saia branca, aroeira, coroa-de-Cristo e pinhão roxo) e outros produtos que possam ser tóxicos; guardar produtos de limpeza, medicamentos e venenos em lugares trancados, sempre os mantendo com sua embalagem original, preferindo comprar os que vêm com tampa de proteção. Dos resultados obtidos, 88,9% armazenam-nos fora do alcance das crianças, 44,6% se informam sobre quais produtos podem ser tóxicos e 24,4% preferem comprar produtos com tampa de proteção. Chama a atenção que menos da metade dos pais procura se informar sobre isto. Em caso de acidentes por intoxicações, deve-se reconhecer a forma da intoxicação através de sinais como: por ingestão, tem sinais ao redor da boca, hálito e odor incomum, deglutição dificultada; dor abdominal; náuseas, vômitos e diarreia; convulsões e alterações de consciência, pulso e/ou respiração; por contato, apresenta sinais e/ou coceira no local; irritação; dor de cabeça; temperatura do local aumentada; por inalação tem taquipneia; tosse; irritação nos olhos. Entretanto, muitos pais não sabem tomar essas medidas, ligando para o SAMU (82,2%) e entrando em contato com o CEE (60%), não sabendo informar a origem e o tipo de intoxicação ocorrida, para que o SAMU ou o CEE possam orientar corretamente as ações que devem ser feitas até entrarem em contato com o serviço especializado (SECRETARIA DA SEGURANÇA..., 2011).

Sobre quedas, torna-se necessário para sua prevenção, segundo a Cartilha de Acidentes Domésticos Infantis (2019), manter o chão limpo e seco a fim de evitar escorregões e quedas; nunca deixar a criança brincar nas lajes, escadas e sacadas; certificar-se de que todas as janelas às quais a criança tenha acesso estejam travadas, trancadas ou adaptadas com travas, telas de proteção ou grades, para que não se abram mais do que 15 cm; usar grades ou portões de proteção no topo e na base das escadas; não deixar objetos espalhados ao longo das escadas; os corredores devem ser iluminados, de dia e à noite; famílias que moram em edifícios e sobrados devem instalar grades e redes de proteção. Dos resultados obtidos, apenas 57,8% dos pais colocam proteção nas sacadas e 42,2% usam portões de segurança nas escadas, tornando esses acidentes um dos mais comuns nessa faixa etária. Em caso de acidentes por quedas, deve-se advertir a criança para não se mover; estancar qualquer hemorragia e imobilizar fraturas. Com os resultados, observa-se que 62,2% ligam para o SAMU, 48,9% retiram a criança do local e a levam ao hospital, o que é inadequado já que pode ocasionar um dano maior como o trauma medular. Apenas 35,6% dos pais realizam a imobilização da criança.

Sobre cortes e perfurações, torna-se necessário para sua prevenção, segundo a Cartilha de Acidentes Domésticos Infantis (2019), cuidado com mesas de tampo de vidro e espelhos; não cozinhar perto das crianças; não deixar objetos perfurantes como facas ao alcance delas. Dos resultados obtidos, 88,9% das famílias deixam esses objetos longe das crianças e 66,7%, quando cozinha, mantêm as crianças longe, tornando-se uma prevenção comum no dia a dia das famílias. Orienta-se que nesse tipo de acidente, os cortes de pequena proporção devem ser lavados com água e sabão; se estiverem sangrando, deve-se pressionar a área por cerca de três minutos e ferimentos grandes e profundos necessitam de atendimento médico de urgência. Considerando isto, 62,2% dos pais chamam o SAMU, 55,6% tentam estancar o sangramento e 22,2% lavam o local,

mostrando quem apesar desse tipo de acidente ser comum em toda faixa etária, não é a totalidade que toma atitudes simples frente a essa situação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos concluir que as famílias possuem déficit de conhecimento sobre prevenção e medidas de urgência e emergência dos acidentes pediátricos. Muitos não colocam em prática medidas simples de prevenção, expondo as crianças a riscos desnecessários. Sobre as ações que devem ser tomadas nos acidentes abordados, os pais ou responsáveis não se encontram preparados da forma mais correta para o que possa vir a ocorrer com seus filhos, tendo como principal medida a ligação para o SAMU. A demora em prover ações imediatas diante de certos acidentes pode ocasionar risco de morte.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Brasília (DF), 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Manual de acompanhamento da criança**, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica 33: saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília (DF), 2012.

CAMPOS J. A. *et al.* **Segurança da criança e do adolescente**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2004.

FILOCOMO, Fernanda Rocha Fodor *et al.* Perfil dos acidentes na infância e adolescência atendidos em um hospital público. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 287-294, maio 2017.

FRANCA, Elisabeth Barboza *et al.* Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Rev. Bras. Epidemiol**, São Paulo, v. 20, supl. 1, p. 46-60, maio 2017.

HARADA, M. J. C. S.; PEDREIRA, M. L. G.; ANDREOTTI, J. T. Segurança com brinquedos de parques infantis: uma introdução ao problema. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 383-386, maio-junho, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Informação mundial sobre afogamento: prevenção - o primeiro elo da cadeia de sobrevivência**. Neptune serenity - Associação de Prevenção do Afogamento, 2014.

MAIO AMARELO. Movimento Maio amarelo. *In*: **NO TRÂNSITO, o sentido é a vida**. 2019. Disponível em: <https://maioamarelo.com/2019-no-transito-o-sentido-e-a-vida/>.

MASSAÚ, Guilherme Camargo; ROSA, Rosana Gomes da. Acidentes de trânsito e direito à saúde: prevenção de vidas e economia pública. **Revista de Direito Sanitário**, v. 17, n. 2, p. 30-47, 25 out. 2016. Universidade de São Paulo, Sistema Integrado de Bibliotecas.

MOREIRA, André Ricardo; VIDOR, Ana Cristina. Eventos agudos na Atenção Básica: **Asfixia**. Escola de Saúde Pública de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

PROTESTE ASSOCIAÇÃO DE CONSUMIDORES. **Cartilha de acidentes domésticos infantis**. 2019. Disponível em: <https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/299/o/Cartilha-Acidentes-Infantis.pdf?1504015854>.

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E JUSTIÇA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR (Estado de Goiás). **Protocolo para o suporte básico de vida do CBMGO**, 2011. Disponível em: <https://www.bombeiros.go.gov.br/wp-content/uploads/2015/12/ProtocoloParaOSuporteBasicoDeVida-2011.pdf>.

TAKEJIMA, M. L. *et al.* Prevenção de queimaduras: avaliação do conhecimento sobre prevenção de queimaduras em usuários das unidades de saúde de Curitiba. **Rev. Bras. Queimaduras**, v. 10, n. 3, p. 85-88, 2011.

Avaliação das condições higiênico-sanitárias no preparo de alimentos em restaurantes do tipo *self-service*

Evaluation of food preparation hygienic-sanitary conditions in self-service restaurants

LAYZZA VITÓRIA AQUINO

Discente do curso de Nutrição (UNIPAM)

E-mail: layzza18@hotmail.com

KELEN CRISTINA ESTAVANATE DE CASTRO

Professora orientadora (UNIPAM)

E-mail: kelen@unipam.edu.br

Resumo: Restaurantes comerciais assumem importância na garantia de refeições com boa qualidade higiênico-sanitária, visto que atualmente grande parte da população alimenta-se fora de casa. Objetivou-se avaliar as condições higiênico-sanitárias no preparo de alimentos em cinco restaurantes *self-service* em Coromandel (MG). Trata-se de um estudo transversal, quantitativo por meio da aplicação do *checklist* da RDC nº 216, de 15/09/2004 da ANVISA. O resultado da pontuação geral e por itens foi classificado conforme a RDC nº 275, de 21/10/2002 da ANVISA, sendo o grupo um considerado 'Bom' (de 76 a 100% de adequações), o grupo dois 'Regular' (de 51 a 75%) e o grupo três 'Deficiente' (de 0 a 50%). Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva. Os restaurantes R1 e R2 foram classificados como 'deficientes' e os demais, R3, R4 e R5, 'regulares'. A média geral foi de 54% de adequação. Portanto, a presença do nutricionista nesses locais é imprescindível para a adequação à legislação.

Palavras-chave: Higiene alimentar. Restaurante. Segurança alimentar e nutricional. Serviços de alimentação.

Abstract: Restaurants are important in ensuring good hygienic-sanitary quality meals, since today a large part of the population eats out from home. The objective of this study was to evaluate food preparation hygienic-sanitary conditions in five self-service restaurants in Coromandel (MG). This is a cross-sectional, quantitative study by applying the checklist of RDC 216, 09/15/2004 of ANVISA. The result of the general and item scores was classified according to ANVISA RDC 275, 21/10/2002, group one was considered 'Good' (76 to 100% of adjustments), group two 'Regular' (from 51 to 75%) and group three 'Disabled' (from 0 to 50%). Data were analyzed using descriptive statistics. The restaurants: R1 and R2 were classified as 'disabled' and the others: R3, R4 and R5, 'regular'. The overall average was 54% adequacy. Therefore, the presence of the nutritionist in these places is essential for compliance with the legislation.

Keywords: Food Hygiene. Restaurant. Food and nutrition security. Food services.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Na atualidade, alimentar-se fora de casa vem se tornando algo bastante comum e cada vez mais frequente. Várias mudanças são realizadas nos hábitos sociais e principalmente nos padrões alimentares da população brasileira, influenciadas pelo desenvolvimento industrial (AKUTSU *et al.*, 2005). Fatores como falta de tempo, distância do local de trabalho, mulheres cada vez mais atuantes no mercado de trabalho, entre outros, impossibilitam que as pessoas tenham flexibilidade ou tempo para se alimentarem em suas próprias residências (PROENÇA *et al.*, 2005).

Devido à maior procura pelos serviços das Unidades de Alimentação e Nutrição (UANs), foi necessária uma melhoria na oferta de alimentos, com uma maior qualidade de serviço e produto, garantindo ao cliente uma refeição segura e nutritiva (IGLESIAS; FERNANDES, 2018).

A mais importante causa de contaminação dos alimentos é a manipulação inadequada no recebimento, pré-preparo ou preparo da refeição. O controle impróprio higiênico-sanitário pode levar ao desenvolvimento de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTAs), que são causadas por contaminação dos alimentos por microrganismos provenientes de agentes biológicos, físicos, produtos químicos e agrotóxicos, entre outros metais pesados (ALMEIDA *et al.*, 2016).

Portanto, é de grande importância a determinação das condições higiênicas adequadas para a produção de alimentos seguros, por meio de implantação de Programas de Boas Práticas (AKUTSU *et al.*, 2005). Tais planos estratégicos vêm sendo cobrados pelo governo para diminuição das DTAs, consideradas como problema de saúde pública, como forma de garantir a segurança alimentar a toda população (IGLESIAS; FERNANDES, 2018).

A garantia de alimentos seguros e nutricionalmente adequados, livres de contaminantes de origem química, física e biológica é realizada por meio da adoção de normas aceitáveis para as Boas Práticas de Fabricação de Alimentos (BPF). A legislação brasileira determina a adoção das BPF para as indústrias e estabelecimentos que produzem refeições por meio das Portarias nº 1428/93, nº. 326/97, nº. 368/97, da Resolução da Direção Colegiada (RDC) nº. 216, de 15 de setembro de 2004 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), da RDC nº. 275, de 21 de outubro de 2002 ANVISA e da Portaria do Centro de Vigilância Sanitária (CVS) nº. 5 de 9 de abril de 2013. Portanto, em todas as etapas da produção de refeição até o consumo final, é necessária a avaliação de riscos de contaminação dos alimentos (BRASIL, 2004).

Para tal avaliação, a ANVISA considerou, em setembro de 2004, a elaboração da Lista de Verificação de Boas Práticas para Serviços de Alimentação (*checklist*), para que seja mais rigorosa a fiscalização na área de alimentos, objetivando maior controle higiênico-sanitário em defesa da saúde das pessoas (BRASIL, 2004).

Logo, é necessário oferecer boas condições em todo o processo de produção, manipulação e entrega do produto final. É de grande importância o auxílio de um responsável capacitado para essas atividades nas quais o nutricionista atua na parte técnica elaborando o Manual de Boas Práticas de Fabricação (MBPF) e os Procedimentos Operacionais Padronizados (POP). Além de implementar as ações descritas nesses

documentos junto a todos os manipuladores de alimentos, esse profissional direciona e fiscaliza toda a produção continuamente (CRN, 2016).

Sendo assim, é possível obter melhor qualidade dos alimentos oferecidos, atender os padrões higiênico-sanitários ideais, promover e manter a saúde, além de evitar a ocorrência de surtos de DTAs, por meio da atuação desse profissional (ALMEIDA *et al.*, 2016).

As condições sanitárias precárias dos estabelecimentos de alimentos e bebidas são as principais causas da ocorrência de DTAs. Em razão do número crescente de pessoas que frequentam esses locais devido à correria do dia a dia, a avaliação da qualidade higiênico-sanitária como fator de segurança alimentar é de extrema importância para que haja a prevenção e diminuição dessas doenças (VELENTE; PASSOS, 2004).

As DTAs apresentam dados preocupantes para a saúde pública. É de grande importância a realização de investigações e o desenvolvimento de soluções para diminuir sua incidência (MEDEIROS *et al.*, 2018).

Nesse contexto, o objetivo deste estudo é avaliar as condições higiênico-sanitárias no preparo de alimentos em restaurantes do tipo *self-service* na cidade de Coromandel (MG). Outros objetivos são identificar os itens conformes e não conformes de acordo com o *checklist* da RDC nº. 216/2004 (BRASIL, 2004), comparar as condições higiênico-sanitárias nos restaurantes pesquisados e propor medidas de intervenção para os itens com resultados insatisfatórios com vistas a prevenir a ocorrência de DTAs nesses locais.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do UNIPAM sob Parecer nº. 3.165.731. O estudo foi realizado em cinco restaurantes do tipo *self-service* na cidade de Coromandel (MG), escolhidos aleatoriamente. O pedido para realização da pesquisa foi feito pessoal e diretamente com cada responsável do restaurante.

Para avaliação das BPF, foi utilizado o *checklist* da RDC nº. 216/2004 (BRASIL, 2004). Esse *checklist* contém 88 subitens de questionamento categorizado em 12 itens de avaliação: (1) Edificações, instalações, equipamentos, móveis e utensílios; (2) Higienização de instalações, equipamentos, móveis e utensílios; (3) Controle integrado de vetores e pragas urbanas; (4) Abastecimento de água; (5) Manejo de resíduos; (6) Manipuladores; (7) Matérias-primas, ingredientes e embalagens; (8) Preparação do alimento; (9) Armazenamento e transporte do alimento preparado; (10) Exposição ao consumo do alimento preparado; (11) Documentação e registro; (12) Responsabilidade. Os itens que apresentaram conformidade com a lista de verificação foram registrados como conforme (C); os itens que não atendiam foram registrados como não conforme (NC). O preenchimento do *checklist* ocorreu nos próprios locais por meio da observação e informação direta do profissional responsável pelo restaurante.

Após a aplicação do *checklist* no estabelecimento, foi calculada a pontuação geral e por itens. Os restaurantes foram denominados R1, R2, R3, R4 e R5. O resultado foi classificado em grupos conforme a RDC nº. 275/2002 da ANVISA, sendo o grupo 1

considerado 'Bom' (de 76 a 100% de adequações), o grupo 2 'Regular' (de 51 a 75%) e o grupo 3 'Deficiente' (de 0 a 50%) de adequações (BRASIL, 2002). Para realizar as análises dos dados, utilizou-se da estatística descritiva. Foi calculada média e desvio-padrão de cada item e por restaurante. Os resultados foram tabulados por meio dos programas *Microsoft Office Excel* e *IBM SPSS*.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 RESULTADO GERAL

Inicialmente, houve a aplicação do *checklist* nos cinco restaurantes, sendo avaliados os 12 itens, totalizando 88 subitens. Observando a Tabela 1, verifica-se que nenhum dos restaurantes avaliados atingiu a classificação do 'grupo 1' de 76% de adequações. Por meio da avaliação geral, foi possível observar que os restaurantes R1 e R2 apresentaram-se com maior não conformidade, sendo classificados como 'deficientes' (de 0 a 50% de adequação). E os demais restaurantes (R3, R4 e R5) foram considerados 'regulares' (de 51 a 75% de adequação). Os principais fatores que podem ter ocasionado esse resultado foram a ausência de nutricionista em todas as unidades, exceto o restaurante R 5, além da falta de conhecimento dos proprietários, responsáveis e funcionários em relação às condições higiênico sanitárias adequadas. Esse resultado é um fator preocupante, pois pode comprometer a saúde dos comensais que realizam suas refeições nessas unidades.

Tabela 1 – Avaliação geral de conformidade com a legislação dos cinco restaurantes de Coromandel (MG)

RESTAURANTE	TOTAL	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO
R1	46%	48,51%	±29,67%
R2	39%	55,91%	±26,58%
R3	60,20%	65,07%	±26,87%
R4	55,60%	64,13%	±30,67%
R5	70,40%	75,63%	±21,41%

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Em consonância com os resultados obtidos nos restaurantes R1 e R2, Maciel *et al.* (2017) aplicaram um *checklist* adaptado das resoluções RDC nº. 275/2002 e RDC nº. 216/2004 da ANVISA, em duas UANs em São Cristóvão (SE). Esses autores observaram percentuais de 17% de adequação e 39% respectivamente, sendo que as UANs também foram classificadas no grupo 3.

Segundo Lima (2016), em 10 restaurantes populares avaliados baseados na RDC nº. 216/2004 no Rio Grande do Norte, apenas 50% atingiram o ponto de corte de 70% de adequação aos requisitos avaliados, obtendo uma média geral de adequação de 69%, sendo classificados como 'regulares'. Esse autor atribui o resultado à ausência de nutricionista, do registro e apresentação de documentos comprobatórios em algumas unidades como MBPF e POP's.

Tabela 2 – Média de conformidade por item dos cinco restaurantes de Coromandel (MG)

ITEM	MÉDIA (%)	DESVIO-PADRÃO (%)
1. Edificações, instalações, equipamentos, móveis e utensílios	59,96	±18,30
2. Higienização de instalações, equipamentos, móveis e utensílios	59,96	±15,66
3. Controle integrado de vetores e pragas urbanas	86,64	±18,29
4. Abastecimento de água	75,00	±18,00
5. Manejo de resíduos	93,00	±15,00
6. Manipuladores	60,00	±16,00
7. Matérias-primas, ingredientes e embalagens	59,98	±22,35
8. Preparação do alimento	51,00	±11,00
9. Armazenamento e transporte do alimento preparado	53,28	±18,24
10. Exposição ao consumo do alimento preparado	85,56	±14,30
11. Documentação e registro	08,00	±17,00
12. Responsabilidade	50,00	±35,00
PONTUAÇÃO GERAL	54,00	±12,00

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

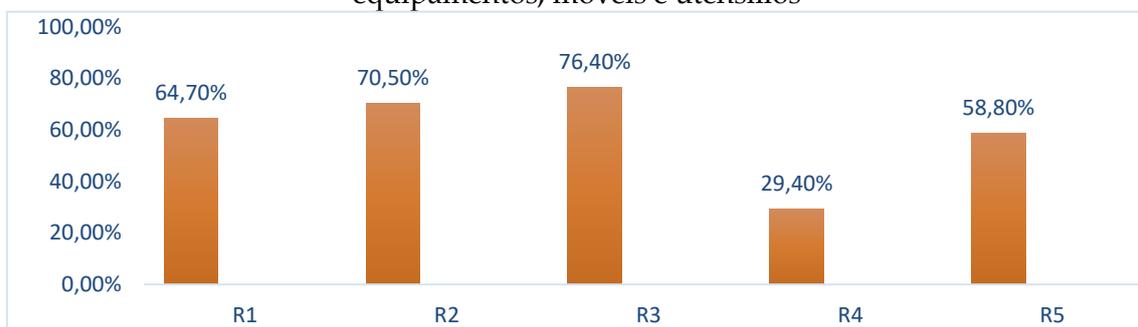
Ao observar a Tabela 2, é possível identificar uma média geral de 54% de conformidade em relação a todos os itens avaliados. Sendo assim, os restaurantes foram classificados como 'regulares' em relação à qualidade geral das condições higiênico-sanitárias. É importante ressaltar o item 11, que obteve a menor porcentagem em relação aos demais, um ponto muito relevante que será discutido a seguir.

3.2 RESULTADOS POR ITEM ESPECÍFICO

3.2.1 Edificação, instalações, equipamentos, móveis e utensílios

A Figura 1 mostra que apenas o restaurante R3 obteve classificação 'bom' com porcentagem de 76,4% de conformidade. Os demais estão regulares, sendo que o restaurante R4 foi classificado como 'deficiente' (29,4%) no que se refere à edificação, instalações, equipamentos, móveis e utensílios.

Figura 1 – Percentual médio de adequação (%) das condições higiênico-sanitárias dos restaurantes de Coromandel (MG) referente à edificação, instalações, equipamentos, móveis e utensílios



Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Foi observado nesse item que a maioria das edificações e instalações foi projetada para ser UANs, no entanto não é seguido em nenhum dos restaurantes o fluxo ordenado e sem cruzamentos para evitar a contaminação, favorecendo a ocorrência de contaminação cruzada. Observa-se que a maioria das irregularidades foi em relação às portas não serem dotadas de fechamento automático, não serem mantidas ajustadas aos batentes, a iluminação na área de preparação não ser protegida contra explosões, não haver lavatórios supridos de produtos para higiene pessoal e não haver, em nenhum dos restaurantes, o controle e registro de manutenção dos equipamentos.

Em uma unidade hoteleira em Timóteo (MG), após a aplicação do *checklist*, RDC nº. 216/2004, foi identificado que as telas das janelas não eram removíveis para higienização e não houve adequado projeto das edificações e instalações, o que proporcionava cruzamento durante a produção (SOUZA *et al.*, 2009). Já no estudo de Lima (2016), em 10 restaurantes avaliados, apenas dois atingiram a média de 70%, sendo que a média geral foi de 59% de adequação, demonstrando precariedade. Nessas unidades, houve a presença de objetos em desuso, as edificações e instalações não foram projetadas para serem UANs não possibilitando o fluxo ordenado e sem cruzamento, os pisos e paredes estavam desgastados, as portas sem fechamento automático, iluminação e ventilação inadequadas, instalações elétricas desprotegidas, além de não haver registros de operação de manutenção dos equipamentos.

3.2.2 Higienização de instalações, equipamentos, móveis e utensílios

A Figura 2 mostra que dos cinco restaurantes dois obtiveram classificação deficiente em relação à higienização. Tal resultado pode ser atribuído ao descarte incorreto de lixo, ausência de local para separação dos utensílios para higienização, além de falta do uso de uniforme pelos funcionários designados a essa função nesses restaurantes. A conformidade encontrada foi devido à higienização correta da área de preparação do alimento realizada sempre após o término do trabalho com o uso de saneantes que ficavam armazenados em locais específicos para eles e devido à limpeza periódica das caixas de gordura.

Figura 2 – Percentual médio de adequação (%) das condições higiênico-sanitárias dos Restaurantes de Coromandel (MG) referente à higienização de instalações, equipamentos, móveis e utensílios



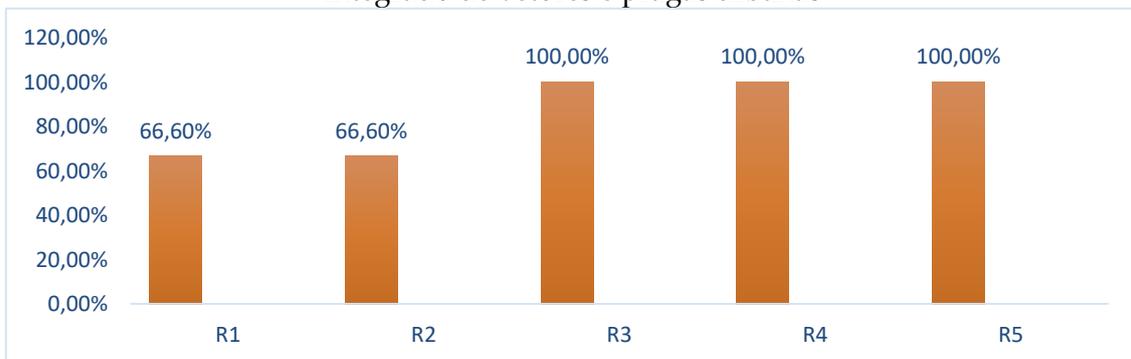
Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Mayara *et al.* (2014), em estudo realizado em Caruaru (PE) em duas UANs hoteleiras, por meio da aplicação do *checklist* descritos em lei de acordo a resolução RDC nº. 216/2004, encontraram baixa frequência de higienização. O autores observaram pratos e panelas sujas, empilhadas sobre as pias por algumas horas após as refeições, ausência de registros de operações de higienização, pouca frequência de limpeza das áreas de preparação, constatando assim 73% de adequação no item 2.

3.2.3 Controle integrado de vetores e pragas urbanas

Em relação ao controle integrado de vetores e pragas urbanas, três restaurantes obtiveram 100% de adequação (Figura 3). Tal resultado é importante porque a ausência desse controle pode levar a um maior risco de transmissão de doenças. Os demais tiveram uma média de 66%, demonstrando um controle regular desses agentes. Quando o controle integrado de vetores e pragas não é realizado adequadamente pode ocorrer a contaminação dos alimentos, além do desperdício de matérias-primas e refeições prontas.

Figura 3 – Percentual médio de adequação (%) das condições higiênico-sanitárias dos Restaurantes de Coromandel (MG) referente ao controle integrado de vetores e pragas urbanas



Fonte: dados da pesquisa, 2019.

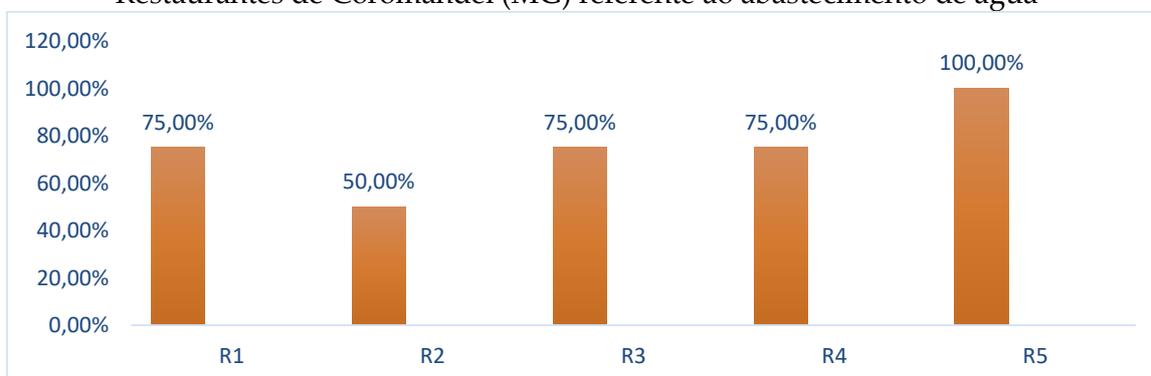
Segundo Oliveira e Magrine (2014), em estudo realizado em três restaurantes de Porto Rico (PR) por meio da aplicação do *checklist* baseado na RDC nº. 275/2002, foram encontrados 50% de conformidade em relação ao controle de vetores e pragas urbanas. Já em uma análise feita através de um *checklist*, baseado na RDC nº. 216/2004 em São Gonçalo do Sapucaí (MG), em quatro restaurantes *self-service*, foi observado que este item obteve o maior percentual de conformidade em todos os estabelecimentos (85%), pois todos utilizavam empresas de dedetização como meio eficaz para o controle. Porém, em um restaurante apenas foi encontrado produto de aerossol no ambiente de preparação dos alimentos (MENDES; PEREIRA, 2018).

Analisando os resultados para esse item, é possível notar que três dos restaurantes visitados em Coromandel (MG) realizam total controle de pragas, sendo que apenas dois não estabelecem controles de pré- e pós- tratamento e não possuem documentação que registre tal controle.

3.2.4 Abastecimento de água

Em todos os restaurantes, exceto o R5, a potabilidade de água não era atestada semestralmente por laudos laboratoriais, e no R2 foi possível observar que o reservatório apresentava infiltrações e vazamentos, estando localizado na área externa da unidade. Isso pode levar a contaminação dos alimentos por microrganismos, pelo fato de não garantir um abastecimento de qualidade, o que pode levar ao risco de contaminação das verduras, principalmente as consumidas cruas não higienizadas da forma correta, aumentando as chances de DTAs aos comensais. Conforme se observa na Figura 4, em média geral, todos os restaurantes apresentaram uma porcentagem boa – regular de adequação, o que pode permitir ‘bom’ abastecimento de água a essas unidades, com exceção do R2 classificado como deficiente (50% de adequação). Sendo assim, o controle do abastecimento de água é de extrema importância para a garantia de um alimento seguro, livre de contaminantes que prejudiquem os comensais.

Figura 4 – Percentual médio de adequação (%) das condições higiênico-sanitárias dos Restaurantes de Coromandel (MG) referente ao abastecimento de água



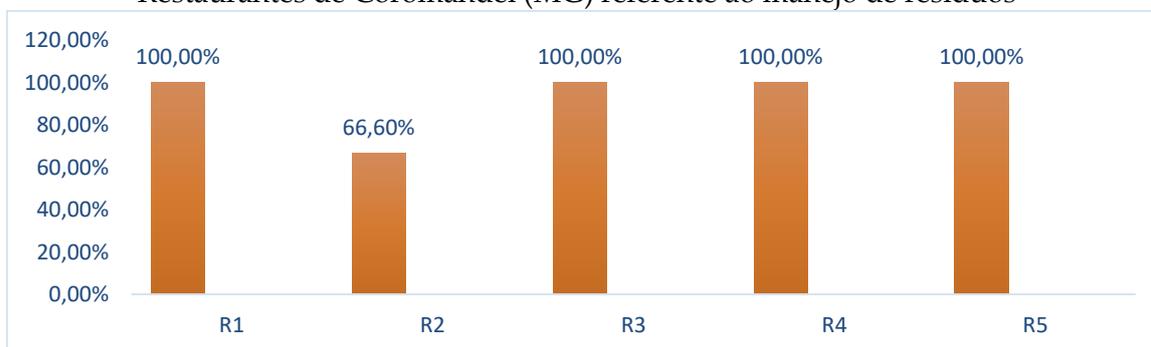
Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Para Lima (2016), a média geral de dez restaurantes foi 69% de adequação nesse item, pois as atividades relacionadas ao estado de conservação, higienização e a frequência de higienização dos reservatórios de água não estavam sendo realizadas. Oliveira e Magrine (2014) encontraram 66,6% de conformidade pelo fato de o local pesquisado não apresentar reservatório protegido, revestido e distante de fonte de contaminação. Todos esses fatores podem ocasionar a contaminação na manipulação dos alimentos, lavagem de mãos e higienização do ambiente, fornecendo assim um alimento sem segurança e com grandes riscos de DTAs.

3.2.5 Manejo de resíduos

Ao observar o manejo de resíduos, quatro restaurantes apresentaram 100% de adequação. Nesses locais, há recipientes suficientes e identificados para o depósito de detritos, com pedal para que não haja o contato manual, e os resíduos coletados são armazenados em local isolado da área de produção. Apenas um se destacou em não conformidade, por não separar os resíduos coletados da área de produção. O restaurante R2 apresentou uma média 66,6%, por não apresentar a frequência de retirada de resíduos, além de ausência do armazenamento em local isolado da área de produção, conforme Figura 5.

Figura 5 – Percentual médio de adequação (%) das condições higiênico-sanitárias dos Restaurantes de Coromandel (MG) referente ao manejo de resíduos



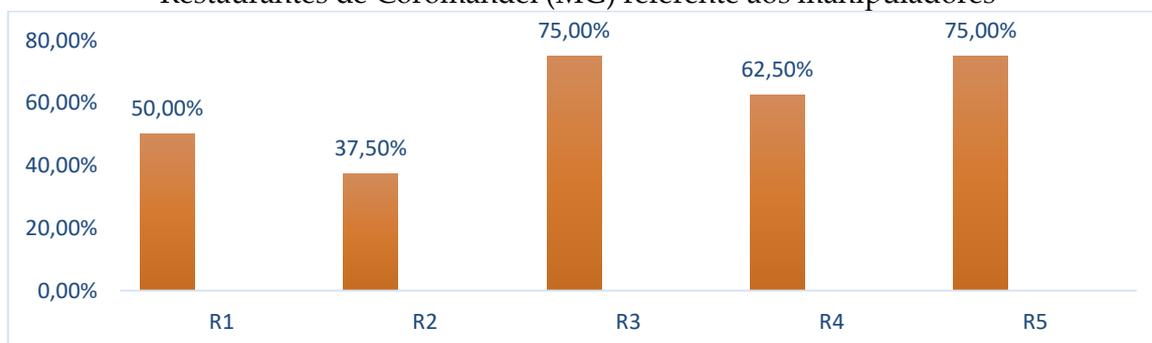
Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Em relação à avaliação desse item, Lima (2016) relatou que nas UANs visitadas foram encontradas médias de adequações classificadas como 'boas'. Já para Mello *et al.* (2013), foi notado que apenas em uma UAN de duas empresas prestadoras de serviço de alimentação em Porto Alegre (RS) havia coletores de resíduos das áreas de preparação e armazenamento de alimentos dotados de tampas acionadas sem contato manual, identificados, íntegros, em número suficiente e com uso adequado, sendo um fator muito importante para evitar a contaminação da área de preparação do alimento e de alimentos a serem servidos.

3.2.6 Manipuladores

Quanto ao item manipuladores de alimentos, três restaurantes (R3, R4 e R5) se aproximaram do 'grupo 1', sendo classificados como 'bom'. Os demais apresentaram baixa conformidade, estando abaixo de 50%, como pode ser observado na Figura 6.

Figura 6 – Percentual médio de adequação (%) das condições higiênico-sanitárias dos Restaurantes de Coromandel (MG) referente aos manipuladores



Fonte: dados da pesquisa, 2019.

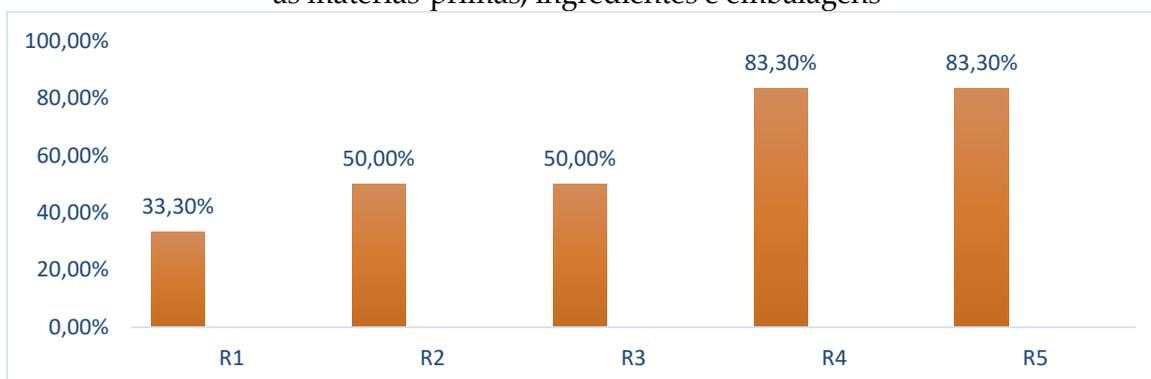
Observou-se que o principal motivo da não conformidade em alguns subitens em todas as UANs foi o fato de os visitantes não cumprirem com os requisitos de higiene dos manipuladores, como uso de sapato fechado, touca, e não uso de adereços (brinco, anel, colar, pulseiras, *piercing*), realização da assepsia das mãos, uso de equipamento de proteção individual, unhas curtas e sem esmalte e não uso de barba. Além disso, nos restaurantes com menores porcentagens houve inadequação também em relação aos manipuladores que não tinham conhecimento sobre DTAs, não apresentavam equipamentos de proteção individual para sua função e lavavam as mãos com pouca frequência. Isso pode ocasionar a contaminação dos alimentos, acidentes de trabalhos, sendo risco tanto para a saúde dos manipuladores quanto para os comensais.

Para Mayara *et al.* (2014), em seu estudo, houve 80% de conformidade nesse item, enquanto Mello *et al.* (2013) relataram falha na higienização de mãos, falta de disponibilidade de afastar da manipulação de alimentos funcionários que apresentavam doenças e falta de capacitação dos colaboradores em temas exigidos pela legislação sanitária.

3.2.7 Matérias-primas, ingredientes e embalagens

Ao observar a Figura 7, verifica-se que os três primeiros restaurantes apresentaram maior índice de não conformidade quanto a matérias-primas, ingredientes e embalagens. Nesses estabelecimentos, não havia locais separados da área de produção para o armazenamento de alimentos, prateleiras lisas para melhor higienização (em alguns foram encontradas prateleiras de madeira) e falta de higienização e condicionamento no ambiente, estando abafado não garantindo a renovação do ar sem que prejudique a preparação dos alimentos.

Figura 7 – Percentual médio de adequação (%) das condições higiênico-sanitárias dos Restaurantes de Coromandel (MG) referente às matérias-primas, ingredientes e embalagens



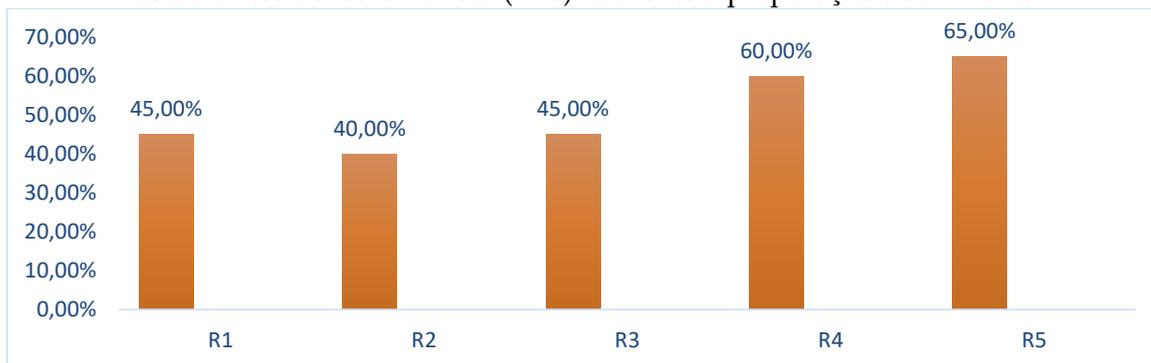
Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Ao comparar o resultado dos cinco restaurantes nesse item, o aspecto que se destacou em não conformidade em todos foi a falta de verificação da temperatura de matérias-primas com condições especiais. Tal falha pode influenciar na qualidade do alimento ofertado, pois, se a temperatura não é monitorada, não há o controle de proliferação de microrganismos nos alimentos, o que, na maioria das vezes, causam as DTAs, colocando a vida dos comensais em risco. Em sua investigação, Vargas e Ueno (2014) observaram que as matérias-primas estavam armazenadas inadequadamente, em caixas de isopor, e mantidas em temperaturas diferentes das exigidas por critério de segurança.

3.2.8 Preparação do alimento

As médias de adequação encontradas no item preparação do alimento foram variadas, observando-se que os restaurantes R1, R2 e R3 apresentaram uma média de adequação inferior a 50%, enquanto os demais obtiveram médias de adequação acima de 59%. As inadequações observadas foram em relação ao contato direto de alimentos crus e cozidos, a não identificação de matérias-primas não utilizadas totalmente, ausência de tratamento térmico para garantir uma boa qualidade do alimento e a formação de fumaça e espuma na gordura utilizada nas frituras. Esse fator leva ao desenvolvimento de uma substância chamada acroleína devido às altas temperaturas, a qual é altamente cancerígena (SPETHMANN, 2003).

Figura 8 – Percentual médio de adequação (%) das condições higiênico-sanitárias dos Restaurantes de Coromandel (MG) referente à preparação do alimento



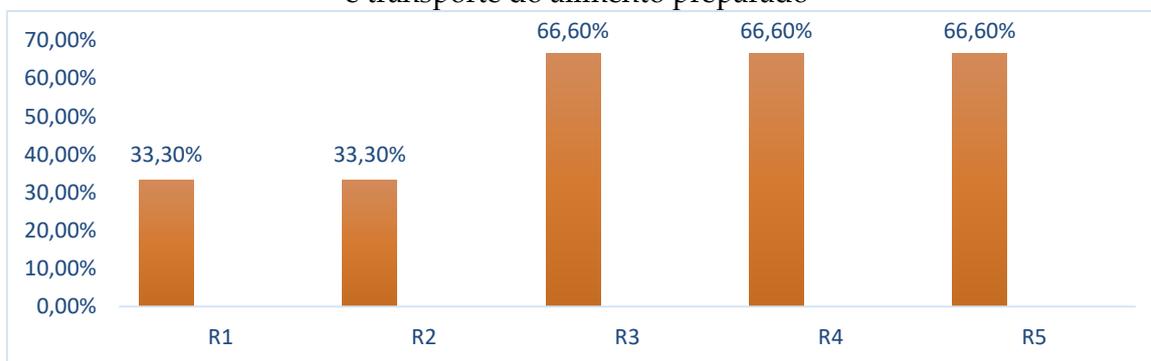
Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Lima (2016), em estudo realizado em dez restaurantes no Rio Grande do Norte, obteve uma média geral nesse item de 70% de adequação. No entanto, nesses restaurantes o tratamento térmico também não era aplicado e não havia procedimento que comprovasse a não contaminação química do óleo e gordura nos alimentos preparados, principalmente frituras de imersão.

3.2.9 Armazenamento e transporte do alimento preparado

Todos os restaurantes realizam entrega de refeições por meio de transporte próprio. Desse modo, observa-se na Figura 9 que os restaurantes R1 e R2 obtiveram uma média inferior a 40% de adequação; os demais (R3, R4 e R5) alcançaram acima de 60% de adequação nesse item. Porém, em nenhum deles, havia o controle de temperatura durante a entrega. Em duas UANs (R1 e R2), não era feita também a identificação do alimento preparado a ser armazenado ou entregue com data de validade e fabricação.

Figura 9 – Percentual médio de adequação (%) das condições higiênico-sanitárias dos Restaurantes de Coromandel (MG) referente ao armazenamento e transporte do alimento preparado



Fonte: dados da pesquisa, 2019.

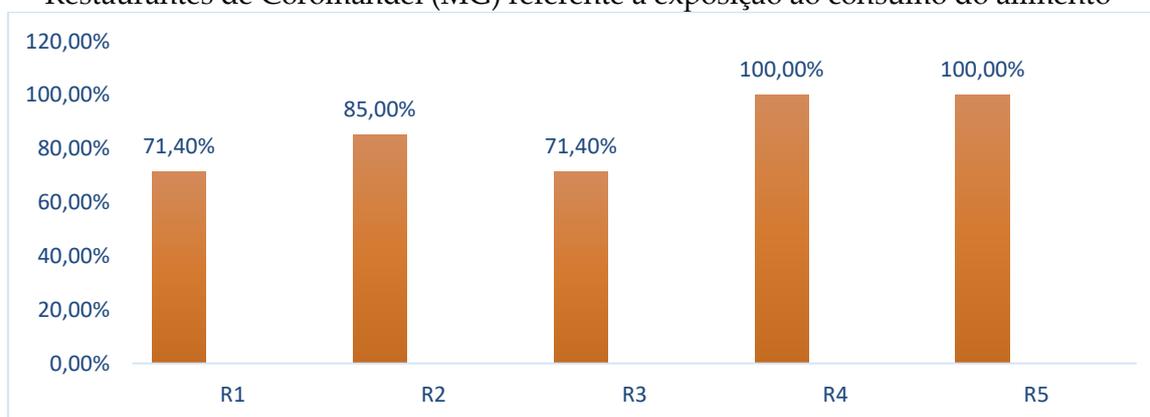
Mello *et al.* (2013), em estudo realizado em sete UANs de Porto Alegre (RS), observaram, por meio da aplicação da lista de verificação da Portaria Estadual nº. 78/09-

RS (baseada na RDC nº. 216/2004), que, em quatro UANs que serviam refeição transportada, todas apresentaram falhas no processo e armazenamento de alimentos preparados, encontrando inconformidade nas temperaturas dos alimentos prontos para o consumo, assim não tendo o controle da temperatura, o que leva a maiores riscos de contaminação do alimento.

3.2.10 Exposição ao consumo do alimento

A média geral dos restaurantes R4 e R5 relacionada à exposição ao consumo do alimento nesse item foi 100% de adequação, classificados como 'bom'. Os demais restaurantes mostraram descuido quanto ao monitoramento da temperatura de exposição dos alimentos (R1, R2 e R3) e a não utilização de utensílios de antisepsia (R1 e R3), alcançando uma menor porcentagem, conforme Figura 10.

Figura 10 – Percentual médio de adequação (%) das condições higiênico-sanitárias dos Restaurantes de Coromandel (MG) referente à exposição ao consumo do alimento



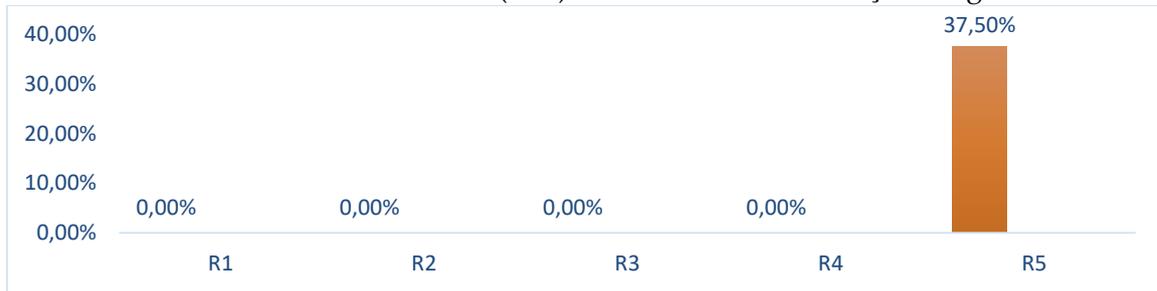
Fonte: dados da pesquisa, 2019.

A ausência de equipamentos de distribuição de alimentos com temperatura de refrigeração foi encontrada em um estudo de Mello *et al.* (2013). Nesse estudo, foi observado que as saladas e sobremesas ficavam expostas à temperatura ambiente, podendo levar à contaminação desses alimentos por microrganismos favorecendo as DTAs, por falta de adequação da temperatura.

3.2.11 Documentação e registro

Analisando todos os itens avaliados (Tabela 1), observou-se que a documentação e registro foi o que obteve a menor porcentagem de adequação. De cinco restaurantes o único que apresentou MBPF foi o restaurante R5, no entanto estava incompleto e faltando os procedimentos operacionais padrão das atividades. Além disso, foi o único restaurante que apresentava o profissional nutricionista como responsável técnico. Os demais restaurantes apresentaram documentação e registro incompletos, não sendo possível atender a nenhum dos subitens (Figura 11).

Figura 11 – Percentual médio de adequação (%) das condições higiênico-sanitárias dos Restaurantes de Coromandel (MG) referente à documentação e registro



Fonte: dados da pesquisa, 2019.

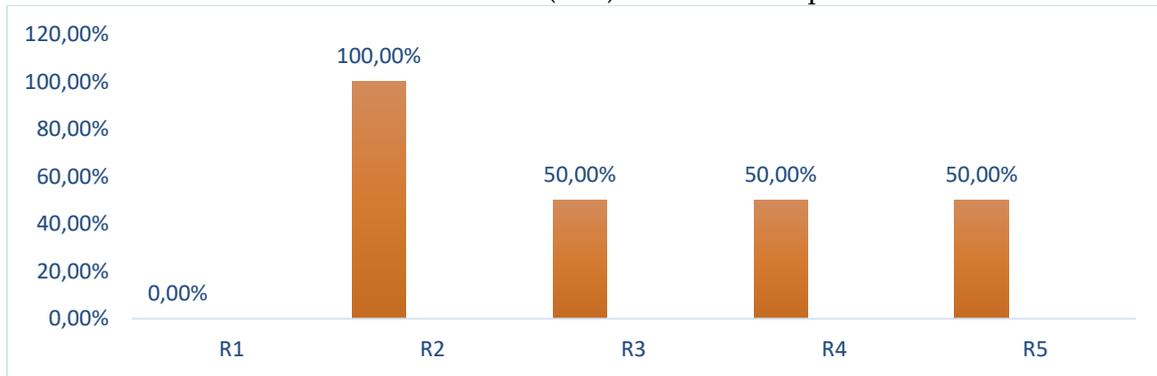
A ANVISA determina que os serviços de alimentação devem dispor de um Manual de Boas Práticas e de Procedimentos Operacionais Padronizados (POP) e que esses documentos devem estar disponíveis para os funcionários do serviço e para as autoridades sanitárias quando forem solicitadas tais documentações (BRASIL, 2004).

Barros *et al.* (2019), em estudo realizado em Picos-PI em três restaurantes *self-service* por meio da aplicação do *checklist* baseado na RDC nº 275/2002, encontraram 75% de inadequação nesse item, relatando que a maioria dos estabelecimentos não tinha o conhecimento da legislação para atuar no setor de alimentação coletiva, não apresentando responsável técnico, motivando talvez a falta de conhecimento. Já no estudo realizado por Lima (2016), o item obteve 66% de adequação geral, sendo que alguns dos restaurantes analisados não dispunham do MBPF e alguns não traziam as instruções sequenciais das operações, frequência de execução e natureza dos materiais. A presença desses documentos nesses locais é de extrema importância, para garantir não só alimento de qualidade e auxiliar os colaboradores das unidades a desenvolverem a forma correta de preparação e manipulação, facilitando também o trabalho deles dentro dos restaurantes e ampliando o conhecimento relacionado às Boas Práticas, mas também condições higiênico-sanitárias.

3.2.12 Responsabilidade

Em três restaurantes, havia um responsável pela manipulação, no entanto não foi mostrado nenhum comprovante relacionado à capacitação nos seguintes temas: contaminantes alimentares; doenças transmitidas por alimentos; manipulação higiênica dos alimentos e Boas Práticas, de acordo com o que preconiza a RDC nº. 216/2004 (BRASIL, 2004) A exceção foi o restaurante R5, que possui nutricionista como responsável técnico, no entanto esse profissional exercia outras funções dentro da unidade, trabalhando na pesagem e no caixa do restaurante.

Figura 12 – Percentual médio de adequação (%) das condições higiênicO-sanitárias dos Restaurantes de Coromandel (MG) referente à responsabilidade



Fonte: dados da pesquisa, 2019.

No restaurante R1, não havia responsável ou funcionário pelas atividades de manipulação; no restaurante R2, apesar de sua média geral em todos os itens ter sido baixa (Tabela 2) por falta de organização e presença de grandes irregularidades, foi o único que apresentou funcionário capacitado e designado com conhecimento comprovado, apesar de não conseguir aplicar o recomendado pela RDC nº. 216/2004 (Figura 12).

Barros *et al.* (2019), ao realizar a aplicação do *checklist* RDC nº. 216/2004 em três unidades, observaram ausência de responsável técnico, o que leva a falta de conhecimento das legislações pelos colaboradores, além de falha nas adequações necessárias para garantir a segurança dos alimentos nesses serviços de alimentação. Para Mello *et al.* (2013) todas as UANs visitadas apresentaram responsável técnico capacitado pelas atividades de manipulação dos alimentos sendo o nutricionista o profissional que possuía maior responsabilidade relacionada a possíveis ocorrências de surtos de DTAs.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo mostraram que os restaurantes *self-service* avaliados em Coromandel (MG) apresentaram condições higiênicO-sanitárias insatisfatórias, por atingirem uma média geral de 54% de adequação, classificados como 'regulares'. Esse resultado reflete as condições inadequadas durante a produção, a distribuição e a recepção dos alimentos, sendo um grande risco para a saúde dos comensais.

O item 5 (manejo de resíduos) foi o que apresentou maior adequação, obtendo uma média de 93%, já o item 11 (documentação e registro) foi o de maior índice de inadequação, sendo somente 8% de adequação. Percebe-se que, na maioria dos restaurantes visitados, não havia profissional nutricionista como responsável técnico – além de elevada falta de conhecimento dos responsáveis por cada unidade em relação às BPF. Os restaurantes não estão de acordo com o que a legislação vigente preconiza, sendo a principal causa de baixa adequação a ausência do nutricionista, que poderia supervisionar o trabalho em cada setor de atividade desses locais e implantar as BPF.

Portanto, são propostas medidas de intervenção para melhorar as condições higiênicO-sanitárias no preparo de alimentos dos estabelecimentos pesquisados.

Recomenda-se um maior envolvimento por parte dos proprietários no ambiente das unidades, para estarem mais ativos e atentos em relação à realidade dentro da cozinha e aplicarem melhor o que a legislação preconiza. Ademais, é indicado que eles sejam submetidos a cursos ou auditorias relacionados às BPF. Por fim, é importante que haja a conscientização dos proprietários sobre a importância do responsável técnico para o alcance de resultados positivos e a garantia da produção de um alimento saudável livre de contaminantes. Portanto, a presença do nutricionista nesses locais é imprescindível para implantação das BPF e consequente adequação à legislação.

REFERÊNCIAS

AKUTSU, Rita de Cássia *et al.* Adequação das boas práticas de fabricação em serviços de alimentação. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 3, p. 419-427, jun. 2005.

ALMEIDA, Elisabeth Barth *et al.* Condições higiênico-sanitárias de estabelecimentos de alimentação de um parque multitemático no Vale do Itajaí, Santa Catarina, Brasil. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, v. 23, p. 904-911, 2016.

BARROS, Nara Vanessa dos Anjos *et al.* Avaliação da qualidade higiênico-sanitária em restaurantes *self-service* do município de Picos-PI. **Revista interdisciplinar**, Teresina-PI, v. 12, n. 2, p. 53-60, abr./mai./jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº. 216, de 15 de setembro de 2004. Regulamento técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, p.25, 16 set. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 275, de 21 de outubro de 2002. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2002.

CONSELHO REGIONAL DE NUTRIÇÃO. **Estudo de caso de um restaurante para o projeto Alimenta Saúde**, abr. 2016.

IGLESIAS, Giovana Stanzani; FERNANDES, Gracie Ferraz Rodrigues. R. Avaliação das condições higiênico-sanitárias de um Serviço de Nutrição e Dietética do município de Bebedouro. **Revista Ciências Nutricionais Online**, Bebedouro (SP), v. 2, n. 2, p. 42-46, 2018.

LIMA, Luciana Batista de. **Avaliação das condições higiênico-sanitárias de restaurantes populares no Rio Grande do Norte**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição). Departamento de Nutrição, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, 2016.

MACIEL, Samea Elaine Santos *et al.* Unidades de alimentação e nutrição: Aplicação de checklist e avaliação microbiológica. **Revista Brasileira de Higiene e Sanidade Animal**, Sergipe, v. 11, n. 4, p. 399-415, out./dez. 2017.

MAYARA, Nathiane *et al.* Condições higiênico-sanitárias das unidades produtoras de alimentos em hotéis do município de Caruaru, Pernambuco. **Veredas: Revista Eletrônica de Ciência**, Caruaru, v. 7, n. 2, p. 109-122, 2014.

MEDEIROS, Camila Yasmini Targino dos Santos Lima Barros de *et al.* Avaliação global sobre práticas higiênico-sanitárias, contaminação e acometimento de DTA's. Rio de Janeiro: **Thieme Revinter**, Publicações Ltda., 2018.

MELLO, Jozi Fagundes de *et al.* Avaliação de higiene e das boas práticas em UAN. **Rev. Alim. Nutr.** Araraquara (SP), v. 24, n. 2, p. 175-182, abr./jun. 2013.

MENDES, Laira Aparecida Reis; PEREIRA, Marco Antônio Olavo. **Análise da adoção das boas práticas de fabricação em restaurantes comerciais de self-service**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição), Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS, Varginha (MG), 2018.

OLIVEIRA, Juliana Maria de; MAGRINE, Izabella Cristina Ortega. Avaliação das condições higiênico-sanitário dos restaurantes de Porto Rico-PR. **Revista Uningá**, Maringá (PR), v. 42, p. 54-58, out./dez. 2014.

PROENÇA, Rossana Pacheco da Costa *et al.* **Qualidade nutricional e sensorial na produção de refeições**. Florianópolis: Ed UFSC, 2005.

SOUZA, Claudiane Helena de *et al.* Avaliação das condições higiênico sanitárias em uma unidade de alimentação e nutrição hoteleira, na cidade de Timóteo (MG). **Nutrir Gerais: Revista Digital de Nutrição**, Itapetinga, v. 3, n. 4, p. 312-329, fev./jul. 2009.

SPETHMANN, Carlos Nascimento. **Medicina alternativa de A a Z**. Uberlândia (MG): Editora Natureza, 2003.

VALENTE, Dario; PASSOS, Afonso Dinis Costa. Avaliação higiênico-sanitária e físico-estrutural dos supermercados de uma cidade do Sudeste do Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 7, 2004.

VARGAS, Daniele; UENO, Mariko. Higiene na manipulação de lanches no comércio ambulante de alimentos. **Rev. Hig. Alimentar**, v. 28, n. 236-237, p. 38-43, 2014.

Avaliação do risco de dislipidemia no climatério: realidade de mulheres atendidas na Clínica de Fisioterapia do Centro Universitário de Patos de Minas (MG)

*Dyslipidemia risk assessment during menopause: women reality who are attended at the
Physiotherapy Clinic of the University Center of Patos de Minas (MG)*

CRISLAINE SILVA DE SOUSA

Discente do curso de Farmácia (UNIPAM)

E-mail: crislainesousa@yahoo.com.br

NATÁLIA FILARDI TAFURI

Professora orientadora (UNIPAM)

E-mail: nataliaft@unipam.edu.br

Resumo: Estudos revelam que mulheres na fase do climatério apresentam uma diminuição considerável dos níveis estrogênicos, sendo este um fator responsável pela evolução da dislipidemia. A pesquisa objetivou avaliar o risco de dislipidemia em mulheres no climatério (entre 40 a 65 anos) atendidas na Clínica de Fisioterapia do Centro Universitário de Patos de Minas (MG), verificando a presença de alterações no perfil lipídico mediante coletas de amostras sanguíneas. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da mesma instituição. Observou-se que aproximadamente 60% das mulheres climatéricas apresentaram dosagens alteradas, sendo que 55% foram referentes à diminuição isolada da fração HDL ou em associação com o aumento da LDL e/ou triglicérides, fatores consideráveis também para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. As mulheres apresentaram alterações sugestivas de dislipidemia, o que alerta para a necessidade de um olhar mais atento dos profissionais de saúde a esse grupo populacional.

Palavras-chave: Dislipidemia. Climatério. Dosagens bioquímicas.

Abstract: Studies show that women in the climacteric phase present a considerable decrease in estrogen levels, which is a factor responsible for the evolution of dyslipidemia. The research aimed to evaluate the risk of dyslipidemia in climacteric women (between 40 and 65 years old) attended at the Physiotherapy Clinic of the University Center of Patos de Minas-MG, verifying the presence of alterations in the lipid profile by collecting blood samples. The project was submitted to the Research Ethics Committee (CEP) of the same institution. Approximately 60% of the climacteric women had altered dosages, 55% were related to the isolated reduction of the HDL fraction or in association with the increase of LDL and / or triglycerides, considerable factors also for the development of cardiovascular diseases. Women presented alterations suggestive of dyslipidemia, warning for the need of a closer look of health professionals to this population group.

Keywords: Dyslipidemia. Climacteric. Biochemical dosages.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O climatério é uma fase relevante na vida da mulher. Nessa fase, ocorrem alterações hormonais, metabólicas e psicológicas que promovem uma série de sinais e sintomas desgastantes. A intensidade desses sintomas depende não só de fatores socioeconômicos e emocionais, estilo de vida e alimentação com ingestão excessiva de carboidratos e de gorduras, mas também de contribuição de equipes de saúde. “É definido pela Organização Mundial da Saúde como uma fase biológica da vida e não um processo patológico, que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher”. (BRASIL, 2008, p. 11). De acordo com Gallon (2009), a fase climatérica inicia-se por volta dos 40 anos e termina aos 65 anos.

Durante o período climatérico, um fator que muito contribui para as alterações no metabolismo lipídico é o hipoestrogenismo, ou seja, diminuição dos níveis estrogênicos, influenciando no aumento dos níveis de colesterol total (CT), colesterol-LDL (*Low-density lipoprotein*), triglicérides (TG) e diminuição nos níveis de colesterol-HDL (*High-density lipoprotein*). Além disso, “o climatério pode ser favorável à instalação de aterosclerose, doença coronariana, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral, que estão entre as principais causas de mortalidade nas mulheres”. (BRASIL, 2008, p. 11).

Os níveis de lipídeos na corrente sanguínea estão associados ao hábito de praticar exercícios, de ingerir bebidas alcoólicas, carboidratos e gorduras e ao índice de massa corpórea. (BRASIL, 2011).

As dislipidemias são alterações no metabolismo das lipoproteínas circulantes decorrentes de fatores genéticos, hábito alimentar, estilo de vida, Diabetes *mellitus*, hipotireoidismo, obesidade e uso de medicamentos como diuréticos, betabloqueadores, corticoides e anabolizantes (EURÍPEDES; JESUS, 2009). Alterações no perfil lipídico como HDL < 50 mg/dL, LDL ≥ 160 mg/dL e TG ≥ 150 mg/dL servem de alerta para se realizar o diagnóstico. “Se TG ≥ 400 mg/dL, o cálculo do LDL pela fórmula de Friedewald é inadequado, devendo-se considerar o não HDL ≥ 190 mg/dL”. (FALUDI *et al.*, 2017, p. 13).

Etiologicamente classificam-se como primárias ou secundárias. Primárias se o distúrbio lipídico for de origem genética, e secundária se consequentes à doença de base ou ao uso de medicamentos. Podem-se classificar em hiperlipidemias quando apresentar níveis elevados de lipoproteínas e hipolipidemias na presença de níveis plasmáticos de lipoproteínas baixos. (FALUDI *et al.*, 2017).

Para Faludi *et al.* (2017, p. 13), na classificação laboratorial,

[...] as dislipidemias podem ser classificadas de acordo com a fração lipídica alterada:

- Hipercolesterolemia isolada: aumento isolado do LDL-c (LDL-c ≥ 160 mg/dL).
- Hipertrigliceridemia isolada: aumento isolado de triglicérides (TG ≥ 150 mg/dL).

- Hiperlipidemia mista: aumento do LDL-c ($\text{LDL-c} \geq 160 \text{ mg/dL}$) e dos TG ($\text{TG} \geq 150 \text{ mg/dL}$ ou $\geq 175 \text{ mg/dL}$, se a amostra for obtida sem jejum).
- HDL-c baixo: redução do HDL-c (homens $< 40 \text{ mg/dL}$ e mulheres $< 50 \text{ mg/dL}$) isolada ou em associação ao aumento de LDL-c ou de TG.

Como a dislipidemia pode cursar de forma silenciosa, deve-se rastreá-la e, se necessário, monitorar logo no início da idade adulta principalmente se existirem fatores de risco cardiovascular, como tabagismo, hipertensão arterial, diabetes e obesidade. (GRILO, 2012).

A primeira estratégia terapêutica para o tratamento da dislipidemia após a exclusão de fatores secundários baseia-se em alterações do estilo de vida. A dislipidemia é uma 'doença assintomática'; "o diagnóstico e o início imediato do tratamento são de grande relevância, considerando que a maior incidência de complicações ocorre em pacientes diagnosticados, tardiamente". (GRILO, 2012, p. 44).

Quando não é possível o controle da dislipidemia por alterações do estilo de vida, deve associar-se à realização de um tratamento farmacológico. A seleção de um fármaco deve ser fundamentada atendendo a diversos critérios, como o tipo de dislipidemia a tratar, o efeito do fármaco nos lipídeos e nas diversas lipoproteínas plasmáticas, a facilidade de administração e o perfil de efeitos adversos. Os principais medicamentos usados são estatinas, fibratos, ácido nicotínico, ezetimiba e resinas. "Os que atuam principalmente sobre o colesterol são as estatinas, a ezetimiba e as resinas, enquanto os que atuam preferencialmente sobre triglicérides são os fibratos e o ácido nicotínico". (GRILO, 2012, p. 16).

Esta pesquisa teve como objetivo principal avaliar o risco de dislipidemia em mulheres no climatério atendidas na Clínica de Fisioterapia do Centro Universitário de Patos de Minas (MG) e como objetivos específicos verificar a presença de alterações do perfil lipídico por meio de análises laboratoriais de exames de CT e frações e TG, identificar a presença de fatores de risco associados à dislipidemia e orientar as mulheres que apresentassem perfil lipídico alterado quanto à necessidade de cumprimento de tratamento farmacológico e não farmacológico. Justificou esta pesquisa a suspeita de que grande parte dessas mulheres desconhecia as alterações lipídicas decorrentes do hipostrogenismo, podendo contribuir para a evolução de eventos mais graves. Uma avaliação clínica e/ou alerta sobre monitoramento durante esse período de decréscimo hormonal, levando em consideração a preocupação com o diagnóstico precoce de dislipidemia, é fator relevante para se evitarem complicações futuras.

2 METODOLOGIA

Inicialmente, solicitou-se à coordenadora do curso de Fisioterapia autorização para a realização da pesquisa na Clínica de Fisioterapia do Centro Universitário de Patos de Minas (MG). Em seguida, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética da instituição de ensino de acordo com a resolução 196/96. Após aprovação do comitê sob o nº 2.086.716, as participantes foram identificadas a partir do cadastro da clínica.

Para atingir os objetivos propostos, desenvolveu-se uma pesquisa de campo referente à avaliação de perfil lipídico em mulheres no climatério atendidas na Clínica

de Fisioterapia situada na Rua Major Gote, 808, Bairro Alto dos Caiçaras. Segundo Prodanov e Freitas (2013), pesquisa de campo compreende uma pesquisa utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de uma hipótese que queiramos comprovar.

Quanto aos fins, a pesquisa foi descritiva, transversal e qualitativa. De acordo com Fontelles *et al.*, (2009), a pesquisa descritiva é aquela que visa apenas a observar, registrar e descrever as características de um determinado fenômeno ocorrido em uma amostra ou população, sem, no entanto, analisar o mérito de seu conteúdo. O estudo transversal é aquele que é realizado em um curto período de tempo. Já a pesquisa qualitativa é apropriada para quem busca o entendimento mediante descrições, interpretações e comparações, sem considerar os seus aspectos numéricos em termos de regras matemáticas e estatísticas.

Como critério de inclusão, consideraram-se somente mulheres com idade entre 40 a 65 anos. Foram excluídas da pesquisa aquelas que não aceitaram participar, as que faziam uso de medicamentos hipolipemiantes e reposição hormonal. Para realizar essa exclusão, foi realizada uma entrevista prévia com obtenção de dados que definiram a amostra. As informações relevantes para o desenvolvimento da pesquisa com as participantes selecionadas foram obtidas por meio de uma segunda entrevista semiestruturada. Mediante a aplicação e autorização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as mulheres climatéricas tiveram conhecimento que poderiam deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo ou coação. Em nenhum momento, elas foram identificadas. Mesmo após a publicação dos resultados, a identidade manteve-se preservada. Os riscos consistiram em exposição pessoal e riscos referentes à coleta de sangue, como dor, hematoma ou outro desconforto. Como forma de amenizar esses riscos, as participantes foram identificadas somente pelas iniciais do seu nome e sobrenome, e a coleta foi realizada somente por profissionais treinados.

Como parâmetros bioquímicos, foram dosados CT, HDL e TG, sendo os valores de referência adotados pelo referido laboratório parametrizados de acordo com Xavier *et al.*, (2013). As frações LDL e VLDL foram obtidas respectivamente através do cálculo $[LDL = (CT - HDL) - (TG/5)]$ pela fórmula de Friedewald. Já a fração não HDL obteve-se subtraindo o valor do HDL do CT ($CT - HDL = \text{não HDL}$) (FALUDI *et al.*, 2017).

As coletas de amostras sanguíneas foram realizadas com jejum de doze horas, conforme padronizado pelo Laboratório Universitário de Análises Clínicas e Toxicológicas do Centro Universitário de Patos de Minas (MG), onde foram realizadas as coletas e as análises. Coletaram-se aproximadamente 3 ml de sangue das participantes por punção na fossa cubital, na área anterior do braço em frente e abaixo do cotovelo. Após centrifugação, as análises foram realizadas pelo método enzimático colorimétrico no aparelho Envoy 500+®, utilizando 200 µl de soro para cada teste. O conteúdo dos dados coletados em uma única amostra de cada participante foi tabulado, avaliado e discutido de forma descritiva, utilizando-se de gráficos e tabelas do *Microsoft Excel 2010*.

Os laudos fornecidos pelo laboratório foram repassados às participantes depois de registrados e avaliados os valores obtidos, associados às orientações farmacêuticas quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico, trazendo benefício para um possível diagnóstico de dislipidemia e um controle dessa patologia pelas mulheres participantes da pesquisa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

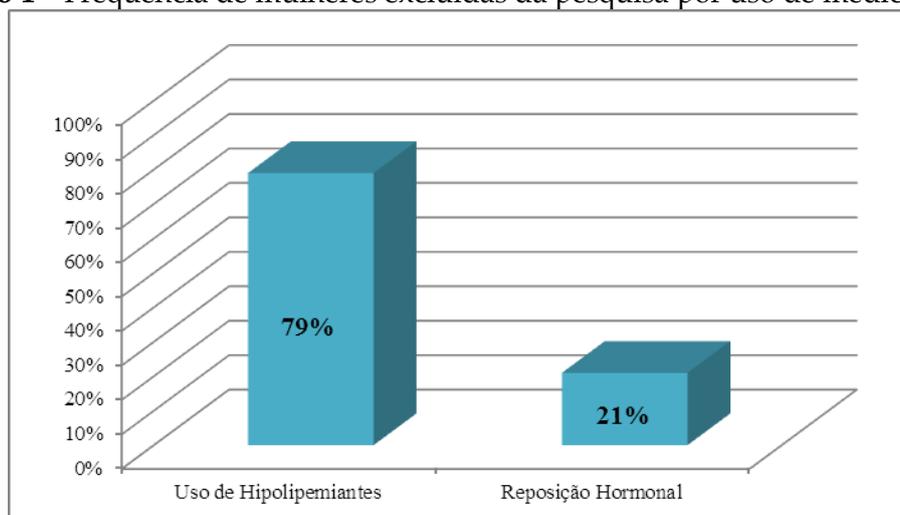
Em junho e julho de 2017, 49 mulheres passaram por entrevista de pré-seleção de amostragem para a presente pesquisa. Dentre elas, 19 foram excluídas, conforme critério de exclusão especificado na metodologia e justificados no Quadro 1, pois, dentre elas, 79% (15 participantes) relataram uso de medicamentos hipolipemiantes (sinvastatina, atorvastatina e fenofibrato) e 21% (4 participantes), uso de hormônios (Cliane®, tibolona e chá de folha amora-preta), evidenciados no Gráfico 1.

Quadro 1 – Principais terapêuticas utilizadas por participantes excluídas da amostragem

Classes farmacológicas	Características	Efeitos no perfil lipídico
Estatinas	Atuam no fígado (principal local de síntese de colesterol e depuração de LDL). Fazem parte dos hipolipemiantes mais eficazes em reduzir o LDL apresentando maior evidência de benefícios clínicos, sendo conseqüentemente os fármacos mais utilizados nas hiperlipidemias. Ex.: sinvastatina, atorvastatina e rosuvastatina.	Aumento do HDL e diminuição do LDL e TG.
Fibratos	Medicamentos de primeira escolha no tratamento da hipertrigliceridemia e têm um papel importante no controle das lipidemias mistas. Ex.: clofibrato, bezafibrato, fenofibrato, etofibrato, genfibrozilo e cipofibrato.	Aumento do HDL e diminuição do LDL.
Esteroides sintéticos	Permitem a reposição estrogênica em mulheres na pós-menopausa e alivia os sintomas menopáusicos. Ex.: tibolona.	Diminuição acentuada nos níveis do HDL e TG.
Estrogênio natural humano e progestógeno sintético	O estradiol fornece reposição hormonal durante e após o climatério, e a adição do acetato de noretisterona impede o desenvolvimento de hiperplasia endometrial. Ex.: Cliane®.	Diminuição do CT, LDL e TG.
Fitoestrogênios	Contribuem para alívio dos fogachos provenientes da menopausa e são indicados como terapia de reposição hormonal. Atuam também na prevenção de enfermidades cardiovasculares e circulatórias. Ex.: amora preta.	Diminuição dos níveis de CT devido à presença de pectina (fibra solúvel).

Fonte: adaptação de Grilo, 2012; LIBBS Farmacêutica Ltda., 2013; Bayer S. A., 2015; Vizzotto, Pereira, 2011.

Gráfico 1 – Frequência de mulheres excluídas da pesquisa por uso de medicamentos



Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Os dados das outras 30 mulheres que não se enquadraram nos critérios de exclusão foram devidamente registrados e, em setembro de 2017, foi agendada a coleta de sangue para dosagem de perfil lipídico. Dessa amostragem, uma desistiu, duas não compareceram e para quatro o contato por telefone foi sem sucesso, restando 22 com participação ativa na pesquisa, tendo sido dosados parâmetros do perfil lipídico após jejum de 12 a 14 horas. As participantes amostradas apresentaram média de idade de 54 anos, e as participantes com alterações lipídicas (Tabela 1) apresentaram média de idade de 56 anos. A Tabela 1 apresenta os valores obtidos, sendo a classificação de alteração baseada nos parâmetros definidos pela atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção de Aterosclerose, disponibilizada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (FALUDI *et al.*, 2017), esses últimos dispostos na Tabela 2.

Tabela 1 – Perfil lipídico das participantes da pesquisa

Nº Identificação	CT (mg/dL)	HDL (mg/dL)	LDL (mg/dL)	VLDL (mg/dL)	Não HDL (mg/dL)	TG (mg/dL)
1 - E. M. S.	161.0	50.0	89.0	22.0	111.0	110.0
2 - A. C. S. A.	177.0	50.0	110.4	16.6	127.0	83.0
3 - I. N. O.	213.0	66.0	124.2	22.8	147.0	114.0
4 - M. M. S.	180.0	60.0	103.0	17.0	120.0	85.0
5 - A. F. B.	195.0	40.0	107.4	47.6	155.0	238.0
6 - M. T. F. M.	254.0	53.0	178.4	22.6	201.0	113.0
7 - H. M. P. O.	179.0	46.0	114.6	18.4	133.0	92.0
8 - M. L. M. B.	185.0	54.0	105.4	25.6	131.0	128.0
9 - M. A. S.	161.0	38.0	84.0	39.0	123.0	195.0
10 - M. M. M.	197.0	45.0	134.4	17.6	152.0	88.0
11 - E. N. B. S.	205.0	37.0	117.8	50.2	168.0	251.0
12 - G. L. A.	231.0	43.0	145.6	42.4	188.0	212.0
13 - M. H. A.	239.0	73.0	147.0	19.0	166.0	95.0

14 - V. F. F. S.	239.0	53.0	168.8	17.2	186.0	86.0
15 - A. M. B.	118.0	41.0	58.4	18.6	77.0	93.0
16 - I. N. A.	179.0	68.0	93.2	17.8	111.0	89.0
17 - I. M. G. L.	184.0	47.0	114.0	23.0	137.0	115.0
18 - M. R. G.	159.0	53.0	86.8	19.2	106.0	96.0
19 - A. L. M.	256.0	63.0	160.4	32.6	193.0	163.0
20 - M. A. S. A.	182.0	38.0	118.8	25.2	144.0	126.0
21 - V. A. M. P.	220.0	58.0	148.6	13.4	162.0	67.0
22 - D. M. S.	173.0	39.0	118.0	16.0	134.0	80.0

Nota: Os resultados em vermelho servem de alerta para monitoramento; em negrito, indicam as participantes que não apresentaram alterações; os que estão sombreados representam as dosagens alteradas segundo a classificação laboratorial, para fins de diagnóstico de dislipidemia (FALUDI *et al.*, 2017).

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Tabela 2 – Valores referenciais e de alvo terapêutico* do perfil lipídico para adultos > 20 anos

Lipídeos	Com jejum (mg/dL)	Sem jejum (mg/dL)	Categoria referencial
Colesterol total	< 190	< 190	Desejável
HDL Colesterol	> 40	> 40	Desejável
Triglicérides	< 150	< 175	Desejável
			Categoria de risco
LDL Colesterol	< 130	< 130	Baixo
	< 100	< 100	Intermediário
	< 70	< 70	Alto
	< 50	< 50	Muito Alto
Colesterol não HDL	< 160	< 160	Baixo
	< 130	< 130	Intermediário
	< 100	< 100	Alto
	< 80	< 80	Muito Alto

*Conforme avaliação de risco cardiovascular CT > 310 mg/dL, há probabilidade de hipercolesterolemia familiar. Quando os níveis de triglicérides estiverem acima de 440 mg/dL (sem jejum), o médico solicitante fará outra prescrição para a avaliação de TG com jejum de 12 horas e será considerado um novo exame de triglicérides pelo laboratório clínico.

Fonte: Faludi *et al.*, 2017, p. 8.

3.1 COLESTEROL TOTAL

O colesterol, esteroide encontrado em praticamente todos os tecidos, “é importante para a formação e função das membranas celulares e para a síntese de sais biliares, hormônios esteroides e vitamina D.” (FALUDI *et al.*, 2017, p. 14). Aproximadamente 50% de sua síntese ocorrem no fígado; 15%, no intestino; o restante é

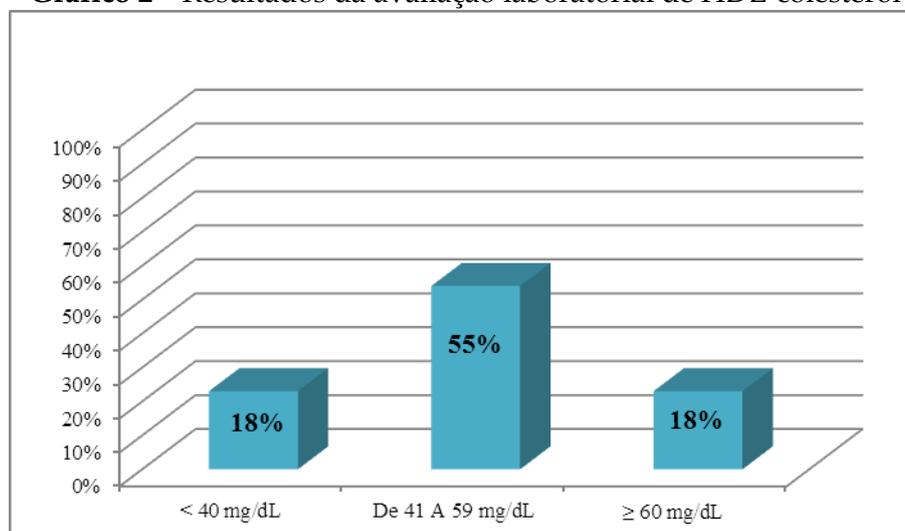
proveniente de dieta. “Os níveis séricos do CT também podem ser decorrentes de fatores hereditários.” (FORNAZARI; SANNAZZARO; SANNAZZARO, 2004, p. 15).

De acordo com valores de referência disponibilizados por Faludi *et al.* (2017), as análises laboratoriais realizadas resultaram em 45% (10 participantes) com valores de CT acima do desejável ($\geq 190\text{mg/mL}$). No entanto, a dosagem de CT isolada não é critério de avaliação de risco de dislipidemia, mas sim recomendado no rastreamento do risco cardiovascular em conjunto com as análises das frações não HDL, HDL e LDL (FALUDI *et al.*, 2017).

3.2 HDL-COLESTEROL

O transporte do colesterol no sangue é feito por meio de lipoproteínas, que são complexos de lipídeos e proteínas. HDL é uma lipoproteína de alta densidade sintetizada no fígado, intestino e, na circulação, age removendo o excesso de colesterol dos tecidos. (FORNAZARI; SANNAZZARO; SANNAZZARO, 2004). Dando sequência às análises, observa-se no Gráfico 2 que 18% (4 mulheres) apresentaram valores baixos, 55% (12) valores aceitáveis, e 18% (4), desejáveis, segundo os valores de referência adotados pelo laboratório onde foram realizadas as análises, parametrizados por Xavier *et al.* (2013). No entanto, observando-se os parâmetros definidos por Faludi *et al.* (2017), 10 mulheres (45%) apresentaram HDL menor que 50 mg/dL, enquadrando-se no perfil de alerta para diagnóstico de dislipidemia.

Gráfico 2 – Resultados da avaliação laboratorial de HDL-colesterol



Nota: Valores de referência de HDL colesterol adotados pelo laboratório, segundo Xavier *et al.* (2013): desejável: maior que 60mg/dL; aceitável: de 41 a 59mg/dL; baixo: menor que 40mg/dL.

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

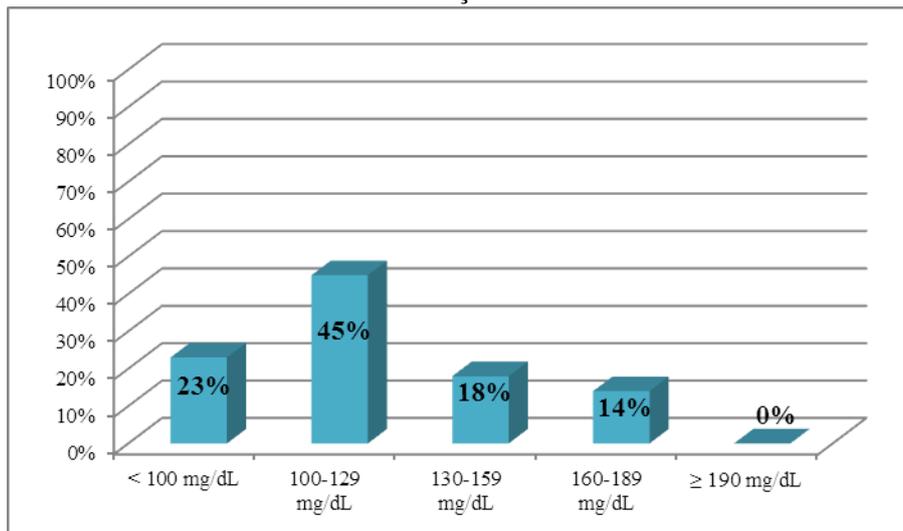
3.3 LDL-COLESTEROL

As lipoproteínas de baixa densidade, LDL, são responsáveis pelo carregamento do colesterol do fígado e intestino para as membranas ou para a produção de esteroides. Porém, quando sua estrutura é modificada, torna-se agressiva e patogênica podendo

resultar na formação de uma placa aterosclerótica e promover doenças cardiovasculares. (FORNAZARI; SANNAZZARO; SANNAZZARO, 2004).

Conforme representado no Gráfico 3, somente 23% (5 participantes) apresentaram valores ótimos; 45% (10), valores desejáveis; 18% (4), valores limítrofes; 14% (3), alto; nenhuma das participantes, valores muito altos, segundo os valores de referência adotados pelo laboratório onde foram realizadas as análises. Já, seguindo a classificação de Faludi *et al.* (2017), 14% da amostra estão predispostas à dislipidemia.

Gráfico 3 – Resultados da avaliação laboratorial de LDL-colesterol



Nota: Valores de referência de LDL colesterol adotados pelo laboratório, segundo Xavier *et al.* (2013): ótimo: menor que 100mg/dL; aceitável: de 100 a 129mg/dL; limítrofe: 130mg/dL a 159 mg/dL; alto: de 160mg/dL a 189mg/dL; muito alto: maior ou igual a 190mg/dL.

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

3.4 COLESTEROL NÃO HDL

A fração não HDL representa a fração do colesterol nas lipoproteínas plasmáticas, exceto a HDL. É estimada subtraindo-se o valor do HDL do CT. “A utilização da não HDL tem a finalidade de determinar a quantidade de lipoproteínas aterogênicas circulantes no plasma, especialmente em indivíduos com TG elevados.”. (FALUDI *et al.*, 2017, p. 8).

De acordo com a tabela de valores referenciais, 32% (7 participantes) da amostra apresentaram resultados da fração não HDL como categoria de risco intermediário, ou seja, < 130 mg/dL. Porém, somente seria necessário utilizar esse dado na classificação de dislipidemia se alguma mulher climatérica apresentasse valor de TG ≥ 400 mg/dL, em que o cálculo da LDL seria inadequado, sendo substituído pela fração não HDL considerando alterada para esta classificação se ≥ 190 mg/dL (FALUDI *et al.*, 2017).

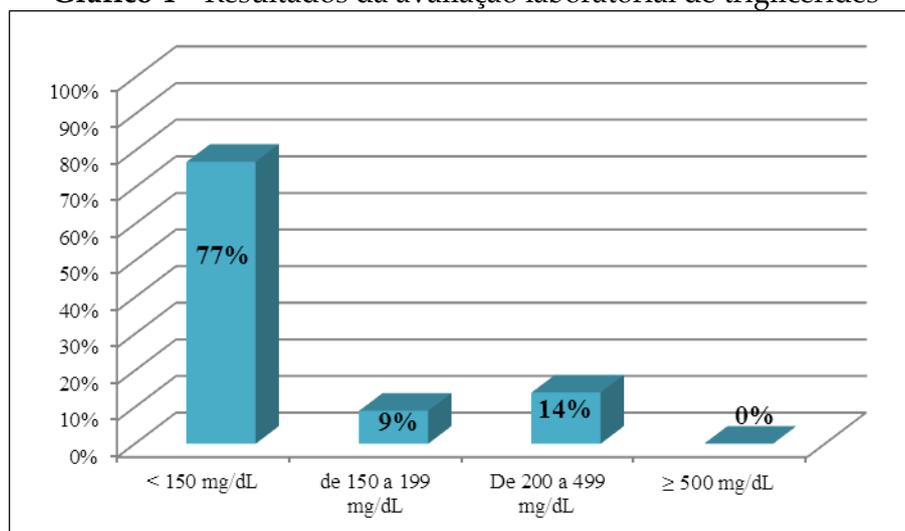
3.5 TRIGLICÉRIDES

Já o TG, caracterizado pela principal gordura originária da alimentação, pode ser sintetizado pelo organismo. Níveis acima de 200 mg/dL associam-se a uma maior

ocorrência de doença coronariana e costumam acompanhar-se de baixos níveis de HDL e altos níveis de LDL. A ingestão de gordura, doces e álcool pode elevar os triglicérides, razão pela qual se deve medir sua concentração no sangue após 12 horas de jejum. (SBC, 2014).

O Gráfico 4 indica que 77% (17 mulheres) encontram-se com resultados desejáveis, ou seja, dentro da normalidade. 9% (2) apresentaram resultados dentro do limite e 14% (3), resultados altos, segundo os valores de referência adotados pelo laboratório onde foram realizadas as análises. Por outro lado, 23% (5) se enquadrariam na classificação da dislipidemia de acordo com Faludi *et al.* (2017).

Gráfico 4 – Resultados da avaliação laboratorial de triglicérides



Nota: Valores de referência de TG adotados pelo laboratório, segundo Xavier *et al.* (2013): desejável: menor que 150 mg/dL; limítrofe: 150mg/dL a 200 mg/dL; alto: de 200mg/dL a 499mg/dL; muito alto: maior ou igual a 500 mg/dL.

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Uma das aplicações clínicas importantes na avaliação do perfil lipídico é auxiliar no diagnóstico médico das dislipidemias. Estas podem ser classificadas em hiperlipidemias (níveis elevados de lipoproteínas) e hipolipidemias (níveis plasmáticos de lipoproteínas baixos). Tanto as hiper quanto as hipolipidemias podem ter causas primárias (origem genética) ou secundárias (decorrentes de estilo de vida inadequado, doenças crônicas ou de medicamentos). (FALUDI *et al.*, 2017). Os Quadros 2 e 3 demonstram, de forma detalhada, dois fatores interferentes na dislipidemia secundária.

Quadro 2 – Influência de doenças no perfil lipídico

Doenças	Alterações laboratoriais
Hipotireoidismo	Aumento do colesterol total, às vezes de triglicérides e diminuição do HDL.
Síndrome nefrótica	Aumento do colesterol total, de triglicérides e diminuição do HDL nas formas mais graves.
Insuficiência renal crônica	Aumento do colesterol total, de triglicérides e diminuição do HDL.
Diabetes <i>mellitus</i>	Aumento de triglicérides.
Obesidade	Aumento de triglicérides e diminuição do HDL.
Icterícia obstrutiva	Aumento acentuado do colesterol total.
Alcoolismo	Aumento de triglicérides e, às vezes, do HDL, nível variável de LDL.

Fonte: Santos; Guimarães; Diament, 1999.

Quadro 3 – Influência de medicamentos no perfil lipídico

Medicamentos	Alterações laboratoriais
Diuréticos	Aumento de triglicérides e diminuição do HDL.
Betabloqueadores adrenérgicos	Aumento de triglicérides e diminuição do HDL.
Anticoncepcionais	Aumento de triglicérides.
Corticosteroides	Aumento do colesterol total e triglicérides.
Anabolizantes	Aumento do colesterol e diminuição do HDL.

Obs.: o uso de estrógenos, como reposição em mulheres na fase pós-menopausa, associa-se à diminuição de LDL e ao aumento de VLDL e HDL; em seu conjunto pode ser benéfico.

Fonte: Santos; Guimarães; Diament, 1999.

Dessa forma, com base nas doenças e medicamentos que influenciam o perfil lipídico, os dados do Quadro 4 e da Tabela 3 sugerem que 27 % (6 participantes) não apresentaram alterações sugestivas de dislipidemia. Outros 27% (6 participantes) apresentaram alterações, sem a possibilidade de identificar uma possível causa das mesmas, pois essas mulheres não usavam medicamentos e não relataram doenças crônicas. Vale a pena ainda considerar que, na pesquisa, não se buscaram informações para avaliar a ocorrência de dislipidemias por causa genética.

Das 22 participantes amostradas, 23% (5) propõem-se à dislipidemia secundária por doenças crônicas e 55% (12) sugerem-se ser portadoras de dislipidemia secundária por uso de medicamentos, baseados em informações da entrevista detalhadas na Tabela 5.

Quadro 4 – Medicamentos e doenças crônicas interferentes relatadas pelas participantes

Paciente	Medicamentos	Doenças crônicas
1	Fumarato de formoterol di-hidratado e budesonida	Não
2	Anticoncepcional	Não
3	Levotiroxina sódica	Hipotireoidismo
4	Hidroclorotiazida, propranolol	Não
5	Hidroclorotiazida	Não
6	Levotiroxina sódica	Hipotireoidismo
7	Hidroclorotiazida	Não
8	Não	Não
9	Hidroclorotiazida	Não
10	Não	Não
11	Hidroclorotiazida, propranolol	Não
12	Não	Não
13	Não	Não
14	Não	Não
15	Levotiroxina sódica, propranolol, prednisona	Hipotireoidismo
16	Levotiroxina sódica	Hipotireoidismo
17	Hidroclorotiazida	Não
18	Anticoncepcional	Não
19	Não	Não
20	Levotiroxina sódica	Hipotireoidismo
21	Não	Não
22	Levotiroxina sódica, hidroclorotiazida	Diabetes <i>mellitus</i> Tipo I, hipotireoidismo.

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Tabela 3 – Frequência da classificação de dislipidemia

Variáveis	N	Percentual
Dislipidemia primária consequente a causas genéticas	0	0%
Não apresentaram dislipidemia	6	27%
Dislipidemia secundária por doenças crônicas	5	23%
Sem uso de medicamentos e nenhuma doença	6	27%
Dislipidemia secundária por uso de medicamentos	12	55%

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Outra forma de classificar as dislipidemias é por meio da classificação laboratorial, de acordo com a fração lipídica alterada (FALUDI *et al.*, 2017). Considerando essa classificação, as participantes mostraram maior frequência de

dislipidemia por diminuição isolada do HDL ou em associação com aumento do LDL e/ou dos TG, como mostra a Tabela 4 – resultado relevante tanto para possível diagnóstico de dislipidemia como também para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Em uma pesquisa realizada com mulheres climatéricas no Maranhão em 2008, de 323 mulheres 80% (257) apresentaram HDL baixo e 12% (40), hipertrigliceridemia, tais alterações assemelham-se a presente pesquisa. (FIGUEIREDO NETO *et al.*, 2010).

Tabela 4 – Classificação laboratorial das dislipidemias

Variáveis	N	Percentual
Hipercolesterolemia isolada (aumento do LDL)	0	0%
Hipertrigliceridemia isolada (aumento do TG)	0	0%
Hiperlipidemia mista (valores aumentados LDL e TG)	1	5%
Não apresentaram dislipidemia	6	27%
Diminuição isolada do HDL ou em associação com aumento do LDL-c e/ou dos TG.	10	45%
CT E LDL aumentados*	2	9%
CT aumentado*	3	14%

*Não especificados na classificação de dislipidemias.

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Em estudo realizado com dados de prontuários de mulheres climatéricas atendidas no Ambulatório do Climatério (ACLI) do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP), no período de 1983 a 2007, analisou-se o prontuário de 272 pacientes. Desse total, observou-se que, entre 1983 a 1989, o índice de dislipidemia era de 45,9%, evoluindo para 59,8% entre 1990 a 1999 e chegando a 69% entre 2000 a 2007. São dados importantes que servem de alerta de que o climatério é uma fase que exige cuidados clínicos e nutricionais. (SANTOS, 2012).

Embora no estudo a presença de dislipidemia tenha sido sugerida, é importante ressaltar que o diagnóstico definitivo de dislipidemia deve ser realizado pelo profissional médico, associando parâmetros laboratoriais e a história clínica dos pacientes. Para confirmação do diagnóstico de dislipidemia, as

[...] pacientes com alterações no perfil lipídico devem ter seus exames confirmados pela repetição de nova amostra. Devendo esta, ser realizada com o intervalo mínimo de uma semana e máximo de dois meses após a coleta da primeira amostra. Esse procedimento visa reduzir a variabilidade entre os ensaios e aumentar a precisão diagnóstica. A variação entre duas dosagens no mesmo indivíduo resulta, portanto, da combinação entre as variações pré-analítica e analítica. Caso a variação entre as duas dosagens seja superior à máxima aceitável, deve-se suspeitar de interferência pré-analítica ou analítica e proceder-se a uma terceira dosagem. A realização da terceira dosagem deve ser conduzida com atenção especial às condições pré-analíticas e de preferência com a mesma metodologia e no mesmo

laboratório. Garantindo-se esses cuidados, se ainda assim persistir a variação além da esperada, o paciente com possível diagnóstico de dislipidemia deverá ser encaminhado a um serviço especializado para investigação complementar, confirmação diagnóstica e intervenção terapêutica específica. (SPOSITO *et al.*, 2007, *online*).

Hábitos saudáveis de alimentação e a manutenção do peso adequado são fundamentais para promover a saúde e o bem-estar durante toda a vida da mulher, principalmente no período do climatério. A alimentação equilibrada é importante para manter todas as funções do organismo em boas condições. Vale ressaltar que o consumo inadequado de alimentos pode contribuir para agravos, como a osteoporose, e o consumo em excesso podem comprometer a saúde com o surgimento da obesidade, que, além de ser uma doença crônica, pode aumentar os riscos para o desenvolvimento de hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e outras. Uma alimentação saudável inclui refeições preparadas com alimentos variados, com tipos e quantidades adequadas a cada fase do curso da vida, compondo refeições coloridas e saborosas que incluam nutrientes de origem tanto vegetal quanto animal. Deve ser composta por três refeições ao dia (café da manhã, almoço e jantar), intercaladas por pequenos lanches. (BRASIL, 2008).

Muitas pessoas fazem o uso da dieta hiperglicídica como fonte de energia, diminuindo assim a ingestão de lipídeos, pois acreditam que dessa forma estarão evitando doenças cardiovasculares e doenças relacionadas ao colesterol alto. O problema é que normalmente essas pessoas não conseguem dosar os alimentos compostos por carboidratos simples como refrigerantes, bolos, biscoitos e sorvetes que são os quem têm um maior índice glicêmico e a ingestão exagerada deles pode apresentar efeitos adversos graves à saúde. Com a elevação de glicemia ocorrerá o rápido armazenamento de substratos na forma de gordura corporal acarretando em ganho de peso, aumento de triglicérides, e dos níveis de LDL e a diminuição dos níveis de HDL, pois como a oxidação de carboidratos estará em alta, a oxidação de gordura irá diminuir. (MONTEIRO *et al.*, 2011, *online*).

Além de uma alimentação balanceada, a prática regular de exercício físico também resulta em muitos benefícios para o organismo, melhorando a capacidade cardiovascular e respiratória, promovendo o ganho de massa óssea, a diminuição da pressão arterial em hipertensas, a melhora na tolerância à glicose e na ação da insulina. “São recomendadas atividades de variadas naturezas, dando-se prioridade aos exercícios aeróbicos (caminhada, natação, hidroginástica) e à musculação, desde que devidamente orientados por profissionais da área”. (BRASIL, 2008, p. 57).

Durante a prática de exercícios prolongados de maior intensidade, a fonte preferencial do corpo para obter energia é a relacionada ao metabolismo dos carboidratos. Desta forma, quanto menor a intensidade do exercício, maior será a utilização de gordura corporal e, quanto maior a intensidade do exercício, maior a utilização de carboidratos. (ARAÚJO; MENÓIA, 2008, *online*).

Devido à importância do estilo de vida no reflexo das dosagens lipídicas, estabeleceu-se uma entrevista semiestruturada para conhecer mais sobre o estilo de vida de cada paciente, conforme Tabela 5. As participantes responderam a perguntas objetivando relacionar aos resultados laboratoriais obtidos.

As mulheres avaliadas neste estudo apresentaram dieta com baixa ingestão de gordura e carboidratos, fator positivo, pois a dieta rica em gordura é responsável pelo aumento de TG e LDL e redução do HDL. A tabela também relaciona outros hábitos positivos nas participantes. O hábito de fumar e a ingestão de bebida alcoólica, aspectos pouco relevantes nesta amostragem, são considerados fatores de risco para a ocorrência de dislipidemia. Algumas pesquisas demonstram sua associação com a redução dos níveis de HDL independente da carga tabágica. (BORTOLI *et al.*, 2011). A prática de atividade física, presente na rotina da maioria das pacientes, também é um fator protetor e “o impacto da atividade física ocorre principalmente na redução de triglicérides e no aumento do HDL”. (BORTOLI *et al.*, 2011, p. 38).

Tabela 5 – Resultados da entrevista sobre estilo de vida

Variáveis	N	Percentual
Você é ou já foi fumante?		
Sim	3	14%
Não	19	86%
Se sim, quantos cigarros fuma por dia?		
De 1 a 4 cigarros	2	9%
De 5 a 9 cigarros	0	0%
De 10 a 15 cigarros	1	4%
Faz uso de bebida alcoólica?		
Sim	3	14%
Não	19	86%
Se sim, com qual frequência?		
De dois a quatro dias na semana	1	4%
Somente finais de semana	2	9%
Todos os dias	0	0%
Quantas refeições você faz por dia?		
Café da manhã	20	91%
Lanche da manhã	3	14%
Almoço	22	100%
Café da tarde	17	77%
Lanche da noite	14	64%
Jantar	9	41%
Você come muita fritura?		
Sim	0	0%

Não	22	100%
Você come muito carboidrato?		
Sim	3	14%
Não	19	86%
Faz atividade física?		
Sim	17	77%
Não	5	23%
Se sim, qual tipo de atividade física?		
Hidroginástica	4	18%
Ginástica	8	36%
Caminhada	6	27%
Hidroterapia	2	9%

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Após analisar todos os parâmetros e entrevistas, juntamente com a entrega dos lados laboratoriais, prestou-se esclarecimento individualizado e específico para cada participante sobre como proceder com fatores de risco associados à dislipidemia, orientações às que apresentaram perfil lipídico alterado quanto à necessidade de uma alimentação saudável e em horários adequados e ainda sobre a realização de atividade física regular.

O aconselhamento, o alerta e o estímulo ao tratamento baseiam-se sempre nas modificações do estilo de vida como adequação da dieta, redução de peso e prática regular de exercícios físicos, além de interrupção do tabagismo. Como a dislipidemia é uma “doença assintomática”, o diagnóstico e o início imediato do tratamento são de grande relevância, considerando que a maior incidência de complicações ocorre em pacientes diagnosticados, tardiamente. (GRILLO, 2012).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados laboratoriais das dosagens lipídicas analisados individualmente não expressaram valores preocupantes, porém, analisando o conjunto, observou-se que aproximadamente 50% das mulheres climatéricas avaliadas apresentaram alterações sugestivas de dislipidemia. Dentre essas, 45% foram alterações referentes à diminuição isolada da fração HDL ou em associação com aumento da LDL e/ou TG, fatores consideráveis também para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, o que alerta para a necessidade de um olhar mais atento dos profissionais de saúde a esse grupo populacional.

Assim, como farmacêuticos e então profissionais da saúde, após a realização da pesquisa, observou-se que a alimentação balanceada foi um fator variável precisando ser esclarecido como necessidade de melhoria para as participantes, não podendo desconsiderar que o uso de medicamentos e presença de doenças crônicas também contribui relativamente para alterações lipídicas. Sendo assim, orientou-se sobre a

importância de adotar hábitos saudáveis de vida, além do uso adequado de medicamentos e monitoramento dos parâmetros lipídicos periodicamente.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Ana Paula Serra de; MENÓIA, Elizabeth. Atividade lipolítica durante a prática de atividade física: enfoque sobre o consumo de oxigênio, produção de ATP e estímulo neuro-humoral. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 1, n. 2, p. 177-184, maio-ago, 2008. Disponível em: periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/download/812/615

BAYER S.A. **Cliane**: estradiol, acetato de noretisterona. 2015. Disponível em: https://pharma.bayer.com.br/html/bulas/publico_geral/Cliane.pdf

BORTOLI, Celiana *et al.* Ingestão dietética de gordura saturada e carboidratos em adultos e idosos com Dislipidemias oriundos do Projeto Veranópolis. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v. 24, n. 1, p. 33-41, 2011. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011_01/a_2011_v24_n01_04celiana.pdf.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Dislipidemia**. 2011. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33884/412285/Boletim+Sa%C3%BAde+e+Economia+n%C2%BA+6/a26c1302-a177-4801-8220-1234a4b91260>

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa**. 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf

EURÍPEDES, Hilda Brito; JESUS, Joilson Campos de. **Perfil lipídico e risco de dislipidemia**. 2009. Disponível em: http://tcconline.utp.br/wp-content/uploads/2009/11/PROPPE_2009_PERFIL_LIPIDICO_E_RISCO_DE_DISLIPIDEMIA.pdf

FALUDI, André Arpad *et al.* Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e prevenção da Aterosclerose-2017. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 109, n. 1, agosto 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v109n2s1/0066-782X-abc-109-02-s1-0001.pdf>

FIGUEIREDO NETO, José Albuquerque *et al.* Síndrome metabólica e menopausa: estudo transversal em ambulatório de ginecologia. **Arq Bras Cardiol**, 2010; v. 95 n. 3 p. 339-345. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2010nahead/aop08910>

FONTELLES, Mauro José *et al.* **Metodologia da pesquisa científica**: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. 2009. Disponível em: https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf

FORNAZARI, Maynara; SANNAZZARO, Maria Jul Bartocci; SANAZZARO, Clemente Reinaldo. Comparação dos valores do colesterol total, LDL colesterol e HDL colesterol com os valores da porcentagem de gordura corporal. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**, v. 6, n. 1, p. 15-20, 2004. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/download/292/pdf>

GALLON, Carin Weirich. **Perfil nutricional e qualidade de vida de mulheres no climatério**. 2009. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/16388/000702847.pdf>

GRILO, Maria João Costa. **Terapêutica farmacológica das dislipidemias: questões actuais e consequências a longo prazo**. 2012. Disponível em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3741/1/Tratamento%20Farmacologico%20das%20Dislipidemias.pdf>

LIBBS FARMACEUTICA LTDA. **Libiam**: tibolona. 2013. Disponível em: https://www.libbs.com.br/wp-content/uploads/2015/12/Libiam_Bula_Paciente_v.13-14.pdf

MONTEIRO, Aline *et al.* **Bioquímica da nutrição**. Universidade de Brasília. 2011. Disponível em: <http://nutbiobio2010.blogspot.com.br/2011/01/dieta-hiperglicidica.html>

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo/RS: Universidade FEEVALE, 2013. P. 51-71. Disponível em: <http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>

SANTOS, Roberta D. S. *et al.* Perfil do estado de saúde de mulheres climatéricas. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 45, n. 3, p. 310-317, 2012. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2012/vol45n3/REV_Perfil%20do%20estado%20de%20sa%FAde%20de%20mulheres%20climat%EA9ricas.pdf

SANTOS, J. E. dos; GUIMARÃES, A. C.; DIAMENT, J. Consenso brasileiro sobre dislipidemias detecção, avaliação e tratamento. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabologia**, v. 46, p. 4-10, 1999.

SOARES, Lilian Mello; MOUTINHO, Leonardo. Avaliação de perfil lipídico. **Informativo Digital**. n. 1, 2012. Disponível em: <http://www.proexame.com.br/painel/informativos/images/Mg==/Labcom%20-%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20do%20perfil%20lipidico.pdf>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – SOCERJ. **Colesterol e triglicérides**. 2014. Disponível em: <https://socerj.org.br/colesterol-e-triglicerideos/>

SPOSITO, A. C. *et al.* (coord.). IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.** [online]. 2007, vol. 88, supl.1, p.2-19. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007000700002

VIZZOTTO, Márcia; PEREIRA, Marina Couto. Amora-Preta (*Rubus sp.*): otimização do processo de extração para determinação de compostos fenólicos antioxidantes. **Rev. Bras. Frutic.**, Jaboticabal-SP, v. 33, n. 4, p. 1209-1214, Dezembro 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbf/v33n4/v33n4a20.pdf>

XAVIER, Hermes Toros *et al.* V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.** [online]. 2013. vol. 101, supl.1, p.1-22. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/V_Diretriz_Brasileira_de_Dislipidemias.pdf

Contribuições da assistência de enfermagem a cuidadores, familiares e pacientes oncológicos

Contributions of nursing care to caregivers, family members and cancer patients

GERSYANE CARLA RODRIGUES DOS SANTOS

Discente do curso de Enfermagem (UNIPAM)

E-mail: gersyane33@hotmail.com

ADRIANA CRISTINA DE SANTANA

Professora orientadora (UNIPAM)

E-mail: adrianacs@unipam.edu.br

ISA RIBEIRO DE OLIVEIRA DANTAS

Professora coorientadora (UNIPAM)

E-mail: isa@unipam.edu.br

Resumo: Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o desenvolvimento desordenado de células que colonizam tecidos e órgãos. O câncer pode surgir em qualquer parte do corpo, sendo classificado de acordo com a localização primária do tumor. Este estudo teve como objetivo verificar as contribuições da assistência do(a) enfermeiro(a) durante o tratamento oncológico a familiares/cuidadores e pacientes na visão de autores brasileiros sobre a temática. Tratou-se de uma revisão sistemática bibliográfica na qual reúne, avalia e resume a literatura sobre o assunto específico, sendo utilizado conhecimento científico nacional a respeito da temática e realizada através do levantamento de artigos nas bases de dados LILACS - Literatura da América Latina e Caribe e SCIELO - Scientific Electronic Library online-Brasil, entre os anos de 2009 e 2019. Foram encontrados 29 artigos e excluídos 18, que não contemplaram a temática, assim foram incluídos 09 artigos, sendo, 05 estudos com abordagem qualitativa, 01 quantitativa e 03 fenomenológicas. Após a análise descritiva e a interpretação, os artigos apontaram que o(a) enfermeiro(a) é um dos profissionais que está mais próximo do paciente e familiares desde o momento da descoberta da doença até sua cura ou aplicação de cuidados paliativos, portanto sua assistência deve ser pautada na humanização do cuidado e integralidade da assistência, sendo capaz de diminuir o impacto da doença e assegurar a dignidade no processo de morrer.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Relações familiares. Cuidadores. Enfermagem oncológica.

Abstract: Cancer is the name given to a group of more than 100 diseases that have in common the disordered development of cells that colonize tissues and organs and can arise/appear in any part of the body being classified according to the primary location of the tumor. This study aimed to verify the nurse care contributions during cancer treatment to family members/caregivers and patients in the point of view of Brazilian authors on the subject. It was a systematic bibliographical review which gathers, evaluates and summarizes the literature on the specific

subject, using national scientific knowledge on the subject and carried out through the survey of articles in LILACS databases – Literature of Latin America and the Caribbean and SCIELO – Scientific Electronic Library online-Brazil, between 2009 and 2019. 29 articles were found and 18 were deleted, which did not cover the theme, thus 09 articles were included, thus, 05 studies with a qualitative approach, 01 quantitative and 03 phenomenological. After the descriptive analysis and interpretation, the articles indicated that the nurse is one of the professionals who is closest to the patient and family from the moment the disease is discovered until the cure or application of palliative care, thus their care must be based on care humanization and completeness care, being able to reduce the impact of the disease and ensure dignity in the process of dying.

Keywords: Palliative care. Family relationships. Caregivers. Oncology nursing.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), câncer é a denominação dada a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o desenvolvimento desordenado de células que colonizam tecidos e órgãos. Dividindo-se ligeiramente, essas células tendem a ser extremamente agressivas e incontroláveis, ocasionando a formação de tumores que podem espalhar-se para outras regiões do corpo (BRASIL, 2019).

As emergências oncológicas têm caráter multissistêmico e podem surgir durante a fase inicial do câncer, constituindo a causa do diagnóstico, como no decorrer do curso da doença, ou ainda durante o tratamento antineoplásico, sendo seu efeito colateral. Por vezes, algumas demoram meses a desenvolverem-se, outras, revelam-se em horas, podendo evoluir ligeiramente para estados irreversíveis (FORTES, 2011).

O câncer pode passar a existir em qualquer parte do corpo, entretanto determinados órgãos são mais afetados do que outros; cada órgão, por sua vez, pode ser acometido por tipos diferenciados de tumor, mais ou menos agressivos. Os diversos tipos de câncer são classificados de acordo com a localização primária do tumor e os mais incidentes na população brasileira são o câncer de pele não melanoma; câncer de mama; câncer do colo do útero; câncer de próstata; câncer de pele do tipo melanoma; câncer de cólon e reto (intestino); leucemias; câncer de esôfago; câncer de estômago; câncer de pulmão (BRASIL, 2017).

Segundo Brasil (2012), a prevenção do câncer compreende ações realizadas para atenuar os riscos de ter a doença, sendo o objetivo da prevenção primária impedir que o câncer se desenvolva e isso abrange evitar a exposição aos fatores de risco e a adoção de um estilo de vida saudável. O objetivo da prevenção secundária é identificar e cuidar das doenças pré-malignas (por exemplo, lesão causada pelo Papilomavirus Humano-HPV ou pólipos nas paredes do intestino) ou cânceres assintomáticos primitivos.

Os pacientes que convivem com câncer têm que encarar diversos desafios que modificam segundo o curso da doença. Aquelas pessoas que conhecem o seu diagnóstico provavelmente deduzem que a doença tem progresso irreversível e incessante até à morte, o que pode provocar uma enorme sensação de vulnerabilidade, temor à morte e padecimento de sintomas físicos e angústia psicológica, aspectos que demandam adaptação e, ao mesmo tempo, enfrentamento da mais complexa etapa da sua vida, para

morrer em paz e aceitação. A habilidade de enfrentamento que o paciente possui depende de seus próprios recursos disponíveis e aqueles do espaço que o rodeia (VENEGAS; ALVARADO, 2010).

Os indivíduos, ao serem diagnosticados com uma enfermidade que não tem cura e descobrem que se encontram na etapa final da vida, passam por cinco estágios, dentre eles, o de negação, período no qual o paciente não aceita o fato de que está doente; a revolta, em que a pessoa reconhece que está doente, mas passa a ter raiva e a se perguntar por que tudo aquilo está ocorrendo com ela; a barganha, confia que pode melhorar e arrisca a superação por meio de promessas; a depressão, quando compreende que não haverá melhora, se recolhe e não quer receber visitas e a aceitação, ocasião em que o indivíduo compreende que sua vida chegou ao término (KUBLER-ROSS, 1996 *apud* SOUZA; SILVA; SOUZA, 2016).

A situação de vivenciar uma doença grave como o câncer é permeada de alterações importantes no cotidiano do indivíduo, exigindo dele uma reestruturação de ordem familiar e pessoal em vários aspectos da sua vida social, física, psicológica e espiritual.

De acordo com Sales e Silva (2011), a família é quem precisa auxiliar a superar esse obstáculo, com vista a um amanhã mais estável. É ela, nessa ocasião, quem atua como alicerce psicológico para fazer com que o seu ente querido sofra menos com os efeitos da doença, por isso torna-se importante, no processo de permanecer com a família, que o enfermeiro(a) saiba ouvi-la sem julgar, e saiba também proporcionar um ambiente confortável e afável nos momentos difíceis vivenciados com a presença do familiar doente.

Nesse contexto, os(as) enfermeiros(as) são as pessoas mais próximas do paciente nos momentos difíceis e é quem o paciente e a família buscam quando necessitam de explicações e cuidados paliativos. O(a) enfermeiro(a) encara diversas circunstâncias delicadas e precisa entender e saber lidar com os sentimentos que suscita a doença oncológica como o sofrimento, angústias, temores que podem surgir em situações que envolvem esse cuidar.

Portanto, advém o seguinte questionamento: quais às contribuições da assistência do(a) enfermeiro(a) durante o tratamento oncológico à familiares/cuidadores e pacientes na visão de autores brasileiros sobre a temática?

O trabalho teve como objetivo verificar as contribuições da assistência do(a) enfermeiro(a) durante o tratamento oncológico à familiares/cuidadores e pacientes.

2 METODOLOGIA

Esta pesquisa foi um estudo de revisão sistemática bibliográfica que foi realizado no ano de 2019/2020 acerca do conhecimento científico e nacional produzido nos últimos dez anos, referente às contribuições da assistência do(a) enfermeiro(a) durante o tratamento oncológico a familiares/cuidadores e pacientes na visão de autores brasileiros sobre a temática.

Para desenvolvimento deste estudo, foram percorridas seis etapas, a saber, e propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008). Na 1ª etapa, já foi estabelecida a questão de pesquisa supracitada; foi realizada a escolha do tema, os objetivos e a identificação

das palavras chaves (cuidados paliativos, relações familiares, cuidadores e enfermagem oncológica).

Na 2ª etapa, foi realizada uma busca através da consulta nas bases de dados LILACS (Literatura da América Latina e Caribe), www.lilacs.com.br, e SCIELO (Scientific Electronic Library online-Brasil), www.scielo.com.br, no sítio da Biblioteca Virtual em Saúde, www.bvs.com.br. Os critérios de inclusão utilizados para a presente revisão sistemática compreenderam dissertações, teses e artigos científicos completos publicados no período de janeiro de 2009 a janeiro de 2019, os quais deveriam estar disponíveis em idioma português e espanhol realizados no Brasil abordando o assunto proposto.

Na 3ª etapa, foram categorizados os dados, extração e organização de informações de acordo com a questão de pesquisa e formação de um banco de dados. Para desenvolvimento desta etapa, foi utilizada a técnica de extração dos dados das fontes primárias, mediante utilização de instrumento elaborado e utilizado em estudos anteriores (URSI, 2005; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010) para resumir e organizar os achados de modo que cada estudo seja reduzido a uma página com conteúdo relevante. Essa abordagem permitiu organização dos dados, facilitou a comparação dos estudos em tópicos específicos como 2010.

Já na 4ª etapa, foi feita uma avaliação referente à inclusão ou exclusão dos artigos e análise crítica dos estudos que foram selecionados. Na 5ª etapa, foi feita uma análise descritiva, interpretação e discussão dos resultados com enfoque para recomendações e sugestões para pesquisas futuras. Na 6ª e última etapa, foi criado o artigo com descrição detalhada dos resultados encontrados com a síntese do conhecimento encontrado. (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO; 2008).

3 RESULTADOS

Na presente revisão sistemática, analisaram-se nove artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Foram identificados inicialmente na plataforma SCIELO cinco artigos, sendo que, de imediato, foram excluídos três artigos que já haviam sido mencionados. Em busca realizada na plataforma Lilacs, foram encontrados 23 artigos, sendo cinco artigos eliminados por se encontrarem escritos em língua inglesa, três artigos por não estarem disponíveis e oito artigos por não estarem de acordo com o tema proposto. Desse modo, a amostra foi constituída por nove publicações de referência para o desenvolvimento do estudo, conforme Quadro 1.

Quadro 1 – Estudos selecionados de acordo com os critérios de inclusão

Nº	PUBLICAÇÃO	TÍTULO DO ARTIGO	AUTOR(ES)
1	2012	<i>Análise do cuidado de enfermagem e da participação dos familiares na atenção paliativa oncológica</i>	SILVA; MOREIRA; LEITE; ERDMANN
2	2012	<i>Compreendendo a experiência do cuidador de um familiar com câncer fora de possibilidade de cura.</i>	CRUZEIRO; PINTO; CESARINO; PEREIRA
3	2012	<i>Cuidado de enfermagem oncológico na ótica do cuidador familiar no contexto hospitalar.</i>	SALES; GROSSI; ALMEIDA; E SILVA; MARCON

CONTRIBUIÇÕES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A CUIDADORES, FAMILIARES E PACIENTES ONCOLÓGICOS

4	2012	<i>Enfrentamento do paciente oncológico e do familiar/cuidador frente à terminalidade de vida.</i>	CAPELLO; VELOSA; SALOTTI; GUIMARÃES
5	2016	<i>Ser-cuidador de familiar com câncer e dependente: um olhar para a temporalidade</i>	MARCHI; CARREIRA; SALES
6	2016	<i>Atuação da equipe de enfermagem sob a ótica de familiares de pacientes em cuidados paliativos</i>	SILVA; SANTOS; EVANGELISTA; MARINHO; LIRA; ANDRADE.
7	2016	<i>Significado de ser-cuidador de familiar com câncer e dependente: contribuições para a palição.</i>	MARCHI; PAULA; GIRARDON-PERLINI; SALES.
8	2018	<i>Necessidades espirituais vivenciadas pelo cuidador familiar de paciente em atenção paliativa oncológica</i>	ROCHA; PEREIRA; SILVA; MEDEIROS; REFRANDE; REFRANDE
9	2019	<i>Juntos resistimos, separados caímos: vivências de familiares cuidadores de pacientes oncológicos em cuidados paliativos</i>	LIMA; SANTANA; CORREA JÚNIOR; VASCONCELOS.

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

Dentre os artigos incluídos na revisão sistemática, todos foram publicados em revistas sobre Enfermagem, sendo todos de autoria de enfermeiros(as). As revistas nas quais foram publicados os artigos incluídos na revisão compreendeu a *Revista Acta Paulista de Enfermagem*; *Revista Eletrônica de Enfermagem*; *Revista Mineira de Enfermagem*; *REBEN*; *Journal of the Health Sciences Institute*; *Revista On Line de Pesquisa Cuidado é Fundamental* e *Revista Texto e Contexto Enfermagem*. A revista *Texto e Contexto Enfermagem* e a *Revista Eletrônica de Enfermagem* obtiveram um total de duas publicações, e as demais revistas compareceram na revisão com uma publicação cada uma.

Dos artigos avaliados, seis foram desenvolvidos em hospitais; dois em ambiente domiciliar e um em clínica de cuidados paliativos. Quatro artigos foram publicados no ano de 2012, três no ano de 2016, um no ano de 2018 e dois no ano de 2019. Constatou-se que todas as publicações foram realizadas através de um delineamento experimental por meio da utilização de algum tipo de ferramenta para a coleta e análise dos dados.

Após leitura minuciosa dos artigos selecionados, o Quadro 2 foi elaborado para apresentar os objetivos e as conclusões dos estudos em análise.

Quadro 2 – Objetivos e conclusões dos artigos selecionados

Nº	OBJETIVOS	CONCLUSÕES
1	Analisar, por meio da visão dos familiares, o cuidado de enfermagem prestado ao cliente acometido por câncer avançado, no período da internação hospitalar, bem como a sua participação neste cuidado.	Há necessidade de que o profissional de enfermagem desenvolva a habilidade da comunicação, diante das situações difíceis e comuns na atenção paliativa oncológica, em prol da gerência participativa.
2	Compreender a experiência do cuidar de um familiar com câncer fora de possibilidade de cura.	O reconhecimento do contexto sociocultural e espiritual dos pacientes e cuidadores e a identificação das dificuldades experimentadas e suas estratégias de enfrentamento podem direcionar a equipe de saúde no planejamento da assistência individualizada ao paciente oncológico em fase avançada da doença e no processo de morte.

3	Desvelar as vivências e expectativas do acompanhante hospitalar, de paciente oncológico, sobre a assistência de enfermagem recebida.	É preciso analisar atentamente cada situação vivida, pois a tendência básica do enfermeiro é abrir-se às normas estabelecidas e fechar-se à humanização do cuidado. Refletir sobre esse fundamento possivelmente abrirá novos horizontes a nossa própria autenticidade e historicidade como seres do cuidar.
4	Identificar o enfrentamento do paciente oncológico e do familiar/cuidador frente à terminalidade de vida.	O paciente e a família devem ser considerados como uma unidade de cuidado e necessitam de assistência qualificada da equipe de cuidados paliativos, por meio de ações que diminuam o impacto da doença e assegurem a dignidade no processo de morrer.
5	Compreender a significação, para o ser-cuidador, da responsabilidade de assistir um familiar com câncer e dependente.	Os profissionais que acompanham as famílias ao enaltecimento por vir podem tornar o instante realista e menos sofrido para o cuidador. Olhar para a temporalidade faz-se necessário para que se alcance o objetivo maior dos cuidados paliativos e da enfermagem, ou seja, assumir o seu projeto essencial de ser um ser-do-cuidado.
6	Conhecer a percepção de familiares acerca da atuação da equipe de enfermagem no atendimento a pacientes em cuidados paliativos.	A equipe de enfermagem pode atuar como protagonista no elo ente/equipe de cuidados paliativos e a unidade de cuidados - paciente/família em prol da promoção do bem-estar biopsicossocioespiritual.
7	Compreender o significado de ser-cuidador de um familiar com câncer e com alta dependência para as atividades diárias.	Cabe à enfermagem, com destaque para aqueles profissionais ligados a ESF, orientar os familiares e, também, assumir conduta idêntica em sua assistência diária, sendo disseminadores da terapêutica paliativa. É preciso ter conhecimento teórico-prático e uma atitude coerente com as demandas do paciente e seus familiares, atuando como facilitador na implementação do cuidar.
8	Compreender as necessidades espirituais do cuidador familiar de pacientes em atenção paliativa oncológica.	Cuidadores familiares se apropriam da espiritualidade como estratégia de enfrentamento e encontro do propósito e significado ao momento vivenciado. Torna-se profícuo que o enfermeiro contemple as necessidades espirituais do cuidador no sentido de prestar uma assistência pautada na humanização do cuidado e integralidade da assistência.
9	Descrever a experiência de familiares cuidadores de pacientes oncológicos em cuidados paliativos e analisar as implicações para o cuidado de enfermagem.	É necessário ouvir, dar voz e conhecer a história de vida dos familiares cuidadores para o planejamento e promoção satisfatórios da assistência de enfermagem e educação em saúde.

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

4 DISCUSSÃO

O artigo 1 retrata que o(a) enfermeiro(a), durante a assistência de enfermagem a familiares e pessoas em tratamento oncológico, está sempre disposto(a) a ajudar, de bom humor, apresentando empatia, tranquilidade, competência, habilidade, agilidade e comunicação.

De acordo com Cardoso *et al.* (2013), para que haja dignidade nos cuidados ao final da vida, é imprescindível que a equipe de saúde encontre estratégias para o controle de sintomas físicos, mas que, igualmente, valorize a necessidade de alívio dos sofrimentos psicológicos e espirituais presentes nessa circunstância. Destacou-se, também, a importância de uma assistência humanizada e um relacionamento empático entre trabalhadores de saúde com clientes e família, originando melhor qualidade de vida a esses.

É retratado por Araújo e Silva (2007) que a assistência de enfermagem no contexto dos cuidados paliativos precisa considerar o paciente um ser único, complexo e multidimensional: biológico, emocional, social e espiritual. Esse tipo de cuidado, integral e humanizado, só é admissível quando o enfermeiro faz uso de diferentes formas de comunicação para que perceba, compreenda e aplique a comunicação verbal e não verbal, sendo capaz de emitir e receber mensagens.

Assim, como mencionado acima, o artigo 5 vem reforçando a necessidade de o(a) enfermeiro(a) estabelecer, por meio da comunicação, uma relação de vínculo e confiança ao cuidador, devendo privilegiar informações, esclarecer dúvidas e ajudar no enfrentamento das dificuldades com os recursos apropriados às suas necessidades socioculturais.

Segundo Hey *et al.* (2016), uma comunicação eficaz é essencial entre toda a equipe multiprofissional, pacientes e familiares. A equipe deve desenvolver um modo mais consciente de se comunicar com os pacientes e cuidadores, com a finalidade de melhorar os resultados de saúde e contentamento deles, pois essa ação colabora para o melhoramento do autocuidado e do cuidado de uma forma unânime, que no caso da terapia oncológica é fundamental.

O artigo 3 reforça que o(a) enfermeiro(a), além de apresentar uma boa comunicação entre equipe/paciente e familiar, precisa estar sempre atento as necessidades biopsicossociais, espirituais, ter habilidades como o cuidado e interesse pelo outro, ser compreensivo, amável, receptivo e respeitoso.

Segundo Andrade *et al.* (2019), a comunicação vai mais adiante das palavras à escuta atenta, o olhar e a postura, é uma intervenção terapêutica eficiente para os usuários que dela carecem em especial em fase terminal. A comunicação adequada é essencial para o cuidado integral e humanizado, é um modo de reconhecer, acolher as necessidades do usuário e familiares. Quando o(a) enfermeiro(a) emprega esse recurso verbal ou não verbal admite que o usuário compartilhe das decisões e cuidados específicos obtendo um tratamento digno. Nesse conceito, o diálogo entre o profissional da enfermagem e a família do paciente terminal pode desvendar muitos anseios, medos e elucidar várias dúvidas presentes nessa circunstância e, dessa forma, gerar a concepção de vínculo, respeitável e necessário nessa fase da vida.

O(a) enfermeiro(a) tem um papel essencial para a promoção do cuidado paliativo, como na aceitação do diagnóstico e auxílio para conviver com a doença, proporcionando assistência incondicional ao usuário e a todos envolvidos com o doente. De acordo com o artigo número 4, o(a) enfermeiro(a) é um dos profissionais que está sempre presente, oferecendo apoio, permitindo a comunicação e mantendo a preocupação com as necessidades tanto do paciente quanto da família. É indispensável que a enfermagem ajude a família a distinguir seus problemas e, caso seja possível,

encontrar soluções, por meio de uma comunicação franca e humanizada entre os profissionais, familiares e o usuário (ANDRADE *et al.*, 2019).

Já o artigo 2 ressalta a importância da valorização por parte do(a) enfermeiro(a) dos aspectos do contexto familiar, cultural, social, geográfico, econômico e político do ser cuidado, impedindo dessa maneira, atitudes e análises etnocêntricas.

De acordo com o *Manual de Cuidados Paliativos*, de Carvalho e Parsons (2012), não se pode esquecer que a qualidade de vida e o bem-estar sugerem a observância de múltiplos aspectos da vida. Problemas sociais, dificuldades de acesso a serviços, medicamentos e outros recursos podem ser também justificativas de sofrimento e devem ser incorporados entre os aspectos a serem retratados pela equipe multiprofissional. E descreve ainda que, através da abordagem holística, é possível observar o paciente como um ser biográfico e não um ser meramente biológico, respeitando seus desejos e necessidades. Essa abordagem holística durante todo o tratamento pode melhorar consideravelmente o percurso da doença.

Conforme mencionado no artigo 6, o(a) enfermeiro(a) atua num cenário desesperador como protagonista no elo entre equipe de cuidados paliativos e unidade de cuidados-paciente/família em prol da promoção do bem-estar biopsicossocioespiritual, sempre fornecendo apoio, atenção e preocupação com pacientes e familiares.

É enfatizado por Silva e Cruz (2011) que auxiliar o paciente com câncer vai além de uma prescrição de cuidados: abrange acompanhar sua trajetória e de sua família, desde os procedimentos diagnósticos, tratamento, remissão, reabilitação, probabilidade de recidiva e fase final da enfermidade, ou seja, vivenciando situações do período do diagnóstico à terminalidade. O tratamento do câncer pode ser prolongado, muitas vezes doloroso, limitante, e gerar modificações significativas na vida pessoal, profissional e social de quem está doente e também de seus familiares e amigos, o que seguramente requer uma rede de cuidados que permita ao paciente dar continuidade ao seu tratamento.

O artigo 7 descreve a importância de o(a) enfermeiro(a) agir no sentido de apoiar o cuidador e auxiliar na identificação de pensamentos angustiantes do doente, como a necessidade de ser considerado como pessoa, de ter suas vontades atendidas, de reconciliar-se com os outros e consigo, de livrar-se da culpa, além de outros aspectos que merecem atenção nessa fase de sua vida.

Segundo o *Manual de Cuidados Paliativos*, de Carvalho e Parsons (2012), descobrir-se portador de uma enfermidade grave e incurável é disparador de angústias e incertezas que muitas vezes extrapolam os recursos interiores do ser humano. Quanto maior a percepção de ameaça que essa condição acarreta e menor a percepção individual desses recursos, maior constituirá o sofrimento do indivíduo. Os sentimentos abrangidos neste sofrimento têm procedência não somente em sintomas físicos, mas sim na definição que pacientes e familiares conferem a todas as vivências decorrentes desse momento de vida e vinculadas às experiências emocionais anteriores.

De acordo com o artigo 8, o(a) enfermeiro(a) apresenta um perfil de cuidado mais altruísta, social e espiritual, sendo caracterizado como aquele que proporciona atenção aos mundos subjetivos e espirituais de cada indivíduo e que são compostos por percepções, suposições e sentimentos que precisam ser ajustados a sua transcendência.

O *Manual de Cuidados Paliativos* (CARVALHO; PARSONS, 2012) destaca que ofertar o atendimento espiritual como componente do serviço de saúde é permitir ao beneficiado expressar seus sentimentos e emoções conversando espontaneamente sobre a morte e o morrer e ajudando-o a compartilhar de todas as decisões referentes a seu tratamento e aos anseios finais. Reforça ainda que o Cuidado Paliativo reconhece que a 'cura espiritual e emocional' pode acontecer mesmo quando a cura física ou a recuperação se tornam impossíveis. Muitas pessoas seriamente enfermas ou em fase terminal falam sobre terem descoberto uma riqueza e o preenchimento do vazio de suas vidas que elas jamais haviam descoberto antes.

Analisando a amplitude do sofrimento da pessoa na fase terminal da doença, pela multiplicidade de sintomas que apresenta, os 'cuidados especiais' demandam, além da habilidade técnica dos profissionais que a acompanham, atenção, carinho, compaixão, empatia, respeito, equilíbrio, escuta ativa e comunicação eficaz. O artigo número 9 retrata que o(a) enfermeiro(a) apresenta a pacientes e familiares cuidadores bom atendimento, educação, atenção, esclarecimento de dúvidas com diálogo, provocação, reflexão, questionamento e trocas (CARVALHO; PARSONS, 2012).

Em contrapartida aos elogios apresentados anteriormente, todos os artigos estudados identificaram que muitas vezes o atendimento não é pautado na valorização humana, tanto de paciente quanto de familiar/cuidador, mas somente em aplicações de conhecimentos técnicos.

Segundo Sales e Silva (2011) e Pinto *et al.* (2011, *apud* SOUZA; SILVA; SOUZA, 2016), para muitos profissionais enfermeiros(as), os procedimentos que necessitam ser oferecidos ao cliente na situação de terminalidade não podem ser diferentes dos realizados com qualquer outro tipo de paciente, interessando-se exclusivamente com a metodologia, os cuidados físicos, como banho, averiguação de sinais vitais, curativos, administração de medicações e observação, porém menosprezando a questão emocional e psicológica de quem já se depara inteiramente debilitado.

O *Manual de Cuidados Paliativos* (CARVALHO; PARSONS, 2012) evidencia que, com certeza, os pacientes viverão mais, se estes estiverem vivendo com qualidade, ou seja, sendo respeitados, trazendo seus sintomas impecavelmente controlados, seus desejos e suas necessidades atendidas, podendo conviver com seus familiares, resgatando pendências.

De acordo com Sales e Silva (2011), é importante no processo de estar com a família que o(a) enfermeiro(a) saiba ouvi-la sem julgar e consiga também proporcionar um ambiente confortável e acolhedor nos momentos complicados vivenciados com a presença do familiar doente.

Para confrontar a realidade já instalada, é preciso um maior investimento dos hospitais para a capacitação sistemática de profissionais enfermeiros(as) através da realização de cursos referentes ao assunto, promovendo atualizações constantes desse profissional, na intenção de fazer com que ele reflita sobre a seriedade da prestação de um cuidado humanizado, de uma comunicação dinâmica com o paciente e a família, aprendendo a lidar com os sentimentos do indivíduo que está no momento de máxima fragilidade. Além disso, aprenda também como encorajar pacientes que estejam depressivos a viver dignamente o pouco tempo que lhes resta (SOUZA; SILVA; SOUZA, 2016).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste estudo, identificou-se a grande importância do papel do(a) enfermeiro(a) na assistência a familiares e pacientes, em especial frente a possibilidade de morte, pois, quando ela se manifesta, sempre dolorosa e com pouca aceitação, é de grande valia que o(a) enfermeiro(a) seja capacitado para acolher as necessidades psicológicas, biopsicossociais e espirituais tanto do paciente quanto de sua família.

A necessidade de capacitação dos profissionais que atuam diretamente com pacientes sem possibilidade de cura deve ser permanente, para que o atendimento seja sempre com um olhar holístico, pois no momento de terminalidade tanto o doente quanto de seus familiares necessitam de acolhimento constante.

No entanto, acredita-se que seja necessária a inclusão e o amparo de uma equipe multiprofissional, pois, ao prestar assistência a esses pacientes, o(a) enfermeiro(a) pode se deparar com a sua própria finitude ou mesmo das pessoas queridas do seu convívio pessoal. É importante que o profissional de enfermagem tenha apoio para expressar suas angústias e medos e para abordar pacientes em situações de terminalidade.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Gustavo Baade de *et al.* Cuidados paliativos e a importância da comunicação entre o enfermeiro e paciente, familiar e cuidador. **Cuidado é fundamental**: Revista Online de Pesquisa, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 713-717, jun. 2019.
- ARAÚJO, Monica Martins Trovo de; SILVA, Maria Júlia Paes da. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 668-674, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estimativa 2012**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estimativa 2018**: incidência do câncer no Brasil. Coordenação de ensino. Rio de Janeiro: INCA 217.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do Câncer**: abordagens básicas para controle do câncer. Coordenação de ensino. Rio de Janeiro: INCA, 2019.
- CAPELLO, Ellen Maria Candido de Souza *et al.* Enfrentamento do paciente oncológico e do familiar/cuidador frente à terminalidade de vida. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 153-158, jul. 2012.
- CARDOSO, Daniela Habekost *et al.* Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto e Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1134-1141, dez. 2013.

CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca (orgs.). **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012. 590 p.

CRUZEIRO, Natália Fernandes *et al.* Compreendendo a experiência do cuidador de um familiar com câncer fora de possibilidade de cura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, São José do Rio Preto, v. 14, n. 4, p. 1-9, out./dez. 2012.

FORTES, O. C. **Emergências Oncológicas**. 2011. 39 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, Porto, 2011.

HEY, Ana Paula *et al.* Meios de comunicação utilizados pelos pacientes: informações sobre o câncer após o diagnóstico e durante o tratamento. **Cuidado é fundamental: Revista Online de Pesquisa**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 4697- 4703, jul. 2016.

LIMA, Laís do Espírito Santo *et al.* Juntos resistimos, separados caímos: vivências de familiares cuidadores de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Cuidado é fundamental: Revista Online de Pesquisa**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 931-936, jul./set. 2019.

KUBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. Rio de Janeiro: Editora Martins Fontes, 1985.

MARCHI, Joisy Aparecida; CARREIRA, Ligia; SALES, Catarina Aparecida. Ser-cuidador de familiar com câncer e dependente: um olhar para a temporalidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Maringá, v. 17, n. 3, p. 1-9, abr. 2016.

MARCHI, Joisy Aparecida *et al.* Significado de ser-cuidador de familiar com câncer e dependente: contribuições para a palição. **Texto e Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 1, p. 1-8, mar. 2016.

MENDES, Karina dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 17 n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008.

ROCHA, Renata Carla Nencetti Pereira *et al.* Necessidades espirituais vivenciadas pelo cuidador familiar de paciente em atenção paliativa oncológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 6, p. 1-8, fev. 2018.

SALES, Catarina Aparecida *et al.* Cuidado de enfermagem oncológico na ótica do cuidador familiar no contexto hospitalar. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 736-742, mar. 2012.

SALES, Catarina Aparecida; SILVA, Vladimir Araújo da. A atuação do enfermeiro na humanização do cuidado no contexto hospital. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 66-73, out. 2011.

SILVA, Marcelle Miranda da *et al.* Análise do cuidado de enfermagem e da participação dos familiares na atenção paliativa oncológica. **Texto e Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 658-666, set. 2012.

SILVA, Rita de Cássia Velozo da; CRUZ, Enêde Andrade da. Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer: reflexão teórica sobre as dimensões sociais. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 180-185, mar. 2011.

SILVA, Rudval Souza da *et al.* Atuação da equipe de enfermagem sob a ótica de familiares de pacientes em cuidados paliativos. **Revista Mineira de Enfermagem**, Bahia, v. 20, n. 983, p. 1-9, dez. 2016.

SOUSA, Carine Alves; SILVA, Débora Rodrigues da; SOUZA, Sandra dos Santos. Desafios do enfermeiro frente ao paciente oncológico em fase terminal. **Revista Atualiza Saúde: Revista eletrônica de divulgação científica**, Salvador, v. 4, n. 4, p. 47-58, jul./dez. 2016.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 8102-8106, 2010.

URSI, Elizabeth Silva. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VENEGAS, Maritza Espinoza; ALVARADO, Olivia Sanhueza. Fatores relacionados à qualidade do processo de morrer na pessoa com câncer. **Revista Latino-Americano Enfermagem**, Chile, v.18, n. 4, p. 1-8, jul./ago. 2010.

Fatores que influenciam na interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo em nutrizes do Município de Patos de Minas (MG)

Factors influencing the early interruption of exclusive breastfeeding in nursing mothers in the Municipality of Patos de Minas (MG)

VICTÓRIA TEIXEIRA DE OLIVEIRA SILVA

Discente do curso de Medicina (UNIPAM)
E-mail: victoria_oliveirasilva1@hotmail.com

LUCAS PINTO CAVALCANTE

Discente do curso de Medicina (UNIPAM)
E-mail: lucas.cavalcanti@yahoo.com.br

FRANCIS JARDIM PFEILSTICKER

Professora orientadora (UNIPAM)
E-mail: francis@unipam.edu.br

Resumo: O leite materno é considerado o melhor alimento para lactentes, tendo vantagens superiores no aspecto nutricional, imunológico e de vínculo afetivo entre mãe e bebê. O aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses é recomendado por diversas entidades de saúde. Este estudo teve como objetivo avaliar os motivos que levaram à interrupção precoce do AME na UAPS Nova Floresta e Equipe 14, em Patos de Minas (MG), sendo justificado pela importância desse tema em termos de saúde pública e infantil e pela consideração de que as taxas do AME no Brasil estão aquém do recomendado pela OMS. Participaram do estudo 26 mulheres que interromperam o AME precocemente, sendo utilizado um questionário sobre o assunto. O principal motivo evidenciado foi a necessidade de voltar ao trabalho. Concluiu-se que é necessário criar estratégias para solucionar essa condição, tendo os profissionais de saúde um papel fundamental para melhorar as taxas de aleitamento materno.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Leite humano. Desmame. Saúde materno-infantil.

Abstract: Breast milk is considered the best food for infants, with superior advantages in terms of nutrition, immunology and emotional bond between mother and baby. Exclusive breastfeeding (EBF) up to six months is recommended by several health entities. This study aimed to evaluate the reasons that led to the early interruption of EBF at UAPS Nova Floresta and Equipe 14, in Patos de Minas (MG), being justified by the importance of this topic in terms of public and child health, and considering that the rates of EBF in Brazil are below the ones recommended by WHO. 26 women, who interrupted EBF early, participated in the study, using a questionnaire about the subject. The main reason evidenced was the need to return to work. It was concluded

that it is necessary to create strategies to solve this condition, with health professionals playing a fundamental role in improving breastfeeding rates.

Keywords: Breast feeding. Human milk. Weaning. Maternal and child health.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O leite materno é considerado o melhor e mais completo alimento para os lactentes, atendendo perfeitamente às suas necessidades. Segundo recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Ministério da Saúde (MS), da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e de diversas outras entidades de saúde, a alimentação do lactente até o sexto mês de vida deve ser constituída pelo aleitamento materno exclusivo (AME), sendo dispensável qualquer outro alimento, inclusive água (BROILO *et al.*, 2013).

O aleitamento materno está longe de ser considerado apenas do ponto de vista nutricional, pois está envolvido em diversas outras esferas da vida do lactente e da mãe: o leite materno tem propriedades imunomoduladoras, proporcionando proteção contra diversas infecções e alergias e estimulando o desenvolvimento do sistema imunológico e a maturação do sistema digestório e neurológico do lactente. Além disso, configura-se como fator protetor para a mãe contra doenças como o câncer de mama e o câncer de ovário, diminui as chances de uma nova gestação no período de aleitamento e é uma importante forma de estabelecer o vínculo e o afeto entre mãe e filho, tendo, assim, papel fundamental na promoção da saúde mental e física de ambos (WEFFORT *et al.*, 2012).

Apesar de todas as evidências científicas provando a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentar a criança pequena e apesar dos esforços de diversos organismos nacionais e internacionais, as taxas de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva, estão bastante aquém do recomendado. Um estudo realizado nas capitais brasileiras e no Distrito Federal demonstrou prevalência de AME em menores de 6 meses de 41%, com duração mediana de 1,8 meses (BRASIL, 2009).

Diante do exposto, é de suma importância que o profissional de saúde ofereça suporte no processo de pré-natal, parto, nascimento e nos primeiros anos de vida, para que a mãe se sinta acolhida nesse momento de tantas mudanças. Repassar para as mães o conhecimento a respeito da importância e vantagens do AME é essencial para que estas sintam segurança de que seu leite é produzido de forma a atender todas as necessidades de seu bebê. Para isso, é necessário que os profissionais de saúde tenham conhecimento sobre esse tema, para que possam ensinar a técnica correta de amamentação para as nutrizes, fornecendo sempre auxílio nas dificuldades encontradas durante a prática (SILVA *et al.*, 2018).

O objetivo deste trabalho foi avaliar os motivos que levaram à interrupção precoce do AME na área de abrangência da UAPS Nova Floresta e da Equipe 14, no município de Patos de Minas (MG).

Justificou-se o desenvolvimento do trabalho por acreditar que o aleitamento materno é de suma importância para a nutrição e desenvolvimento imunológico do lactente e possui diversas outras vantagens tanto para a mãe quanto para a criança, mas essa prática necessita de maior conhecimento por parte dos profissionais de saúde, bem

como são necessários maiores esforços no sentido de disseminar informações para as nutrizes acerca dos benefícios do aleitamento e qual é a técnica correta de amamentação. Assim, é muito importante traçar o perfil dos principais motivos que levam as nutrizes a interromperem o AME, uma vez que muitos dos fatores podem ser evitados a partir de ações adotadas pelos profissionais de saúde e, dessa forma, é possível atingir maiores taxas de aleitamento materno exclusivo no município de Patos de Minas (MG).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O aleitamento materno exclusivo (AME), que é “quando a criança recebe somente leite direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos”, é a forma de alimentação recomendada para o lactente até o sexto mês de vida (BRASIL, 2015).

A produção de leite materno pela mulher passa por um complexo processo que se inicia ainda na gestação. Diversos hormônios interferem na produção do leite e na manutenção da amamentação. Um importante fator nesse contexto é a ocitocina, que é liberada principalmente através do estímulo de sucção da criança, mas também é disponibilizada a partir de estímulos condicionados, como visão, cheiro e choro da criança, e de fatores de ordem emocional, como motivação, autoconfiança e tranquilidade, o que evidencia a importância do apoio que deve ser oferecido à nutriz nessa fase delicada, já que fatores como dor, desconforto, estresse, ansiedade, medo, insegurança e falta de autoconfiança podem inibir a produção de ocitocina e, conseqüentemente, prejudicar a lactação (BRASIL, 2015).

O leite materno tem praticamente a mesma composição em todas as nutrizes, independentemente do tipo de alimentação adotada pela mulher e da idade cronológica, com exceção apenas para os casos de desnutrição grave, que podem afetar a qualidade e a quantidade do leite produzido (PASSANHA *et al.*, 2010).

A fase puerperal em que a nutriz se encontra determina o leite que está sendo produzido. Nos primeiros dias pós-parto, o leite materno é denominado colostro, tem mais proteínas e é rico em anticorpos e outras substâncias que ajudam a criança na proteção contra doenças (BRASIL, 2019). O colostro contém vários fatores bioquímicos e células imunocompetentes, que interagem entre si e com a mucosa dos tratores digestivo e respiratório do lactente, conferindo não apenas imunidade passiva, como também estímulo ao desenvolvimento e maturação do próprio sistema imune de mucosas do neonato. O leite materno possui inúmeras propriedades imunológicas, representadas por componentes solúveis e celulares. Os solúveis incluem imunoglobulinas, lisozima, lactoferrina, componentes do sistema do complemento, peptídeos bioativos, oligossacarídeos e lipídios (fator antiestafilococos e inativação de vírus). Já os componentes celulares imunologicamente ativos são constituídos por fagócitos polimorfonucleares, linfócitos e macrófagos (responsáveis pela fagocitose e pela produção de fatores do complemento), nucleotídeos, plasmócitos e células epiteliais. Também possui lactoperoxidase, que oxida bactérias com ação antimicrobiana (PASSANHA *et al.*, 2010).

Em geral, a nutriz é capaz de produzir leite suficiente para alimentar seu bebê, porém o volume varia de acordo com a quantidade que a criança mama, bem como com a frequência. Preconiza-se, assim, a orientação da amamentação em livre demanda, ou seja, sem restrições de horário e de tempo de permanência na mama, o que resulta em alta frequência de mamadas, podendo ser de 8 a 12 vezes por dia, principalmente nos primeiros meses de vida. Com o tempo, mãe e bebê começam a estabelecer seu próprio ritmo. Essa alta frequência de mamadas pode fazer com que algumas mães entendam esse comportamento como sinal de fome, leite fraco ou pouco, o que é um mito, cabendo ao profissional da saúde orientar sobre o comportamento normal nessa fase e tranquilizar a mãe sobre a não existência de leite fraco, encorajando-a a continuar o AME (BRASIL, 2019).

É importante evitar ao máximo oferecer o leite na mamadeira, pois, além de ser uma importante fonte de contaminação, pode influenciar negativamente na amamentação. A mamadeira gera uma “confusão de bicos”, uma vez que o leite flui livremente por esta e a maneira de sugar demanda um esforço bem menor. O bebê pode chorar ao precisar realizar um esforço muito maior para retirar o leite da mama e passar a aceitar cada vez menos o seio materno. A mesma recomendação vale para as chupetas, que são desaconselhadas por interferirem negativamente na amamentação. Em geral, os bebês que usam chupeta são amamentados com menor frequência, o que pode comprometer a produção de leite. Além disso, já foi demonstrada a associação com maiores índices de candidíase oral, otite média e alterações no palato (BRASIL, 2015).

Para que a amamentação seja um processo confortável e eficaz, precisa ser realizado a partir da técnica correta, pois, apesar da sucção ser um ato reflexo do bebê, é necessário que ele aprenda a sugar a mama de maneira efetiva. A OMS destaca os pontos chave que caracterizam o posicionamento e pega adequados: rosto do bebê de frente para a mama, com nariz na altura do mamilo; corpo do bebê próximo ao da mãe; bebê com cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido); bebê bem apoiado; mais aréola visível acima da boca do bebê; boca bem aberta; lábio inferior virado para fora; queixo tocando a mama.

Todo profissional de saúde que faz assistência a mães e bebês deve saber observar criticamente uma mamada. Pois, nesse contexto, a má pega dificulta o esvaziamento da mama, levando a uma diminuição da produção de leite e, muitas vezes, a um ganho de peso inadequado, mesmo ficando longos períodos no seio materno. Além disso, a má pega está associada a lesões nos mamilos por fricção e compressão (BRASIL, 2015). Esse processo pode se tornar um ciclo vicioso em que nem a mãe se sente confortável em amamentar, nem o filho consegue retirar o leite em quantidade suficiente para suprir suas necessidades fisiológicas, o que pode contribuir para a rápida desistência do aleitamento materno.

A superioridade do leite materno sobre outros tipos de leite já foi extensamente demonstrada por estudos científicos. O Ministério da Saúde destacou em 2015 os diversos benefícios do leite materno para a criança: evita mortes infantis, evita diarreia, evita infecção respiratória, diminui o risco de alergias, diminui o risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes, reduz a chance de obesidade, melhor nutrição, efeito positivo no desenvolvimento cognitivo, melhor desenvolvimento da cavidade bucal. Os benefícios para a mãe incluem: proteção contra câncer de mama, evita nova gravidez,

menores custos financeiros, promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho, melhor qualidade de vida.

Apesar de todos os benefícios citados e de esforços de entidades de saúde nacionais e internacionais, o AME está longe de ter taxas razoáveis. Segundas diversas pesquisas realizadas, a prevalência de amamentação exclusiva ainda está aquém do desejável. Pelo menos 85% das mães em todo o mundo não seguem essas recomendações e apenas 35% das crianças menores de quatro meses são exclusivamente amamentadas. No Brasil, essa taxa é de apenas 23,3% (MACHADO *et al.*, 2014).

Um dos trabalhos que demonstra essa situação foi a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas capitais brasileiras e DF, realizada pelo Ministério da Saúde em 2009, que apresentou uma duração mediana de amamentação exclusiva de 1,8 meses. Importante destacar que a pesquisa ainda apontou uma tendência de maiores taxas de amamentação exclusiva entre mães com maior escolaridade e entre aquelas que estavam em licença-maternidade. Outro fator preocupante identificado pela pesquisa foi a introdução precoce de outros líquidos: 17,8% das mães ofereciam outros leites já no primeiro mês de vida e 20,7% das crianças já consumiam papa salgada entre 3 e 6 meses de vida.

Diversos fatores parecem influenciar na prevalência da amamentação. Mães mais jovens possuem índices mais baixos de aleitamento materno exclusivo (FEIN, 2009). A amamentação em livre demanda e a amamentação prévia são consideradas fatores positivos à amamentação e à manutenção da produção de leite materno (VIEIRA *et al.*, 2010). Idade materna menor que 20 anos, número de consultas pré-natais menores que cinco ou maior que nove, uso de álcool ou tabaco, primeira mamada após 6 horas de vida e uso de chupeta foram relacionadas a menor tempo de aleitamento materno (CHAVES *et al.*, 2007). Fatores psicossociais como apoio do companheiro e sintomatologia depressiva também podem estar relacionados ao desmame precoce (MACHADO *et al.*, 2014).

Entre os determinantes relacionados aos profissionais de saúde e suas orientações, destacam-se a falta de informação por parte dos profissionais, as dificuldades na comunicação entre o profissional e a puérpera, a divergência pessoal da mãe em relação às orientações dietéticas recebidas e a crença materna de que as práticas alimentares tenham pouca influência no desenvolvimento da criança (BROILO *et al.*, 2013).

Diante do exposto, observa-se que o tema do aleitamento materno é amplo e complexo, abrangendo inúmeros fatores sociais e culturais e envolvendo de forma peculiar os profissionais de saúde, que devem ser peças fundamentais para orientação completa das mães, a fim de garantir que cada vez mais crianças usufruam de todos os benefícios trazidos pelo AME.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo observacional do tipo transversal, com abordagem quantitativa, que foi realizado através da análise documental primária de prontuários da UAPS Nova Floresta e da Equipe 14, no município de Patos de Minas (MG), e posterior aplicação de questionário para as mulheres da amostra selecionada.

A amostra final foi constituída de 26 mulheres, com filhos de até 5 anos de idade, cujos prontuários apontaram a interrupção do AME antes dos 6 meses de idade, e que faziam acompanhamento nas UAPS supracitadas. A aplicação do questionário foi realizada em visitas domiciliares, após o aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Algumas dificuldades foram encontradas durante a execução do trabalho, como o fato de muitas mulheres não estarem em casa durante a visita domiciliar para aplicação do questionário, algumas não atenderam ao chamado em seu domicílio e ainda houve aquelas que não moravam mais no endereço que constava no prontuário.

Foram coletados dados sobre idade, escolaridade, estado civil, renda familiar, ocupação, licença-maternidade, pré-natal, paridade, existência de orientação sobre benefícios do AME e técnica correta de amamentação por profissionais da saúde, amamentação nas primeiras 6 horas de vida, principal motivo que levou à interrupção precoce do AME, alimento utilizado para substituir o AME e uso de bico/chupeta. A coleta dos dados ocorreu entre os meses de abril e outubro de 2019, e as informações obtidas foram analisadas no programa Excel.

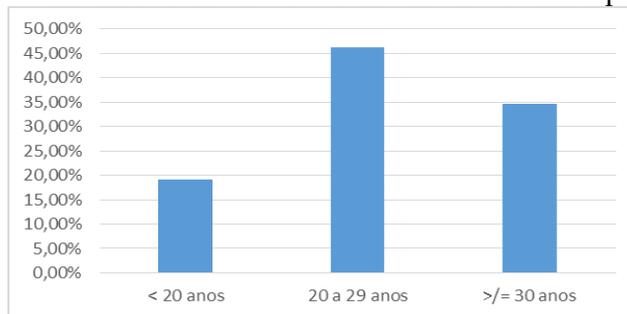
Foi respeitada a privacidade das participantes da pesquisa, conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde número 466 de 12/12/2012. As participantes tiveram suas identidades preservadas e, em nenhum momento, foram identificadas nominalmente, para evitar constrangimento.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra obtida foi de 26 mulheres que interromperam o AME antes dos 6 meses de vida dos filhos e que responderam ao questionário. A apresentação dos resultados foi feita através de textos e gráficos, que mostram as respostas em percentual às perguntas do questionário.

Em relação à idade das mulheres no momento do parto, 19,2% tinham menos de 20 anos, 46,2% tinham entre 20 e 29 anos e 34,6% tinham 30 anos ou mais.

Gráfico 1 – Idade das mulheres no momento do parto



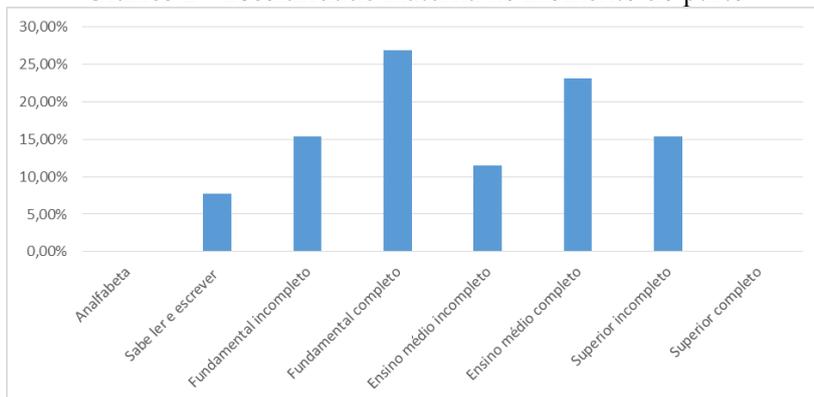
Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Em relação à escolaridade materna no momento do parto, 7,7% sabiam ler e escrever, 15,4% tinham ensino fundamental incompleto, 27% ensino fundamental completo, 11,5% ensino médio incompleto, 23,1% ensino médio completo e 15,4% ensino superior incompleto. Nenhuma das participantes era analfabeta e nenhuma possuía

FATORES QUE INFLUENCIAM NA INTERRUPÇÃO PRECOZE DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM NUTRIZES DO MUNICÍPIO DE PATOS DE MINAS (MG)

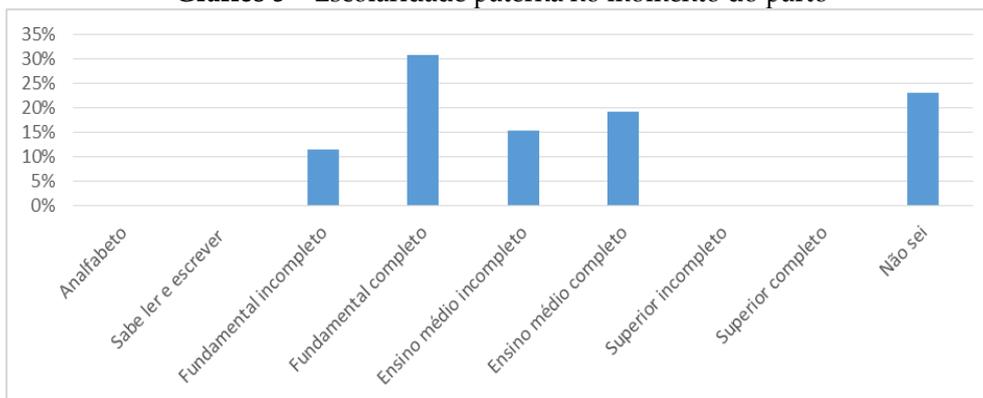
ensino superior completo. Quanto à escolaridade paterna, 11,5% tinha ensino fundamental incompleto, 30,8% ensino fundamental completo, 15,4% ensino médio incompleto, 19,2% ensino médio completo, entretanto 23,1% das participantes não sabiam responder a essa pergunta. Não houve respostas sobre a escolaridade paterna para as opções analfabeto, sabe ler e escrever, superior incompleto e superior completo.

Gráfico 2 – Escolaridade materna no momento do parto



Fonte: dados da pesquisa, 2019.

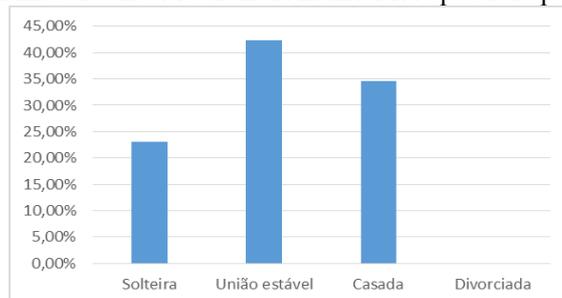
Gráfico 3 – Escolaridade paterna no momento do parto



Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Quanto ao estado civil das participantes na época do parto, 23,1% estavam solteiras, 42,3% estavam em união estável, 34,6% eram casadas e nenhuma delas estava divorciada.

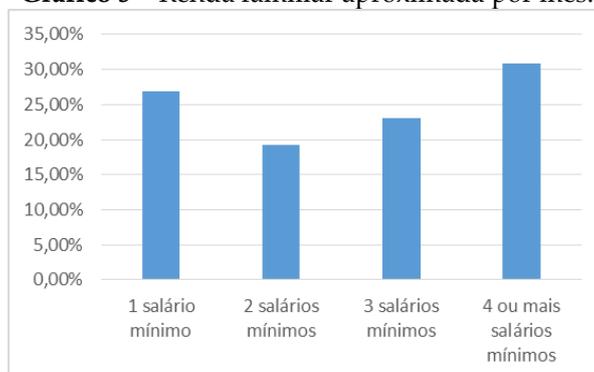
Gráfico 4 – Estado civil da mulher na época do parto



Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Em relação à renda familiar aproximada por mês, 26,9% responderam 1 salário mínimo, 19,2% responderam 2 salários mínimos, 23,1% responderam 3 salários mínimos e 30,8% responderam 4 ou mais salários mínimos.

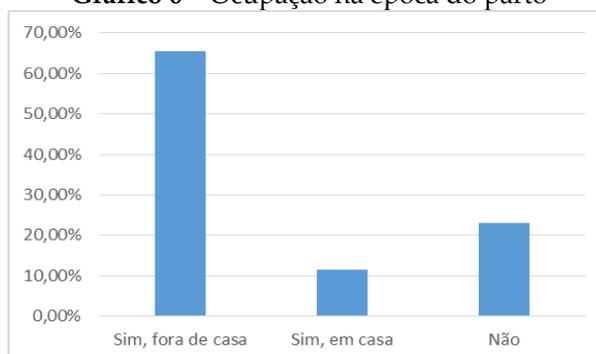
Gráfico 5 – Renda familiar aproximada por mês.



Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Quanto à ocupação das mulheres na época do parto, 65,4% trabalhavam fora de casa, 11,5% trabalhavam em casa e 23,1% não trabalhavam.

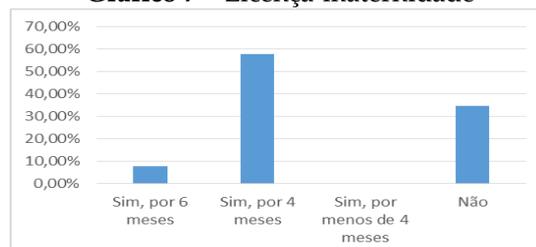
Gráfico 6 – Ocupação na época do parto



Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Em relação à licença-maternidade, 7,7% das mulheres tiveram licença-maternidade por período de 6 meses, 57,7% por 4 meses e 34,6% não usufruíram de período de licença-maternidade (sendo estas últimas as mesmas mulheres que responderam trabalhar em casa ou não trabalharem).

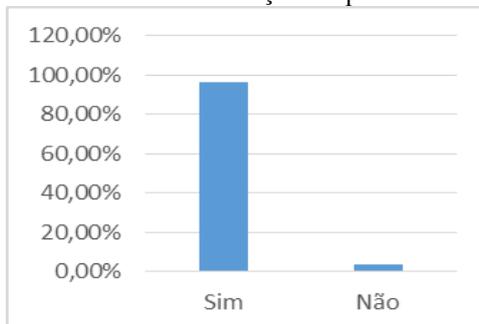
Gráfico 7 – Licença-maternidade



Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Quanto à realização de pré-natal, 96,2% realizaram, e apenas 3,9% não.

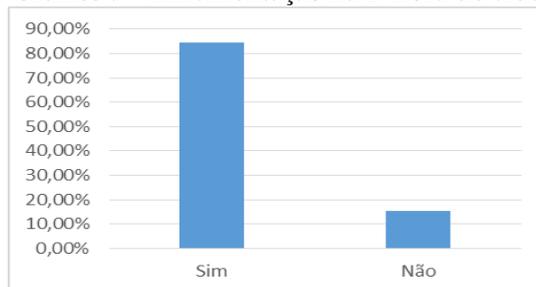
Gráfico 8 – Realização de pré-natal.



Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Em relação à amamentação na 1ª hora de vida do bebê, 84,6% das mulheres responderam que amamentaram seus filhos na 1ª hora de vida, enquanto 15,4% não o fizeram.

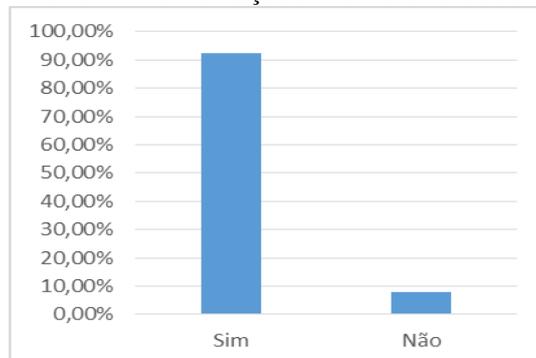
Gráfico 9 – Amamentação na 1ª hora de vida



Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Já em relação à amamentação entre 1 e 6 horas de vida, 92,3% das participantes amamentaram seus filhos nesse período, e apenas 7,7% não o fizeram.

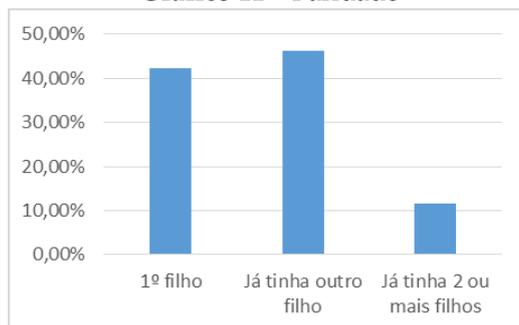
Gráfico 10 – Amamentação entre 1 e 6 horas de vida.



Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Quanto à paridade das mulheres, 42,3% responderam que se tratava do primeiro filho, 46,2% já tinham outro filho, e 11,5% já tinham dois ou mais filhos.

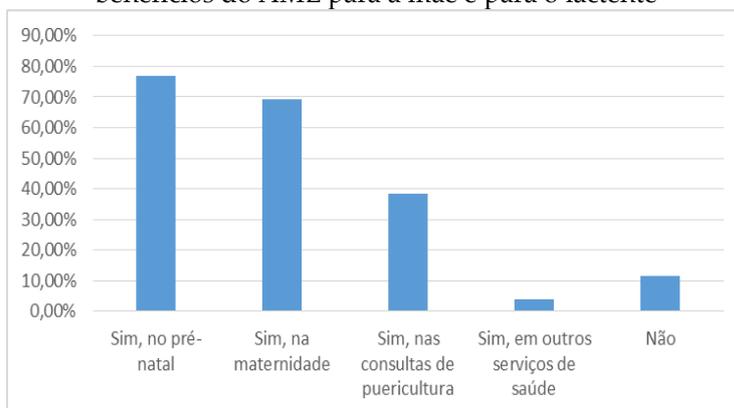
Gráfico 11 – Paridade



Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Ao serem questionadas em relação ao recebimento de informações por profissionais da saúde sobre os benefícios do AME para a mãe e para o lactente, 76,9% das mulheres afirmaram terem sido informadas no pré-natal, 69,2% na maternidade, 38,5% nas consultas de puericultura, e 3,8% foram informadas em outro serviço de saúde, sendo este apontado como “psicóloga”. Um total de 11,5% das mulheres responderam “não”.

Gráfico 12 – Recebimento de informações por profissionais da saúde sobre os benefícios do AME para a mãe e para o lactente



Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Quanto ao ensinamento da técnica correta de amamentação por algum profissional de saúde ou avaliação em consulta, 84,6% responderam que foram orientadas na maternidade, 57,7% nas consultas de puericultura, 7,7% em outros serviços de saúde (apontados como ACS ou palestras na UBS) e 7,7% não receberam esse tipo de orientação.

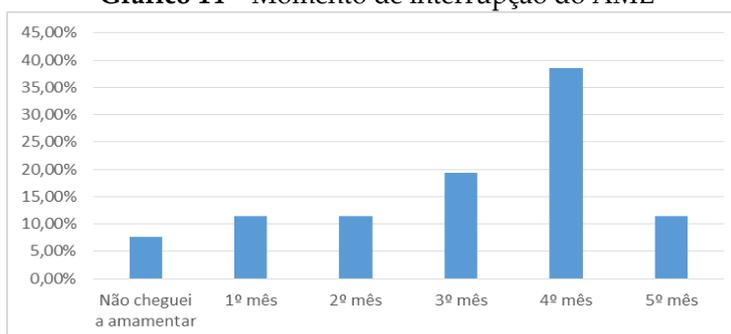
Gráfico 13 – Recebimento de orientação sobre a técnica correta de amamentação por algum profissional de saúde ou avaliação da mesma em consulta



Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Em relação ao momento em que ocorreu a interrupção do AME, 7,7% responderam que não chegaram a amamentar seus filhos, sendo que estas foram as mesmas participantes que responderam que não receberam orientações acerca da técnica correta de amamentação por profissionais de saúde, 11,5% interromperam no 1º mês de vida, 11,5% no 2º mês, 19,3% no 3º mês, 38,5% no 4º mês e 11,5% no 5º mês de vida. Neste trabalho, a duração mediana de AME foi de 3 meses.

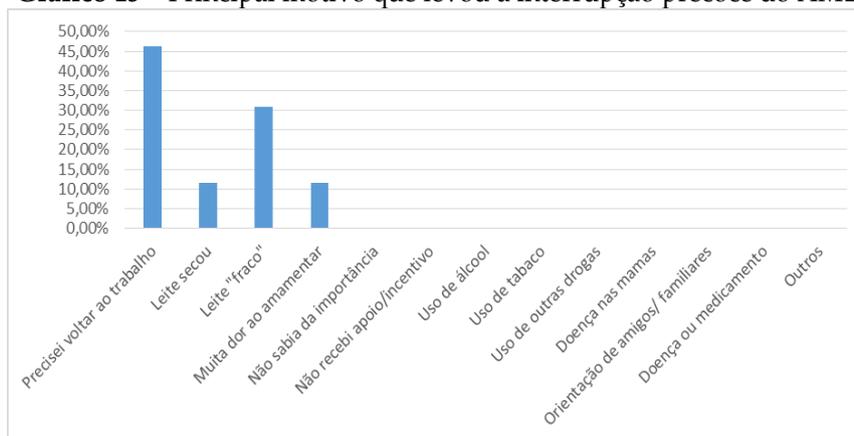
Gráfico 14 – Momento de interrupção do AME



Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Ao serem questionadas sobre o principal motivo que levou as participantes a interromperem o AME de forma precoce, apenas 4 das 13 opções foram marcadas, sendo que 46,2% responderam que precisaram voltar ao trabalho e preferiram trocar o tipo de alimentação oferecida, 30,8% responderam que foi devido ao leite ser “fraco”, 11,5% responderam que o leite “secou” e 11,5% responderam que interromperam pois sentiam muita dor ao amamentar. As demais opções não foram marcadas por nenhuma participante.

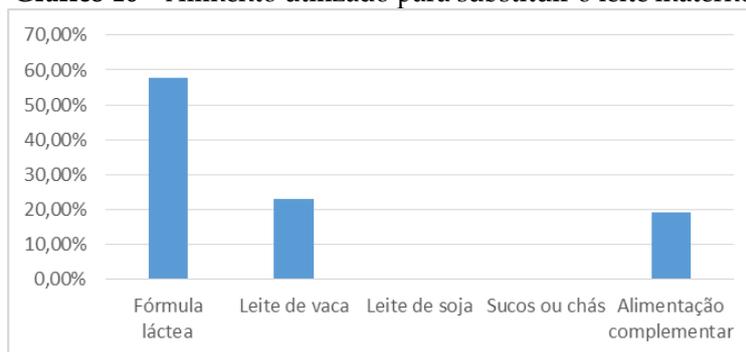
Gráfico 15 – Principal motivo que levou à interrupção precoce do AME



Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Questionadas sobre o alimento utilizado para substituir o leite materno, 57,7% das mulheres optaram pela fórmula láctea, 23,1% passaram a oferecer leite de vaca e 19,2% iniciaram a alimentação complementar com papas de fruta ou salgadas. Nenhuma das participantes marcou as opções “leite de soja” e “sucos ou chás”.

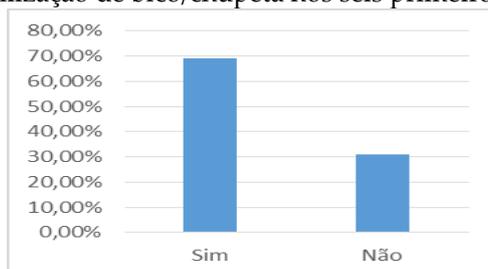
Gráfico 16 – Alimento utilizado para substituir o leite materno



Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Em relação ao uso de bicos/chupetas nos primeiros seis meses de vida dos filhos, 69,2% responderam que utilizaram, enquanto 30,8% não o fizeram. Dentre as que utilizaram, ao serem questionadas se houve indicação do bico/chupeta por algum profissional de saúde, 100% delas responderam que não, que introduziram por conta própria.

Gráfico 17 – Utilização de bico/chupeta nos seis primeiros meses de vida



Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Diante dos dados expostos, é possível correlacionar alguns resultados com informações fornecidas pela literatura.

De acordo com o Tratado Brasileiro de Pediatria (2017), alguns fatores estão comumente associados com menor duração do aleitamento materno exclusivo, um deles é a mãe ser adolescente. Neste trabalho, apenas 19,2% das mulheres tinham menos de 20 anos no momento do parto, sendo que mais de 80% delas tinham 20 anos ou mais. Isso demonstra que, neste trabalho, a faixa etária não foi um fator com influência importante na amamentação, diferentemente do que é trazido pela literatura. Outro fator é a menor escolaridade materna, sendo este fator evidenciado neste trabalho, uma vez que a maioria das participantes (61,6%) não chegou a completar o ensino médio. Outro fator apontado pelo Tratado Brasileiro de Pediatria é a primiparidade, condição esta corroborada neste trabalho, uma vez que uma parcela significativa da amostra (42,3%) foi constituída de primíparas.

Em relação à escolaridade paterna, 57,7% também não possuíam ensino médio completo, porém a análise precisa deste fator foi dificultada pelo fato de 23,1% das participantes não saberem a escolaridade do pai da criança.

O estado civil das pacientes foi, em sua maioria, união estável ou casada, o que demonstra que a presença de um parceiro não está, necessariamente, relacionada com o sucesso da amamentação.

No presente trabalho, o fator “renda familiar” obteve resultados bem distribuídos, o que demonstra que essa condição, sozinha, não se correlaciona com importante interferência no aleitamento materno, sendo necessário incluir outros fatores para ter uma influência significativa.

A ocupação das mulheres no momento do parto obteve resultados relevantes. Um total de 65,4% delas trabalhava fora de casa, o que condiz com a literatura, sendo o “trabalho materno fora de casa” destacado pelo Tratado Brasileiro de Pediatria (2017) como fator comumente associado à menor duração do AME. Associado a esse dado, encontra-se a presença ou não de licença-maternidade: 57,7% das participantes gozaram de licença-maternidade por 4 meses, o que também pode estar relacionado a outro resultado do trabalho: 38,5% das mulheres interrompeu o aleitamento materno exclusivo justamente no 4º mês de vida do filho. A duração mediana de AME, neste trabalho, foi de 3 meses, número superior a um estudo realizado nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, que demonstrou duração mediana de AME em menores de 6 meses de 1,8 meses (BRASIL, 2009).

Apenas uma das participantes não realizou pré-natal, o que evidencia que este fator, por si só, também não foi capaz de exercer influência no aleitamento materno.

A OMS recomenda colocar os bebês em contato direto com a mãe logo após o parto por pelo menos uma hora e incentivar a mãe a iniciar a amamentação assim que o bebê esteja pronto, oferecendo ajuda se necessário. Essa recomendação baseia-se na maior aptidão dos neonatos para buscar espontaneamente a região mamilo-areolar e iniciar a amamentação nesse período, contribuindo para estabelecer o aleitamento materno exclusivo (ESTEVEZ *et al.*, 2014). Neste trabalho, 84,6% das mães responderam terem amamentado seus filhos na 1ª hora de vida, e 92,3% entre 1 e 6 horas de vida.

Apesar de essa prática contribuir para a manutenção do aleitamento materno, as participantes não completaram os 6 meses de AME.

Quanto ao tipo de alimento oferecido para a criança para substituição do leite materno, um percentual significativo passou a oferecer leite de vaca ou alimentação complementar (papas doces e salgadas) para os lactentes.

De acordo com inquérito nacional entre as crianças que recebiam outros leites, o leite de vaca foi consumido por 62,4% das crianças menores de seis meses, e o percentual deste trabalho foi inferior, tendo 23,1% das mulheres optado por oferecer o leite de vaca como substituto do leite materno. Salienta-se que o leite de vaca é muito diferente do leite humano em quantidade e qualidade de nutrientes. A Sociedade Brasileira de Pediatria não recomenda o consumo do leite de vaca antes de 1 ano de idade. Além de não ser nutricionalmente adequado, o leite de vaca é um alimento muito alergênico para crianças e seu consumo tem sido associado ao desenvolvimento de atopia. Ademais, o leite de vaca está associado ao maior risco de desenvolvimento de Diabetes tipo I, quando introduzido antes dos 4 meses de idade, e também foi constatado sua relação com o maior risco de desenvolvimento de obesidade infantil (BRASIL, 2015).

Em relação à introdução de alimentação complementar antes dos 6 meses de idade, com papas salgadas e de frutas (19,2% marcaram esta opção), pode ser uma prática inadequada, tendo em vista que a capacidade de utilizar efetivamente os nutrientes é limitada devido à imaturidade biológica, caracterizada por relativa imaturidade fisiológica: reflexo de protrusão da língua, baixa produção de amilase salivar e pancreática, limitada função renal e mucosa intestinal permeável a proteínas heterólogas. Oferecer à criança outros alimentos antes do sexto mês de vida pode tornar a criança mais vulnerável a diarreias, a infecções respiratórias e gastrintestinais e a desnutrição, levando ao comprometimento do crescimento desenvolvimento adequados (DIAS *et al.*, 2010).

No que tange ao papel dos profissionais da saúde em relação à amamentação, é importante que estes informem a mãe sobre todas as vantagens e benefícios do aleitamento materno, além de orientarem sobre a técnica e posicionamento correto de amamentar o lactente, não somente com explicações verbais, mas expandindo a atenção e o cuidado para observar a mamada no próprio atendimento, para se certificar de que o processo esteja sendo realizado de maneira correta e eficaz. As ações de incentivo, promoção e apoio ao aleitamento materno devem ocorrer no conjunto das ações dos profissionais, durante o pré-natal, o pré-parto, o nascimento, assim nas consultas de puerpério e puericultura. É essencial que a equipe de saúde tenha o papel de acolhimento de mães e bebês, disponível para escuta e para o esclarecimento de dúvidas e aflições, incentive a troca de experiências e faça, sempre que necessário, uma avaliação singular de cada caso (ALMEIDA *et al.*, 2015).

No presente estudo, a grande maioria das mães alegou terem sido informada por profissionais da saúde sobre os benefícios do AME no pré-natal e na maternidade, enquanto apenas 38,5% delas afirmou ter recebido tais orientações nas consultas de puericultura, o que evidencia uma deficiência neste aspecto da atenção ao lactente e à nutriz, já que o aleitamento materno deve ser uma questão a ser pontuada nas consultas de puericultura. Deve-se não apenas incentivar a prática, mas também destacar e

evidenciar as vantagens e os benefícios trazidos pelo AME e os motivos pelos quais este é tão importante.

Quanto ao ensinamento da técnica correta de amamentação, 84,6% das participantes foram orientadas neste aspecto na maternidade, o que é muito positivo, uma vez que o sucesso da amamentação está fortemente relacionado à pega e ao posicionamento correto, práticas estas que evitam a dor nos seios e garantem uma sucção eficaz, o que resulta em um lactente que obtém as quantidades de leite materno necessárias para sua nutrição, crescimento e desenvolvimento. No entanto, somente 57,7% das mulheres foram orientadas sobre a técnica correta nas consultas de puericultura, pontuando novamente um aspecto a ser melhorado pelos profissionais responsáveis por essas consultas nas unidades de saúde. Segundo Almeida *et al.* (2015), um estudo demonstrou desempenho abaixo de 50% para os médicos em relação à técnica da amamentação e ao manejo dos principais problemas da lactação, ressaltando que tais profissionais ainda têm pouca sustentação científica para abordar questões mais complexas e não conseguem oferecer suporte adequado às mães com maiores dificuldades em amamentar. Nesse aspecto, fica evidente a necessidade e a importância da capacitação dos profissionais de saúde para incrementar a prevalência do aleitamento materno.

Evidenciou-se que o principal motivo que levou as nutrizes a interromperem o AME de forma precoce foi a necessidade de voltar ao trabalho, fazendo com que elas preferissem trocar o tipo de alimentação oferecida à criança (46,2% da amostra). No entanto, sabe-se que existem alternativas para que o aleitamento materno perdure mesmo na ausência da mãe. Neste âmbito, destaca-se a ordenha como uma excelente alternativa para que o leite materno continue sendo oferecido para o lactente. Todavia, é necessário que essa prática seja encorajada pelos profissionais da saúde, que, além disso, devem fornecer orientações quanto à maneira correta de se realizar a ordenha do leite materno, bem como a forma segura de armazenamento e conservação. Ademais, também é importante salientar as opções para oferta do leite ordenhado, devendo-se evitar a utilização de mamadeiras, por causarem “confusão de bicos”, e dar preferência a outras alternativas como copo, xícara ou colher (BRASIL, 2015).

A crença da produção de “leite fraco” é uma das principais causas da interrupção precoce do AME alegada pelas mães, e faz parte de um dos inúmeros mitos que envolve a lactação (MARQUES *et al.*, 2011). No presente estudo, 30,8% das mulheres apontaram “leite fraco” como principal motivo para interrupção precoce do AME. Entretanto, independentemente do tipo de alimentação adotada pela mulher e da idade cronológica, com exceção apenas para os casos de desnutrição grave, o leite materno tem praticamente a mesma composição em todas as nutrizes, o que torna a crença de “leite fraco” em um mito (PASSANHA *et al.*, 2010).

Constatou-se que 11,5% das mulheres marcou “leite secou” como principal motivo que levou ao desmame precoce. Alguns fatores podem estar ligados à interrupção da produção de leite materno (leite “secar”). Entre eles estão dor, desconforto, estresse, ansiedade, medo, insegurança e falta de autoconfiança, condições que podem inibir a produção de ocitocina e, conseqüentemente, prejudicar a lactação (BRASIL, 2015).

Observou-se que 11,5% das participantes interromperam o AME devido à presença de dor à amamentação. Consta na literatura que o aparecimento da dor durante o aleitamento contribui para a efetivação do desmame precoce e, para essa condição, algumas medidas podem ser tomadas para prevenir os traumas, como a técnica adequada de amamentação, a exposição dos mamilos à luz solar, a realização da ordenha manual quando a mama estiver ingurgitada e manutenção dos mamilos secos e limpos. Porém, é importante salientar que todas essas orientações devem ser fornecidas à lactante durante as consultas com profissionais de saúde (AMARAL *et al.*, 2015).

Diversos estudos observacionais apontam o uso de chupeta como um fator associado à menor duração do aleitamento materno. Dados do Brasil entre 1999 e 2008 confirmam que o uso da chupeta foi o fator mais fortemente associado à interrupção do AME. Esse assunto é de tão grande relevância que o posicionamento da OMS é de desencorajar fortemente o uso de chupeta em crianças amamentadas, sendo essa recomendação parte de um dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno (GIUGLIANI *et al.*, 2017). A plausibilidade biológica da relação do uso de chupeta com o aleitamento está baseada na disfunção da dinâmica muscular ocasionada pelo uso desse dispositivo, que causa “confusão de bicos” e resulta em um bebê que passa a ter dificuldades em manter a pega correta no seio materno (BATISTA *et al.*, 2017). Foi possível observar que quase 70% das participantes utilizaram chupeta nos primeiros seis meses de vida do filho, fator este que pode ter colaborado para o insucesso do aleitamento materno.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou que o aleitamento materno é um tema amplo e complexo, cercado de fatores e condições que influenciam, direta e indiretamente, no seu sucesso ou insucesso. Foi possível concluir que o principal motivo que leva as nutrizes a interromperem o AME de forma precoce é a necessidade de voltar ao trabalho. Entretanto, para evitar a substituição do leite materno antes do tempo preconizado por diversas entidades de saúde (seis meses de vida), há alternativas que devem ser levadas em consideração. No que tange a esse aspecto, os profissionais da saúde têm um papel significativo de incentivo e fornecimento de orientações, sendo necessário que eles sejam capacitados e treinados para abordar o tema do aleitamento materno em diversas áreas do cuidado e da promoção à saúde, como pré-natal, maternidade e consultas de puericultura, o que provavelmente resultará em taxas mais satisfatórias de prevalência do aleitamento materno, especialmente o AME. Além disso, é possível inferir que, se o governo brasileiro reforçasse o incentivo às empresas em estender o tempo de licença-maternidade até seis meses, é provável que o número de mães que completasse o período preconizado de aleitamento materno exclusivo aumentasse significativamente. Como proposta de intervenção e tendo em vista o principal motivo destacado neste estudo que leva ao desmame precoce, foi elaborado pelos autores um material informativo do tipo “panfleto” que ficará como sugestão para ser adotado pelas unidades de saúde, contendo orientações a serem oferecidas para as mães, entre elas: benefícios do aleitamento materno, maneira correta de ordenha, forma segura de

armazenamento e conservação do leite materno e alternativas preferenciais para a oferta do leite ordenhado para o lactente (Anexo I).

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Jordana Moreira de *et al.* Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Paulista de Pediatria**. São Paulo (SP), 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010305822015000300355&script=sci_abstract&tlng=pt
- AMARAL, Luna Jamile Xavier *et al.* Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrizes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Natal (RN), 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v36nspe/0102-6933-rngenf-36-spe-0127.pdf>
- BATISTA, Christyann *et al.* Association between pacifier use and bottle-feeding and unfavorable behaviors during breastfeeding. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro (RJ), 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jped/v94n6/pt_0021-7557-jped-94-06-0596.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica: Saúde da Criança: Aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília, 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf. Acessado em Novembro de 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica**. Brasília, 2013. Disponível em: http://www.redeblh.fiocruz.br/media/10palimsa_guia13.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília, 2019. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf
- BROILO, Mônica *et al.* Maternal perception and attitudes regarding healthcare professionals' guidelines on feeding practices in the child's first year of life. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro (RJ), 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255553613000967>

BURNS, Dennis Alexander Rabelo *et al.* **Tratado Brasileiro de Pediatria**. 4. ed. Barueri (SP), 2017. p. 315-321. Volume 1.

CHAVES, Roberto *et al.* Factors associated with duration of breastfeeding. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro (RJ), 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n3/v83n3a09.pdf>

DIAS, Mara Cláudio Azevedo Pinto *et al.* Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. **Revista de Nutrição**. Campinas (SP), 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732010000300015

ESTEVES, Tania Maria Brasil *et al.* Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**. Rio de Janeiro (RJ), 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt_0034-8910-rsp-48-4-0697.pdf.

FEIN, Sara. Exclusive breastfeeding for under-6-month-old children. **Jornal de Pediatria**. Porto Alegre (RS), 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572009000300001

GIUGLIANI, Elsa Regina Justo *et al.* **Uso de chupeta em crianças amamentadas: prós e contras**. Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro (RJ), 2017. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Aleitamento_-_Chupeta_em_Criancas_Amamentadas.pdf

MACHADO, Mariana Campos Martins *et al.* Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais. **Revista de Saúde Pública**. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102014000600985&script=sci_arttext&tlng=pt

MARQUES, Emanuele Souza *et al.* Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Viçosa (MG), 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500015

PASSANHA, Adriana *et al.* Elementos protetores do leite materno na prevenção de doenças gastrintestinais e respiratórias. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. São Paulo (SP), 2010. Disponível em: https://repositorio.usp.br/bitstream/handle/BDPI/14167/art_PASSANHA_Protective_elements_of_breast_milk_in_the_prevention_of_gastrointestinal_2010.pdf?sequence=2

SILVA, Sheila Cristina Martins *et al.* Profissionais de saúde no apoio ao aleitamento materno: revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. 2018. Disponível em: <https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS106.pdf>

FATORES QUE INFLUENCIAM NA INTERRUPÇÃO PRECOCE DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO
EM NUTRIZES DO MUNICÍPIO DE PATOS DE MINAS (MG)

VIEIRA, Graciete *et al.* Factors predicting early discontinuation of exclusive breastfeeding in the firstmonth of life. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro (RJ), 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S002175572010000500015&script=sci_abstract&tlng=en

WEFFORT, Virgínia Resende Silva *et al.* **Manual de orientação do departamento de nutrologia**: alimentação do lactente ao adolescente, alimentação na escola, alimentação saudável e vínculo mãe-filho, alimentação saudável e prevenção de doenças, segurança alimentar. Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro (RJ), 2012. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/14617a-PDManualNutrologia-Alimentacao.pdf

ANEXO

Leite materno

O leite materno é o melhor e mais completo alimento para o seu bebê. Ele contém os nutrientes necessários para seu crescimento e desenvolvimento saudáveis e possui propriedades que estimulam o sistema imunológico (de defesa) do seu filho, conferindo proteção contra diversas doenças.

Aleitamento materno exclusivo

A Organização Mundial de Saúde (OMS), o Ministério da Saúde (MS) e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) recomendam que a alimentação do bebê até os 6 meses de vida seja constituída apenas de leite materno, isso é chamado de aleitamento materno exclusivo. Durante esses 6 primeiros meses de vida, seu leite será suficiente para suprir as necessidades do seu filho, não sendo necessário oferecer água, chá, suco, nem outro tipo de alimento. Depois dos 6 meses, é recomendado que o aleitamento materno continue até os 2 anos, de forma complementar.

Aleitamento materno em livre demanda

A amamentação em livre demanda é aquela feita sem restrições de horários e de duração das mamadas. É normal que o bebê em aleitamento materno exclusivo mame de 8 a 12 vezes por dia, e isso não significa que seu leite é fraco! Não se compare a outras mães, o tempo necessário para esvaziar a mama varia para cada dupla mãe-bebê.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de atenção básica - Saúde da Criança: Aleitamento materno e alimentação complementar*. 2ª edição. Brasília (DF), 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta*. Brasília (DF), 2010.

Recomendações úteis para a manutenção do aleitamento materno em mães que trabalham fora do lar ou estudam. Sociedade Brasileira de Pediatria.

MATERIAL PRODUZIDO POR:

Victória Teixeira de Oliveira Silva
Lucas Pinto Cavalcante
(Acadêmicos de Medicina - Unipam)

Francis Jardim Pfeilsticker
(Pediatra e Docente do Curso de Medicina do Unipam)



Se sentir dor à amamentação, ou precisar tirar dúvidas sobre aleitamento materno, procure sua Unidade de Saúde.

ALEITAMENTO MATERNO



Como colher e armazenar o leite materno

Você pode retirar o leite dos seios de forma manual ou mecânica. Lave as mãos e os braços com água e sabão e as mamas apenas com água, secando em seguida com toalha limpa antes de realizar a ordenha manual. Caso opte pela ordenha com a bomba, leia as instruções do equipamento antes de iniciar o processo.

O frasco para armazenar o leite materno deve ser de vidro com tampa de plástico. Prepare-o antes de iniciar a ordenha:

Higienização do frasco:

1. Coloque o frasco e a tampa em uma panela, cobrindo-os com água.
2. Ferva-os por 15 minutos (comece a contar a partir do início da fervura).
3. Escorra-os sobre um pano limpo até secar.
4. Feche o frasco sem tocar com a mão na parte interna da tampa.

Conservação e descongelamento do leite:

- o Anote na tampa do frasco a data e hora em que realizou a coleta do leite e guarde o frasco fechado imediatamente no freezer ou no congelador ou na geladeira.
- o *Congelador*: o leite pode ser estocado por um período máximo de 15 dias, se for mantido em temperatura máxima de -3 °C.
- o *Geladeira*: o leite pode ser estocado por um período de até 12 horas, se mantido em temperatura máxima de 5 °C.
- o Para descongelar o leite, coloque o recipiente em banho-maria, com água potável, aquecendo um pouco, mas sem ferver. Ao desligar o fogo, a temperatura da água deve estar em torno dos 40 °C, ou seja, deve ser possível tocar a água sem se queimar. O frasco deve permanecer na água aquecida até descongelar completamente o leite.
- o Depois de descongelado, o leite deve ser mantido sob refrigeração, em temperatura máxima de 5 °C, por até 12 horas.



A mamãe, o papai ou quem estiver cuidando do bebê pode oferecer o leite que estava armazenado em um copinho como este. Coloque o bebê em uma posição confortável e ofereça o leite no copinho de forma gentil, até a criança apresentar sinais de saciedade. As mamadeiras devem ser evitadas, pois podem causar "confusão de bicos", podendo fazer com que o bebê apresente dificuldades para mamar no seio materno depois. Também é possível utilizar xicara ou colher para oferecer o leite ordenhado.

O leite materno é o melhor alimento a ser dado exclusivamente até os 6 meses e de forma complementar até os 2 anos.

Benefícios do aleitamento materno

Você sabe quais os benefícios que o leite materno traz para o bebê? Listamos aqui os principais:

- ✓ Evita diarreia
- ✓ Evita infecção respiratória e otite
- ✓ Diminui o risco de alergias
- ✓ Diminui o risco de desenvolver hipertensão, colesterol alto e diabetes
- ✓ Reduz a chance de obesidade
- ✓ Melhor nutrição
- ✓ Efeito positivo na inteligência
- ✓ Melhor desenvolvimento da cavidade bucal

E para a mamãe? O aleitamento materno também traz benefícios:

- ✓ Proteção contra câncer de mama
- ✓ Evita nova gravidez
- ✓ Menores custos financeiros

Frequência de lesões musculoesqueléticas em praticantes de *crossfit*

Frequency of musculoskeletal injuries in crossfit practitioners

ANDRÉ AUGUSTO MARTINS DE FARIA

Discente do curso de Fisioterapia (UNIPAM)

E-mail: andre.236@hotmail.com

DANYANE SIMÃO GOMES

Professora orientadora (UNIPAM)

E-mail: danyane@unipam.edu.br

Resumo: A quantidade de praticantes de crossfit vem aumentando consideravelmente e, com ela, os riscos de lesões musculoesqueléticas são também mais frequentes nesse esporte por envolver exercícios de alta intensidade. Objetivo: verificar a frequência de lesões musculoesqueléticas em praticantes de crossfit de uma academia localizada na cidade de Patos de Minas (MG). Material e métodos: foi realizado um estudo descritivo transversal, com amostra por conveniência e composta por 25 praticantes de crossfit. Foram aplicados um questionário sociodemográfico e o “Questionário de prontidão para esportes com foco nas lesões musculoesqueléticas” (MIR-Q). Após a coleta, foi realizada a estatística descritiva. Resultados: os praticantes apresentaram idade média de 25,6 anos; 29,7 meses de tempo de prática na modalidade crossfit. Quanto à presença de lesões musculoesqueléticas relacionadas à prática do crossfit, apenas 28% afirmaram ter apresentado. Dentre as articulações mais acometidas, o ombro (42,8%) foi mais frequente, e o cotovelo (14,3%) e o quadril (14,3%), as menos frequentes. Concluiu-se que houve uma baixa frequência de lesões musculoesqueléticas entre os praticantes de crossfit, sendo o ombro a articulação mais afetada. Diante dos resultados acima, pode-se considerar que o crossfit é uma modalidade esportiva que, apesar de exigir uma alta demanda corporal, apresentou baixo índice de lesões.

Palavras-chave: Crossfit. Lesões musculoesqueléticas. Avaliação.

Abstract: The number of Crossfit practitioners is increasing considerably, and with it, the risk of musculoskeletal injuries are also more frequent in this sport, because it involves high intensity exercises. Objective: to verify the frequency of musculoskeletal injuries in crossfit practitioners of a gym located in the city of Patos de Minas (MG). Material and methods: a descriptive cross-sectional study was conducted with a convenience sample composed of 25 crossfit practitioners. A sociodemographic questionnaire and the “Sports Readiness Questionnaire focusing on musculoskeletal injuries” (MIR-Q) were applied. After data collection, descriptive statistics were performed. Results: Practitioners’ average age was 25.6 years; 29.7 months of crossfit practice time. Regarding the presence of musculoskeletal injuries related to the practice of crossfit, only 28% said they had presented. Among the most affected joints, the shoulder (42.8%) was more frequent and the elbow (14.3%) and hip (14.3%), the least frequent. It can be concluded that there was a low frequency of musculoskeletal injuries among crossfit practitioners, the shoulder was

the most affected joint. Given the above results, it can be considered that crossfit is a sport that despite demanding a high body demand, presented low injury rate.

Keywords: Crossfit. Musculoskeletal injuries. Evaluation.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O treinamento resistido é um método bastante disseminado nos dias atuais, inclusive recomendado por renomadas organizações de saúde como o Colégio Americano de Medicina do Esporte (ACSM) e a American Heart Association (KRAEMER; RATAMESS, 2004).

Um desses métodos de treinamento é conhecido como crossfit, que começou com o ginasta Greg Glassman, ao perceber que se cansava muito mais com uma rotina de dois minutos nas argolas do que com um treino de musculação. Então, decidiu montar seus próprios treinos, combinando a ginástica com o levantamento olímpico e outros movimentos funcionais (GLASSMAN, 2016).

Estudos feitos pelo ACSM apontam que a prática do crossfit gera benefícios, porém pode apresentar também riscos significativos de ocorrência de lesões musculoesqueléticas, ligamentares e até rhabdomiólises, devido aos movimentos irregulares e excessivos (DOMINSKI *et al.*, 2018).

Tratando de sua epidemiologia, Weisenthal *et al.* (2014a) previram uma alta taxa de lesões entre os praticantes de crossfit por causa do uso repetitivo de exercícios técnicos de alta intensidade. Porém, descobriu-se que a taxa geral de lesões no crossfit era de aproximadamente 20%, com inflamação progressiva e dor, sendo os sinais de lesão mais comuns.

Nesse mesmo estudo de Weisenthal *et al.* (2014a), observou-se que os praticantes relataram lesionar seus ombros, joelhos e parte inferior da região dorsal com mais frequência, em movimentos de levantamento de peso. O ombro e a parte inferior da região dorsal representavam, respectivamente, as áreas mais incidentes durante a prática dos exercícios.

Os danos musculares podem ocorrer em diferentes magnitudes dependendo do tipo de exercício. Os exercícios de crossfit são principalmente treinamento de força e corrida em plano declinado, velocidade de movimento, tempo de intervalo entre as séries, tempo de treino do indivíduo, acometendo principalmente iniciantes da modalidade (XAVIER; LOPES, 2017).

As lesões musculoesqueléticas podem ser entendidas como quaisquer alterações que prejudiquem a função do sistema, associadas a alterações morfológicas ou histoquímicas do tecido. Lesões musculares são aquelas em que há ruptura de fibras musculares na junção músculo-tendão, tendão, ou na inserção óssea de uma unidade musculotendínea. As lesões se tornam um desafio para os praticantes de crossfit, por terem uma recuperação lenta, afastando-os dos treinamentos, e são classificadas pelo tempo, pelo tipo, pela gravidade e pelo local da lesão (XAVIER; LOPES, 2017).

O objetivo do presente estudo foi verificar a frequência de lesões musculoesqueléticas em praticantes de crossfit, além de identificar os segmentos corporais que apresentam essas lesões.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo transversal, com amostra por conveniência e composta por 25 praticantes de crossfit. Foi realizado após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Patos de Minas, sob o número 3.321.607.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: praticar a modalidade de crossfit no mínimo há 2 anos; ambos os sexos e idade entre 20 a 35 anos. Como critérios de exclusão foram considerados: indivíduos com lesões musculoesqueléticas prévias à prática do crossfit; presença de patologias neurológicas (acidente vascular encefálico, lesões nervosas); depressão e fibromialgia.

Todos os indivíduos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com a Resolução Ética do CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados ocorreu em um box de crossfit, situado em Patos de Minas (MG), durante os meses de junho a agosto de 2019.

Inicialmente, todos os praticantes responderam a um questionário de identificação, o qual contemplou informações como idade, tempo de prática do crossfit, presença de lesões musculoesqueléticas, data de surgimento dessas lesões, locais dessas lesões, presença de lesões neurológicas e presença de depressão.

Foi aplicado o “Questionário de prontidão para esportes com foco nas lesões musculoesqueléticas” (MIR-Q), validado por Silveira Junior *et al.* (2016). Esse questionário tem seis perguntas objetivas, com a finalidade de identificar o quadro algico, diagnosticar instabilidade articular, investigar sinais que possam indicar lesões, identificar desvios na coluna vertebral e presença de discrepância de comprimento de membros superiores e inferiores, investigar a existência de redução do rendimento do praticante associado ou não às queixas ou sintomas relatados. O questionário é autoaplicável e foi analisada a quantidade de respostas positivas e/ou negativas.

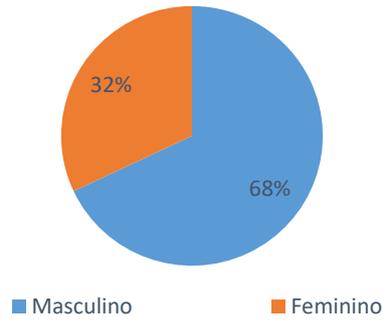
Após a coleta, os dados foram analisados de forma descritiva, por meio de porcentagens e médias.

3 RESULTADOS

A amostra foi constituída por 25 indivíduos, sendo 68% do sexo masculino e 32% do sexo feminino (Gráfico 1). Os indivíduos amostrados apresentaram idade média de 25,6 anos, variando de 20 a 35 anos. A média do tempo de prática na modalidade de crossfit dos praticantes avaliados foi de 29,7 meses, variando de 24 a 72 meses.

Quanto à presença de lesões musculoesqueléticas relacionadas à prática do crossfit, apenas 28% afirmaram ter apresentado (Gráfico 2). Dentre as articulações mais acometidas por lesão nos indivíduos avaliados, o ombro (42,8%) foi mais frequente e o cotovelo (14,3%) e quadril (14,3%), as menos frequentes (Gráfico 3).

Gráfico 1 – Distribuição da amostra quanto ao gênero



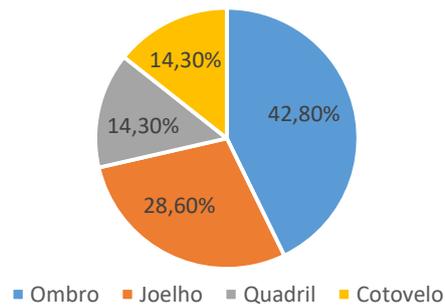
Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Gráfico 2 – Porcentagem de praticantes lesionados e não lesionados



Fonte: dados da pesquisa, 2019.

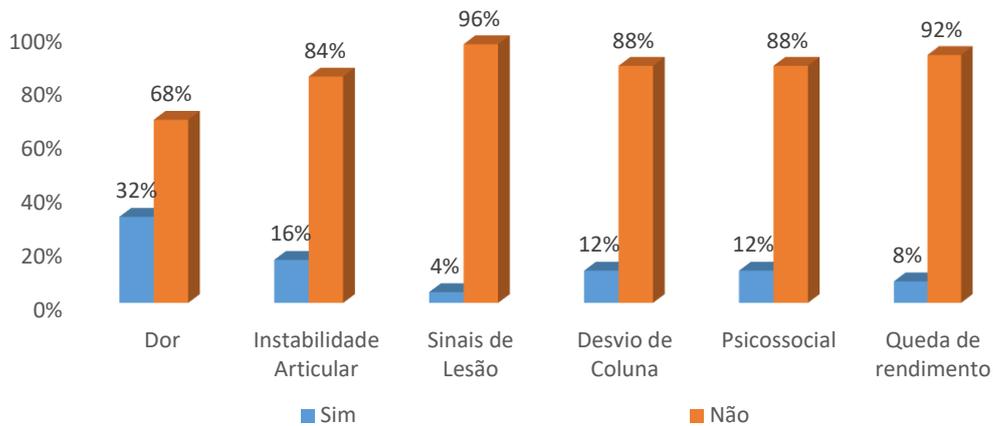
Gráfico 3 – Distribuição da amostra quanto às articulações afetadas por lesões musculoesqueléticas



Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Os resultados obtidos no questionário MIRQ são apresentados no Gráfico 4. Nota-se que a dor, a instabilidade articular, os sinais de lesões, os desvios na coluna, a análise psicossocial e a queda de rendimento apresentaram baixas frequências.

Gráfico 4 – Resultados obtidos no questionário MIRQ



Fonte: dados da pesquisa, 2019.

4 DISCUSSÃO

O presente estudo objetivou verificar a frequência de lesões musculoesqueléticas em praticantes de crossfit e identificar os principais segmentos corporais que apresentavam essas lesões.

Observou-se que o tempo de prática nessa modalidade esportiva apresentou média de 29,7 meses, variando de 24 a 72. No estudo de Montalvo *et al.* (2017), o qual reportou a comparação de fatores de riscos para lesões, apresentaram o tempo de prática na modalidade como um fator de significância para o surgimento dessas lesões na prática de crossfit. Silva *et al.* (2019) apontaram que os praticantes que treinam há mais de 1 ano foram os mais lesionados.

Dentre os indivíduos avaliados no presente estudo, observou-se que 68% pertenciam ao sexo masculino. Dominski *et al.* (2018), numa revisão de literatura, mostraram que as lesões musculoesqueléticas são mais frequentes nos praticantes do sexo masculino. Isto está em conformidade com Moran, Staines e Willians (2017), que também apresentaram uma maior incidência de lesões no sexo masculino.

No atual estudo, obteve-se uma baixa frequência de lesões musculoesqueléticas, o que está de acordo com Silva *et al.* (2019), que obtiveram somente 19,28% de praticantes com lesões. Weisenthal *et al.* (2014b) também verificaram a taxa de lesões em uma amostra de 386 praticantes de crossfit, encontrando uma frequência de lesões de 19,4%. Moran, Staines e Willians (2017), em estudo com 117 atletas, encontraram uma frequência de 12% de lesões. Entretanto, Xavier e Lopes (2017), os quais avaliaram a presença de lesões musculoesqueléticas em 137 praticantes de crossfit em Belo Horizonte, encontraram uma frequência mais alta, 56,2%. Mehrab *et al.* (2017) fizeram uma análise da frequência e dos fatores associados às lesões em 449 atletas holandeses, sendo que 56,1% relataram lesão. Hak, Hodzovic e Hickey (2013) também avaliaram a prevalência de lesão durante a prática de crossfit, em 132 atletas e a frequência de lesões foi de 73,5%. É importante salientar o uso de metodologias diferentes da adotada no presente estudo e no estudo de Mehrab *et al.* (2017) e no de Hak, Hodzovic e Hickey (2013), já que nesses estudos foi utilizado o questionário *online*.

Conforme se observou no presente estudo, o segmento corporal mais lesionado em praticantes de crossfit foi o ombro com (42,8%) seguido do joelho (28,6%). Esses resultados estão de acordo com o estudo de Weisenthal *et al.* (2014a), que também apresentaram o ombro como a articulação mais lesionada (41%) em praticantes de crossfit. Ainda segundo Weisenthal *et al.* (2014a), a causa desse tipo de lesão geralmente pode estar associada a uma diminuição da estabilização da articulação escapulotorácica. A discinese escapular afeta a excursão de movimento dessa articulação, sobrecarregando a articulação glenoumeral, que está geralmente associada a um desequilíbrio muscular de ambas as articulações. O estudo de Summit *et al.* (2016) mostra que, entre os movimentos ginásticos do crossfit causadores de lesão, estão o *kippling pull-up*, *ring muscle-up*, *push-up* e *ring dips* e os exercícios característicos do levantamento de peso olímpico que são incorporados no crossfit, como *overhead squat*, porque exigem o posicionamento da articulação do ombro em flexão extrema, abdução e rotação interna, as quais aumentam o risco de lesão. Já Silva *et al.* (2019) apresentaram punhos/mãos como a região com maior índice de lesão, representando 27,2% das lesões totais.

No atual estudo, o cotovelo apresentou uma baixa frequência de lesões. Hak, Hodzovic e Hickey (2013) e Moran, Staines e Willians (2017) encontraram baixas incidências de lesões nesse segmento.

Diante da baixa frequência de lesões apresentadas pelos praticantes do presente estudo, acredita-se que o treino preventivo aplicado antes das práticas do crossfit nesta instituição possa ter contribuído para esses achados. Halson (2014) sugere que algumas variáveis devem ser avaliadas, como a frequência de treinamento, o tempo, a intensidade, o esforço, as repetições, o volume, a percepção de esforço ou a fadiga, a análise da técnica, entre outras. Ainda de acordo com Halson (2014), o monitoramento dessas variáveis é importante para prevenir lesões, pois o desempenho não deve ser a única forma de verificar se a carga de treinamento está adequada ou não para o praticante.

De acordo com Silveira Junior *et al.* (2016), os praticantes que responderem “sim” a pelo menos um dos itens do questionário MIR-Q apresentam uma necessidade de procurar a assistência médica (ortopedista ou médico do esporte), e aqueles que responderem “não” a todas as perguntas estão em razoável segurança, não descartando uma possível consulta médica.

Por fim, o estudo apresentou como limitações o pequeno tamanho da amostra e a metodologia aplicada. Assim, sugerem-se estudos com amostras mais representativas, acompanhamento dos praticantes longitudinalmente e uso de instrumentos de medidas eficazes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados apresentados, pôde-se concluir que houve uma baixa frequência de lesões musculoesqueléticas entre os praticantes de crossfit, sendo o ombro a articulação mais afetada. Diante desses resultados, pode-se considerar que o crossfit é uma modalidade esportiva que, apesar de exigir uma alta demanda corporal, apresentou baixo índice de lesões.

REFERÊNCIAS

- DOMINSKI, F. H. *et al.* Perfil de lesões em praticantes de crossfit: revisão sistemática. **Fisioter. Pesqui.**, v. 25, n. 2, p. 229-239, 2018.
- GLASSMAN, G. The crossfit training guide. **Journal of Crossfit**, v. 1, n. 1, p. 7-11, 2016.
- HAK P. T.; HODZOVIC. E.; HICKEY. B. The nature and prevalence of injury during CrossFit training. **Journal of strength and conditioning research publish ahead of print**, v. 22, p. 1-14, 2013.
- HALSON, S. L. Monitoring training load to understand fatigue in athletes. **Sports Med**, v. 44, n. 2, p. 139-47, 2014.
- KRAEMER, W. J.; RATAMESS, N. A. Fundamentals of resistance training: progression and exercise prescription. **Medicine and science in sports and exercise**. v. 36, n. 4, p. 674-688, 2004.
- MEHRAB, M. *et al.* injury incidence and patterns among dutch crossfit athletes. **Orthopaedic Journal of sport Medicine**, v. 5, n. 12, p. 1-13, 2017.
- MONTALVO, A. M. *et al.* Retrospective injury epidemiology and risk factors for injury in CrossFit. **J Sports Sci Med.**, v. 16, n. 1 p. 53, 2017.
- MORAN, S. B. H.; STAINES, J.; WILLIAMS, S. Rates and risk factors of injury in CrossFit: a prospective cohort study. **J Sports Med Phys Fitness**, v. 57, n. 9, p. 1147-53, 2017.
- SILVA, B. *et al.* Incidências de lesões musculoesqueléticas em praticantes de crossfit. **Revista Eletrônica de Ciências da Saúde Centro Universitário Planalto do Distrito Federal UNIPLAN Águas Claras/DF**, v.1, n. 1, p.1-11, 2019.
- SILVEIRA JUNIOR, A. S. *et al.* Questionário de Prontidão para o Esporte em Foco nas Lesões Musculoesqueléticas (MIR-Q). **Rev Bras Med Esporte**, v. 22, n. 5, p. 361-367, 2016.
- SUMMIT, R. J. *et al.* Shoulder injuries in individuals who participate in CrossFit training. **Sports Health**, v. 8, n. 6, p. 541-6, 2016.
- WEISENTHAL. B. M. *et al.* Injury rate and patterns among CrossFit athletes. **Orthop J Sports Med.**, v. 2, n. 2, p. 232-596, 2014a.
- WEISENTHAL, B. M. *et al.* Injury Rate and Patterns Among CrossFit Athletes. **The Orthopaedic Journal of Sports Medicine**, v. 2, n. 4, p. 232-246, 2014b.

XAVIER, A. A.; LOPES, A. M. C. Lesões musculoesqueléticas em praticantes de crossfit. **Revista Interdisciplinar Ciências Médicas**, v.1, n.1, p.11-27, 2017.

Influência da obesidade na variabilidade da frequência cardíaca em mulheres adultas

Obesity influence on heart rate variability in adult women

DANIELA LEMOS MACIEL

Discente curso de Pós-Graduação em Fisioterapia Cardiorrespiratória e UTI (UNIPAM)

JULIANA RIBEIRO GOUVEIA REIS

Discente do curso de Pós-Graduação em Fisioterapia Cardiorrespiratória e UTI (UNIPAM)
Professora do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)

Resumo: O excesso de peso tem sido relacionado a um aumento nos marcadores inflamatórios e há uma disfunção no sistema nervoso autônomo. O objetivo do estudo foi analisar o comportamento da modulação parassimpática em mulheres obesas. Tratou-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa. Foram incluídas neste estudo 11 mulheres obesas. Realizou-se a coleta de dados antropométricos e posteriormente foi realizado a análise VFC através do *Polar V800®* e os dados transferidos via *bluetooth* para o aplicativo *Elite HRV®*. Os dados foram analisados de forma descritiva e através de média. A média de idade foi de 44 anos com IMC médio de 38 e valor médio de 28 ms e o intervalo R-R com valor médio de 777,27. Concluiu-se que mulheres obesas podem apresentar grande variação nos valores de VFC.

Palavras-chave: Obesidade. Modulação autonômica. Doença cardiovascular.

Abstract: Excess weight has been linked to an increase in inflammatory markers and there is a dysfunction in the autonomic nervous system. The aim of the study was to analyze the behavior of parasympathetic modulation in obese women. It was a cross-sectional study with a quantitative approach. Eleven obese women were included in this study. Anthropometric data collection was carried out and later the HRV analysis was carried out through *Polar V800®* and the data were sent via *bluetooth* to the *Elite HRV®* application. The data were analyzed in a descriptive way and through average. The average age was 44 years old with an average BMI of 38 and an average value of 28 ms and the R-R interval with an average value of 777.27. We concluded that obese women can present a great variation in HRV values.

Keywords: Obesity. Autonomic modulation. Cardiovascular disease.

1 INTRODUÇÃO

A obesidade caracteriza-se pelo aumento do Índice de Massa Corpórea (IMC), sobretudo pelo excesso de gordura corporal, sendo a doença metabólica mais antiga que se conhece. Ela se enquadra no grupo de doença crônico-degenerativa não transmissível (DCNT) e não infecciosa (SOARES, 2010).

De acordo com a vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL), em 2017 a obesidade atingiu aproximadamente 650 milhões de adultos tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. No Brasil, em 2017, a proporção de indivíduos obesos foi de 18,9%, sendo maior entre os homens (19,2%), do que entre as mulheres (18,7%).

Acredita-se que a obesidade seja responsável por 3,4 milhões de óbitos ao ano e 93,6 milhões de anos de vida vividos com incapacidades devido a sua associação com as doenças crônicas e agravos não transmissíveis (DANT), tais como o diabetes mellitus, a hipertensão arterial, a doença arterial coronariana, o acidente vascular encefálico, alguns tipos de câncer, a apneia obstrutiva do sono e a osteoartrite (SOUZA; ASSUNÇÃO; PIMENTA, 2019).

De acordo com Carvalho e colaboradores (2018), a obesidade é um fator que potencialmente altera a capacidade aeróbica e a tolerância ao exercício de diferentes formas. Inicialmente, o comprometimento da função pulmonar e da musculatura respiratória, presente na obesidade, está relacionado à redução na capacidade funcional de exercício e na qualidade de vida.

O excesso de peso tem sido relacionado a um aumento nos marcadores inflamatórios e a uma disfunção no sistema nervoso autônomo (SNA), como a diminuição da variabilidade da frequência cardíaca (VFC). A baixa VFC é um indício de alteração anormal e insuficiente do SNA, o que pode indicar a presença de mau funcionamento fisiológico no indivíduo.

A VFC tem se mostrado uma excelente ferramenta não invasiva que permite compreender o mecanismo de controle do sistema cardiovascular e a integridade SNA, em estados variados. Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a variabilidade da frequência cardíaca em mulheres obesas.

2 MATERIAL E MÉTODO

Esta pesquisa foi um estudo transversal com abordagem quantitativa realizado no interior de Minas Gerais, sendo constituído por uma amostra de conveniência. O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e recebeu sua aprovação sob o parecer de número 3.712.617.

Foram incluídas neste estudo 11 mulheres obesas, maiores de 18 anos, que aceitaram participar mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O critério de exclusão ficou limitado àquelas mulheres que porventura não conseguiram comparecer a reunião destinada a explicar procedimentos e a coleta de dados.

Inicialmente foram coletados dados antropométricos como peso e altura, para registro do Índice de Massa Corpórea (IMC). Posteriormente, realizou-se a análise da relação cintura-quadril, calculada pela divisão da medida da circunferência da cintura pela medida da circunferência do quadril, sendo considerado como valores de referência, o valor 0,85 para mulheres e 1,0 para homens, conforme descrito pela World Health Organization, em 1998.

Antes da coleta da VFC, todas as mulheres foram instruídas a manter o padrão de sono, não consumir bebidas com cafeína ou alcoólicas e não realizarem exercícios físicos 24 horas antes das avaliações.

Para a análise da VFC, as participantes foram orientadas a realizar 20 minutos de repouso, visando à estabilidade das variáveis hemodinâmicas. Ao fim dos 20 minutos, realizou-se o registro da sua frequência cardíaca (FC) mínima, média e máxima, por meio de um cardiofrequencímetro posicionado sobre sua região precordial e na posição sentada.

O registro dos dados da VFC foram realizados pela cinta H7 da marca Polar® e transferidos via *bluetooth* para o aplicativo Elite HRV®. A VFC foi captada durante 4 minutos. Para análise, foram selecionados dois minutos, o cursor foi posicionado no tempo 01:00 minuto e se estendeu até os 03:00 minutos.

Os dados foram tabulados em planilha do programa Excel, em seguida os mesmo foram analisados de forma descritiva através de média.

3 RESULTADOS

Participaram do estudo 11 mulheres com média de idade de 44 anos, com média de IMC de 38. Na Tabela 1, estão demonstrados os valores de média referente às demais variáveis: idade, peso, altura e relação cintura quadril.

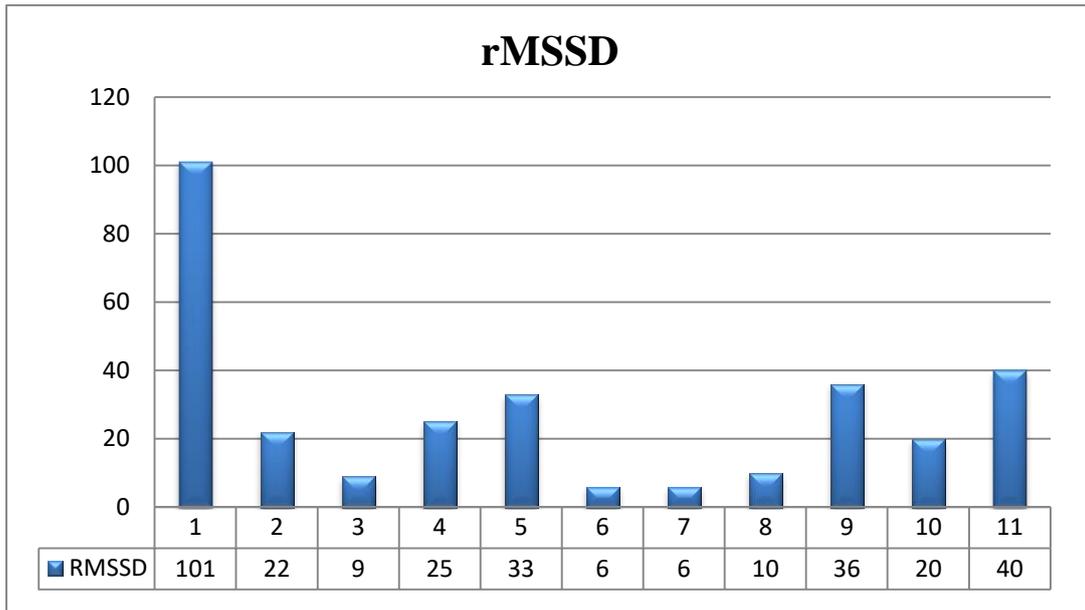
Tabela 9 – Caracterização da amostra

Paciente	Idade	Peso	Altura	IMC	C. Abdome	C. Quadril	Relação C/Q
1	52	111	1,57	45,03	134	143	0,93
2	27	109	1,73	36,42	110	118	0,93
3	41	144	1,72	48,67	135	146	0,92
4	19	94	1,7	32,53	106	112	0,94
5	46	97	1,54	40,9	117	129	0,90
6	64	93	1,55	38,75	128	136	0,94
7	41	94	1,5	41,77	110	131	0,83
8	44	98	1,75	32,02	106	107	0,99
9	38	124	1,69	43,5	114	140	0,81
10	58	75	1,55	31,25	103	108	0,95
11	62	81	1,58	33,3	96	112	0,85
Média	44,72	101,81	1,62	38,55	105,45	125,63	0,91

Fonte: dados coletados pelos pesquisadores, 2019.

Em relação à modulação parassimpática, o Gráfico 1 demonstra os resultados em unidade de tempo, em milissegundos (Ms) com valor máximo de 101 ms na participante nº 1 e valor mínimo de 6ms nas participantes nº 6 e 7.

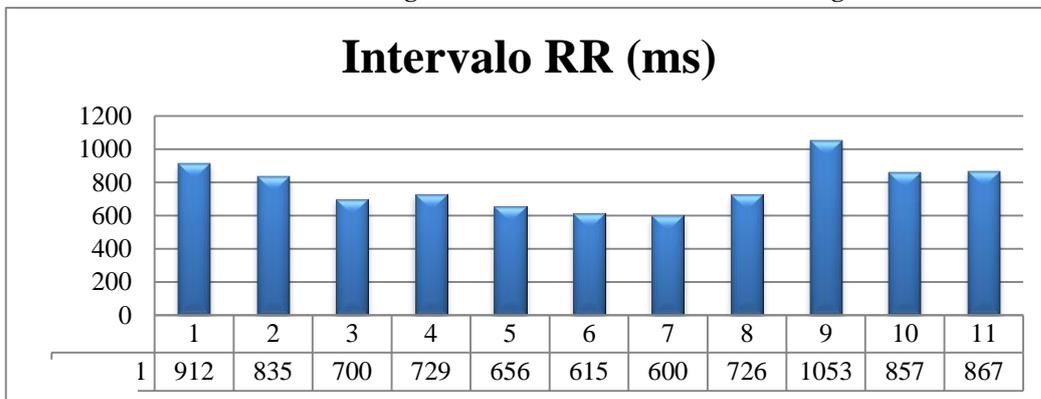
Gráfico 1 – Registro do valor do RMSSD



Fonte: dados da pesquisa, 2019.

O Gráfico 2 demonstra o intervalo R-R; os menores registros foram nas participantes de nº 6 e 7, 615ms e 600ms, respectivamente; os valores mais altos foram nas participantes de nº 1 e 9, 912ms e 1053ms, respectivamente. A média do intervalo R-R foi de 777,27 ms.

Gráfico 2 – Registro do intervalo RR em milissegundos



Fonte: dados da pesquisa, 2019.

4 DISCUSSÃO

O presente estudo foi formado por um grupo homogêneo composto por mulheres obesas com uma média de IMC de 38,55 kg/m² e uma média de idade de 44 anos. Grande parte dos estudos mostrou que as mulheres possuem uma superioridade na atividade vagal em relação à atividade simpática quando comparada aos homens, e que essas diferenças entre os gêneros diminuem com o envelhecimento (NEVES, 2006).

No envelhecimento, o controle autonômico da FC diminui progressivamente. Esse processo tem sido demonstrado pela redução tanto dos índices que refletem a atividade vagal como daqueles que refletem a atividade simpática sobre o coração.

Neste estudo, o diagnóstico de obesidade foi realizado através do IMC que classificou a amostra com obesidade classe I, 35 kg/m² – 39,9 kg/m², obesidade classe II e ≥ 40 kg/m², obesidade classe III, também denominada obesidade mórbida.

Sztajzel J. *et al.* (2009) avaliaram a VFC de mulheres eutróficas e obesas. Segundo eles, as mulheres eutróficas obesas com IMC >40 kg/m² apresentavam uma maior frequência cardíaca basal e redução da atividade parassimpática mensurada tanto no domínio do tempo como no domínio da frequência quando comparadas às obesas de menor IMC e não obesas.

A relação cintura quadril também é uma medida antropométrica que avalia a distribuição da gordura dos segmentos superiores em relação aos segmentos inferiores, desenvolvida para identificar o risco de doença crônica e atualmente vem recebendo destaque nos estudos, uma vez que o acúmulo de gordura na região abdominal aumenta o risco de doenças cardiovasculares e diabetes.

De acordo com Farah (2013), em seu estudo sobre a relação entre os parâmetros da VFC e os indicadores de obesidade central, a maior circunferência da cintura está relacionada à menor modulação parassimpática apresentada, conseqüentemente, uma maior disfunção autonômica cardíaca.

No presente estudo, foi encontrado um valor médio de intervalo R-R de 777,27, valores esses que se assemelham com o estudo de Philbois realizado em 2019, que objetivou investigar as alterações da modulação autonômica em mulheres com idades entre 28 e 31 anos com diagnóstico de síndrome de ovário policísticos.

Segundo Neves (2006), na mulher, a redução da VFC está associada ao envelhecimento devido à depressão dos níveis hormonais de estrogênio, que ocorre em razão do climatério. O climatério é uma fase biológica da vida e não um processo patológico, que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher. Inicia-se a partir dos 35 anos de idade e vai até os 65 anos.

De acordo com a Associação Brasileira do Climatério (SOBRAC) (2008), no climatério há uma diminuição do metabolismo basal, redução da atividade física regular e aumento na ingestão de alimentos calóricos que resultam em modificações na composição e distribuição do tecido adiposo, favorecendo aumento de peso e surgimento de doenças cardiovasculares.

No estudo transversal de Sant Anna Junior *et al.* (2015), envolvendo 80 indivíduos entre 20 e 60 anos, recrutados e divididos em dois grupos, Grupo 1, composto por 50 obesos mórbidos, e Grupo 2, composto por 30 indivíduos não obesos, com objetivo de analisar a VFC, observou-se que esse grupo de indivíduos obesos apresentou uma importante redução da atividade parassimpática quando comparado a um grupo de não obesos.

De acordo com Catai *et al.* (2016), a VFC é definida como variação do período entre os batimentos cardíacos em um determinado tempo e é uma ferramenta capaz de avaliar a integridade funcional do sistema nervoso autonômico e a saúde global do coração e quanto maior a variabilidade dos intervalos entre batimentos consecutivos (R-R), maior a atividade parassimpática.

A análise dos sinais da VFC torna-se importante, uma vez que esta é um indicador de prognóstico de doenças cardíacas e sistêmicas. Sendo assim, os altos valores indicam um bom funcionamento dos mecanismos de controle do SNA, enquanto os baixos índices são indicadores de risco para funcionamento da saúde.

5 CONCLUSÃO

Conclui-se que a VFC pode ser um valioso instrumento para a estratificação de risco cardiovascular em obesos, por refletir o balanço entre o sistema nervoso autônomo. O presente estudo demonstrou que mulheres obesas possuem registros de valores de VFC muito variáveis. Devido ao número de participantes, não foi possível apontar uma causa para essa variação. Assim, sugerimos a realização de novos estudos com um maior número de mulheres, a fim de estabelecer valores médios de VFC levando-se em consideração a idade e o peso corporal.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Vigitel Brasil 2017**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.

CARVALHO, Thays Maria da Conceição Silva *et al.* Associação entre função pulmonar, força muscular respiratória e capacidade funcional de exercício em indivíduos obesos com síndrome da apneia obstrutiva do sono. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 44, n. 4, p. 279-284, 2018.

CATAI, A. M. *et al.* Modulação autonômica da frequência cardíaca: fundamentos para prática clínica. In: MARTINS, J. A.; KARSTEN, M.; DAL CORSO, S. (orgs.). **Programa de atualização em Fisioterapia Cardiovascular e respiratória: Ciclo 2**. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2016 p. 63-107. (Sistema de educação continuada, v. 3).

FARAH, Breno Quintella *et al.* Relação entre variabilidade da frequência cardíaca e indicadores de obesidade central e geral em adolescentes obesos normotensos. **Einstein**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 285-290, 2013.

FERNANDES, C. E. *et al.* I Diretriz Brasileira sobre Prevenção de Doenças Cardiovasculares em Mulheres Climatéricas e a Influência da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Associação Brasileira do Climatério (SOBRAC). **Arq Bras Cardiol**, 2008.

NEVES, Valeria Ferreira Camargo *et al.* Análise dos índices espectrais da variabilidade da frequência cardíaca em homens de meia idade e mulheres na pós-menopausa. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 10, n. 4, p. 401-406, 2006.

PHILBOIS, Stella Vieira *et al.* Women with polycystic ovarian syndrome exhibit reduced baroreflex sensitivity that may be associated with increased body fat.

Arquivos brasileiros de cardiologia, v. 112, n. 4, p. 424-429, 2019.

SANT ANNA JUNIOR, Maurício de *et al.* Disfunção Autonômica Cardiovascular em Pacientes com Obesidade Mórbida. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 105, n. 6, p. 580-587, 2015.

SOARES, Kadma Karênina Damasceno. **Avaliação do desempenho físico e funcional respiratório em portadores de obesidade**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) – Universidade Nove de Julho (UNINOVE), São Paulo, 2010.

SOUZA, Luís Paulo Sousa e; ASSUNÇÃO, Ada Ávila; PIMENTA, Adriano Marçal. Fatores associados à obesidade em rodoviários da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, 2019.

SZTAJZEL, J. *et al.* Impact of body fat mass extent on cardiac autonomic alterations in women. **Eur J Clin Invest.**, 2009.

Perfil dos pacientes atendidos no Ambulatório de Fisioterapia Dermatofuncional da Clínica de Fisioterapia do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)

*Profile of patients treated at the Dermatofunctional Physiotherapy Outpatient
Clinic of the Physiotherapy Clinic of the University Center of
Patos de Minas (UNIPAM)*

STÉFANE PEREIRA DA SILVA

Discente do curso de Fisioterapia (UNIPAM)

E-mail: stefanesilvafisio@outlook.com

PALOMA AMARAL XAVIER

Discente do curso de Fisioterapia (UNIPAM)

E-mail: paloma_ax@hotmail.com

KELLY CHRISTINA DE FARIA NUNES

Doutoranda. Docente (UNIPAM)

E-mail: kellyfaria@unipam.edu.br

LAYS MAGALHÃES BRAGA

Professora orientadora (UNIPAM)

E-mail: laysbraga@unipam.edu.br

Resumo: A Fisioterapia Dermatofuncional é uma área em plena expansão tratando diferentes patologias no âmbito estético e reparador. Trata-se de um estudo retrospectivo, em que foram analisados 55 prontuários retidos no arquivo da Clínica de Fisioterapia do UNIPAM, de pacientes atendidos no período de março de 2015 a setembro de 2018. Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário geral com informações sociodemográficas e dados clínicos dos pacientes. A análise estatística foi realizada por meio do programa SPSS. A maioria dos pacientes atendidos na Clínica de Fisioterapia era do gênero feminino, na faixa etária de 38±17,4 anos e o estado civil solteiro. As disfunções mais frequentes foram as faciais e adiposidade localizada. O *peeling* de diamante foi o recurso fisioterapêutico mais utilizado seguido da limpeza profunda de pele.

Palavras-chave: Serviço ambulatorial de fisioterapia. Perfil de saúde. Fisioterapia Dermatofuncional.

Abstract: Dermatofunctional Physiotherapy is a rapidly expanding area which treats different pathologies in the aesthetic and reparative field. This is a retrospective study, which analyzed 55 medical records retained in the archive of the Physiotherapy Clinic of UNIPAM, from patients treated between March 2015 and September 2018. For data collection, a general questionnaire with social information, patient demographics and clinical data was used. Statistical analysis was

performed using the SPSS program. Most patients treated at the Physical Therapy Clinic were female, 38 ± 17.4 years old and single. The most frequent dysfunctions were facial and localized adiposity. Diamond *peeling* was the most widely used physical therapy resource followed by deep skin cleansing.

Keywords: Outpatient physiotherapy service. Health profile. Dermato functional physiotherapy.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A fisioterapia como ciência mantém o movimento, o desenvolvimento humano e a melhora da qualidade de vida em todas as suas formas de expressão e potencialidades, sempre em busca da promoção de saúde, na prevenção de doenças e com caráter reabilitativo (TACANI *et al.*, 2004).

Dentre as várias especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), destacamos a Fisioterapia Dermatofuncional (FDF), que foi recentemente reconhecida pela Resolução n. 362/2009. A Fisioterapia Dermatofuncional objetiva prevenir e restaurar alterações do sistema tegumentar que podem ocorrer por diversas etiologias, como patologias endócrinas, dermatológicas, oncológicas, linfáticas, circulatórias, metabólicas, osteomusculares e reumatológicas (MILANI *et al.*, 2006).

De acordo com o novo conceito de saúde, a saúde é constituída de intercambiável bem-estar físico, mental, espiritual e social. As afecções estéticas têm se tornado cada vez mais importantes do ponto de vista terapêutico, nas diferentes áreas e profissões (MEDEIROS, 2005). Esse campo do conhecimento tem se expandido consideravelmente na sociedade atual, juntamente com o aumento da procura por procedimentos que aprimorem a qualidade estética, bem como reduzam a ação do processo de envelhecimento, principalmente o da pele (MEYER *et al.*, 2003).

São vários os campos e especialidades de atuação da FDF, possibilitando a reabilitação de pós-operatórios de cirurgias plásticas, a reparação de tecidos e a restauração da atividade funcional da pele como reorganização das fibras colágenas e elásticas, melhorando a autoestima e a imagem corporal (BORGES, 2006).

O prontuário é um documento de registro em saúde, em que se encontram diversos dados e anotações baseados nas reais condições de saúde que o paciente apresenta e associados aos serviços a ele prestados. Essas informações são definidas como científicas e de sigilo, e são essenciais para que haja não só a interação entre os profissionais da equipe multidisciplinar, mas também a sequência devida dos cuidados prestados ao paciente (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002).

Por se tratar de uma especialidade fisioterapêutica relativamente recente, muitos serviços públicos ainda não dispõem de atendimento em FDF, o que dificulta o acesso da população a esse atendimento. Conseqüentemente, a maioria dos atendimentos ocorre em clínicas particulares, o que torna difícil conhecer o perfil da população que procura pelo atendimento dessa especialidade. Em consequência à carência de informações na literatura acerca do perfil do paciente que busca atendimento em FDF, surgiu a necessidade de investigar o perfil sociodemográfico e clínico dessa população.

Diante disso, o presente trabalho teve como objetivo realizar uma análise retrospectiva para traçar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes atendidos no Ambulatório de Fisioterapia Dermatofuncional da Clínica de Fisioterapia do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM) assim como elucidar as principais intervenções fisioterapêuticas e as características de evolução do quadro dos pacientes.

Em relação aos benefícios, nota-se que o estudo nos proporcionou conhecer o perfil de pacientes admitidos no serviço de Fisioterapia Dermatofuncional da Clínica de Fisioterapia UNIPAM e compreender melhor a atuação fisioterapêutica nessa área de trabalho, contribuindo para novos estudos e aplicação de novas técnicas e tratamentos que auxiliem os profissionais da área saúde e os próprios pacientes.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma análise retrospectiva por meio de coleta de dados em prontuários. O trabalho somente teve início após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos de Minas (CEP-UNIPAM), Parecer n. 2.889.137.

As informações foram coletadas no Ambulatório de Fisioterapia Dermatofuncional (FDF) da Clínica de Fisioterapia UNIPAM em Patos de Minas. A amostra foi constituída por 57 prontuários de pacientes, sendo 2 excluídos por falta de informações, de ambos os sexos, que foram admitidos no período de março de 2015 até setembro de 2018 e que possuíam as informações necessárias para coleta de dados. Os critérios de exclusão foram: prontuários com falta de descrição de uma ou mais variáveis a serem investigadas.

Para uma minuciosa e sistemática coleta de dados, foi criada uma ficha de avaliação do prontuário, para avaliar os seguintes itens: ID do paciente, gênero, data de nascimento, idade, estado civil, data de admissão, peso, altura, nível de atividade física, patologias apresentadas e intervenções fisioterapêuticas. Antecipadamente, houve um agendamento de datas e horários com os profissionais responsáveis por esse setor, para a coleta de dados.

Não foi necessário aplicar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pois a coleta de dados ocorreu por meio de prontuários dos pacientes. Foi garantido o sigilo das informações obtidas. Todas as informações foram utilizadas exclusivamente para o desenvolvimento deste estudo, mantendo-se anônima a identidade dos pacientes.

A análise estatística dos dados foi realizada por meio do programa *SPSS Statistical Package for the Social Sciences* versão 23.0. Os dados foram apresentados em valores absolutos e porcentagem para variáveis categóricas, e média e desvio padrão (DP) quando apropriado para as variáveis numéricas.

3 RESULTADOS

Dos prontuários avaliados, observamos que 83,3% eram do sexo feminino. Os dados sociodemográficos da população estudada estão apresentados na Tabela 1.

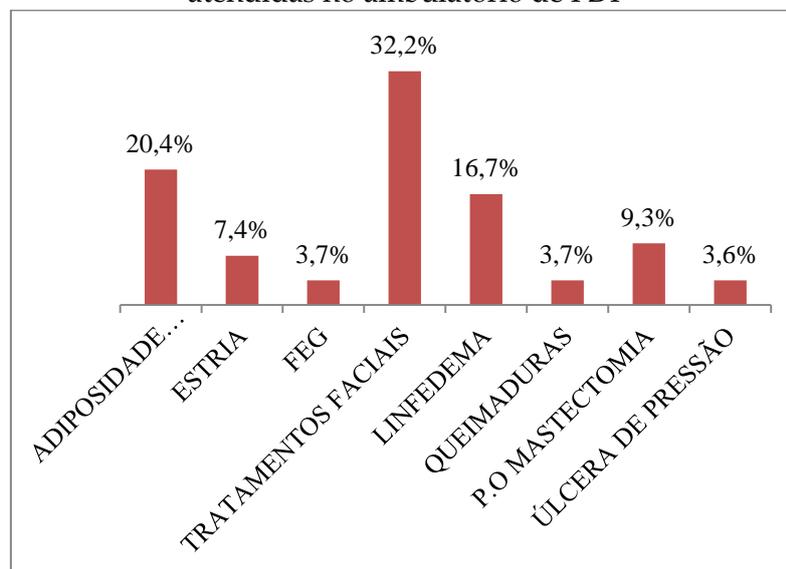
Tabela 1 – Distribuição das frequências, média e desvio-padrão das variáveis quanto ao perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes

	Pacientes atendidos no ambulatório de FDF n=55
Idade, anos	38 ±17,4
IMC, Kg/m²	24,9 ± 7,1
Feminino (%)	83,6 (n = 46)
Estado civil (%)	
Casado	41,8 (n = 23)
Divorciado	7,27 (n = 4)
Solteiro	50,90 (n = 28)
Nível de atividade física (%)	
Sedentário	76 (n = 42)
Ativo	24 (n = 13)

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Em relação às patologias tratadas no ambulatório de FDF, observamos que as mais frequentes foram disfunções faciais; na sequência, adiposidade localizada. Os diagnósticos fisioterapêuticos são apresentados em números absolutos e frequência no Gráfico 1.

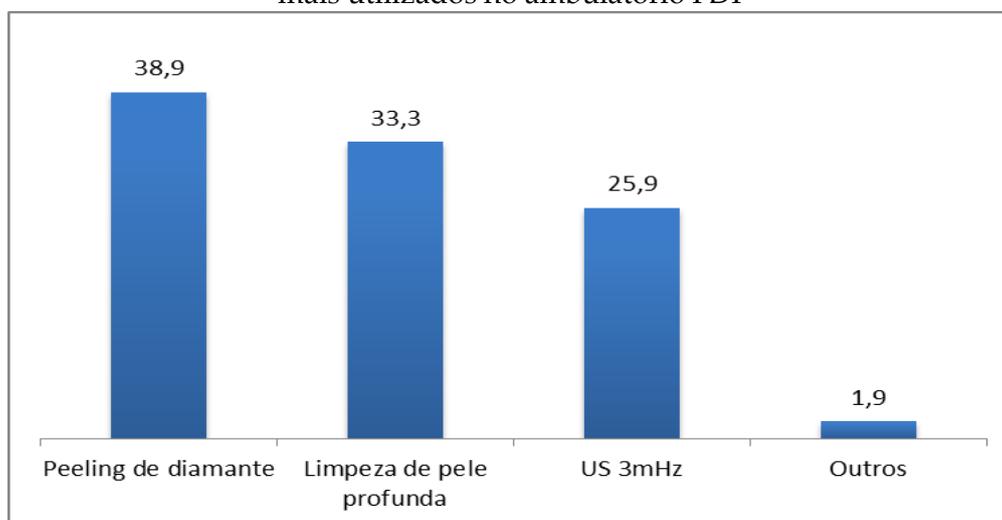
Gráfico 1 – Distribuição das frequências (%) quanto ao perfil das principais disfunções atendidas no ambulatório de FDF



Fonte: dados da pesquisa, 2018.

De acordo com o Gráfico 2, nota-se que o recurso fisioterapêutico mais realizado no ambulatório foi o *peeling* de diamante (38,9%), seguido da limpeza de pele profunda (33,3%) para as disfunções faciais e o ultrassom de 3MHz (25,9%) para as corporais.

Gráfico 2 – Distribuição das frequências quanto aos recursos fisioterapêuticos mais utilizados no ambulatório FDF



Fonte: dados da pesquisa, 2018.

4 DISCUSSÃO

A maioria dos indivíduos do presente estudo era do gênero feminino (83,3%), portanto as mulheres é que mais procuram tratamentos que competem à Fisioterapia Dermatofuncional. Essa procura se deve ao fato de que alterações hormonais ponderais podem desencadear diversas alterações no corpo humano. Associa-se também ao uso de anticoncepcionais na fase reprodutiva, bem como às alterações sistêmicas do corpo feminino durante a gravidez.

A manifestação da faixa etária encontrada (38 anos e 17 meses) é devido à idade reprodutiva, além da busca pelos tratamentos estéticos e pelos tratamentos de dermatofuncional.

A Fisioterapia Dermatofuncional é uma área de atuação profissional que pode intervir na clínica humana juntamente com outras especialidades da profissão numa diversidade de casos clínicos e também numa clientela exclusiva. A FDF apresenta algumas peculiaridades interessantes, como a abordagem das alterações físico-estético-funcionais de sua clientela, entendendo o conceito de saúde no seu mais amplo sentido (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

A nossa pele fornece proteção contra agentes nocivos, regulação do corpo, amortecimento de impactos, equilíbrio hídrico e reserva de calorías. Naturalmente ocorre um processo de envelhecimento que se chama involução cutânea. Para o tratamento da involução cutânea, ocorre um aumento do número de fibroblastos e realinhamento das fibras colágenas, que irá potencializar a circulação linfática diminuindo edema.

Machado *et al.* (2009), em estudo com 30 mulheres adultas, com queixa de lipodistrofia ginoide, tiveram como objetivo verificar a incidência da localização corporal e do grau da lipodistrofia e analisar a porcentagem de gordura em mulheres caucasianas jovens. Foi constatado que a região glútea e a posterior da coxa foram as

regiões mais acometidas e o grau I foi o mais incidente; sua porcentagem de gordura mostrou-se elevada. No presente estudo, foi possível verificar que os indivíduos atendidos com a seguinte patologia têm a incidência maior na região glútea e posterior da coxa.

Barba e Ribeiro (2009), em estudo com objetivo de caracterizar as modificações presentes no comportamento facial após tratamento com microdermoabrasão, demonstram resultados promissores e satisfatórios, sobretudo no tratamento do envelhecimento cutâneo.

Em estudo de Carreiro *et al.* (2012), três pacientes ente 53 a 59 anos foram convidadas a participar do projeto de extensão rejuvenescer na UNP, sendo submetidas a um protocolo padrão de tratamento, com 20 sessões de terapia combinada de estética e fisioterapia dermatofuncional. Foi executado tratamento para rugas faciais de grau três em todas participantes. Os resultados foram positivos, provavelmente pela efetividade das técnicas. No presente estudo, a maioria das pessoas faz tratamentos faciais relacionados à estética facial.

Tacani *et al.* (2010), em estudo clínico, selecionaram dez voluntárias entre 20 a 45 anos. Como resultados, a massagem clássica não reduziu a massa corporal, mas contribuiu para a redução da perimetria do quadril. No presente estudo, foi possível observar que a adiposidade localizada foi a segunda maior demanda estética solicitada pelos pacientes, principalmente para a região abdominal.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados mostram que o perfil da maioria dos pacientes atendidos na área de Fisioterapia Dermatofuncional da Clínica de Fisioterapia do UNIPAM era do gênero feminino. As disfunções mais frequentes atendidas no ambulatório de FDF foram as faciais, seguidas da adiposidade localizada, e os recursos fisioterapêuticos mais realizados foram o *peeling* de diamante e a limpeza de pele profunda.

As informações identificadas neste estudo poderão nortear profissionais, docentes e estudantes com relação às características dos indivíduos que necessitam dessa área da fisioterapia, bem como dos recursos terapêuticos mais utilizados, permitindo melhor prescrição e intervenção para cada patologia.

REFERÊNCIAS

ABRAFIDEF. **Associação Brasileira de Fisioterapia Dermatofuncional**. Disponível em: http://www.abrafidef.org.br/quem_somos.html.

BARBA, J.; RIBEIRO, E. R. Efeito da microdermoabrasão no envelhecimento facial. **Revista Inspirar**, n. 1, p. 5-8, 2009.

BORGES, F. S. **Dermatofuncional**: modalidades terapêuticas nas disfunções estéticas. São Paulo: Phorte, 2006.

CARREIRO, E. M. *et al.* Tratamento de rejuvenescimento facial pela estética e fisioterapia dermatofuncional: estudo de caso. **Catussaba**, v. 1, n. 2, p. 47-54, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº. 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuário nas instituições de saúde. **Diário Oficial da União**, 9 ago. 2002.

FERNANDES, M. S.; ASSUNÇÃO, F. F. O. Efeito da microdermoabrasão no envelhecimento facial. **Revista Inspirar**, v. 3, n. 3, p. 18-23, 2011.

MACHADO, A. F. P. *et al.* Incidência de fibro edema geloide em mulheres caucasianas jovens. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 34, n. 2, 2009.

MEDEIROS, P. F.; BERNARDES, A. G.; GUARESCHI, N. M. F. O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, v. 21, n. 3, p. 263-269, 2005.

MEYER, P. F.; MEDEIROS, J. O.; OLIVEIRA, S. S. G. O papel do psicossocial do ambulatório de Fisioterapia Dermatofuncional na saúde da população de baixa renda. **Fisioterapia em Movimento**, v. 16, n. 4, p. 55-61, 2003.

MILANI, G. B.; JOÃO, S. M. A.; FARAH, E. A. Fundamentos da Fisioterapia Dermatofuncional: revisão de literatura. **Fisioterapia e pesquisa**, v. 13, n. 1, 2006.

TACANI, R. E.; DE CAMPOS, M. S. M. P. A fisioterapia, o profissional fisioterapeuta e seu papel em estética: Perspectivas históricas e atuais. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 2, n. 4, 2004 (antiga Rev. Bras. Ciên. Saúde).

TACANI, P. M. *et al.* Efeito da massagem clássica estética em adiposidades localizadas: estudo piloto. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 17, n. 4, p. 352-357, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics 2015**. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/