

CBES2022

# EDUCAÇÃO EM SAÚDE, ENVELHECIMENTO E BEM-ESTAR

Maria Geralda de Miranda  
Helena Portes Sava de Farias  
Bruno Matos de Farias



escrever INSTITUTO

epitaya  
Editora

Maria Geralda de Miranda  
Helena Portes Sava de Farias  
Bruno Matos de Farias  
(Organizadores)

EDUCAÇÃO EM SAÚDE, ENVELHECIMENTO E BEM-ESTAR

1ª Edição



Rio de Janeiro – RJ  
2022

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

E24 Educação em saúde, envelhecimento e bem-estar [livro eletrônico]: / Organizadores Maria Geralda de Miranda, Helena Portes Sava de Farias, Bruno Matos de Farias. [et al.]. – Rio de Janeiro, RJ: Epitaya, 2022. 99p.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-87809-62-5

1. Envelhecimento. 2. Longevidade. 3. Idosos. I. Miranda, Maria Geralda de. II. Farias, Helena Portes Sava de. III. Farias, Bruno Matos de.

CDD 305.26

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**

Epitaya Propriedade Intelectual Editora Ltda  
Rio de Janeiro / RJ  
contato@epitaya.com.br  
<http://www.epitaya.com.br>

epitaya  
Editora

Maria Geralda de Miranda  
Helena Portes Sava de Farias  
Bruno Matos de Farias  
(Organizadores)

EDUCAÇÃO EM SAÚDE, ENVELHECIMENTO E BEM-ESTAR



Rio de Janeiro – RJ  
2022

### **CONSELHO EDITORIAL**

EDITOR RESPONSÁVEL	Bruno Matos de Farias
MARKETING / DESIGN DIAGRAMAÇÃO/ CAPA	Helena Portes Sava de Farias Bruno Matos de Farias
REVISÃO	A revisão de todos os textos publicados neste livro é de responsabilidade de seus autores

---

### **COMISSÃO CIENTÍFICA**

Profa. Dra. Luciane Pinho de Almeida (UCDB)  
Profa. Dra. Carla Junqueira Moragas Tellis (FIOCRUZ)  
Profa. Dra. Fabiana Ferreira Koopmans (UERJ)  
Profa. Dra. Patrícia dos Santos Vigário (UNISUAM)  
Profa. Dra. Alessandra Guimarães Monteiro Moreira (FACEG)  
Profa. Dra. Vanessa Indio do Brasil da Costa (ABRASCO/UNISUAM)  
Profa. Dra. Larissa Escare Bento Wollz (UFRJ)  
Profa. Dra. Maria Alice Chaves Nunes Costa (UFF)

## APRESENTAÇÃO

O livro **Educação em saúde, envelhecimento e bem-estar**, traz estudos e pesquisas em andamento, apresentados no Congresso Brasileiro de Educação em saúde, envelhecimento e bem-estar, sobre diversas temáticas.

O Ministério da Saúde define Educação em saúde como processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população, e conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas (FALKENBERG, 2014).

A Organização Mundial da Saúde, OMS, por meio do Expert Committee on Planning and Evaluation of Health Education Services (Comitê de Especialistas em Planejamento e Avaliação dos Serviços de Educação em Saúde) assinala que o “foco da educação em saúde está voltado para a população e para a ação” e que seus principais objetivos são: a) adotar e manter padrões de vida saudáveis; b) usar de forma judiciosa e cuidadosa os serviços de saúde colocados à sua disposição, e c) tomar suas próprias decisões, tanto individual como coletivamente, visando sempre melhorar suas condições de saúde e as condições do meio ambiente (LEVY et. al., 2016).

A Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas, ONU, por meio do Objetivo do Desenvolvimento Sustentável, ODS, de número 3 e de suas 13 metas, orienta os Estados no sentido de assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. A meta 3.1 prevê reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos. A meta 3.2 orienta no sentido de acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos. Já a 3.3 prevê acabar com as epidemias da AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis.

A meta 3.4 objetiva até 2030 reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar. A meta 3.7 visa assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação. E a meta 3.8 visa atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a

medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.

Esperamos contribuir com o debate sobre Educação em saúde, necessária e fundamental para um envelhecimento saudável e para prevenção de doenças, por isso convidamos a todos os interessados em discutir questões ligadas à saúde a fazerem a sua inscrição no Congresso Brasileiro de Educação em Saúde, CBES, em um dos eixos temáticos propostos. Há espaço também para a apresentação de suas experiências e projetos.

## REFERÊNCIAS

OBJETIVOS DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL. IPEA. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>. Acesso: 03 mai. 2022.

LEVY, Sylvain Nahum at.al. Educação em saúde histórico, conceitos e propostas. Disponível em: [http://www.reprolatina.institucional.ws/site/respositorio/materiais\\_apoio/textos\\_de\\_apoio/Educacao\\_em\\_saude.pdf](http://www.reprolatina.institucional.ws/site/respositorio/materiais_apoio/textos_de_apoio/Educacao_em_saude.pdf). Acesso: 03 abr. 2022.

FALKENBERG, Mirian Benites et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciênc. saúde coletiva 19 (03) mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kCNFQy5zkw4k6ZT9C3VntDm/?lang=pt>. Acesso: 10 abr. 2022.

Os organizadores

## SUMÁRIO

EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....11

*Debora Alves dos Santos Fernandes; Maria Alice Costa*

SAÚDE E PLANTAS MEDICINAIS, DESDE UM PONTO DE VISTA ANTROPOLÓGICO.....14

*Izabel Missagia de Mattos*

SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO.....22

*Vanessa Índio-do-Brasil*

SAÚDE, ENVELHECIMENTO E EXERCÍCIO FÍSICO.....26

*Patrícia dos Santos Vigário*

CUIDADO A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: QUAIS FATORES ESTÃO ENVOLVIDOS NO CUIDAR?.....32

*Fabiana Ferreira Koopmans*

MITIGAÇÃO DOS IMPACTOS SOCIOECONÔMICOS NA OBESIDADE INFANTIL.....36

*Gládma Rejane Ramos Araújo da Silveira; Eduardo Winter*

SAÚDE, ENVELHECIMENTO, BEM-ESTAR FÍSICO, SOCIAL E MENTAL.....54

*Raymundo Washington Leal Jr; Carlos Alberto Figueiredo da Silva*

AUTONOMIA FUNCIONAL DE IDOSOS E TREINAMENTO RESISTIDO:  
REVISÃO INTEGRATIVA.....57

*Márcio Getirana-Mota; Willams Tiago dos Santos; Leonardo dos Santos; Rafael Luiz Mesquita Souza*

ENSINO EM TEMPOS DE PANDEMIA: DESAFIOS NA PRÁTICA  
DOCENTE.....73

*Robervânia da Silva Albuquerque; Mayara Ketley Tito Apolinário; Marcos Diego Costa Silva; Renata Pimentel da Silva*

OS VÍNCULOS COM AS ORGANIZAÇÕES E TRABALHO DOCENTE EM  
TEMPOS DE PANDEMIA.....75

*Mayara Ketley Tito Apolinário; Robervânia da Silva Albuquerque; Marcos Diego Costa Silva; Renata Pimentel da Silva*

SAÚDE E BEM-ESTAR: EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA NA PESSOA IDOSA  
PREVENÇÃO DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E RISCO DE  
QUEDA.....77

*Maria Madalena da Costa Glinardello; Thereza Serena; Juliana Magalhães; Ana Beatriz Seixas; Selma Neri*

PERFIL DOS TRANSPLANTES DE CÓRNEAS, EM GOIÁS.....79

*Ricardo Ribamar da Silva; Maria de Lourdes Rosa dos Passos; Beatriz Souza Lima*

A APROXIMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PACIENTES  
DIABÉTICOS POR REDE SOCIAIS.....81

*Patricia Daiane Zanini Tomazelli; Denise Antunes de Azambuja Zocche; Elisângela Argenta Zanatta*

O ENVELHECIMENTO E O SURGIMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO EM IDOSOS HOSPITALIZADOS: REVISÃO DE LITERATURA.....85

*Luane Caroline Paes Pinheiro*

PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ESCOLA E A INTERDISCIPLINARIDADE DO CUIDADO.....87

*Giovanna Silva Santos; Livia Souza Silva; Marlene Fagundes Carvalho Gonçalves; Raquel Borges Silva*

DEPRESSÃO E DEFICIÊNCIA COGNITIVA EM IDOSOS USUÁRIOS DE UM PROGRAMA SOCIAL.....89

*Susana Baldeón Loza; María Paula Foss; Julio César Moriguti*

SAÚDE BUCAL NA EDUCAÇÃO BÁSICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE GRADUANDOS.....91

*Livia Souza Silva ; Giovanna Silva Santos; Carla Roberta de Oliveira Maciel; Raquel Borges Silva ; Alma Blásida Concepción Elizaur Benitez Catirse; Marlene Fagundes Carvalho Gonçalves*

INCENTIVANDO JOVENS PARA CARREIRA ACADÊMICA ATRAVÉS DA FEIRA DE PROFISSÕES.....93

*Grasiela Oliveira Souza; Matheus Pereira dos Santos Moraes; Raquel Borges Silva; Marlene Fagundes Carvalho Gonçalves*

CUIDADOS DE UMA EQUIPE DE SAÚDE AO IDOSO HAS E/OU DM ACOMETIDOS POR DESASTRE NATURAL.....95

*Tercília Maria Sousa Soares; Aline Daud Lima Querino*

PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL DE ESCOLARES: UMA ESTRATÉGIA  
NECESSÁRIA AO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA.....97

*Raquel Borges Silva; Carla Roberta de Oliveira Maciel; Matheus Pereira dos Santos  
Moraes; Marlene Fagundes Carvalho Gonçalves*

O ENVELHECIMENTO E O CÂNCER.....99

*Mariana Cristo Silva*



## EDUCAÇÃO EM SAÚDE

**Debora Alves dos Santos Fernandes**

Escola de Medicina e Cirurgia (EMC-UFRJ-UNIRIO)

**Maria Alice Costa**

Professora e Pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Direito da UFF.

A primeira coisa que vem à mente quando se pensa em ‘Educação em Saúde’ devem ser as conexões. Antes de se pensar no paciente, isto é, na pessoa que possui alguma necessidade de cuidados em saúde, é necessário se pensar no indivíduo e suas conexões em comunidade, antes mesmo que adoeça. Para compreendermos os constructos teóricos de educação em saúde é fundamental compreender que as práticas sociais e comunitárias da existência humana devem ser abordadas como fenômenos produtores, reprodutores ou transformadores das relações sociais.

O foco desta mesa redonda foram formas como a mudança de hábitos, atitudes e comportamentos individuais e coletivos impactam na saúde de uma maneira global. As mudanças de comportamentos estão conectadas intimamente com aquisição de novos conhecimentos e, conseqüentemente, à adoção de atitudes favoráveis à saúde. A Educação em Saúde também pode ser entendida como uma forma de abordagem que, enquanto um processo amplo na Educação, proporciona construir um espaço muito importante na veiculação de novos conhecimentos e práticas relacionadas. Segundo a Organização Mundial de Saúde, são ações e experiências de aprendizado planejado que, combinadas, tem como objetivo habilitar as pessoas a obterem conhecimento sobre comportamentos de saúde. De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil, é um “processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população (...), conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades”.

Três segmentos de atores sociais estão ligados diretamente na conexão de educação em saúde: os profissionais de saúde, os gestores e a população. Os profissionais devem valorizar a prevenção e a promoção tanto quanto valorizam as práticas terapêuticas, os gestores são responsáveis por fornecer apoio logístico e financeiro às políticas públicas direcionadas especificamente à prevenção e promoção em saúde de acordo com as necessidades da população que constrói seus conhecimentos e sua autonomia nos cuidados em



saúde em nível individual e em nível coletivo. Esse é um processo político-pedagógico que depende de se pensar ‘fora da caixa’, isto é, de um pensar crítico e reflexivo que revele a realidade e que proponha ações que desenvolvam a autonomia e a emancipação do indivíduo como sujeito histórico e social, de maneira que seja capaz de entender e expressar suas demandas e decisões de saúde, a fim de cuidar de si, de sua família e de sua coletividade.

Embora o Ministério da Saúde preconize que haja uma interação entre os três segmentos das estratégias de educação em saúde, ainda existe grande distância entre a teoria e a prática observada, especialmente quanto maior for o centro urbano. A escassez de profissionais de saúde nas localidades mais afastadas, nas periferias e nas cidades com menos de cinquenta mil habitantes provoca, paradoxalmente, uma maior mobilização da população junto de seus agentes comunitários, enquanto os grandes centros urbanos são apenas ‘consumidores’ das propostas de saúde que lhe são oferecidas. É perceptível, atualmente, que quanto mais acesso o indivíduo possui à serviços de saúde, menos autônomo se torna, sendo pressionado a aceitar todos os exames que lhe são oferecidos e que acaba por ‘consumir’. Um exemplo recente é a grande demanda de partos naturais humanizados sem assistência hospitalar por parte de classes sociais mais abastadas financeiramente enquanto as mulheres de classes sociais de dependem dos serviços públicos almejam por realizar cesarianas, como forma de sentirem pertencimento à essa suposta ‘oferta e consumo’ de serviços em saúde.

Para os médicos, o início do século XX trouxe um paradigma hospitalocêntrico a partir do Relatório Flexner. Apesar de ter mais de cem anos, as orientações do relatório se estenderam nos cursos médicos até os dias atuais. Um novo horizonte na formação médica se mostrou a partir da publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina, em 2001 e 2014. As DCNs definiram novos princípios para a formação de médicos e traçaram um novo perfil de médico egresso como um profissional “com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano”.

Portanto, cabe ao profissional de saúde orientar ações práticas que auxiliem em melhorar qualidade de vida do indivíduo e da



população, fornecer autoconhecimento ao indivíduo e desenvolver habilidades para tomada de decisões conscientes. Além disso, devem construir uma relação horizontalizada dos serviços de saúde, utilizando uma perspectiva coletiva entre comunidade e profissionais e ações preventivas e abrangentes em promoção da saúde a partir de um acordo social entre as necessidades da população e a informação oferecida de tal forma que o indivíduo e a população sejam os protagonistas das ações em saúde.

## REFERÊNCIAS

Cardoso de Melo JA. Educação Sanitária: uma visão crítica. Cadernos do Cedes. São Paulo: Cortez Editora Autores Associados; 1981.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde . Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS; 2006.

Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. Cien Saude Colet 2007; 12(2):335-342.

Luz S. Educação continuada: estudo descritivo de instituições hospitalares. O mundo da saúde. 2000;24(5):343-351.

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução CNE/CES 4/2001. Brasília: Ministério da Educação; 2001.

Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. Revista brasileira de educação médica. 2008;32, 492-499.



## **SAÚDE E PLANTAS MEDICINAIS, DESDE UM PONTO DE VISTA ANTROPOLÓGICO**

**Izabel Missagia de Mattos**  
UFRRJ

O Brasil é reconhecido no mundo por sua megabiodiversidade. Essa riqueza biológica torna-se ainda mais importante porque está aliada a uma sociodiversidade que envolve vários povos e comunidades, com visões, saberes e práticas culturais próprias. Neste artigo pretendo contribuir para a discussão deste tema tão amplo que, de fato, merece abordagens interdisciplinares. O que o olhar do antropólogo busca desvendar são os sentidos simbólicos que existem nos eventos culturais, como são as diversas práticas de cuidado em saúde.

Precisamos inicialmente situar esta intervenção no dramático contexto econômico e político que vivemos, já que os cenários de fome e pobreza vêm aumentando de modo vertiginoso nos dias atuais, do mesmo modo em que as políticas econômicas vêm desprezando e abandonando grupos sociais em situação de vulnerabilidade - como são os povos e comunidades tradicionais, excluídos do modelo de desenvolvimento capitalista. Os conhecimentos sobre as plantas medicinais e outros produtos da agrobiodiversidade, para serem sustentáveis, necessitam ser salvaguardados por políticas que garantam direitos aos seus detentores.

Do ponto de vista da antropologia, aprendemos como as mais diferentes culturas, ao longo da história da humanidade, desenvolveram e continuam a desenvolver sistemas de classificação e uso de espécies nativas, muitas delas com potencial ainda pouco conhecido pela ciência. Muitos desses conhecimentos e práticas que atravessaram séculos, passando de geração a geração pela tradição oral e resistiram às inúmeras tentativas de apagamento que caracterizaram ciclos históricos. Hoje, mediante os desafios que enfrentamos no planeta, que também precisa de cura, a própria ciência reconhece que os conhecimentos tradicionais devem ser respeitados já que são incrementos para a própria inovação científica.

Esses conhecimentos e suas práticas se diferenciam em muito do olhar racionalizante da biomedicina porque buscam tratar nossos corpos considerando suas relações com o entorno. O adoecimento, de fato, pode também ser ocasionado pelo ambiente social, na medida em que relações sociais podem gerar stress e desequilíbrios diversos.



Infelizmente, esses conhecimentos que foram acumulados ao longo dos séculos, e que guardam íntimas relações com os ecossistemas, se encontram perceptivelmente ameaçadas, já que seus detentores não são reconhecidos e valorizados – o que poderia ocorrer, por exemplo, no interior do próprio Sistema Único de Saúde. No município de Maricá, RJ, que é uma ilha de esperança neste país, podemos observar um lindo movimento de recuperação destas práticas a partir principalmente de mulheres que passaram a reconhecer o valor recebido pela herança de suas avós, muitas delas benzedeiras e conhecedoras do poder das plantas medicinais.

Ainda permanece no senso comum uma concepção de conhecimento tradicional reduzida a um “atraso” em relação ao desenvolvimento científico, técnico e social, como conhecimentos menos valiosos, como colocado pela antropóloga Maj-Lis Follér (2004, p. 110):

infelizmente os conhecimentos tradicionais de saúde, a prática e a experiência da sobrevivência, o xamanismo, o uso de plantas medicinais e os conhecimentos das parteiras têm sido desvalorizados em relação aos conhecimentos biomédicos.

Alguns de nós podemos ainda nos surpreender se disséssemos que nossa existência, enquanto humanos, têm muito em comum com as plantas, animais e os conhecimentos acumulados sobre seus usos ao longo das gerações. Não é errado dizer que esses seres “não-humanos” também fazem parte de nossa humanidade, que foi construída sobre um complexo sistema onde se cruzam a natureza e a cultura. Sobre isso muito nos têm a ensinar os ameríndios em seus territórios em nosso país.

A antropóloga estadunidense Margaret Mead, que nasceu em 1901 e faleceu em 1978, certa vez foi abordada por uma estudante que lhe perguntou **qual seria o primeiro sinal de civilização na história da humanidade**. Esta pergunta está relacionada com o processo evolutivo de transformação biológica e cultural que possibilitou a criação de nós, humanos.

Talvez a estudante estivesse esperando que a professora respondesse à pergunta mencionando algo como uma ferramenta, um pote de barro, ou outro artefato. Mas a antropóloga, que àquela altura era muito popular nos Estados Unidos, após refletir por uns instantes, respondeu: **“um fêmur curado”**. Ela se referia à descoberta de um fêmur de 15.000 anos encontrado em um sítio arqueológico, que havia sido fraturado e cicatrizado. Por ser o osso mais longo do corpo, a cicatrização do fêmur fraturado exige tempo e repouso. Enquanto



ocorre a cura da lesão, são necessários cuidados como a proteção física e companhia humana. Por isso se pode dizer que “o **primeiro sinal de civilização é a compaixão, vista em um fêmur curado.**”

Essa constatação tem grande significado, porque foram necessárias essas espécies de cuidado, de humano para humano, para que chegássemos até aqui. No entanto, aprendemos hoje que a o sentimento de realização e felicidade da nossa espécie se assenta num modelo egóico, baseado na ideia do consumo. Mas foi aquele primeiro princípio ético, baseado na troca e no cuidado de um para com o outro, que nos fazer avançar. Neste momento da humanidade em que parece que não estamos mais no começo, mas no fim dos tempos, com a seca e a escassez se espalhando pelo mundo, precisamos rever novamente certos fundamentos humanos, guardados em tradições milenares e, infelizmente, cada vez mais ameaçados.

O exemplo do fêmur curado nos mostra, enfim, como ciência e cultura caminham de mãos dadas ao longo de nosso processo evolutivo. Podemos citar outros exemplos neste sentido, já que hoje se tornaram indispensáveis para a melhoria de nossa saúde várias substâncias de origem natural, que usamos sem saber, como as morfina e diversos outros medicamentos desenvolvidos a partir dos conhecimentos tradicionais.

O sistema biomédico tende a separar a doença do contexto cultural, enquanto a medicina tradicional e popular (indígena, quilombola, de terreiro, de benzedeiras/erveiras, parteiras, raizeiros) entende o doente completamente inserido no contexto sociocultural. Na medida em que os conhecimentos tradicionais passam a ser valorizados, o diálogo entre as duas formas de compreender esses processos passa a ser enriquecedor para ambas as partes, como uma estrada de mão dupla.

De acordo com o historiador e linguista José R. Bessa Freire (2016, p.16) a interculturalidade “é uma construção conjunta de novos significados, onde novas realidades são construídas sem que isso implique abandono das próprias tradições”. O autor afirma que qualquer produção cultural, local ou de conhecimento específico, merece ser dividido no plano global, e não apenas o conhecimento chancelado pela academia – o que nesta era crítica para o planeta, o antropoceno, se torna um imperativo. Em termos de fortalecimento do SUS e intercambiamento com os conhecimentos tradicionais, a interculturalidade em saúde pode assumir papel político e pedagógico que tem potencial de induzir a efetivação dos princípios de equidade e integralidade, na medida em que reconhece o papel contra



hegemônico dos conhecimentos tradicionais historicamente subalternizados.

A existência de territórios para a salvaguarda dos conhecimentos é fundamental, já que, mais do que simples espaços geográficos, se impregnam de valores simbólicos, nos quais também importam o respeito à diferença em relação aos conhecimentos relativos à saúde bem como à preservação de modos de vida visando à sustentabilidade de práticas mais saudáveis.

Diversos estudos mostram como os saberes tradicionais e populares em saúde são os primeiros a serem acessados nos processos de perturbação física e mental, já que fazem parte da cultura dos povos nos territórios. Se apresentam, por exemplo, em orientações por uso de ervas em forma de chás, óleos, banhos ou outros preparados; na orientação por hábitos alimentares específicos para cada situação; mas também na realização de rezas e rituais que trabalhem a espiritualidade da pessoa e/ou de seu grupo. Fazem parte de sistemas médico-religiosos, que podem oferecer referências simbólicas que dão sentido ao mal-estar, e que podem devolver o equilíbrio não só biológico, mas da identidade, pertencimento sociocultural, e acolhimento no seu grupo social. É a chamada “eficácia simbólica” produzida pelos rituais que muitas vezes utilizam as plantas como indutoras de diferentes experiências físicas.

A Estratégia da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre Medicina Tradicional para 2014-2023 tem por objetivo dar apoio aos Estados-Membros, no sentido de utilizar o potencial dessas medicinas no cuidado à saúde centrado nas pessoas, promovendo o uso seguro e eficaz dessas: considerando os quatro objetivos básicos: política; segurança, eficácia e qualidade; acesso e uso racional. “A estratégia é orientada para aprofundar a estratégia da OMS sobre medicina tradicional 2002-2005, em que examinou a situação da medicina tradicional no mundo” (OMS, 2013). Esta estratégia promoveu a formulação das políticas públicas brasileiras voltadas para uso das medicinas tradicionais.

As práticas integrativas e complementares foram incorporadas ao SUS a partir de duas políticas principais, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), ambas de 2006. Uma das diretrizes da PNPMF é “apoiar as iniciativas comunitárias para a organização e reconhecimento dos conhecimentos tradicionais e populares”; e “resgatar e valorizar o conhecimento tradicional sobre plantas medicinais” (BRASIL, 2006, pp. 24-28).



Esses novos olhares sobre a atenção à saúde no SUS, no que diz respeito aos conhecimentos tradicionais sobre a saúde, são necessários porque contribuem para a melhoria do bem estar individual e coletivo, para a preservação destes importantes conhecimentos, bem como dos territórios, seus recursos e suas gentes. O reconhecimento dos saberes destes atores junto ao sistema de saúde é capaz de promover um maior engajamento, inclusive em relação a outras práticas importantes para a saúde, relacionadas, por exemplo, ao tema da nutrição, de forma a valorizar práticas relacionadas aos modos de vida específicos de populações étnica ou culturalmente diferenciadas, vinculadas à segurança alimentar e territorial.

São diversas as legislações criadas no sentido de reconhecer saberes e culturas no Brasil, como o PNPMF. Vamos escolher citar aqui um trecho da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS) criada em 2013. Diz a lei:

O eixo estratégico do cuidado em saúde tem por objeto fortalecer as práticas populares de cuidado, o que implica apoiar sua sustentabilidade, sistematização, visibilidade e comunicação, no intuito de socializar tecnologias e perspectivas integrativas, bem como de aprimorar sua articulação com o SUS.

Uma das diretrizes da PNPMF é “apoiar as iniciativas comunitárias para a organização e reconhecimento dos conhecimentos tradicionais e populares”; e “resgatar e valorizar o conhecimento tradicional sobre plantas medicinais” (BRASIL, 2006, p. 24-28). Esta política tem como fundamental o diálogo capaz de promover

o encontro de conhecimentos construídos historicamente e culturalmente por sujeitos, ... que acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade, contribuindo com os processos de transformação e de humanização” (BRASIL, 2013b, § 3º do Art. 3º).

Uma das principais inspirações para a pesquisa/ação que hoje realizamos no município de Maricá foi nosso engajamento, desde a gestação, da Rede Estadual de Benzedeiras, Raizeiros, Mateiros e Curadores do Rio de Janeiro, lançada em junho de 2021. No evento que lançou a Rede Raízes RJ, conseguimos reunir, ainda que de forma virtual, por causa da pandemia, detentores de saberes e práticas tradicionais em saúde, como raizeiras(os), benzedeiras(os),



mateiras(os) e curadoras(es), representantes de grupos quilombolas, povos originários (Guarani e Pataxó, Puri e indígenas que vivem em contexto urbano), de terreiros de religiões de matrizes africanas (Umbanda e Candomblé), assentados e acampados rurais, com vínculos ancestrais e modos particulares de se relacionar a territórios do Rio de Janeiro, e convidados de outros estados brasileiros e internacionais.

Um dos objetivos do evento foi o de promover o mapeamento e reconhecimento dos territórios e seus atores da saúde no estado do Rio de Janeiro. A consolidação da Rede Raízes visa a contribuir para preservar conhecimentos e territórios, com seus recursos e suas gentes, e incentivar a construção de práticas de saúde no SUS que façam valer efetivamente princípios como o da integralidade e da interculturalidade. Alguns dos resultados deste evento estão sendo publicados em uma cartilha e um livro, produzidos com o auxílio da Secretaria Estadual da Saúde, a Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, da Faperj, da Fiocruz e da Unirio.

As políticas nacionais voltadas pela valorização do uso de plantas medicinais e remédios caseiros, práticas tradicionais e populares salvaguardando o patrimônio imaterial das diferentes culturas tradicionais e populares no Brasil e reforçam a importância da transmissão do conhecimento tradicional entre gerações.

Para atingir o objetivo da PNPMF, de “garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional”, foi criado o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos que se propõe a promover e reconhecer as práticas populares e tradicionais de uso de plantas medicinais e remédios caseiros, entre seus principais objetivos (BRASIL, 2008).

É preciso articular e trazer para junto do SUS as práticas das comunidades no território que se encontra, como nos traz a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na versão de 2017, onde encontramos a valorização dos diversos saberes, tanto na atenção que “faz-se necessário o compartilhamento de saberes” na competência dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASFs); quanto “compartilhando o cuidado e apoiando as práticas de saúde nos territórios” e assim “garantir a atenção à saúde da população adscrita incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares” nas competências das equipes de profissionais de Atenção Primária.



As Farmácias Vivas são espaços de resistência, onde plantas medicinais são trabalhadas dentro da cultura e do cuidado em saúde, a partir do conhecimento tradicional e popular. A introdução do conceito de farmácias vivas teve seu início no Ceará, a partir do professor farmacêutico Francisco José de Abreu Matos, que buscou as plantas de uso popular no território nordestino, disponíveis nos biomas brasileiros, incluídas nos programas de atenção primária de saúde. Associava compatibilidade cultural, sua eficácia e baixo custo no atendimento da população. O êxito desse programa inovador se deu por uma decisão política, nos idos da década de 90 (MATOS, 2002). Em 2010 foi formalizada como um equipamento de saúde, previsto no SUS (Portaria GM/MS Nº 886) e regulamentado pela Resolução RDC nº 18, em 2013 (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013a).

Para terminar podemos concluir que maior engajamento dos profissionais de saúde envolvidos na Atenção Primária à Saúde precisa ser estimulado e fomentado pelo poder público.

A formação profissional das chamadas práticas integrativas, estão, de alguma forma cristalizada pela obtenção do conhecimento científico, em detrimento do conhecimento dos mestres e mestras tradicionais, guardiões de suas culturas e saberes ancestrais. Dessa forma, é importante a escuta, o acolhimento das pessoas da comunidade tradicional, para que sintam confiança e a troca se estabeleça, pois há um grande sofrimento pelo preconceito, onde há negação de identidade quilombola, identidade indígena.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências. Brasília, DF: 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2960, de 9 de dezembro de 2008. Aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.



BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 886, de 20 de abril de 2010. Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (Pneps-SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

FOLLER, M. L. “Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde”. Em: LANGDON, E. J. M. & GARNELO, Luiza. (orgs.). Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia. 129-14, 2004.

FREIRE, J.R. Bessa. Cinco ideias equivocadas sobre o índio. Em: Revista Ensaio e Pesquisa em Educação, Vol 01.2016.2.  
LAS CASAS, Rachel de; MISSAGIA DE MATTOS, Izabel Habitus

MATOS, Francisco José de Abreu. Farmácias Vivas: sistema de utilização de plantas medicinais para pequenas comunidades. 4. ed. rev. ampliada. Fortaleza: Editora UFC, 2002.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA Salud (OMS). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Ginebra, OMS, 2013. (ISBN 978 92 4 350609 8).



## SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO

**Vanessa Índio-do-Brasil**

Doutora em Vigilância Sanitária (INCQS/ Fiocruz). Farmacêutica.  
Pesquisadora em Saúde Pública. Coordenadora da Clínica-escola Amarina Motta (CLESAM/  
UNISUAM). Coordenadora dos cursos de Farmácia e Biomedicina (UNISUAM)

Para conceituar o estado de saúde é preciso considerar o corpo, a mente e o contexto social no qual o indivíduo está inserido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Diante disso, existem fatores importantes associados com o estado de saúde, tais como a higiene pessoal e geral, a alimentação saudável, atividade física, qualidade do sono e convívio social; e questões que envolvem políticas públicas, serviços de saúde e ações intersetoriais.

A Saúde e Bem-estar faz parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda Global de Desenvolvimento 2015-2030 e possuem metas bem definidas para assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as faixas etárias (IPEA, 2019). No Brasil, um estudo sobre a percepção de especialistas brasileiros em saúde sobre esse tema, evidenciou que o ODS 4 (Educação de Qualidade) e ODS 1 (Erradicação da Pobreza) são considerados prioritários e que contribuiriam para o ODS 3 (MOREIRA et al., 2019).

As principais metas da ODS 3 são: redução da mortalidade materno-infantil, acabar com as epidemias de doenças transmissíveis (AIDS, tuberculose, malária) e outras doenças negligenciadas (hepatite etc.); reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes mellitus e doenças crônicas respiratórias) e promover a saúde mental (redução da taxa de mortalidade por suicídio). Também a cobertura universal de saúde, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.

No dia 24/07 é comemorado o Dia Internacional do Autocuidado, este dia simbólico foi escolhido porque o Autocuidado pode ser praticado “24 horas por dia por 7 dias por semana”. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define “o Autocuidado como indivíduos, famílias e comunidades promovendo e mantendo sua própria saúde, prevenindo doenças e lidando com doenças e agravos, com ou sem o apoio de um profissional de saúde”. Essa temática é muito importante já que alguns dados são preocupantes quanto ao acesso a serviços de saúde e a demanda crescente por profissionais de saúde (18



milhões até 2030). Estima-se que 4,3 bilhões de pessoas têm acesso inadequado a serviços essenciais de saúde e as crises humanitárias, pandemias e conflitos armados desafiam o fornecimento de serviços essenciais (WHO, 2022).

Com intervenções e ferramentas baseadas em evidências existe a possibilidade do autocuidado, como aconselhamento (autocuidado apoiado, educação em saúde), automedicação responsável, kits de diagnóstico e tecnologias digitais (MENDES, 2012; WHO, 2022).

Um estudo da Austrália com um programa e-Health autoguiado que combinou aconselhamento comportamental para perda de peso com apoio à saúde mental, evidenciou a diminuição do peso e os sintomas depressivos em homens (YOUNG et al., 2021).

A automedicação responsável exige o uso de medicamentos seguros juntamente com instruções adequadas sobre seu uso e, se necessário, consulta ao médico, farmacêutico e ao profissional de saúde (BENNADI, 2014). Essa medida pode contribuir para a redução do custo do tratamento, o tempo de viagem e o tempo de consulta, porém, depende de medidas dos órgãos sanitários para o uso racional dos medicamentos isentos de prescrição. A automedicação pode ser vista como um elemento do autocuidado, mas quando inadequada, tais como o uso abusivo de medicamentos (polimedicação) e o uso de medicamentos off label, pode ter como consequências o uso irracional de medicamentos, efeitos indesejáveis, enfermidades iatrogênicas e mascaramento de doenças evolutivas, além da ampliação de custos para o paciente e para o sistema de saúde (MELO et al., 2021).

O tema do autocuidado é relevante principalmente para a população idosa e compreender os fatores que contribuem para a saúde e bem-estar dessa população. Em um estudo norte americano, por exemplo, foi investigado a associação de comportamentos de saúde de autocuidado de idosos com o risco de parar de dirigir. Pelos dados, constatou-se que o aumento de atividades de convívio social está associado à longevidade ao volante em idosos e a independência (MIELENZ et al., 2022). Em um estudo brasileiro, uma intervenção educativa para o autocuidado apoiado de idosos com diabetes mellitus, contribui para mudanças comportamentais e adoção de hábitos saudáveis e cuidado com os pés (MARQUES, 2019). Ademais, as práticas de autocuidado podem ser potencializadas com a inclusão dos idosos no universo digital para o monitoramento dos sinais vitais, treino cognitivo, prevenção de quedas entre outras intervenções que promovam benefícios na vida dos idosos (BEZERRA; MARQUES; SANTANA, 2022). O uso das tecnologias digitais é um tema que apresenta interesse mundial e cresce a cada dia e existem diferentes



tecnologias: e-Health, wearables, Internet das coisas (IoT), realidade virtual, inteligência artificial etc. (EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL, 2021).

## REFERÊNCIAS

BENNADI, D. Self-medication: A current challenge. *J Basic Clin Pharm*, v. 5, n. 1: 19–23, 2014.

BEZERRA, P. S.; MARQUES, G. P.; SANTANA, R. P. Análise de práticas de autocuidado e a utilização de tecnologias digitais em idosos na atenção primária à saúde. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 5 No. 4, 2022.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL, 2021. Disponível em <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/digital-technologies-surveillance-prevention-and-control-infectious-diseases>. Acessado em 18 de agosto de 2022.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>. Acessado em 18 de agosto de 2022.

MARQUES, M. B.; COUTINHO, J. F. V.; MARTINS, M. C.; LOPES, M. V. O.; MAIA, J. C.; SILVA, M. J. Intervenção educativa para a promoção do autocuidado de idosos com diabetes mellitus. *Rev. esc. enferm.* v. 53, 2019.

MELO, J. R. R.; DUARTE, E. C.; MORAES, M. V.; FLECK, K., ARRAIS, P. S. D. Automedicação e uso indiscriminado de medicamentos durante a pandemia da COVID-19. *Cad. Saúde Pública*, v. 37, n. 4, 2021.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MIELENZ, T.; WHALEN, A. M.; XUE, Q.; ANDREWS, H.; MOLNAR, L. J.; EBY, D. W.; LI, GUOHUA. Associations of Self-Care Health Behaviors With Driving Cessation Among Older Drivers. *Front. Public Health*, 24 March 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. O que significa ter saúde? Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-que-ro-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude>. Acessado em 18 de agosto de 2022.

MOREIRA, M. R.; KASTRUP, E.; RIBEIRO, J. M.; CARVALHO, A. I.; BRAGA, A. P. O Brasil rumo a 2030? Percepções de especialistas



brasileiros(as) em saúde sobre o potencial de o País cumprir os ODS Brazil heading to 2030. Saúde debate 43 (spe7), 2019.

VASCONCELLOS-SILVA, P. R.; CASTIEL, L. D. As novas tecnologias de autocuidado e os riscos do autodiagnóstico pela Internet. 172 Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health, v. 26, n. 2, 2009.

WHO. World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2022/06/24/default-calendar/self-care-month>. Acessado em 18 de agosto de 2022.

WHO.

<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip32e/3.2.html#Jwhozip32e.3.2>. Acessado em 18 de agosto de 2022.

YOUNG, M. D.; DREW, R. J.; KAY-LAMBKIN, F.; COLLINS, C.; CALLISTER, R.; KELLY, B.; BIALEK, C.; MORGAN, P. J. Impact of a self-guided, eHealth program targeting weight loss and depression in men: A randomized trial. J Consult Clin Psychol 2021 Aug;89(8):682-694.



## SAÚDE, ENVELHECIMENTO E EXERCÍCIO FÍSICO

**Patrícia dos Santos Vigário**  
PPGDL-UNISUAM

O presente documento tem como objetivo contextualizar a relação entre a saúde e o envelhecimento, tendo o exercício físico como fator mediador nesse processo. A expectativa de vida está aumentando em todo o mundo e, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), uma das formas de se alcançar o desenvolvimento sustentável é proporcionar saúde e bem-estar a todos, independente da idade (Nações Unidas Brasil, sd).

Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), publicados em 2022, revelaram que a população brasileira está crescendo. Entretanto, constatou-se que número de indivíduos com idades entre zero e 29 anos em 2021 reduziu quando comparado ao ano de 2012 e, de modo oposto, houve um aumento na parcela de indivíduos com 60 ou mais anos no mesmo período. Isso significa que a população brasileira está crescendo e envelhecendo, fenômeno este que acontece em diversas partes do mundo (Agência IBGE Notícias, 2022).

Organização Mundial da Saúde (OMS) define como idoso os indivíduos com 60 ou mais anos de idade (World Health Organization, sd). Em 2019, a estimativa da população mundial de idosos era de um bilhão, com projeção de crescimento e alcance de 2,4 bilhões no ano de 2050 (World Health Organization, sd). No Brasil, os idosos representavam 13% da população em 2019 e prospecta-se em 30% no ano de 2050.

O envelhecimento traz desafios em diversos cenários, incluindo cultural, social, político, econômico, de saúde e de segurança. Em outras palavras, a sociedade e o poder público devem estar preparados para realizarem ajustes nos mais amplos contextos, de modo que o envelhecimento se não se dê somente de forma quantitativa, mas sobretudo de forma qualitativa. Envelhecer não pode refletir somente o aumento do número de anos vividos, mas o aumento da qualidade desses anos.

Nessa perspectiva, pensar em saúde é primordial necessidade e deve ir além ao fato de não estar doente. A OMS, em 1948, definiu saúde como “um estado de completo bem-estar físico, emocional e social, e não somente a ausência de doenças ou enfermidades” (World Health Organization, 1948). Esta definição, que vigora até os dias atuais, explicita que saúde abrange muitos outros aspectos além dos



físicos. É necessário que o indivíduo esteja bem consigo mesmo e com a sociedade que o cerca.

Déficits relacionados à saúde física, emocional e social são comumente descritos na população idosa. Alterações biológicas inerentes ao processo do envelhecimento levam ao surgimento de doenças crônico-degenerativas como diabetes mellitus e hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, doenças articulares como artrite e artrose, doenças musculoesqueléticas, entre outras. A sarcopenia, caracterizada pela perda progressiva de massa muscular, é uma condição frequente em idosos que leva à perda de funcionalidade e alterações na marcha, aumentando o risco de quedas e de fraturas ósseas. O conjunto dessas limitações funcionais, por sua vez, impactam na independência e aumentam o risco de invalidez, tornando-se um ciclo vicioso. A magnitude desse efeito é fortemente influenciada por fatores por hábitos como a prática de atividade e a alimentação desenvolvidos ao longo da vida (Buford et al., 2014).

Em relação aos fatores emocionais, destacam-se a ansiedade, depressão, baixa autoestima, alteração na autoimagem e maior insegurança. Parte são consequências das limitações funcionais descritas anteriormente e influenciadas pela autopercepção do envelhecer. Por vezes, o indivíduo não se encontra preparado para este processo e a aceitação se torna difícil (Waldman-Levi et al., 2020).

Por fim, nos aspectos sociais estão incluídos o preconceito, o ageísmo, que é discriminação do indivíduo pela idade e uma forma de opressão, maior reclusão, menor chance de participação e menor socialização. O idoso é levado a acreditar que o seu papel na sociedade não tem valor, sendo apenas parte integrante e não participativa (Brenman-Suttner et al., 2020).

Diante desse contexto, levantam-se os seguintes questionamentos: o que pode ser feito para amenizar e/ ou prevenir os déficits relacionados à saúde física, emocional e social dos idosos? Como melhorar a saúde do idoso levando-se em consideração o real significado de saúde? As respostas não são tão simples uma vez que envolve diferentes níveis de intervenções, em diferentes cenários, e demanda a participação de toda a sociedade civil, governo e setor privado.

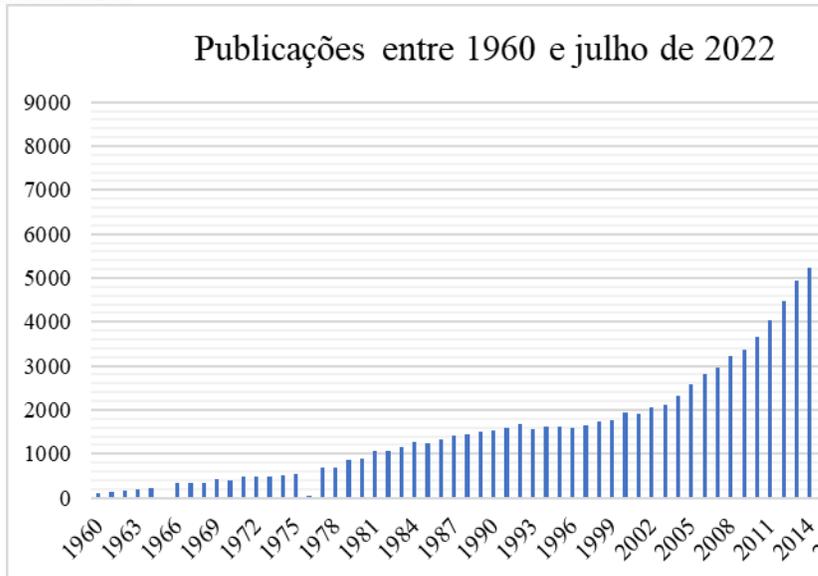
As intervenções comumente feitas incluem o acompanhamento médico e a intervenção medicamentosa, terapia cognitiva comportamental, práticas integrativas complementares (PICs), projetos sociais de acolhimento e inclusão do idoso, a criação de



Universidades Abertas à Terceira Idade (UNATIs), e programas de atividade física, exercício físico e esportes (Dipietro et al., 2019).

A utilização de exercícios físicos como estratégia para a melhoria da saúde do idoso é algo que vem crescendo de forma exponencial a cada ano. Para corroborar com esta afirmativa, em agosto de 2022 foi feita uma busca de artigos científicos na base de dados PubMed/ Medline (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>) utilizando a seguinte combinação de descritores: aging [ti] OR elderly [ti] AND physical activity [ti] OR exercise [ti]. A evolução temporal de publicações relacionadas a esse tema, desde 1960 a julho de 2022, está apresentada na Figura 1.

Figura 1 – Evolução temporal entre os anos de 1960 e 2022 do número de publicações relacionadas à idosos e exercícios físicos disponíveis no PubMed/Medline



Fonte: A autora

O aumento de publicações sobre o tema sinaliza o reconhecimento da importância que o exercício físico possui no processo de envelhecimento. O exercício físico deve ser utilizado como ferramenta para melhorar as atividades de vida diárias (AVDs) (i) básicas, como por exemplo, pentear o cabelo e se alimentar de modo independente; (ii) instrumentais, como por exemplo a manutenção da capacidade de ir ao mercado e banco; e (iii) avançada,



como por exemplo, praticar um esporte ou tocar um instrumento musical.

A prática de exercícios físicos está associada a benefícios na função executiva, sistema cardiorrespiratório, sistema musculoesquelético, sistema ósseo, metabolismo lipídico e glicêmico, sistema imune, funcionalidade, independência, além de aspectos psicoemocionais e sociais (Carapeto e Aguayo-Mazzucato, 2021).

Diferentes tipos de exercícios devem ser utilizados para o alcance de tais objetivos, incluindo aeróbio, de força, de flexibilidade e de equilíbrio. As Diretrizes de Atividade Física do Reino Unido, que tem como base as recomendações descritas pela OMS, recomendam que idosos pratiquem: (i) exercícios aeróbios de intensidade moderada por pelo menos 150 minutos por semana, ou de intensidade alta por 75 minutos [exemplo: caminhar, subir e descer escadas, pedalar, correr e nadar]; (ii) exercícios de força envolvendo os grandes grupamentos musculares pelo menos duas vezes por semana [exemplo: ginástica, musculação e exercícios envolvendo o peso do próprio corpo]; e (iii) exercícios que melhorem o equilíbrio pelo menos duas vezes por semana para minimizar os riscos de queda [exemplo: yoga e dançar]. Além disso, exercícios de flexibilidade e qualquer outro movimento que diminua o tempo em sedentarismo é desejável, sobretudo aqueles que tragam prazer ao idoso (Gluchowski et al., 2022). Essa combinação de exercícios proporciona adaptações mais consistentes que os exercícios aeróbios e de força isoladamente (Cannataro et al., 2022).

Alguns pontos devem ser destacados no contexto do exercício físico: (i) devem ser conduzidos respeitando as características individuais; (ii) a sobrecarga deve ser aumentada de acordo com as respostas individuais; e (iii) deve ser periodizado. Outro aspecto de suma importância é a conscientização dos profissionais e dos próprios idosos de que os exercícios podem ser adaptados e realizados em ambiente domiciliar. O desconhecimento desta observação é um fator que muitas vezes afasta a população idosa da prática de exercícios físicos.

Em suma, tendo em vista o aumento da expectativa de vida da população, a necessidade de se permitir que o envelhecimento ocorra de uma forma qualitativa é urgente. Nesse sentido, o exercício físico é uma estratégia eficiente na medida em que proporciona benefícios físicos, emocionais e sociais do idoso.



## REFERÊNCIAS

Agência IBGE Notícias (2022). **População cresce, mas número de pessoas com menos de 30 anos cai 5,4% de 2012 a 2021. Disponível em:** <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34438-populacao-cresce-mas-numero-de-pessoas-com-menos-de-30-anos-cai-5-4-de-2012-a-2021>. Acesso em: 30 de agosto de 2022.

Brenman-Suttner, D. B., Yost, R. T., Frame, A. K., Robinson, J. W., Moehring, A. J., & Simon, A. F. (2020). Social behavior and aging: A fly model. *Genes, Brain, and Behavior*, 19(2), e12598. <https://doi.org/10.1111/gbb.12598>

Buford, T. W., Anton, S. D., Clark, D. J., Higgins, T. J., & Cooke, M. B. (2014). Optimizing the benefits of exercise on physical function in older adults. *PM & R : The Journal of Injury, Function, and Rehabilitation*, 6(6), 528–543. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2013.11.009>

Cannataro, R., Cione, E., Bonilla, D. A., Cerullo, G., Angelini, F., & D'Antona, G. (2022). Strength training in elderly: An useful tool against sarcopenia. *Frontiers in sports and active living*, 4, 950949. <https://doi.org/10.3389/fspor.2022.950949>

Carapeto, P. V., & Aguayo-Mazzucato, C. (2021). Effects of exercise on cellular and tissue aging. *Aging*, 13(10), 14522–14543. <https://doi.org/10.18632/aging.203051>

Dipietro, L., Campbell, W. W., Buchner, D. M., Erickson, K. I., Powell, K. E., Bloodgood, B., Hughes, T., Day, K. R., Piercy, K. L., Vaux-Bjerke, A., Olson, R. D., & 2018 PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE\* (2019). Physical Activity, Injurious Falls, and Physical Function in Aging: An Umbrella Review. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 51(6), 1303–1313. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000001942>

Gluchowski, A., Bilsborough, H., Mcdermott, J., Hawley-Hague, H., & Todd, C. (2022). 'A Lot of People Just Go for Walks, and Don't Do Anything Else': Older Adults in the UK Are Not Aware of the Strength Component Embedded in the Chief Medical Officers' Physical Activity Guidelines-A Qualitative Study. *International Journal of Environmental*



Research and Public Health, 19(16), 10002.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph191610002>.

Nações Unidas Brasil [sd]. Sobre o nosso trabalho para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 30 de agosto de 2022.

Waldman-Levi, A., Bar-Haim Erez, A., Katz, N., & Stancanelli, J. M. (2020). Emotional Functioning and Sense of Hope as Contributors to Healthy Aging. *OTJR : Occupation, Participation and Health*, 40(4), 253–260. <https://doi.org/10.1177/1539449220920728>

World Health Organization (1948). Constitution of the World Health Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>. Acesso em: 30 de agosto de 2022.

World Health Organization [sd]. Aging. Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1). Acesso em: 30 de agosto de 2022.



## **CUIDADO A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: QUAIS FATORES ESTÃO ENVOLVIDOS NO CUIDAR?**

**Fabiana Ferreira Koopmans**  
UERJ/UNISUAM

Antes de qualquer questionamento sobre formas de cuidar, sobre práticas de cuidado as pessoas em situação de rua, o primeiro pensamento deve ser: Quem é a pessoa que mora na rua? Para entender como construir esse cuidado, precisa conhecer esse outro e a partir daí, entender os fatores que interferem e quais os elementos estão presentes no cuidado a essa população.

Definir população em situação de rua (PSR) permeia destacá-los como um grupo populacional de grande vulnerabilidade social, heterogêneo, com características relacionadas à pobreza extrema, vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, sem moradia convencional regular, utilizando logradouros públicos e/ou áreas degradadas, de forma temporária ou permanente (BRASIL, 2009). Ou seja, uma variedade de pessoas pode estar incluída nesse grupo, mas todas devem ser consideradas de grande vulnerabilidade social, pelo modo de vida que levam.

Observa-se o crescimento da população que vive nas ruas desde o início dos anos 2000, decorrente de uma sociedade globalizada, capitalista e acentuada pela exclusão social. As doenças prevalentes nesse público caracterizam-se por problemas psiquiátricos, tuberculose, HIV/AIDS (ARISTIDES e LIMA, 2009) e outras problemáticas como gestações não planejadas e alcoolismo (CARNEIRO JÚNIOR, JESUS e CREVELIM; 2010).

Em 2012, o Ministério da Saúde lançou o Manual sobre o Cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua, pretendendo ampliar o acesso e a qualidade da atenção à saúde a este grupo populacional, apontando a Atenção Básica à Saúde (ABS) como um espaço prioritário para o cuidado e a criação de vínculo com a rede de atenção à saúde, oficializando com este instrutivo as equipes de cuidado à PSR como equipes de Consultório na Rua (eCnaR) (BRASIL, 2012).

Pela fala oficial do Ministério da Saúde, por meio do Manual de atuação a PSR estabelece alguns formatos de práticas de cuidado para equipes de saúde de Atenção Básica, estruturadas pelas equipes de Consultório na Rua, buscando instrumentalizar estes profissionais para a construção de novas formas de atuação frente aos problemas desta população (BRASIL, 2012).



Antes de uma política específica para essa população, ela foi excluída durante anos, dos debates e das políticas públicas de acesso a cidadania e a saúde, muitas vezes consideradas “pessoas violentas”. Como em 1928, com o Decreto Policial de 1928 trazendo que “autoridade policial, inspetor de quartelão ou agente de segurança” que encontrasse qualquer indivíduo “mendigo, vicioso, ébrio, ou louco perigoso” deveria colocá-lo em custódia, no posto policial mais próximo, ou na cadeia, em compartimento especial, se fosse possível, enquanto não aparecesse pessoa da família que se encarregue de “contê-lo e curá-lo”. Quem estava na rua era considerado perigoso. Esse pensamento ainda permeia na atualidade.

Em 1935, a Lei do Departamento de Assistência Social do Estado trata aquele morador da rua como uma pessoa que se entregou a mendicância, que na época era considerado como “contravenção, prevista no Código Penal” e que deveriam ser recolhidos aos “asilos especiais”. Isso só muda em 1988, com a Constituição de 1988, preconizando direitos fundamentais a todos, destacando que essa garantia deva ser um meio para a superação das desigualdades.

O Decreto Federal 7.053/2009 que institui a Política Nacional para População em Situação de Rua e o seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento foi o resultado de lutas de movimentos sociais de pessoas da rua que buscavam melhorias na saúde e na vida de todo esse grupo. O Consultório na Rua (CnaR) nasce, pois, de uma proposta de ampliação do acesso a população de rua e da oferta de atenção integral a saúde, por meio de equipes e serviços da Atenção Básica. Tendo como característica metodológica a abordagem ao usuário no local onde se encontra, considerando suas condições de vida e oferecendo, também, cidadania e dignidade (RANGEL, 2015).

Entretanto, mesmo com dez anos de CnaR (2012 – 2022), ainda é uma parcela pequena de pessoas que moram na rua que conseguem ter acesso aos serviços de saúde e utilizar um serviço de práticas de saúde com qualidade e voltado para suas especificidades.

O viver e o adoecer nas ruas têm características próprias no processo saúde-doença e contribuem para esta singularidade o espaçamento das refeições, as alterações climáticas, entre outros fatores que predispõem este grupo a compartilharem necessidades de saúde específicas. Viver na rua não pode ser uma escolha e sim, uma circunstância da vida, trazendo que medidas mais saudáveis devam ser inferidas por políticas públicas para este grupo, atendendo as particularidades nas situações que vivem (RANGEL, 2015).



Como cuidar de pessoas em situação de rua? A partir da realização da tese de doutorado “O campo e o habitus nas práticas de cuidado de equipes de consultório na rua: notas etnográficas” (KOOPMANS, 2020) pode analisar que o cuidado deve ser permeados pelo afeto, amorosidade e escuta qualificada. Outro ponto está relacionado ao acesso aos serviços de saúde, que deve acontecer em articulação com toda a rede de serviços de cuidado em saúde.

Concluindo que esse “fazer em saúde” carrega bases formadas pela percepção de suas próprias trajetórias de vida e que essas práticas de cuidado são traçadas a partir da vivência do trabalho na rua, ainda temos muitos desafios. Torna-se necessário a ampliação do acesso à saúde, a articulação dos serviços de cuidado, não somente serviços de saúde, mas toda rede de suporte de vida as essas pessoas e a qualidade de atenção a saúde e a cidadania.

## REFERÊNCIAS

ARISTIDES, J. L.; LIMA, J. V. C. de. Processo saúde-doença da população em situação de rua da cidade de Londrina: aspectos do viver e adoecer. Revista Espaço para a Saúde. Londrina, v. 10, nº 2, p. 43-52, jun., 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, 2009. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm).

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual sobre cuidado a saúde junto a população em situação de rua. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012.

CARNEIRO JUNIOR, N.; JESUS, C. H.; CREVELIM, M. A. A Estratégia da Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. Revista Saúde e Sociedade. São Paulo, v. 19, nº 3, p. 709-716, 2010.

KOOPMANS, F. F. O campo e o habitus nas práticas de cuidado de equipes de consultório na rua: notas etnográficas. Tese de doutorado. Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2020.



RANGEL, V. Apresentação. In: Zilma Fonseca, Mirna Teixeira (Organizadores). Saberes e Práticas na Atenção Primária à Saúde. São Paulo: Editora Hucitec. p. 15- 18, 2015.



## **MITIGAÇÃO DOS IMPACTOS SOCIOECONÔMICOS NA OBESIDADE INFANTIL**

**Gládma Rejane Ramos Araújo da Silveira**

UNIFACIG

**Eduardo Winter**

Professor e pesquisador do Programa de Pós-Graduação em  
Desenvolvimento Local da UNISUAM.

A obesidade infantil está sendo considerada um dos grandes desafios de saúde pública da atualidade, tendo um aumento significativo a nível mundial. O NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RISC), que possui uma rede de cientistas na área da saúde e fornece dados sobre os principais fatores de risco para doenças não transmissíveis, salienta que a obesidade infantil aumentou em todos os países do mundo, por meio do relatório divulgado em 2017, os dados indicaram 1% em 1975 para 5,6% em meninas e 7,8% em meninos em 2016 (SOMMER; TWING, 2018). Uma vez que esses dados são tão importantes, no Brasil, pelo último levantamento do IBGE (2010), referente a 2008 e 2009, constatou-se que crianças entre 5 a 9 anos apresentavam sobrepeso ou obesidade nesta faixa etária, destes 51,4% dos meninos e 43,8% das meninas. De acordo com Simmonds et al. (2016), crianças e adolescentes com obesidade têm cinco vezes mais chances de serem obesos quando adultos. Ademais, a obesidade na infância está associada com a elevação da pressão arterial, resistência à insulina, diabetes mellitus, dislipidemia e com o aumento da morbimortalidade cardiovascular na idade adulta (SOMMER; TWING, 2018). Neste sentido, Aranha e Oliveira (2020) afirmam que é importante identificar o excesso de gordura corporal nesta população e criar estratégias para prevenir o desenvolvimento de doenças crônicas no futuro. Para Camargos et al. (2019), apesar de uma das fontes influenciadoras da obesidade infantil possa relacionar-se com fatores genéticos, há aquiescência de que o estilo de vida sedentário e; práticas alimentares inadequadas na estrutura familiar possam contribuir para mudanças de hábitos alimentares e à atividade física. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2014), a prevalência de obesidade em crianças também pode refletir mudanças comportamentais que privilegiam dietas não saudáveis e inatividade física. Roberto et al. (2015) entendem a



obesidade sobre a ótica dicotômica das influências das escolhas individuais e das influências ambientais. Relacionam a obesidade como uma situação propiciada pelo ambiente, aliados à capacidade que as pessoas possuem para fazerem decisões responsáveis sobre seu estilo de vida. Entretanto, reconhecem as interferências das mídias que, o ambiente alimentar atual explora vulnerabilidades biológicas, psicológicas, sociais e econômicas dos indivíduos e sociedades, afetando as escolhas e preferências e criando um ciclo vicioso que estimula ambientes a continuarem promovendo estilos de vida que não são saudáveis para os indivíduos, desde criança até a fase adulta. As influências ambientais e sociais ocorridas nos últimos anos permitiram às crianças um desequilíbrio energético com a ingestão superior ao gasto calórico, o qual contribui para o acúmulo de gordura excessivo e pode acarretar danos à saúde do indivíduo (FERREIRA et al., 2015). O desmame precoce, a introdução de alimentos impróprios para a idade e padrões alimentares inadequados associados ao sedentarismo, esse decorrente da preferência pelo lazer com jogos eletrônicos e tempo excessivo de televisão em detrimento a um lazer com brincadeiras mais ativas, são considerados fatores determinantes para o aumento do peso na infância (CAMARGO et al., 2019). No entanto, a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO) por meio de uma conferência com especialistas do Brasil, Espanha e Portugal alertaram os impactos positivos e negativos da pandemia. Quanto ao impacto positivo, muitas famílias diante do isolamento social começaram a cozinhar em casa, juntamente com as crianças propiciando uma alimentação mais saudável. Porém, no Brasil, mencionou-se o impacto negativo do fechamento das escolas, as crianças e os adolescentes de baixa renda que não estão tendo a alimentação escolar, caindo assim, a qualidade nutricional. Outro fator seria a falta da educação física, tornando-os mais sedentários, que, segundo os especialistas terá um forte impacto negativo nos números da obesidade infantil (ABESO, 2020).

A OMS elencou dez fatores que influenciam a obesidade infantil evoluindo o meio familiar e social. Primeiramente, reconhece que a sociedade e os ambientes favoráveis à saúde são primordiais para modelar as escolhas e prevenir a obesidade. Fato este, que influenciam as escolhas e hábitos de atividades físicas das crianças, uma vez que, o desenvolvimento social e econômico, as políticas de



agricultura, transporte, planejamento urbano, meio ambiente, educação, processamento, distribuição e marketing dos alimentos influenciam os hábitos e preferências alimentares das crianças, bem como, o padrão de atividade física delas (WHO, 2017).

Vários estudos e órgãos de saúde destacam as relações existentes entre a obesidade infantil e a persistência dela na vida adulta. A probabilidade de que uma criança com excesso de peso permaneça obesa na idade adulta varia de 20% a 50% antes da puberdade, e 50% a 70% após a puberdade (BAHIA et al., 2012; MONTEIRO, 2017; WHO, 2017; CAMPANHOLI et al., 2019).

Outro aspecto que a literatura aponta como fator de risco para a obesidade infantil é o fato de os pais serem obesos. Sem desprezar os componentes genéticos envolvidos, pode-se relacionar a obesidade infantil às questões de aprendizagem de hábitos alimentares e da reedição da obesidade a partir da identificação com os pais (MARTIN et al., 2016). Salienta-se ainda que, as consequências da obesidade para a saúde das crianças não se reduzem às alterações fisiológicas precoces como altas taxas de colesterol, pressão alta, diabetes mellitus e doenças do coração, mas articulam-se aos problemas psicossociais relacionados ao comprometimento da autonomia e restrição do espaço social e de possibilidades de identificações, propiciando assim o adoecimento das crianças e seus sistemas familiares (TASSARA et al., 2010).

Com os olhos voltados para a dinâmica relacional familiar, Tassara (2017) evidenciou um emaranhado de conflitos compartilhados, por vezes expressos por meio de comportamentos como a passividade, a ansiedade e o comer excessivo, os quais apesar de representarem uma pequena expressão do sofrimento submerso, tentam emergir e transparecer nos corpos obesos das crianças. Tratar crianças obesas implica considerá-las em seus contextos familiares e sociais de maneira a compreender a complexa inter-relação entre fatores biogenéticos, nutricionais, familiares e psicossociais.

A literatura mostra a importância na intervenção quanto aos hábitos de vida familiar saudável, relevantes para o tratamento do sobrepeso e da obesidade infantil e que os aspectos emocionais se relacionam como causa ou consequência dessa doença. Importante salientar também, que a obesidade perpassa o âmbito familiar e se torna cada vez mais um problema de saúde pública, onerando com



altos investimentos, por isto, a necessidade de um diagnóstico precoce e possíveis estratégias e intervenções, visando a melhor qualidade de vida das crianças. Diante das considerações até aqui delineadas, este artigo busca analisar os possíveis impactos da obesidade infantil e a mitigação da obesidade infantil no ambiente escolar. Pretende-se por meio da revisão de literatura contribuir com estratégias para a prevenção da obesidade infantil no contexto escolar visando promoção de uma alimentação saudável e mitigação dos impactos socioeconômicos e no meio ambiente.

Este estudo possui a natureza de uma revisão de literatura. Para D'Avila et al. (2017), esta é uma metodologia que busca sintetizar informações sobre um tema específico, permitindo a compreensão do fenômeno analisado, com critérios claros para a busca e seleção que delineiam a inclusão e a exclusão dos mesmos a partir dos objetivos que norteiam a pesquisa. Para isto, este estudo se caracteriza como descritivo, que procura analisar o conhecimento sobre a temática escolhida, a partir do objetivo proposto procura sintetizar, comparar, analisar e discutir estudos independentes sobre um mesmo assunto (SOUZA et al., 2010).

O critério de seleção dos estudos adotado foi consulta às bases de dados SciELO (Scientific Electronic Library Online) e da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). Foram utilizadas as palavras-chave: “obesidade infantil” e “alimentação escolar”, nos últimos cinco anos e publicados no idioma 18 português. Houve retorno de 67 publicações. A exclusão ocorreu quando não possuíam a versão completa disponível, assim como aqueles que não contemplavam os objetivos deste estudo.

## RESULTADO E DISCUSSÃO A OBESIDADE INFANTIL VERSUS PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

De acordo com a OMS, o Brasil teve um aumento de aproximadamente 240% no número de obesos nos últimos 30 anos. Isto significa que aproximadamente um terço das crianças apresentam o excesso de peso, o que pode levar a um quadro de obesidade precoce (MORETZSOHN; et al., 2016). No intuito de mudar esse quadro, durante o Encontro Regional para Enfrentamento da Obesidade Infantil, o Ministério da Saúde apresentou, em Brasília, as metas para diminuir o crescimento do número das pessoas obesas no país ou com excesso de peso, visando o incentivo e adoção ao acesso universal a dietas mais saudáveis e sustentáveis. (BRASIL, 2017).



Os Dez Passos para uma alimentação adequada e saudável, sistematizados pelo Guia Alimentar da População Brasileira, são: (1) Fazer de alimentos in natura ou minimamente processados a base da alimentação. (2) Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades em preparações culinárias. (3) Limitar o consumo de alimentos processados. (4) Evitar o consumo de alimentos ultra processados. (5) Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados. (6) Fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos in natura ou minimamente processados. (7) Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias. (8) Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece. (9) Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora. (10) Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais (BRASIL, 2014, p. 127-128).

representando 5% dos casos, sendo 2% deles relacionados a doenças genéticas raras e o restante de origem endócrinas ou por uso de medicação, classificada como causa endógena secundárias a doenças ou medicamentosa (MORETSON et al., 2016). Já quanto à obesidade exógena são mediadas por fatores externos ambientais que representam 95% dos casos encontrados em adolescentes e crianças. As causas exógenas correspondem aos fatores genéticos, comportamentais e ambientais em que ocorre ingestão alimentar maior que o gasto energético (CARVALHO et al., 2013). 19 A obesidade infantil está associada à uma combinação de fatores de exposição das crianças a um ambiente obesogênico, ou seja, aquele ambiente que favorece comportamentos relacionados à ingestão de alimentos densamente calóricos e sedentarismo (WHO, 2017).

Para Fleury e Silva (2019) são diversos os fatores externos responsáveis pelo cenário do desenvolvimento de crianças e adolescentes: dinâmica familiar, planejamento urbano, mobilidade, uso de eletrônicos, consumismo, desenvolvimento econômico, desigualdade social, insegurança, violência, conservação da natureza e educação. Trata-se de um cenário complexo, cujos fatores estão interrelacionados e que variam de intensidade, dependendo da condição socioeconômica e da realidade específica de cada um. Segundo recomendações da OMS (2017), as melhores práticas para a prevenção e controle da obesidade infantil devem incluir uma agenda combinada de alimentação adequada e saudável, atividade



física e modos de vida numa perspectiva mais ampla voltada para o crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Com isto, recomenda-se às equipes de saúde e educação um conjunto de ações que abarcam estratégias de promoção da alimentação adequada e saudável, estímulo à realização de práticas corporais e atividade física e mudança de comportamento. Segundo Venturini (2019), os padrões de alimentação estão se alterando rapidamente na maioria dos países e, principalmente naqueles economicamente emergentes.

As principais alterações incluem a substituição de alimentos in natura ou minimamente processados de origem vegetal (arroz, feijão, mandioca, batata, legumes e verdura), por alimentos processados e ultraprocessados que são industrializados e prontos para o consumo. Estas alterações do padrão alimentar comprometem o desenvolvimento saudável ocasionando o desequilíbrio nutricional, a ingestão abusiva de calorias, sendo responsável pelo aumento de peso e obesidade. Mas o outro lado da moeda também é importante ser apresentado. Ou seja, os países em desenvolvimento ou populações menos favorecidas economicamente que consomem alimentos de baixa qualidade nutricional por serem mais baratos. Um copo de suco natural é muito mais caro, por exemplo, que um copo de guaraná natural. De acordo com Cardoso e Spolidoro (2019), no Manual de Suporte Nutricional da Sociedade Brasileira de Pediatria, os carboidratos são a maior fonte de energia para o recém-nascidos, sendo a fonte primária de energia para o cérebro em qualquer idade. Além disso, constituem uma importante fonte de carbono para a síntese de ácidos graxos e vários aminoácidos não essenciais. O aporte de lipídeos na dieta também fornece boa parte de suas necessidades energéticas, além de ácidos graxos essenciais e vitaminas lipossolúveis, sendo que a quantidade e a qualidade dos lipídeos provenientes da dieta podem ter um impacto direto na qualidade do crescimento e da composição corporal dos recém-nascidos.

Segundo Monteiro (2017, p. 2), “os estudos apontaram para a experiência que elaciona a escassez alimentar nos primeiros meses de gestação a problemas de obesidade na fase adulta, determinando um imprinting metabólico 1 ” Para Silveira (2019) existem ações que estão na contramão do desenvolvimento saudável. Ele exemplifica o caso dos Estados Unidos, em que a indústria alimentícia dedica 12



bilhões de dólares para veicular no horário nobre da televisão a propaganda de alimentos baratos e altamente calóricos, como os salgadinhos, as bolachas e os biscoitos, enquanto a saúde pública americana gasta apenas um milhão de dólares para divulgar a importância de incluir frutas e verduras na dieta, alimentos bem mais caros do que os ricos em carboidratos. Fleury e Silva (2019) destacam que a medida para se alcançar uma resolutividade sobre a obesidade infantil é a ampliação do conceito ambiental, ultrapassando os limites de assistência no setor de saúde integrando as capacidades de escolhas individuais saudáveis tirando a obesidade do foco da doença passando a trabalhar na ótica mais consciente tanto dos hábitos alimentares, prática de exercícios regulares, qualidade de ar e água saudáveis, entre outros fatores ambientais. Para o autor, o aleitamento materno tem uma função protetora contra a obesidade.

Para OMS (2017) os estudos sobre obesidade infantil demonstraram que, embora haja estudos no campo científico sobre fatores genéticos, grandes desafios ainda impedem a solução definitiva para os problemas de obesidade. As lacunas geradas sejam em detrimento pela falta de informação e conhecimento claro sobre as causas, seja pela dificuldade de se praticar os tratamentos, ora por questões políticas públicas de acesso ao tratamento, ora pela dificuldade de adaptação de modelos mais sustentáveis que ofereçam melhor qualidade de vida em relação a alimentação e práticas cotidianas. Em síntese, para a promoção de uma alimentação saudável visando a prevenção da obesidade infantil é necessário um conjunto de ações que abarcam estratégias de promoção da alimentação adequada e saudável, estímulo à realização de práticas corporais e atividade física e mudança de comportamento. As alterações do padrão alimentar comprometem o desenvolvimento saudável ocasionando o desequilíbrio nutricional, a ingestão abusiva de calorias, sendo responsável pelo aumento de peso e obesidade. Percebe-se uma lacuna nas políticas públicas efetivas no combate a obesidade infantil.

Os padrões alimentares adquiridos na infância devem promover crescimento e desenvolvimento adequados, fortalecer a saúde do indivíduo e prevenir doenças futuras, sendo considerado um direito fundamental. 1 “Imprinting” metabólico, descreve um fenômeno pelo qual uma experiência nutricional precoce, atuando durante um período crítico e específico do desenvolvimento, pode acarretar um efeito



duradouro, persistente ao longo da vida do indivíduo, predispondo-o a determinadas doenças.

### A ALIMENTAÇÃO ADEQUADA É UM DIREITO HUMANO.

O direito humano à alimentação adequada (DHAA) é um direito básico, sendo imprescindível para o direito à vida e a concretização dos demais direitos fundamentais. A sua consolidação vem ocorrendo ao longo dos anos, originado da Declaração Universal dos Direitos Humanos das Organização das Nações Unidas (ONU), 1948, no seu artigo 25, § 1º “Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação”. A ONU (1999, § 6º) definiu que o DHAA é realizado quando “cada homem, mulher e criança, sozinho ou em companhia de outros, tem acesso físico e econômico, ininterruptamente, à alimentação adequada ou aos meios para sua obtenção”.

No Brasil, o direito à alimentação entrou no rol dos direitos sociais da Constituição Federal de 1988, por meio da Emenda Constitucional n.º 64, de fevereiro de 2010 (BRASIL, 1988). Nesse sentido, para Maluf (2011) o direito à alimentação adequada deve ser assegurado por meio de políticas públicas de segurança alimentar e nutricional (SAN) de responsabilidade do Estado e da sociedade, de forma que a SAN seja conquistada na medida em que o DHAA seja progressivamente realizado.

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), definida por meio do artigo 3º da Lei 11.346/2006 consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que seja ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis.

O SAN distingue as duas dimensões alimentar e nutricional, que são conceitos distintos, mas complementares (LEÃO, 2013). A dimensão alimentar associa-se se à produção e disponibilidade de alimentos, que devem ser suficientes e adequadas para atender a demanda da população, visando além da quantidade, a qualidade. Os alimentos devem também ser garantidos a sua oferta de forma estável, contínua e autossuficiente no que tange aos alimentos considerados básicos. Os alimentos devem cumprir as necessidades nutricionais e



garantir acesso universal e de forma equitativa para os diferentes grupos da população.

Além de ser sustentável do ponto de vista agroecológico, social, econômico e cultural, com finalidade a assegurar a SAN das próximas gerações (LEÃO, 2013). Quanto à dimensão nutricional incorpora as relações entre o ser humano e o alimento, implicando em: Disponibilidade de alimentos saudáveis; preparo dos alimentos com técnicas que preservem o seu valor nutricional e sanitário; consumo alimentar adequado e saudável para cada fase do ciclo da vida; condições de promoção da saúde, da higiene e de uma vida saudável para melhorar e garantir a adequada utilização biológica dos alimentos consumidos; condições de promoção de cuidados com a própria saúde, com a saúde da família e da comunidade; direito à saúde, com o acesso aos serviços de saúde garantido de forma oportuna e resolutiva; prevenção e controle dos determinantes que interferem na saúde e nutrição, tais como as condições psicossociais, econômicas, culturais e ambientais; boas oportunidades para o desenvolvimento pessoal e social no local em que se vive e se trabalha (LEÃO, 2013, p. 14).

A partir do momento em que a alimentação passou a fazer parte no texto constitucional como um direito social, a preocupação com uma boa alimentação começou por fazer parte de todo programa de saúde pública dos governos federal, estadual e municipal. Passando assim, a ter várias políticas públicas voltadas para a garantia do DHAA e da SAN em execução no país (ARRUDA TEO et al., 2017).

Condensando as ideias principais, o DHAA é direito básico, reconhecido pela ONU e pela Constituição Brasileira pela EC 64, de 2010. O direito à alimentação adequada deve ser assegurado por meio de políticas públicas de segurança alimentar e nutricional (SAN) de responsabilidade do Estado e da sociedade, ou seja, direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que seja ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis. Destaca-se o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), que é o mais antigo programa social do Governo Federal Brasileiro na área de alimentação e nutrição e com objetivos voltados para a SAN, sendo considerado um eixo das políticas desse campo e também foco deste estudo, que será tratado a seguir.



## ALIMENTAÇÃO ESCOLAR VERSUS MEIO AMBIENTE

A promoção de hábitos saudáveis integra políticas nacionais e internacionais, sendo a alimentação uma das ações priorizadas para sua implementação. No Brasil, o PNAE teve a sua origem em 1940, instituído em 1955 e regulamentado pela Lei nº 11.947 de 16 de junho de 2009, responsável pelo atendimento dos alunos matriculados na educação básica da rede pública de ensino (FNDE, 2013).

A escola é ambiente de promoção da saúde, pelo papel destacado na formação cidadã, estimulando a autonomia, o exercício dos direitos e deveres, o controle das condições de saúde e qualidade de vida, bem como na obtenção de comportamentos e atitudes considerados como saudáveis (CAMOZZI et al., 2015). Barbosa et al. (2013) consideram a alimentação na escola como importante política na promoção da autonomia dos estudantes por meio de uma educação alimentar e nutricional desenvolvida de modo curricular, integrado pelos diferentes atores e sob a ótica da cidadania. Nesse sentido, as ações do PNAE são responsáveis pela abrangência de forma integralizada e benesses de refeições e a promoção de ações de educação alimentar e nutricional, sendo a alimentação abordada como um ato pedagógico e tema essencial na formação dos estudantes brasileiros (FNDE, 2013).

A escola, por sua vez, apresenta-se como espaço ideal para essa prática, no intuito de promover valores que respeitem a diversidade cultural, o meio ambiente, os aspectos sociais e econômicos, na perspectiva da sustentabilidade. Nesta perspectiva Melão (2012) considerou os objetivos de seu estudo e sua relação com SAN a partir da entrada recente dos produtos orgânicos (produtos sustentáveis) na alimentação escolar, tendo como norteadores três importantes condicionantes para sua efetivação: (i) a Agricultura Familiar como principal produtora de alimentos; (ii) a Agroecologia como ciência no âmbito das agriculturas de base ecológica e da ideia de sustentabilidade, e (iii) a educação para o consumo, como processo educativo e pedagógico a ser trabalhado com a comunidade escolar. Portanto, Melão (2012) apresentou que são vários os desafios a serem enfrentados para melhorar o desenvolvimento desse instrumento de política pública, tais como: desburocratização das chamadas públicas; o entendimento, por parte do poder público, sobre a importância do alimento agroecológico na alimentação escolar (vontade política);



formação e capacitação de nutricionistas, merendeiras, professoras, entre outros.

A Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) desenvolveu o Programa Escolas Sustentáveis no período de 2012 a 2016 denominado projeto Fortalecimento dos Programas de Alimentação Escolar do Programa de Cooperação Brasil-FAO, com implementação de iniciativas de Escolas Sustentáveis em treze países, com a participação de mais de 75 mil estudantes em 338 escolas. Esse programa foi desenhado com o objetivo de estabelecer uma referência de implementação de programas de alimentação escolar sustentáveis, especialmente a partir de atividades como o envolvimento da comunidade escolar, a adoção de cardápios escolares adequados e saudáveis, a implementação de hortas escolares pedagógicas, a reforma de cozinhas, refeitórios, despensas e a compra direta de produtos da agricultura familiar local para a alimentação escolar (FAO, 2020).

Esse programa trouxe alguns aprendizados a partir da experiência da implementação ocorrida como: As estratégias de superação da pobreza devem partir do desenvolvimento e envolvimento da comunidade local; A alimentação escolar, como política catalizadora de dinâmicas locais e de ações colaborativas; As políticas de segurança alimentar e nutricional têm sido impulsadas por meio dos debates em torno dos programas de alimentação escolar; A oferta de alimentos locais na alimentação escolar tem sido muito útil como um processo gradual de aprendizado para os diferentes atores envolvidos nas compras diretas de produtos d

os agricultores locais; A educação alimentar e nutricional é um caminho para enfrentar os indicadores de obesidade e desnutrição que têm movimentado políticas de diversas áreas, especialmente de saúde e desenvolvimento social; dentre outras (FAO, 2020). Melo et al. (2016) analisaram os fatores favoráveis e os desfavoráveis à sustentabilidade das inovações da gestão do programa de alimentação escolar (PAE) desenvolvido em 2012 no município de Tabira, no sertão pernambucano.

Os resultados favoráveis quanto aos contextos organizacional e sociopolítico foram tais como: a institucionalização do programa, o uso eficiente dos recursos financeiros, a gestão municipalizada, a alta participação comunitária e uso dos recursos locais a favor do



programa. Por outro lado, os desfavoráveis foram a fragilidade da articulação intersetorial e qualificação profissional deficiente.

O forte acirramento político local é um fator com aspectos positivos e negativos para a sustentabilidade Cherobini e Novello (2018) buscaram compreender por meio de ações promovidas junto aos alunos, familiares e colaboradores de uma escola de educação infantil, localizada no município de Parobé-RS, o que esse público entende por alimentação saudável, a partir dos princípios da Educação Ambiental (EA), por meio da escolha de alimentos. Foram desenvolvidas ações como: montagem da pirâmide alimentar com recortes, oficina para a manipulação de alimentos, criação de hortas portáteis, além de atividades que incentivaram a reutilização de resíduos sólidos. Entre os resultados alcançados, detectaram tendências positivas à aquisição de novos hábitos alimentares e manifestações de comprometimento com o meio ambiente, que ao início das ações não haviam sido sentidas.

Ao final da ação, verificou-se que os novos hábitos adquiridos continuaram sendo praticados, observando-se que a valorização do meio ambiente permaneceu nos pequenos gestos das crianças. Em resumo, a escola, por sua vez, apresenta-se como espaço ideal para essa prática, no intuito de promover valores que respeitem a diversidade cultural, o meio ambiente, os aspectos sociais e econômicos, na perspectiva da sustentabilidade, por meio de uma educação alimentar e nutricional desenvolvida de modo curricular, integrado pelos diferentes atores.

Percebe-se que a alimentação escolar pode ser abordada como um ato pedagógico envolvendo o ato de consumir e o meio ambiente. Também pode ser visto como um processo educativo que envolve a comunidade escolar, ou seja, pais, alunos, funcionários da escola, professores. Além de propiciar o desenvolvimento da agricultura familiar e o desenvolvimento local.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve o objetivo de analisar os possíveis impactos e a mitigação da obesidade infantil no ambiente escolar. Realizou-se por meio da revisão de literatura com o intuito de contribuir com estratégias para a prevenção da obesidade infantil no contexto escolar visando promoção de uma alimentação saudável e mitigação dos impactos socioeconômicos e no meio ambiente.



Resultou-se em três temas norteadores: A promoção da alimentação saudável versus obesidade infantil; A alimentação adequada é um direito humano; Alimentação escolar versus meio ambiente. Observa-se que existem vários pontos que podem ser explorados como ações estratégicas e políticas públicas para um desenvolvimento sustentável local aliado à perspectiva da alimentação saudável e prevenção à obesidade infantil: promover a conscientização na comunidade escolar sobre a alimentação saudável, fomentar práticas de alimentação saudável no ambiente escolar, formar consumidores conscientes em relação à origem dos alimentos que consomem e a degradação ambiental que envolve as suas embalagens; fomentar o desenvolvimento local por meio da inserção da agricultora familiar para a alimentação escolar, propiciar oficinas e ações que envolvam a comunidade escolar e os produtores locais como intercâmbio de aprendizagem e interação. Assim, este estudo contribuiu para mostrar a relevância de estudos de relacionados à obesidade infantil e a promoção da saúde por meio de ações que poderão ser desenvolvidas nas escolas visando a alimentação saudável e o desenvolvimento de políticas públicas de educação, desenvolvimento econômico e social. Ademais, este assunto não se esgota, mostrou que constitui também espaço privilegiado para novas produções científicas.

## REFERÊNCIAS

ABESO. Os Números da Obesidade no Brasil: VIGITEL 2009 e POF 2008-2009. 2016. Disponível em: . Acesso em: 12 abr. 2020.

ARANHA, L. N.; OLIVEIRA, G. M. M. Circunferência da Cintura, uma Medida Simples para a Obesidade Infantil? Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 114, n. 3, p. 538-539, mar. 2020.

ARRUDA TEO, C. R. P.; GALLINA, L. S.; BUSATO, M. A.; CIBULSKI, T. P.; BECKER, T. Direito humano à alimentação adequada: percepções e práticas de nutricionistas a partir do ambiente escolar. Trabalho, Educação e Saúde, v. 15, n. 1, p. 245-267, 2017.

26 BAHIA, L.; COUTINHO, E. S. F.; BARUFALDI, L. A.; ABREU, G. A.; MALHÃES, T. A.; SOUZA, C. P. R.; ARAÚJO, D. V. The costs of overweight and obesity-related diseases in the Brazilian public health



system: cross-sectional study. *BMC Public Health*, Londres, v. 12, p. 440, jun. 2012.

BARBOSA, N. V. S.; MACHADO, N. M. V.; SOARES, M. C. V.; PINTO, A. R. R. Alimentação na escola e autonomia: desafios e possibilidades. *Ciências e Saúde coletiva*, v. 18, n. 4, p. 937-945, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Em evento internacional: Brasil assume metas para frear o crescimento da obesidade. 2017. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/svs/27820-em-eventointernacional-brasil-assume-metas-para-frear-o-crescimento-da-obesidade>. Acesso em. 02 mai. 2020. BRASIL.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 35. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Casa Civil, 1988. Disponível em: Acesso em: 13 abr. 2020.

CAMARGOS, A. C. R.; AZEVEDO, B. N. S.; SILVA, D.; MENDONÇA, V. A.; LACERDA, A. C. R. Prevalência de sobrepeso e de obesidade no primeiro ano de vida nas Estratégias Saúde da Família. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 27, n. 1, p. 32-38, 2019.

CAMOZZI, A. B. Q.; MONEGO, E. T.; MENEZES, I. H. C. F.; SILVA, P. O. Promoção da Alimentação Saudável na Escola: realidade ou utopia? *Caderno de Saúde Coletiva*, v. 23, n. 1, p. 32-37, 2015. CARDOSO, A. L.; SPOLIDORO, J. V. Avaliação e Risco Nutricional em Pediatria. In: Manual de Suporte Nutricional da Sociedade Brasileira de Pediatria. 1ª ed. São Paulo-SP: SBP. 2019, pp. 14-20.

CARVALHO, E. A. D. A.; SIMÃO, M. T. J.; FONSECA, M. C.; ANDRADE, R. G.; FERREIRA, M. S. G.; SILVA, A. F.; SOUZA, I. P. R.; FERNANDES, B. S. Obesidade: aspectos epidemiológicos e prevenção. *RMMG - Revista Médica de Minas Gerais*, v. 23, n. 1, p. 74-82, 2013.



CHEROBINI, L.; NOVELLO, T. Educação Ambiental e alimentação saudável: o despertar de hábitos na educação infantil. Revista Eletrônica Científica da UERGS, v. 4, n. 5, p. 669-684, 30 dez. 2018.

D'AVILA, O. P.; PINTO, L. F. S.; HAUSER, L.; GONÇALVES, M. R.; HARZHEIM, E. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): Uma revisão integrativa e proposta de atualização. Ciência e Saúde Coletiva, v. 22, n. 3, p. 855-865, 2017.

FERREIRA, N. L.; CLARO, R. M.; LOPES, A. C. S. Consumo de alimentos ricos em açúcar entre estudantes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31, n. 12, p. 2493- 2504, dez. 2015. 27

FLEURY, L. SILVA, L. R. Manual de Orientação da Sociedade Brasileira de Pediatria (Orgs). Benefícios da Natureza no Desenvolvimento de Crianças e Adolescentes. 2019. Disponível em: [https://criancaenatureza.org.br/wp-content/uploads/2019/05/manual\\_orientacao\\_sbp\\_cen.pdf](https://criancaenatureza.org.br/wp-content/uploads/2019/05/manual_orientacao_sbp_cen.pdf). Acesso em: 12 mai. 2020.

FUNDO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO (FNDE). Alimentação escolar: dados estatísticos. 2013. Disponível em: Acesso em: 13 mai. 2020. INSTITUTO

BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45419.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2020.

LEÃO M. M. (Org.) O direito humano à alimentação adequada e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília: ABRANDH; 2013. 263p. MALUF, R. S. J. Direito humano à alimentação adequada e saudável. In: MALUF, R. S. J. Segurança alimentar e nutricional. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 20-21.

MARTÍN, I. S. M.; VILAR, E. G.; ROL, M. C.; MOLINA, P. D.; CEVALLOS, V.; ORDÚNEZ, D. P.; BARATO, V. P. Exceso ponderal



infantil y adolescente: factores modificables, herencia genética y percepción de la imagen corporal. *Revista Pediatría Atención Primaria*, Madrid, v. 18, n. 72, p. 199-208, 2016.

MELÃO, I. B. Produtos sustentáveis na alimentação escolar: o PNAE no Paraná. *Cad. IPARDES*. Curitiba, PR, v. 2, n. 2, p. 87-105, jul./dez. 2012.

MELO, M. N. T.; FRANCO DE SA, R. M. P.; MELO FILHO, D. A. Sustentabilidade de um programa de alimentação escolar bem-sucedido: estudo de caso no Nordeste do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1899-1908, June, 2016.

MONTEIRO, P. G. Impacto de intervenções focadas nos pais durante a gravidez e primeiros dois anos de vida da criança na incidência da obesidade infantil. *Revisão Temática*. Universidade do Porto, Porto, 2017.

MORETZSOHN, M. A.; ROCHA, H. F.; CAETANO, R. R. *Nutrologia/Pediatria*. Rio de Janeiro-RJ: Guanabara Koogan, 2016.

NCD RISK FACTOR COLLABORATION (NCD-RISC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analyses of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 2017. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32129-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32129-3/fulltext). Acesso em: 02 mai. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948. Disponível em: Acesso em: 20 abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Comentário geral n. 12: o direito humano à alimentação adequada (art. 11). 1999. Disponível em: Acesso em: 20 abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Obesidade entre crianças e adolescentes aumentou dez vezes em quatro décadas, revela novo estudo do Imperial College London e da OMS. Brasília:



OPAS, 2017. Disponível em:  
[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5527:obesidadeentre-criancas-e-adolescentes-aumentou-dez-vezes-em-quatro-decadas](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5527:obesidadeentre-criancas-e-adolescentes-aumentou-dez-vezes-em-quatro-decadas). Acesso em: 10 fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Plano de ação para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes. 53<sup>o</sup> Conselho Diretor. 66<sup>a</sup> Sessão do Comitê Regional da OMS. Washington, D.C., USA, 2014. Disponível em:  
<http://www4.planalto.gov.br/consea/publicacoes/outros-assuntos/plano-de-acao-para-prevencaoda-obesidade-em-criancas-e-adolescentes/7-plano-de-acao-para-prevencao-da-obesidade-emcriancas-e-adolescentes.pdf>. Acesso em 26 de abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A ALIMENTAÇÃO E A AGRICULTURA (FAO). Programa de Cooperação Internacional Brasil-FAO. Escolas Sustentáveis. 2020. Disponível em: <  
<http://www.fao.org/in-action/programa-brasil-fao/proyectos/alimentacionescolar/escuelas-sostenibles/pt/>>. Acesso em 04 jul. 2020.

ROBERTO, C.A.; SEINBURN, B.; HAWKER, C.; HUANG, T.; COSTA, S. A.; ASHE, M. Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking. *Lancet*, Londres, v. 385, n. 9985, p. 2400- 2409, jun. 2015. SILVEIRA, L. Obesidade Infantil: entrevista. 2019. Disponível em:. Acesso em: 12 abr. 2020.

SIMMONDS, M.; LLEYELLYN, A.; OWEN, C. G.; WOOLACOTT, N.. Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.*, v. 17, n. 2; p. 95-107, 2016. SOMMER, A.; TWING, G. The impact of childhood and adolescent obesity on cardiovascular risk in adulthood: a systematic review. *Curr Diab Rep.*, v. 18, n. 91, 2018.

SOUZA, M. T.; SILVA M. D.; CARVALHO, R. Integrative review: What is it? How to do it? *Einstein*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. TASSARA, V.; NORTON, R.C.; MARQUES, W.E.U. Importância do contexto sociofamiliar na abordagem de crianças obesas. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 309-314, set. 2010.



TASSARA, V. Abordagem nutricional e psicológica no tratamento da obesidade na infância. In: WEFFORT, V.R.S.; LAMOUNIER, J.A. Nutrição em pediatria da neonatologia à adolescência. 2 ed. Barueri: Manole, 2017. cap. 40, p. 571-579.

VENTURINI, S. M. M. Associação do consumo alimentar e indicadores antropométricos e bioquímicos no estado nutricional em crianças. 2019. 111f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Campinas. PUC-Campinas, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 10 facts on obesity. WHO, out. 2017. Disponível em: Disponível em: <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/en/>. Acesso em: 20 abr. 2020



## **SAÚDE, ENVELHECIMENTO, BEM-ESTAR FÍSICO, SOCIAL E MENTAL**

**Raymundo Washington Leal Jr**  
SINDUS

**Carlos Alberto Figueiredo da Silva**

Professor e pesquisador do Programa de Pós-Graduação em  
Desenvolvimento Local da UNISUAM.

A saúde é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” e não somente como a ausência de doenças.

Entendemos como bem-estar um conjunto de práticas e de elementos que proporcionam conforto, segurança, tranquilidade e satisfação, dessa forma, o bem-estar físico está relacionado ao corpo humano e engloba aspectos como condições nutricionais, disposição, força e atividade física, sono e repouso, dentre outros; o bem-estar mental, está ligado à capacidade de raciocínio e concentração, produtividade e trabalho, bem como à relação consigo mesmo e à forma como enxerga o mundo, já o bem-estar social, está ligado aos relacionamentos e às condições sócio econômicas.

O inevitável envelhecimento biológico traz consigo mudanças indesejáveis até certo ponto, a exemplo das transformações físicas do corpo, (rugos, flacidez da pele, etc) e limitações que desafiam vontades e interesses do ser humano, criando inclusive alguns conflitos comportamentais e geradores de stress, já o conhecimento adquirido ao longo dos anos, traduzido como um ganho de experiência, torna-se um significativo fator positivo trazido pelo envelhecimento.

Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais, está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223 %, ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Até 2050 haverá dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento.

Neste contexto, o envelhecimento ativo, termo adotado pela Organização Mundial da Saúde – OMS, é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo



de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas; o envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais e permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários.

A palavra “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. As pessoas mais velhas que se aposentam e aquelas que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, companheiros e comunidade.

Quando os fatores de risco (comportamentais e ambientais) de doenças crônicas e de declínio funcional são mantidos baixos, e os fatores de proteção, elevados, as pessoas desfrutam maior quantidade e maior qualidade de vida, permanecem saudáveis e capazes de cuidar de sua própria vida à medida que envelhecem, e poucos idosos precisam constantemente de tratamentos médicos e serviços assistenciais onerosos.

As modificações ocorridas nas últimas décadas, na estrutura etária a população, especialmente no Brasil, vem causando um significativo estreitamento na base de sua pirâmide. Configurando-se uma população com proporção cada vez menor número de jovens em relação à população total e uma maior proporção de adultos, especialmente de pessoas com mais de 60 anos de idade.

Um dos fatores que tem estreitado a base da nossa pirâmide populacional é longevidade, com o aumento da expectativa de vida gerado pelos avanços da medicina, especialmente pelas atenções preventiva e curativa e da tecnologia através de diagnósticos mais rápidos e precisos, além de medicamentos mais eficazes.

Aquela outrora sonhadora busca pela eterna “fonte da juventude” já está ultrapassada, as pessoas almejam viver mais tempo, com o diferencial da experiência adquirida ao longo dos anos e uma adequada qualidade de vida, respaldada por recursos tecnológicos e saudáveis assaz disponíveis.



Para além do fator genético, outros impactam fortemente na longevidade do ser humano, a exemplo da alimentação, abstenção de vícios, atividade física regular, ocupação, avaliações médicas preventivas, medicamentos com maior efetividade e baixos efeitos colaterais, socialização do indivíduo e o cultivo da espiritualidade.

A terceira idade antes associada à aposentadoria, doença e dependência, hoje quebrou esse paradigma, pessoas com mais de 60 anos estão a cada dia invadindo mais e mais as ruas, áreas de lazer, restaurantes, salas de aeroportos, navegando em cruzeiros, frequentando academias e desfilando em shopping centers; carregam uma rica bagagem de conhecimentos adquiridos, geralmente escolhem o que há de bom e do melhor, e têm a necessária paciência para esperar o “ponto certo de amadurecimento da fruta”; o idoso não é mais aquela figura acomodada que após anos de trabalho “pendurou as chuteiras”, inclusive, muitos buscam novas formas de inserção no mercado de trabalho, comenta-se muito do empreendedorismo sênior, que traduz a maneira como o idoso irá articular os desafios diários de um empreendimento e a sua expertise adquirida, pela sua maturidade.

Concluo afirmando que é possível um idoso ser feliz, sabemos que depende de muitos fatores, especialmente de como o indivíduo cuidou da sua saúde ao longo dos anos e da filosofia de vida que ele cultivava; não existem receitas para viver bem uma vida longa, mas com certeza, cultivar coisas prazerosas, passear e cercar-se de pessoas especiais é um grande diferencial.



## **AUTONOMIA FUNCIONAL DE IDOSOS E TREINAMENTO RESISTIDO: REVISÃO INTEGRATIVA**

**Márcio Getirana-Mota**

Programa de Pós-graduação em Educação Física. Universidade Federal de Sergipe - UFS. São Cristóvão-SE, Brasil.

**Willams Tiago dos Santos**

Programa de Pós-graduação em Educação Física. Universidade Federal de Sergipe - UFS. São Cristóvão-SE, Brasil.

**Leonardo dos Santos**

Programa de Pós-graduação em Educação Física. Universidade Federal de Sergipe - UFS. São Cristóvão-SE, Brasil.

**Rafael Luiz Mesquita Souza**

Programa de Pós-graduação em Ciências Fisiológicas. Universidade Federal de Sergipe - UFS. São Cristóvão-SE, Brasil.

### **RESUMO**

O crescente aumento da população idosa, conseqüente do aumento da expectativa de vida, trouxe à discussão o questionamento de como essas pessoas que encontram-se na terceira idade poderiam levar uma vida com mais autonomia e saúde. Essa preocupação dá-se pelo fato de ser, nessa faixa etária onde apresentam-se os desgastes físicos, as fragilidades e as doenças provenientes da inatividade que lhes é inerente. Dentro desse contexto, a presente pesquisa tem por objetivo identificar evidências científicas acerca dos benefícios da musculação para manutenção e melhorias nas atividades funcionais dos idosos, ressaltando os benefícios que a prática do treinamento de força pode promover na terceira idade. Para atender ao objetivo proposto utilizou-se o método de pesquisa teórico- bibliográfico, argumentativo, de abordagem qualitativa, realizado através de leitura analítica e exploratória. Para tanto, os artigos, teses e textos selecionados foram pesquisados através das bases de dados virtuais SCIELO, LILACS e Google Acadêmico, levando-se em consideração os descritores: qualidade de vida, saúde, envelhecimento e treinamento de força. Do material encontrado foram incluídas somente as publicações completas e que estivessem escritas no idioma português e/ou inglês, publicadas no período de 2008 a 2019, foram excluídas teses, artigos e outras publicações que estivessem incompletas ou em outros idiomas. Como resultado, das 21 publicações referenciadas nesta pesquisa, todas demonstraram que o treinamento resistido representou uma melhoria da força muscular do idoso, assim como, representou um ganho no que diz respeito ao



domínio de sua capacidade funcional. Assim, se conclui através da realização desta pesquisa que, a prática do treinamento de força, fornece diversos benefícios para os idosos, entre eles, a melhora na sua qualidade de vida e na autonomia.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida. Saúde. Envelhecimento e Treinamento de Força.

## **ABSTRACT**

The growing increase in the elderly population, resulting from the increase in life expectancy, brought to the discussion the question of how these people who are in the third age could lead a life with more autonomy and health. This concern is due to the fact that, in this age group where physical wear, weaknesses and diseases arising from inactivity are inherent. Within this context, the present research aims to identify scientific evidence about the benefits of weight training for maintenance and improvements in the functional activities of the elderly, highlighting the benefits that the practice of strength training can promote in the elderly. To meet the proposed objective, the theoretical- bibliographic, argumentative, qualitative research method was used, carried out through analytical and exploratory reading. For that, the selected articles, theses and texts were searched through the virtual databases SCIELO, LILACS and Google Scholar, taking into account the descriptors: quality of life, health, aging and strength training. From the material found, only complete publications that were written in Portuguese and / or English, published between 2008 and 2019, were included, theses, articles and other publications that were incomplete or in other languages were excluded. As a result, of the 21 publications referenced in this research, all demonstrated that resistance training represented an improvement in the muscular strength of the elderly, as well as it represented a gain with regard to the domain of their functional capacity. Thus, it is concluded through this research that, the practice of strength training, provides several benefits for the elderly, among them, the improvement in their quality of life and autonomy.

**Keywords:** Quality of life. Health. Aging and Strength Training.



## INTRODUÇÃO

A expectativa de vida vem aumentando significativamente e a mudança de hábitos que resultam em uma melhor qualidade de vida tem sido característica marcante desse “novo” mundo. Mas, se antes essa preocupação era dos mais jovens, hoje em dia o que se verifica é que a população que está na terceira idade está cada vez mais preocupada em levar uma vida de maneira mais saudável (SOUZA *et al.*, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza como idoso todo indivíduo com 60 anos ou mais (OMS, 2015). O número de idosos vem crescendo substancialmente nas últimas décadas, segunda pesquisa do IBGE (2018), estima-se que em 2025 o Brasil ocupará o 6<sup>a</sup> lugar no mundo em número de idosos, ou seja, no citado ano a população brasileira terá um percentual de idosos de 24,5%, sendo assim, é preciso que o mercado esteja apto a acolher e atender aos anseios dessa parcela significativa da população.

O processo de envelhecimento é um evento natural que traz ao organismo muitas perdas, de força, massa muscular, elasticidade, tonicidade, e isso faz com que a capacidade física do indivíduo seja consideravelmente reduzida. Essa diminuição da capacidade funcional aliada à inatividade física acarreta doenças e o agravamento desse quadro de fragilidade. Outro aspecto relevante é que, com o envelhecimento, é muito comum que a rede social diminua levando ao isolamento social devido à perda de amigos e familiares, essa condição é um agravante na debilidade física e emocional do indivíduo, e, uma das alternativas encontrada pelas pessoas que fazem parte dessa faixa etária para melhorar o seu estado físico e emocional, é a realização de atividades físicas (ROCHA, 2013).

Para Souza *et al.*, (2015), o processo de envelhecimento é individualizado e, sendo assim, cada pessoa possui diferenças nos aspectos de origens genético- biológicas, sócio históricas e psicológicas. Por ser este fenômeno causador de processos degenerativos, progressivos e irreversíveis, que altera fatores biológicos, psíquicos e sociais, torna-se imprescindível estimular a população idosa a desenvolver hábitos que resultem numa melhor qualidade de vida através de um tipo de treino específico.

No indivíduo com mais idade, o envelhecimento pode desencadear perda significativa de força muscular e diminuição na densidade óssea, tendo como consequências imediatas a elevação dos índices de quedas e fraturas, com isso, a realização de atividades



físicas é de extrema importância na terceira idade (LOPES *et al.*, 2015).

Sousa (2017) aponta em seu estudo que o treinamento resistido tem sido um dos mais eficientes quando se trata de benefícios na terceira idade e, quando comparado aos exercícios aeróbios, devido às modificações que ocorrem na força muscular em reduzido período de treino associado à prática constante, demonstra melhorias nas capacidades físicas, tais como, flexibilidade, força, resistência e até mesmo melhoras no equilíbrio. E, com a otimização desses componentes, a independência e a capacidade funcional dos idosos tornam-se ferramentas essenciais para aumento da longevidade com qualidade de vida.

Assim, dentro desse contexto, o objetivo geral desta pesquisa é Identificar evidências científicas, através de uma revisão integrativa, acerca dos benefícios da musculação para manutenção e melhorias nas atividades funcionais dos idosos, ressaltando os benefícios que a prática do treinamento de força pode promover na terceira idade em relação ao aumento da qualidade de vida.

## **1.1 O Processo de Envelhecimento e os Benefícios do Treinamento Resistido**

O envelhecimento é um processo natural inerente a todo ser vivo que traz consigo alterações biológicas, psicológicas e sociais. É nessa fase que surgem ou se agravam doenças como hipertensão, diabetes, processos degenerativos, obesidade, além do isolamento social, pouco contato com a família, amigos e sociedade (ALMEIDA; PAVAN, 2010). Com a chegada da terceira idade ocorrem algumas modificações no organismo, como a redução da resistência física, da força muscular e da capacidade funcional (PEREIRA, 2017).

Segundo Farinatti (2008), uma das características mais significativas e expressivas do processo de envelhecimento é o declínio gradual da capacidade de desempenho muscular e, é justamente este tipo de declínio, uma das principais causas da perda de autonomia de ação dos idosos. A força muscular é um fator importante e decisivo em programas de exercícios físicos, ressaltando que os benefícios gerados por esse tipo de treinamento dependem da combinação do número de repetições, séries, sobrecarga, intervalos entre as séries e os exercícios

Atualmente é crescente o número de pessoas na terceira idade preocupadas com a melhora de sua qualidade de vida. Essa qualidade de vida que é desejada na velhice é normalmente definida como a



percepção de bem-estar de um indivíduo, do quanto realizou daquilo que considera como importante para uma boa vida e com o grau de satisfação do que já conseguiu concretizar até o momento (OLIVEIRA *et al.*, 2010). Porém, segundo o autor, à medida que uma pessoa vai ficando idosa, sua qualidade de vida é determinada pela capacidade de se manter autônomo e independente, portanto “um envelhecimento bem-sucedido é acompanhado de qualidade de vida e bem-estar (OLIVEIRA *et al.*, 2010, p. 303).

## 1.2 Atividade Física x Terceira Idade

Conforme Pereira (2017), na terceira idade os exercícios físicos de força contribuem muito para a melhora da qualidade de vida, oportunizando benefícios de grande relevância para quem está caminhando para o processo de envelhecimento, ou para os que já chegaram nesta fase. Entretanto, a escolha deve ser feita de acordo com as necessidades de cada pessoa.

Segundo Almeida e Pavan (2010), o idoso que pratica exercício físico, deve também possuir uma dieta adequada, com ingestão adequada de proteínas e carboidratos, e redução do consumo de gorduras, principalmente saturadas, pois essa adequação alimentar influencia, também, de maneira positiva, o ganho de força e massa muscular, o que facilita e torna mais eficaz a prática das atividades.

Além disso, a realização de atividade física pode minimizar outra consequência decorrente da velhice que é a diminuição de sua capacidade funcional. A capacidade funcional pode ser definida como a habilidade do idoso em realizar atividades físicas diárias, como por exemplo, sentar, caminhar e levantar. Segundo Nogueira *et al.* (2010), o declínio da capacidade funcional do idoso pode estar associada a múltiplos fatores, sendo eles, relações sociais, dimensões socioeconômicas, demografias da saúde e do estado nutricional.

Afirmam os autores acima que os idosos ficam mais frágeis e submissos aos cuidados de terceiros, devido ao declínio da funcionalidade que ocorre no processo de envelhecimento. Com isso, é necessário avaliar a aptidão física e capacidade funcional, para que profissionais da área da saúde possam orientar alguma intervenção, capaz de promover uma melhora da funcionalidade e qualidade de vida desta população (NOGUEIRA *et al.*, 2010).

Assim, segundo Palombo (2018), a prática regular de atividades físicas, em especial do treinamento resistido, pode ajudar a prevenir ou minimizar a perda das capacidades funcionais, isso porque



o treinamento de força reduz a atrofia muscular e ainda contribui para que ocorra um aumento na área de secção transversa do músculo.

#### **1.4 Os Benefícios do Treinamento Resistido para a Autonomia Funcional do Idoso**

Pode-se definir força muscular como a tensão que um grupo muscular consegue exercer contra uma determinada resistência em uma situação em que irá variar o volume e a intensidade de trabalho. O Treinamento dessa força muscular é a capacidade de exercer força/tensão máxima para um determinado movimento corporal. O aumento da força é gradual e um fator decisivo para o seu aumento é a adaptação neural (melhoria da coordenação e eficiência do exercício físico). O aumento da massa muscular é determinante no aumento da força (PALOMBO, 2018).

Segundo Novikoff *et al.*, (2012), o treino de força ou treino com cargas adicionais caracteriza-se por uma solicitação intensa de pequenos ou grandes grupos musculares durante um curto período de tempo. Este tipo de treino pode ser efetuado com o recurso ao próprio corpo, a pesos adicionais ou a outras formas de resistência como é o caso dos elásticos e bandas. Estas atividades melhoram a função e força muscular e podem ser particularmente benéficas devido ao seu impacto nas diversas tarefas do cotidiano do idoso como ir às compras, transportar objetos pesados ou sustentar o próprio peso corporal.

Os autores acima ressaltam que B. Brown, McCartney e Sale foram os primeiros pesquisadores que conseguiram demonstrar que os idosos que praticavam o treinamento resistido poderiam apresentar aumento de força devido às modificações ocorridas no sistema nervoso dos mesmos e, conseqüente, aumento de sua capacidade funcional. Através de estudos realizados por Fiatarone *et al.* (1990) *apud* Fleck e Kraemer (1999), foi possível mostrar um aumento significativo de força e hipertrofia em um grupo de idosos muito velhos que treinaram durante 8 semanas em alta intensidade. Assim, mesmo em idades avançadas (90 anos ou mais), verificou-se que o idoso preserva a capacidade de ganho de força (OLIVEIRA, *et al.*, 2010).

No treinamento resistido a resistência do idoso é aumentada devido ao prolongamento de esforços musculares intensos, a flexibilidade também aumenta porque os limites dos movimentos são solicitados nas amplitudes articulares disponíveis e a coordenação é melhorada devido aos exercícios serem amplos e lentos, estimulando terminações nervosas proprioceptoras pelo incremento no equilíbrio,



precisão de movimento e consciência corporal, possibilitando, assim, que este possua uma maior independência funcional (VALENTE, 2016).

## **1.5 O Treinamento de Força Direcionado aos Idosos**

A perda da massa óssea começa no homem entre 50 – 60 anos de idade, com taxa de 0,3% ao ano, e na mulher a uma taxa de 1% dos 45 a 75 anos. Uma mulher com 70 anos tem diminuição de 20% e no homem essa diminuição é de 3% da densidade mineral óssea. Esta perda está relacionada além do envelhecimento à genética, estado hormonal, nutricional e ao nível de atividade física do indivíduo. A sobrecarga mecânica estimula a mineralização do periósteo e auxilia na mineralização óssea, após a perda de massa óssea induzida por imobilização ou deficiência de cálcio. Dessa forma, pode-se esperar que o exercício resistido represente um meio de treinamento altamente eficaz no intuito de intensificar a atividade osteoblástica no idoso, talvez em um nível superior ao encontrado como resultado da prática da caminhada (FARINATTI, 2008).

No programa de treinamento resistido para idosos, deve-se ter uma combinação de treinamento aeróbio, força, flexibilidade e equilíbrio, utilizando todas as modalidades de exercícios com os grandes grupos musculares de membro inferior e membro superior (FARINATTI, 2008). Referente à prescrição de treinamento resistido, o Colégio Americano de Medicina Esportiva - ACSM (2008), que é uma organização referência em medicina esportiva e em ciência do exercício, recomenda a mesma prescrição para adultos saudáveis e para idosos. Dessa forma, são recomendadas cargas entre 60% e 70% de 1 RM, com 8 a 12 repetições, para ganhos de força em iniciantes e intermediários e 80% e 100% de 1 RM para indivíduos treinados.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia - SBC, ao desenvolvermos programas de treinamento resistido para idosos, devemos dar importância a algumas variáveis relacionadas ao treinamento como frequência, duração, tipos de exercícios, séries, intensidade, repetições e progressão. Com relação à frequência, deve ser estruturada de modo que haja pelo menos 48 horas de descanso entre as sessões de treinamento, assim um indivíduo poderia satisfazer este requisito com um programa que envolvesse o corpo todo, ou seja, um programa de treinamento no qual ele exercitasse o corpo todo a cada sessão, 2 ou 3 vezes na semana. No que diz respeito à duração a SBC prescreve que os idosos devem evitar treinos longos, pois eles podem aumentar o risco de lesões, que se



manifesta por fadiga extrema, recomendando um tempo entre o mínimo de 20 minutos e o máximo de 45 por sessão (FERNANDES, 2016).

Para o idoso é importante realizar programas de treinamentos resistidos completos, incorporando todos os seis grupos musculares (peito, ombros, braços, costas, abdômen e pernas). Recomenda-se de 1 a 2 exercícios para cada grupo muscular. Pode-se, também, exercitar mais de um músculo ou grupo muscular específico por exercício.

Com relação ao número de séries recomenda-se que no início o idoso realize 1 série para cada exercício e progrida até no máximo 3 séries de acordo com sua necessidade individual observado pelo profissional de Educação Física que o acompanha (FERNANDES, 2016).

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa da literatura, a qual tem como finalidade sintetizar e reunir resultados de pesquisas acerca dos benefícios da musculação para manutenção e melhorias nas atividades funcionais dos idosos.

Para seleção dos artigos, foram utilizadas as seguintes bases de dados: Scielo (Scientific Eletronic Library Online), Lilacs (Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde), e Google Acadêmico, no recorte temporal de 2008 a 2019. A busca e seleção do material foram orientadas pelos termos descritores: qualidade de vida, saúde, envelhecimento e treinamento de força. Esses termos foram combinados por meio dos operadores lógicos “E, AND, OR e NOT”. A amostra constou de artigos selecionados nas bases eletrônicas anteriormente citadas, utilizando-se como critérios de inclusão: publicações completas e escritas nos idiomas português e/ou inglês. Foram determinados como critérios de exclusão: publicações incompletas, escritas em outros idiomas, pesquisas envolvendo animais e artigos disponibilizados apenas mediante taxa de acesso. Após a coleta de dados os artigos foram separados e analisados de acordo com a relevância para o tema, e a partir disso formou-se o contexto para discussão do presente trabalho, sendo apresentados por meio de texto narrativo.

## **RESULTADOS**

Durante a pesquisa bibliográfica para composição deste estudo foram encontradas em média 30 publicações que remetiam ao tema



em questão, das quais, utilizando-se os critérios de inclusão e exclusão, foram descartadas 09.

Das 21 publicações referenciadas nesta pesquisa, foram selecionadas 06 que melhor exemplificam os benefícios trazidos aos idosos pelo treino resistido para compor o quadro abaixo. Estes trazem apontamentos de dados que oferecem informações relevantes sobre o papel do treinamento de força para os idosos. O quadro relaciona os autores, a metodologia utilizada nos trabalhos e os principais resultados obtidos nesses estudos que validam as informações trazidas por esta pesquisa ratificando, assim, o seu objetivo.

Quadro 1: trabalhos incluídos na pesquisa

<b>Autor/Ano</b>	<b>Treino</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Resultados</b>
LIMA; OLIMPIO (2019)	Treinamento de força com cargas superiores a 80% de 1RM	Treinamento de força dinâmico durante 12 semanas, três dias por semana (3x8 repetições), oito exercícios com dois minutos de descanso entre os sets, em idosos entre 60 e 90 anos de ambos os sexos.	Ganhos significativos de força muscular de, aproximadamente, 174%, após oito semanas de treinamento, além de um aumento da secção transversa de 11% nos músculos



SOUSA, (2017)	Treinamentos com peso em indicadores da força musculação	Analisou homens acima de 60 anos. O programa durou oito semanas, com três sessões semanais envolvendo exercícios: Leg. Press; Cadeira Extensora e Flexora.	O praticante do treinamento de força ganhou uma maior prevenção na massa muscular e na funcionalidade do músculo. Os resultados foram melhores em relação ao desenvolvimento motor além de possibilitar de menores perdas da motricidade humana.
PEREIRA, (2017)	Treinamento resistido de força	Estudar efeitos do treinamento de peso na força e composição corporal durante 12 semanas, onde a sessão de treino era de 40 minutos, três vezes por semana.	Foi verificado aumento significativo na força corporal tanto nos membros superiores quanto nos membros inferiores.
VALENTE, (2016)	Treinamento resistido de força	Avaliar o efeito de dois tipos de treinamento de força na Composição corporal de idosas. Amostra contou com a participação de duas idosas, ambas seguiram o mesmo protocolo de treino crossover, um em cada trimestre.	Pode-se verificar influência positiva do treinamento de força sobre a composição corporal das idosas, especialmente o aumento de massa magra observada após treinamento super série, favorecendo desta forma, um retardamento da perda de massa magra e, favorecendo assim, a manutenção da autonomia para a realização das atividades da vida diária.



<p>FERNANDES (2016)</p>	<p>Programa de adaptação neural e de potência muscular</p>	<p>Avaliar a adaptação neural através de treinamento com um a três sets, de 15 a 20 repetições, com intervalo entre os sets de dois a cinco minutos, com o número de exercícios de oito a 13, com uma frequência de três vezes por semana, método alternado por segmento, com uma velocidade de execução média (1,5 a 2,5 para cada fase de movimento) em idosos a partir de 60 anos de ambos os sexos. E, avaliar a potência muscular com treinamento de dois a três sets, seis a oito repetições, com intensidade de 70% a 80%, com intervalo entre os sets de dois a cinco minutos, com o método alternado por segmento, com a velocidade de execução o mais rápido na fase concêntrica, expirando nesta fase e inspirando na fase excêntrica.</p>	<p>Os idosos que fizeram parte do programa apresentaram: diminuição da fadiga, ganhos significativos de força muscular, ganho de capacidade aeróbia, redução da sarcopenia.</p>
-----------------------------	--	---	---



ALMEIDA; PAVAN (2010)	Exercícios físicos com sobrecarga	Avaliar os efeitos dos exercícios com sobrecarga em idosos (homens e mulheres): adaptações fisiológicas e de desempenho ao treinamento de resistência. O treino foi realizado por 12 semanas utilizando exercícios com resistência pesada.	O treinamento aumentou o volume dos músculos e a área em corte transversal do bíceps braquial (13,9%) e do braquial (26,0%), enquanto a hipertrofia aumentava em (37,2%) nas fibras musculares tipo II. Aumentos de 46% no torque máximo e de 28.6% na produção total de trabalho.
-----------------------	-----------------------------------	--	--

Fonte: Proprio Autor

Da análise dos estudos que serviram de embasamento para realização deste estudo científico pode-se depreender que o treinamento resistido favorece o melhor desempenho das atividades diárias do idoso. Assim, a melhor opção para o indivíduo que está envelhecendo é a realização de um programa de atividade física que inclua treinamento de força muscular, flexibilidade e equilíbrio.

Apontadas e examinadas todas as fontes de resultados desta pesquisa, pode-se afirmar que através do treinamento de força as alterações inerentes ao processo de envelhecimento, como a sarcopenia e a dinapenia, são minimizadas por meio da prática de exercícios físicos e que os exercícios de força são fundamentais na prevenção e no combate à evolução de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis que comprometem a capacidade funcional e a autonomia do idoso. Os treinamentos de força propostos na publicações selecionadas no quadro acima mostraram uma melhoria da força muscular do idoso, assim como, representou um ganho no que diz respeito ao domínio de sua capacidade funcional.



## DISCUSSÃO

O número de pessoas que atinge a terceira idade, ou seja, com idade igual ou superior a 60 anos, está aumentando significativamente, fazendo com que o envelhecimento de forma saudável seja visto como uma questão que requer muita atenção por parte dos profissionais educadores físicos.

A grande questão atual é que os idosos estão cada vez mais presentes e abundantes na sociedade, o que gera maior preocupação em manter e/ou melhorar a funcionalidade e qualidade de vida deles. Funcionalmente, há a redução na força e perdas no tecido muscular, que, teoricamente, são simultâneas e, estas, podem acontecer pela inatividade física (PALOMBO, 2018).

Afirma Souza (2015) que a síntese proteica em idosos ocorre mais lentamente do que em adultos jovens, mas a comparação de secções transversas de músculos entre pessoas ativas e inativas sugere que muito da perda de tecido magro pode ser evitada por um treinamento regular com pesos. O treinamento de força em idosos é um tipo de exercício que vem sendo apontado como eficaz no retardamento do declínio de força e massa muscular, comum ao processo de envelhecimento. Outro fator muito importante que deve ser apontado é a necessidade de manutenção da continuidade desse tipo de treinamento, pois estudos mostram que após 12 semanas do último dia de um TP (12 semanas de treino, 3 vezes semana, 3 séries de 10 repetições a 50% de 1 RM), ocorre perda de força muscular de 26,9% nos membros inferiores e de 35,1% nos membros superiores, sendo que a maior parte da perda ocorre após 4 semanas (OLIVEIRA, 2010).

Assim, temos que as pesquisas verificadas nesta revisão relatam melhorias na qualidade de vida nas atividades devida diárias como, por exemplo, subir escadas, sentar, levantar, calçar meias e na capacidade funcional, possibilitando se locomover com mais facilidade e resolver situações com mais autonomia.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que, o treinamento resistido, é um grande aliado no que diz respeito à um envelhecimento mais saudável, trazendo ao idoso uma melhor qualidade de vida e, principalmente, lhes proporcionando uma maior autonomia funcional para realização das tarefas de seu dia-a-dia, o que influencia, inclusive, em uma melhora da sua autoestima.



## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, B. A. B.; PAVAN, B. Os benefícios da musculação para a vida social e para o aumento da autoestima na terceira idade. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção – PPGEP. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**. v 2: Universidade Tecnológica do Paraná, 2010.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. **Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2008.

FARINATTI, P. T. V. **Envelhecimento, promoção da saúde e exercício: bases teóricas e metodológicas**. Barueri, SP: Manole, 2008. v 1.

FERNANDES, L.C. **Benefícios do treinamento resistido para os idosos**. Professor de Educação Física – CREF 6 / MG – 4812 G. 2016. Disponível em: <http://www.cassilandianoticias.com.br/ultimas-noticias/beneficios-do-treinamento-resistido-para-os-idosos>. Acesso em: 01 out. 2020

FLECK, S. J, KRAEMER, W. J. **Fundamentos do Treinamento de Força Muscular**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). 2018. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> ... Acesso: 29 de set 2020

LIMA, G. C.; OLÍMPIO, A. C. S. **Treinamento DE força para terceira idade: revisão sistemática**. Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos. Curso de Educação Física. Trabalho de Conclusão de Curso. UNICEPAC: Distrito Federal, 2019.

LOPES, C. D. *et al.* **Treinamento de força e terceira idade: componentes básicos para autonomia**. Trabalho de Conclusão de Curso (Educação Física) – Centro Universitário de Formiga-UNIFOR, Formiga, 2015. Disponível em: <http://bibliotecadigital.uniformg.edu.br:21015/jspui/bitstream/123456789/239/1/MUSCULA%C3%87%C3%83O%20PARA%20A%20TERCEIRA%20IDADE.pdf>. Acesso em: 18 set. 2020.

NOGUEIRA, S. L. *et al.* Fatores determinantes da capacidade dos longevos. **Revista Brasileira Fisioterapia**. São Carlos, 2010. n 4, v 14. p. 322-329.



NOVIKOFF, C.; MUNIZ, R. D. F.; TRIANI, F. S. Os benefícios do treinamento de força em idosos. **Revista digital EFDeportes**. Buenos Aires, 2012. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd175/os-beneficios-do-treinamento-de-forca-em-idosos.htm> Acesso em: 01 out. 2020

OLIVEIRA, A. *et al.* Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física – uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, 2010. n. 13. v 2. p. 301-312.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**, 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/oms-divulga-relatorio-sobre-envelhecimento-e-saude/> Acesso em: 02 de out. 2020

MCARDLE, W. D. **Fisiologia do exercício**: nutrição, energia e desempenho humano. 7 ed. Rio de Janeiro/RJ: Guanabara koogan, 2015. 1059 p.

PALOMBO, K. H.; MIGUEL, H. **Treinamento de Força na Melhoria da Qualidade de Vida de Idosos: Uma Observação das Abordagens Literárias**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. 2003, ed. 3. v. 4. p. 63-72, mar. 2018. ISSN:2448-0959. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/treinamento-de-forca> Acesso em: 28 set. 2020

PEREIRA, G. B. **Prescrição do exercício físico na obesidade, dislipidemias, diabetes e síndrome metabólica**. Brasília/DF: [s.n.], 2017. 69 p.

ROCHA, R. **Musculação para a terceira idade**. Trabalho de Conclusão de Curso (Educação Física) – Centro Universitário de Formiga-UNIFOR, Formiga, 2013. Disponível em: <http://bibliotecadigital.uniformg.edu.br:21015/jspui/bitstream/123456789/239/1/MUSCULA%C3%87%C3%83O%20PARA%20A%20TERCEIRA%20IDADE.pdf>. Acesso em: 20 set. 2020

SOUSA, N. M. F. **Musculação aplicada a populações especiais**. Brasília/DF: [s.n.], 2017. 88 p.

SOUZA, W. C. *et al.* **Exercício Físico na Promoção da Saúde na Terceira Idade**. Saúde Meio Ambiente. v. 4, n. 1, p. 55-65, jan. /jun. 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/viewFile/672/549> . Acesso em: 29 set. 2020.



VALENTE, M. D. R. **Os benefícios dos exercícios resistidos para idosos.** Trabalho de Conclusão do Curso de Fisiologia do Exercício. Faculdade do Centro Oeste Pinelli Henriques – FACOPH: Manaus, O



## **ENSINO EM TEMPOS DE PANDEMIA: DESAFIOS NA PRÁTICA DOCENTE**

**Robervânia da Silva Albuquerque**

Centro Universitario Uninassau - CG

**Mayara Ketley Tito Apolinário**

Centro Universitario Uninassau - CG

**Marcos Diego Costa Silva**

Centro Universitario Uninassau - CG

**Renata Pimentel da Silva**

Centro Universitario Uninassau – CG

Este trabalho objetivou analisar a produção acadêmica acerca do processo de adaptação vivenciado pelos docentes durante a pandemia. Trata-se de uma revisão de escopo realizada nas bases de dados Scielo e BVS Saúde. Foram consideradas publicações dos anos 2020, 2021 e 2022. Da pesquisa resultaram 62 artigos, sendo 23 validados a partir dos critérios de inclusão e exclusão definidos. Com a análise dos dados, observou-se que o ano de maior publicação foi em 2021, cujas revistas contemplam áreas diversas, sendo a área da saúde a que apresentou maior número de publicações. Os temas de estudos foram múltiplos, variando de estudos da saúde mental e física do docente à inclusão, acessibilidade e desafios tecnológicos. Foi realizada a análise dos resumos coletados através da Classificação Hierárquica Descendente no software IRAMUTEQ. A CHD resultou em seis classes. Na classe 6 esclarece a metodologia empregada nas pesquisas, evidenciando o uso de questionários na plataforma do google, além de uma ênfase em análise qualitativo. Já na classe 5, faz referência as tipologias das instituições: instituições de ensino superior privadas e em públicas, sendo a maioria privadas. Quanto a classe 4 demonstram os aspectos socioemocionais externados pelos professores, sugerem que o trabalho remoto emergencial produziu efeitos no adoecimento da classe profissional dos professores. A classe 3 traz pontos relacionados a necessidade emergencial do uso das tecnologias digitais que teve implicações tanto positivas como desafiadoras. A classe 2 traz considerações sobre as implicações pedagógicas. Já na classe 1, as menções estão relacionadas a buscar compreender a vivência de professores no enfrentamento da covid 19, desvelando as suas possibilidades para promover sua própria saúde nesse contexto pandêmico. Foi observado que diante do processo de ensino remoto, houve demanda maior de tempo e dependência da



tecnologia, momento desafiador, despertando a necessidade para novos aprendizados.

**Palavras-chave:** Revisão de escopo, docência, pandemia, ensino remoto.



## OS VÍNCULOS COM AS ORGANIZAÇÕES E TRABALHO DOCENTE EM TEMPOS DE PANDEMIA

**Mayara Ketley Tito Apolinário**

Centro Universitario Uninassau - CG

**Robervânia da Silva Albuquerque**

Centro Universitario Uninassau - CG

**Marcos Diego Costa Silva**

Centro Universitario Uninassau - CG

**Renata Pimentel da Silva**

Centro Universitario Uninassau - CG

A pandemia de covid-19 exigiu dos docentes adaptações nos processos de ensino, através do ensino remoto, o que resultou na saída dos profissionais do espaço físico das instituições. Partindo dessa problemática, esta pesquisa teve como objetivo analisar os vínculos do professor com as organizações de trabalho durante o trabalho remoto. Participaram da pesquisa 10 professores do ensino superior, que atuaram no ensino remoto emergencial decorrente da pandemia do covid-19. Os participantes responderam a uma entrevista semiestruturada e um questionário sociodemográfico. A análise dos dados foi realizada a partir da análise de conteúdo proposta por Lavine e Dionne. Os resultados indicaram que alguns participantes afirmaram não ter o mesmo interesse em continuar com a organização devido a percepção de descompromisso com a educação, refletindo na falta de condições mínimas para a execução do trabalho e a percepção de prejuízos nos aspectos pedagógicos. Aqueles que afirmaram o desejo de manter-se nas instituições, afirmaram que isso decorre pelo compromisso com a docência e necessidade de estabilidade financeira em um momento de incertezas. O vínculo com a organização também pode ser percebido pelos participantes afirmarem não ter interesse de mudar de organização. Apenas dois participantes não o fariam por estar satisfeitos onde estão. Aqueles que afirmam que mudariam de organização, apontam a busca por valorização da docência e o comprometimento pedagógico como fatores determinantes. Por fim, também foi verificado se havia o sentimento de obrigação em permanecer na instituição, referindo-se ao comprometimento instrumental, sendo percebido a centralidade da questão financeira, relacionada a incerteza do momento pandêmico, e a negação do vínculo emocional. O resultado dessa pesquisa



demonstra a fragilização dos vínculos dos professores com as organizações aos quais estavam vinculados.

**Palavras-chave:** Comprometimento organizacional, docência, ensino remoto.



## **SAÚDE E BEM-ESTAR: EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA NA PESSOA IDOSA PREVENÇÃO DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E RISCO DE QUEDA**

**Maria Madalena da Costa Glinardello 1**

Centro Universitário Augusto Motta

**Thereza Serena 2**

Centro Universitário Augusto Motta

**Juliana Magalhães 3**

Centro Universitário Augusto Motta

**Ana Beatriz Seixas 4**

Centro Universitário Augusto Motta

**Selma Neri 5**

Centro Universitário Augusto Motta

**Resumo:** Durante pandemia da doença do coronavírus-19, surge necessidade de estimular pessoas idosas ao movimento e socialização sem que saíssem de suas residências, mantendo sua saúde e o seu bem-estar. **Introdução:** Manter pessoas idosas em movimento e contato com meio social, diminuindo ansiedade e depressão minimiza riscos e potencializa resultados na prevenção das quedas. **Método:** Equipe extensionista, professora e quatro acadêmicas do Curso de Fisioterapia. Modificaram suas oficinas de presenciais para on-line no atendimento a comunidade do entorno, neste período de lockdown. Cabe a Extensão Universitária, transpor os seus muros e oferecer soluções a sua comunidade. Mantendo-se alinhada com as principais tendências e oportunidades. O engajamento acadêmico fortaleceu conceito dos benefícios da atividade física na prevenção de quedas e socialização. Trouxeram para prática seus conhecimentos para formar rede de relacionamentos. Desenvolvendo competências essenciais requeridas para futuro promissor no mercado de trabalho. As oficinas diárias, acolhia e escutava suas ansiedades. Orientações preventivas: lavar as mãos, uso do álcool gel, uso da máscara e permanecer em casa. Exercícios físicos também foram realizados ao vivo. Observando posturas, limitações apresentadas e necessidade de adaptar o ambiente, preventivamente. Resultados: Um total de 20 idosas, matriculadas na Universidade Aberta a Terceira Idade como alunas do Projeto de Fisioterapia Integrando a Terceira Idade. Participaram das oficinas on-line pelo período de dois anos. Dificuldade centrada no uso dos aparelhos celulares, baixo poder aquisitivo, não possuíam celular próprio, precisavam emprestar aparelho para os netos estudarem em



casa e baixa escolaridade. Ligações telefônicas foram realizadas para oferecer apoio as diferentes necessidades. **Considerações Finais:** O retorno dos familiares nos momentos das atividades foi um ponto de grande positividade pela sociabilização. Aulas chegaram ao Estado do Amazonas e a Portugal. Aconteceu um episódio de queda, pessoa idosa foi a rua.

**Palavras-Chave:** 1 Exercícios físicos; 2 Extensão universitária; 3 Pandemia; 4 Risco de quedas; 5 Sociabilização.

## REFERÊNCIAS

Paula, J. A. de. A extensão universitária: História, conceito e propostas. Interfaces – Revista de Extensão da UFMG [S.l.], v.1, n.1. p. 5-23, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/revistainterfaces/article/view/189> Acesso em 14 de ago, 2022.

Silva, W. P. da. Extensão Universitária: um conceito em construção-Revista Extensão & Sociedade [Edição 2020.2] e ISSN2178-6054. Acesso em 14 de ago, 2022.

World Health Organization, Envelhecimento ativo: uma política de saúde/World Health Organization; tradução de Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2005. Acesso em 14 ago, 2022.



## PERFIL DOS TRANSPLANTES DE CÓRNEAS, EM GOIÁS

**Ricardo Ribamar da Silva**

Central Estadual de Transplantes de Goiás.

**Maria de Lourdes Rosa dos Passos**

Central Estadual de Transplantes de Goiás.

**Beatriz Souza Lima**

Central Estadual de Transplantes de Goiás.

**Introdução:** O transplante de córnea é o tipo, desta modalidade terapêutica, mais realizado no mundo e segundo o Registro Brasileiro de Transplantes no ano 2021 ocorreram 12.725 procedimentos no país, evidenciando 60,2 transplantes por milhão de população-pmp. Observa-se a importância da análise dos transplantes de córneas em Goiás para contribuir no desenvolvimento de ações que possam resultar no benefício para a população. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, com as variáveis por doadores e receptores. Com dados de acesso público, em Goiás. **Resultados:** houve 815 inscrições na fila de espera pelo transplante de córneas, no período de janeiro a dezembro de 2021, demonstrando um excedente de atendimentos, quando analisado pela necessidade estimada populacional de apenas 640 para o Estado, entretanto aconteceram 51,53% (n = 420) transplantes. Porém, considerando o aproximado de 7.113.540 habitantes, a quantidade de procedimentos corresponde a 59,0 pmp, pareando desta forma com os dados nacionais. Destes transplantes, 59,7% (n = 250) foram financiados por meio do Sistema Único de Saúde e os demais 40,33% (n = 170) partilhados por planos de saúde e meios privados. A distribuição epidemiológica dos pacientes demonstrou que 54,01% (n = 478) eram do sexo masculino e 45,98% (n = 407) do sexo feminino e em ambos, as ceratopatias bolhosas foram apontadas como a principal causa, correspondendo a 17,36% (n = 83) e 21,86% (n = 89) respectivamente. Nas faixas etárias, as idades a partir de 65 anos, para o sexo masculino representavam 37,02% (n = 177) e feminino em 48,40% (n = 197) daqueles em lista de espera. **Considerações finais:** após análise foi identificado a faixa etária mais propensa e a principal causa para o transplante de córnea, no Estado. Ações podem ser desenvolvidas para este grupo suscetível e outros estudos podem contribuir para a qualificação deste processo, na saúde pública.

**Palavras chaves:** Assistência integral à saúde; saúde pública; Estatísticas de Saúde.



## REFERÊNCIAS

REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada Estado (2014-2021). 2021. Disponível em: <https://site.abto.org.br/rbt/>. Acesso em: 01 ago. 2022.

GOIÁS. Gerência de Transplantes. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Estatística. 2022. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/complexo-regulador/transplantes>. Acesso em: 01 ago. 2022.

BRASIL. Portaria nº 2600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Brasília, DF, Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600\\_21\\_10\\_2009.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html). Acesso em: 01 ago. 2022.

BRASIL. Sistema Nacional de Transplantes. Ministério da Saúde. Sistema Informatizado de Gerenciamento. Disponível em: <https://snt.saude.gov.br/>. Acesso em: 01 ago. 2022.



## A APROXIMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PACIENTES DIABÉTICOS POR REDE SOCIAIS

**Patricia Daiane Zanini Tomazelli**

Universidade do Estado de Santa Catarina-UDESC  
Bolsista FAPESC

**Denise Antunes de Azambuja  
Zocche**

Universidade do Estado de Santa Catarina

**Elisangela Argenta Zanatta**

Universidade do Estado de Santa Catarina

### RESUMO

Neste trabalho, pretendemos apresentar a importância das redes sociais, bem como aproximação dos profissionais de saúde e dos pacientes diabéticos. Sendo que o diabetes é uma doença crônica que vem crescendo cada vez mais. Este estudo é um relato de experiência, no qual foi realizado uma postagem no *Instagram*, a fim de esclarecer dúvidas de pacientes diabéticos, por meio das próprias sugestões de pacientes, via enquete. No qual podemos perceber a importância das redes sociais e como utilizar as mesmas como ferramentas de apoio aos profissionais, podendo ofertar educação em saúde, de modo facilitado.

**Palavras-Chave:** Diabetes Mellitus; Enfermagem; Educação em saúde.

### INTRODUÇÃO

O Diabetes *Mellitus* (DM) é uma doença crônica que ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando os tecidos não conseguem utilizar a mesma de modo adequado, levando a quadros de hiperglicemia. Em 2019 o DM foi responsável por 1,5 milhão de mortes como causa direta (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2019). Em 2021, a Federação Internacional de Diabetes (IDF) estimou que 9,8% da população mundial vivia com DM. Se as tendências continuarem, o número de pessoas com DM deverá ser superior a 783 milhões no ano de 2045 (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2017).

Pelo fato de o DM ter relação com maiores taxas de hospitalizações, bem como utilização dos serviços de saúde, associado a riscos de complicações, sendo causador de inúmeros



problemas relacionados com o sistema cardiovascular, cerebrovascular, maiores chances de apresentar cegueira, insuficiência renal e amputações não traumáticas de membros inferiores, pressupõe que nos próximos anos isso se apresente-se como um problema de proporção tão grande que gere uma sobrecarga para os sistemas de saúde a nível mundial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Assim, a educação em saúde se apresenta como uma estratégia relevante, pois ela oportuniza aos indivíduos a possibilidade de adquirirem conhecimentos referente a algum problema do seu cotidiano, como é o caso dos que convivem com DM, visando melhorar sua qualidade de vida (BRAGA *et al*, 2021). Aqueles que convivem com DM1 buscam o ambiente virtual, como meio de interação em páginas e grupos de apoio voltados à sua doença. Grande parte destes espaços, fornecem informações sobre a doença, orientações para prevenção e oferecem algum tipo de suporte, trazem perspectivas para auxiliar no enfrentamento do problema, pelo compartilhamento de vivências e pelo reconhecimento e identificação de outras pessoas na mesma situação (SALCI; MEIRELES; SILVA; 2017; ALENCAR; SILVA; CARVALHO; 2020).

Estudos relevam o uso de plataformas de saúde online contribui positivamente para a vida das pessoas que possuem alguma doença crônica, proporcionando maior conhecimento relacionado a doença, melhorando a autogestão da sua patologia (MARQUES,2022).

Ao utilizar as redes sociais e seus recursos audiovisuais, pode-se oferecer ao público-alvo uma base sólida de conhecimentos para que ele compreenda melhor as informações, tenha a capacidade de formar uma opinião crítica sobre determinado tema e anseie transformar o ambiente em que está inserido, visando uma melhor qualidade de vida (LOPES *et al.*, 2018).

## MÉTODOS

Esse presente estudo é um relato de experiência. A enfermeira relatora, possui um *Instagram* chamado @controladaporinsulina, no qual possui 6500 seguidores, grande parte diabéticos. Uma enquete foi criada sobre assuntos que geravam dúvidas nos seguidores para uma posterior postagem.



## RESULTADOS

Como um dos assuntos mais sugeridos para realização da postagem para esclarecimento foi o que significava HI e LO no glicosímetro. Sendo assim, uma postagem voltada a esse assunto foi realizada. A publicação alcançou 1520 contas e obteve 107 curtidas.



Fonte: @controladaporinsulina/ 2022

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Deste modo é possível elencar as Tecnologias de informação e Comunicação (TICS) como pilares essenciais para esse processo de educação *online*, associado a uma população cada vez mais tecnológica, elas são caracterizadas por serem um conjunto de tecnologias, as quais auxiliam no processo de troca de informações e saberes, proporcionando um modo de ensino-aprendizagem diferenciado, rompendo barreiras pela facilidade de acesso a internet do usuário e de profissionais de saúde (ARAÚJO *et al.*,2020; DE AGUIAR *et al.*, 2018).

As TICs têm se demonstrado ferramentas eficazes para realizar a aproximação de usuários e profissionais, visto que muitas vezes a população tem dificuldade para executar tal aproximação principalmente de profissionais capacitados (ARAÚJO *et al.*, 2020).

Sendo assim, incentiva-se para que os profissionais de saúde se apropriem dessas ferramentas para levar educação em saúde a essa população.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2020. *Diabetes Care*, v.43, n.Supplement1, p. S14-S31, 2020. Disponível



em: [https://care.diabetesjournal.org/content/43/Supplement\\_1/S14](https://care.diabetesjournal.org/content/43/Supplement_1/S14).  
Acesso em: 08 de outubro de 2021.

ARAÚJO, A. Y. C. C. *et al.* Tecnologia da Informação e Comunicação para o ensino na saúde: um relato de experiência. 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/54542>

BRAGA, K. L. *et al.* Revisão integrativa: experiências exitosas em educação em saúde. **Revista Conhecimento em Ação**, v. 6, n. 1, p. 187-199, 2021.

DE AGUIAR, A. C. L. *et al.* Blog como ferramenta educacional: contribuições para o processo interdisciplinar de educação em saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 12, n. 2, 2018. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1301>

International Diabetes Federation. IDF Atlas. 8. ed. Bruxelas: International Diabetes Federation; 2017. Disponível em: [https://diabetesatlas.org/upload/resources/previous/files/8/IDF\\_DA\\_8\\_e-EN-final.pdf](https://diabetesatlas.org/upload/resources/previous/files/8/IDF_DA_8_e-EN-final.pdf)

LOPES, V. C. A., MOURA, E. C. C., SALES, I. M. M., & ROCHA, S. S. (2018). Educational video for promoting men's health: a descriptive comparative study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, 16(4), 431-438. DOI: 10.17665/1676-4285.20175854

MARQUES, T. M. Desenvolvimento de uma plataforma web de ensino sobre complicações diabéticas para pacientes e acadêmicos de Medicina. 2022.

SALCI, M.A.; MEIRELLES, B.H.S.; SILVA, D.M.G.V. Educação em saúde para prevenção das complicações crônicas da diabetes mellitus na atenção primária. Escola **Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 22, n.1, p.1-6, 2018.

Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes sociedade brasileira de diabetes 2019-2020. Clannad. 2019. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5730478/mod\\_resource/content/0/Diretrizes-SBD-2019-2020.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5730478/mod_resource/content/0/Diretrizes-SBD-2019-2020.pdf)>



# O ENVELHECIMENTO E O SURGIMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO EM IDOSOS HOSPITALIZADOS: REVISÃO DE LITERATURA

**Luane Caroline Paes Pinheiro – Terapeuta Ocupacional**  
Universidade do Estado do Pará - UEPA

## Resumo

**Introdução:** O presente estudo discorre sobre a lesão por pressão na pessoa idosa hospitalizada, levando em consideração que a hospitalização do idoso pode ser comum e de longa duração, assim como pode ter um custo elevado. Geralmente são decorrentes de problemas que poderiam ser prevenidos ou até mesmo gerenciados a fim de evitar complicações. Dessa forma, a pesquisa tem o objetivo de identificar através de revisão da literatura estudos que abordam o surgimento de lesão por pressão na pessoa idosa hospitalizada. **Métodos:** Trata-se de pesquisa de revisão da literatura, na qual foi realizada uma busca nas bases de dados Google Acadêmico e SciELO, com os descritores Lesão por Pressão, Idoso e Hospitalização. Foram selecionados artigos em português e nos últimos cinco anos, com uma amostra de cinco artigos utilizados neste estudo. **Resultados:** Foi possível observar nos estudos que a pessoa idosa estar suscetível ao desenvolvimento de lesão por pressão, além disso se ressalta que o risco de lesão por pressão estar associado à faixa etária, no entanto em um estudo não foi encontrado essa relação. **Considerações finais:** Portanto, espera-se que este estudo possa contribuir para a ampliação do conhecimento científico sobre a lesão por pressão no idoso no contexto hospitalar, tendo em vista a propensão da pessoa idosa para o desenvolvimento de lesão por pressão. Ademais, compreender os aspectos que permeiam o processo de envelhecimento se faz necessário para uma melhor assistência à saúde do idoso.

**Palavras-Chave:** Lesão por Pressão; Idoso; Hospitalização; Envelhecimento.



## REFERÊNCIAS

BARBOSA, D. S. C; FAUSTINO, A. M. Lesão por pressão em idosos hospitalizados: prevalência, risco e associação com a capacidade funcional. **Enferm Foco**, v. 12, n.5, p. 1026-1032, 2021. Disponível em:

<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4689/1272>. Acesso em: 02 de ago. 2022.

GARCIA, E. D. Q. M. *et al.* Diagnóstico de enfermagem em pessoa idosa com risco para lesão por pressão. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, p. 1-8, 2021. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/STzLfSBkZJXtRQxpkhP4fwR/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 04 de ago. 2022.

GRDEN, C. R. B. *et al.* Avaliação de risco para lesão por pressão e fatores associados em idosos internados. **Nursing**, São Paulo, v. 24, n. 283, p. 6759–6770, 2021. Disponível em: <<https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2076>>. Acesso em: 02 de ago. 2022.

MENDONÇA, P. K, *et al.* Ocorrência e fatores de risco para lesões por pressão em centros de terapia intensiva. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 2, p. 303-311, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23251/27794>>. Acesso em: 03 de ago. 2022.

ROCHA, S. D. S. *et al.* Análise da presença de lesão por pressão em pacientes hospitalizados e as principais comorbidades associadas. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 4, p. 1-14, 2020. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/340240237\\_Analise\\_da\\_presenca\\_de\\_lesao\\_por\\_pressao\\_em\\_pacientes\\_hospitalizados\\_e\\_as\\_principais\\_comorbidades\\_associadas](https://www.researchgate.net/publication/340240237_Analise_da_presenca_de_lesao_por_pressao_em_pacientes_hospitalizados_e_as_principais_comorbidades_associadas). Acesso em: 03 de ago. 2022.

SOUZA, A. D. S. *et al.* Atendimento ao idoso hospitalizado: percepções de profissionais de saúde. **Cienc Cuid Saude**, v. 12, n. 2, p. 274-281, 2013. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/fffd/1af989ba3559304241cde84fb6bb94b0ee14.pdf>>. Acesso em: 04 de agosto. 2022.



## **PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ESCOLA E A INTERDISCIPLINARIDADE DO CUIDADO**

**Giovanna Silva Santos**

USP EERP

**Lívia Souza Silva**

USP EERP

**Marlene Fagundes Carvalho Gonçalves**

USP EERP

**Raquel Borges Silva**

USP EERP

### **Resumo**

Educação em saúde está relacionada com proporcionar meios para que os indivíduos se apropriem de maneira ativa de conceitos ligados ao cuidado. Pensando no conceito de saúde estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), educação em saúde é a integralidade do cuidado e a compreensão de saúde como um conceito amplo e acessível. A partir disso, graduandos dos cursos de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem e de Odontologia da Universidade de São Paulo, do campus de Ribeirão Preto, juntamente com pós-graduandos de ambas as unidades, realizaram durante o primeiro semestre de 2022 atividades em duas escolas estaduais do município. Os alunos participantes tinham entre 06 e 16 anos, abrangendo o ensino fundamental I e II. Uma vez por semana cada escola recebia uma visita que tratava de um tema, revezando entre autocuidado e saúde bucal. Durante o desenvolvimento do projeto, as atividades foram planejadas para que não tivessem somente a perspectiva do cuidado em enfermagem ou odontologia, mas para que fosse possível entender a relação entre as duas áreas. Em um primeiro momento, o tema discutido era o autocuidado e havia bastante envolvimento dos alunos por se tratar de conceitos que estão presentes em suas rotinas. Posteriormente, havia a aula sobre saúde bucal na qual era aprofundada uma das práticas de autocuidado e os alunos tinham a possibilidade de fazer uma conexão entre os dois temas, considerando que diferentes formas de (auto)cuidado são essenciais para o desenvolvimento integral do indivíduo. Diante dessa experiência, a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade destacaram-se como elementos essenciais no processo de educação em saúde. Assim, trazê-las para o ambiente escolar envolveu abrir espaços para diferentes aprendizagens e possibilidades de diferentes



olhares para o (auto)cuidado. A escola mostrou-se como um espaço importante para o compartilhamento de conceitos de diferentes áreas.

**Palavras-Chave:** Saúde na escola, Educação básica, Enfermagem, Odontologia



## **DEPRESSÃO E DEFICIÊNCIA COGNITIVA EM IDOSOS USUÁRIOS DE UM PROGRAMA SOCIAL**

**Susana Baldeón Loza**

Universidade Central del Ecuador

**María Paula Foss**

Universidad de São Paulo – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras  
Ribeirão Preto (SP), Brasil

**Julio César Moriguti**

Universidad de São Paulo - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto  
Ribeirão Preto (SP), Brasil

### **Resumo**

**Introdução:** A depressão e o comprometimento cognitivo são importantes problemas de saúde mental na população idosa. Vários estudos sugerem que a depressão seja um fator de risco ou indicador clínico da síndrome demencial pré-clínica e que tenham uma relação negativa com o bem-estar. O objetivo deste estudo foi descrever a prevalência de depressão e déficit cognitivo em idosos. **Método:** Estudo observacional, transversal em uma amostra de 511 idosos usuários do Programa 60 y Piquito nos bairros do sul de Quito - Equador. Excluíram-se pessoas com indicadores de bem-estar subjetivo elevados e com deficiência total ou intelectual. Na avaliação foram utilizados o Mini exame do Estado Mental e a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage. A depressão foi avaliada como uma "alteração primária caracterizada por depressão emocional, e que afeta todos os aspectos da vida do indivíduo" (ZARRAGOITÍA, 2010) e o comprometimento cognitivo como a "alteração em um ou mais domínios da cognição superior esperada em uma pessoa da mesma idade" (ARRIOLA et al., 2017). A análise estatística descritiva foram: medidas de tendência central (média, mediana), dispersão principalmente desvio padrão e para os cálculos foi utilizado o software livre R v4.2.0. **Resultados:** A prevalência de depressão é de 37,8%, déficit cognitivo é de 20,3%; e, a prevalência de depressão e deterioração ou demência é de 10,3%. A depressão e a deterioração apresentaram certa associação ( $P=0,478$ ) de modo que as variáveis do estudo não são independentes. **Considerações finais:** A prevalência de depressão e déficit cognitivo foi semelhante à encontrada na América Latina para idosos. A detecção oportuna de indicadores de depressão ou comprometimento cognitivo permitirá a



implementação de medidas preventivas em programas sociais para idoso.

**Palavras-chave:** depressão, déficit cognitivo, idoso, Psicologia.

## REFERÊNCIAS

ARRIOLA, Enrique; CARNERO, Cristobal; FREIRE, Alberto; LÓPEZ-MOGIL, Rosa; LÓPEZ-TRIGO, Jose; MANZANO, Sagrario; OLAZARÁN, Javier. **Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor. Documento de consenso.** [s.l.: s.n.]. Disponível em: [https://www.segg.es/media/descargas/Consenso\\_deteriorocognitivoleve.pdf](https://www.segg.es/media/descargas/Consenso_deteriorocognitivoleve.pdf).

ZARRAGOITÍA, I. **Depresión generalidades y particularidades.** La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2010. v. 1999 Disponível em: [http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo\\_files/depression-cuba.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depression-cuba.pdf).2016.



## **SAÚDE BUCAL NA EDUCAÇÃO BÁSICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE GRADUANDOS**

**Lívia Souza Silva**

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP - USP

**Giovanna Silva Santos**

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP - USP

**Carla Roberta de Oliveira Maciel**

Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – FORP - USP

**Raquel Borges Silva**

Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT Campus de Cáceres e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP - USP

**Alma Blásida Concepción Elizaur Benitez Catirse**

Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – FORP - USP

**Marlene Fagundes Carvalho Gonçalves**

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP – USP

### **RESUMO**

Este relato tem por objetivo descrever atividades de Extensão de um projeto de Promoção da Saúde na Educação Básica, do curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem, da Universidade de São Paulo. A atividade de Saúde Bucal foi desenvolvida através de uma parceria entre a escola de Enfermagem e a Faculdade de Odontologia, a partir de encontros em duas escolas públicas de Educação Básica, com turmas que possuíam em média trinta alunos. Aos alunos foram apresentadas algumas imagens de bocas, gengivas e dentes saudáveis, e também não saudáveis, como com tártaro, gengivite e cáries. Uma dentista, junto com graduandos em Odontologia e Enfermagem, conduziu o desenvolvimento em sala de aula. As discussões estimularam os alunos a relatar experiências próprias relacionadas ao tema. Alguns deles disseram terem ido poucas ou nenhuma vez ao dentista, mesmo quando sentiram necessidade. Assim, muitos de seus problemas relacionados à saúde bucal eram resolvidos em suas próprias casas, com auxílio de familiares. Em uma das turmas, um dos alunos surpreendeu aos professores e demais colegas ao dizer que, no passado, arrancara um dente que lhe causava incômodo, e já sentia outro amolecer, mas nunca havia se consultado com um dentista. As discussões com os alunos orientaram a ida ao dentista e estímulo aos cuidados pessoais, como a forma de armazenar as escovas de dentes em casa, tempo adequado de uso, frequência de escovações diárias, uso de fio dental e redução do consumo de doces. A atividade foi finalizada com uma aula sobre a



escovação dentária e o uso de fio dental, na qual se usava uma prótese bucal. Foram distribuídos kits de higiene bucal para cada aluno presente, para colocarem em prática os saberes trabalhados na atividade. Sua avaliação apontou bons resultados, fato observado por meio do diálogo com estudantes, nos momentos em que se manifestavam para contribuir com a discussão, esclarecer dúvidas e quando comentavam entre pequenos grupos suas impressões sobre a aula.

**Palavras-Chave:** promoção da saúde, saúde na escola, saúde bucal, educação básica.



## **INCENTIVANDO JOVENS PARA CARREIRA ACADÊMICA ATRAVÉS DA FEIRA DE PROFISSÕES**

**Grasiela Oliveira Souza**

USP EERP

**Matheus Pereira dos Santos Moraes**

USP EERP

**Raquel Borges Silva**

USP EERP

**Marlene Fagundes Carvalho Gonçalves**

USP EERP

### **RESUMO**

A educação é fundamental para o desenvolvimento da humanidade e construção de uma sociedade próspera. Pensando nisso, o grupo de extensão “Promoção da Saúde na Educação Básica” da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP - USP) organizou uma feira de profissões com a parceria dos alunos da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP - USP) e da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto (FEARP - USP). Os objetivos dessa atividade incluíram incentivar os alunos do 9º ano da E.E. Vereador José Velloni a pensarem a respeito de suas possibilidades de formação superior para a ascensão social e diminuição de suas vulnerabilidades através da educação. Com isso, montamos uma bancada para cada um dos três cursos onde os alunos passaram em pequenos grupos e entraram em contato com as características e atribuições de cada curso. Nessa interação foi abordado a forma de ingresso ao ensino superior na Universidade de São Paulo (USP), que pode ser tanto por meio da realização do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) quanto através da prova FUVEST. Na bancada da EERP foram abordadas as atribuições do enfermeiro licenciado, que não se restringe apenas ao trabalho em hospitais e postos de saúde, mas também podem atuar em escolas profissionalizantes como gestor e professor, nas forças armadas com a marinha, o exército e aeronáutica, em hospitais como enfermeiro, gestor de serviços de saúde e chefe de enfermagem, em home care e clínicas particulares, em empresas, universidades e serviços públicos nas unidades básicas de saúde e estratégia de saúde da família. Além disso, foram discutidos os programas de benefícios para os alunos da USP de Ribeirão Preto, que incluem as bolsas para desenvolvimento de pesquisas e projetos de extensão, bolsas para intercâmbio internacional, auxílio moradia, bolsa livro e bolsa para alimentação no



Restaurante Universitário, assim como foi falado a respeito do Sistema Integrado de Bibliotecas, o Centro para Práticas Esportivas, a programação artística cultural variadas, os cursos extracurriculares e eventos. Os alunos que participaram demonstraram bastante interesse no assunto, interagindo e fazendo perguntas a respeito do funcionamento da faculdade e os desafios que podem ser enfrentados, além disso, um dos alunos demonstrou que seu maior objetivo dali em diante era conseguir estudar para passar na USP, deixando-nos bastante felizes e realizados com a tarefa proposta. Com isso, notou-se que a atividade realizada conseguiu suprir as expectativas de fomentar nos alunos a curiosidade e vontade de se preparar para ingressar no ensino superior, dado que alguns alunos expressaram seu grande interesse em serem estudantes da Universidade de São Paulo.

**Palavras-chave:** promoção da saúde, profissões, educação.



## **CUIDADOS DE UMA EQUIPE DE SAÚDE AO IDOSO HAS E/OU DM ACOMETIDOS POR DESASTRE NATURAL**

**Tercília Maria Sousa Soares**

Prefeitura Municipal de Itabuna

**Aline Daud Lima Querino**

Prefeitura Municipal de Itabuna

### **RESUMO**

**Introdução:** A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes mellitus (DM) são doenças que, em idosos, sofrem influência de fatores cognitivos alterados durante o processo de envelhecimento. Em dezembro de 2021, o município de Itabuna, sul da Bahia, foi acometido pela enchente do rio Cachoeira, atingindo, inclusive, idosos HAS e/ou DM. Além disso, a Unidade de Saúde da Família (USF) do local também foi atingida, dificultando o devido atendimento. **OBJETIVO:** Relatar a experiência da equipe de uma USF no sul da Bahia no cuidado aos idosos HAS e/ou DM após desastre natural. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência de duas enfermeiras PACS/PSF lotadas em uma USF no sul da Bahia atingida pela enchente em dezembro de 2021. **RELATO DE EXPERIÊNCIA:** Após a enchente em Itabuna, evidenciou-se que idosos atingidos perderam suas medicações de uso contínuo e prescrições e, muitos, devido os efeitos cognitivos do processo de envelhecimento (esquecimento, baixa visão) não se lembravam do nome e dosagem destas. Isto, somado à perda estrutural da USF de referência, incluindo os prontuários que continham o histórico medicamentoso de cada um, tornou o atendimento um desafio pra os profissionais. Foi feita busca ativa destes idosos pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O atendimento na farmácia foi realizado em local acessível. As cartelas das medicações foram apresentadas para tentar fazer os idosos e familiares lembrarem e, nos casos sem sucesso, foi feito o reinício do tratamento medicamentoso com as medicações básicas. Para isso, o atendimento das médicas da unidade foi expandido; o atendimento de enfermagem focou em escuta das queixas referidas, a fim de acompanhar os que sofreram impacto psicológico e socioeconômico, com encaminhamento às equipes responsáveis. **CONCLUSÃO:** A ocorrência de desastre natural impactou diretamente no cuidado



ofertada pela USF, que buscou diferentes formas para aproximar o idoso e sua família, sendo um desafio de trabalho multidisciplinar.

**Palavras-Chave:** Idoso; Hipertensão arterial; Diabetes mellitus; equipe de saúde.



## **PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL DE ESCOLARES: UMA ESTRATÉGIA NECESSÁRIA AO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA**

**Raquel Borges Silva**

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo

**Carla Roberta de Oliveira Maciel**

Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo

**Matheus Pereira dos Santos Moraes**

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo

**Marlene Fagundes Carvalho Gonçalves**

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo

### **RESUMO**

A ação contínua de promoção da saúde bucal é uma das 12 ações preconizadas pelo Programa Saúde na Escola (PSE), e quando realizada numa equipe intersetorial, interdisciplinar e multiprofissional, se constitui um espaço para aprender a conceituar, discutir e desenvolver hábitos necessários para a boa saúde bucal dos escolares. Para os novos profissionais de saúde em formação se oportuniza ainda a prática dos pressupostos da Promoção em Saúde (PS), tendo a escola como cenário de produção de cidadania, de empoderamento e desenvolvimento de hábitos saudáveis. O objetivo deste trabalho foi propiciar aos alunos da educação básica maior autonomia com sua saúde bucal a partir das orientações sobre a adequada higiene bucal, em nível de prevenção primária. Uma ação contínua foi desenvolvida de março a julho de 2022, envolvendo docentes, acadêmicos de graduação e pós-graduação da Faculdade de Odontologia e da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, campus de Ribeirão Preto-SP, junto aos professores e alunos de duas Escolas Estaduais (EE) da cidade. O tema foi apresentado semanalmente, com duração de 45 minutos em cada turma, aos alunos do 6º ao 9º ano, da EE Vereador José Velloni e do 3º ao 5º ano da EE Divo Marino, com o auxílio de materiais visuais, grupos de discussão e explicação das técnicas corretas do uso do fio dental e escovação. Os alunos foram divididos em grupos com quatro ou cinco integrantes, possibilitando mais participação entre os colegas e melhor visualização das técnicas apresentadas. Para a demonstração da técnica de higienização dental utilizou o macromodelo das arcadas dentárias, escova de dente e fio dental. Ao final de cada apresentação foram distribuídos kits de higiene oral (escova, creme dental e um panfleto orientativo) aos participantes. O total de 427 alunos da



educação básica foram atendido, mantendo participação ativa nas respostas das perguntas disparadoras, bem como esclarecendo dúvidas.

**Palavras-Chave:** Promoção da Saúde; Saúde bucal; Odontologia; Enfermagem.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto no 6.286, de 5 de Dezembro de 2007.** Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 6 dez 2007.

LOPES, I. E.; NOGUEIRA, J. A. D.; ROCHA, D. G. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. **Saúde debate**; v.42, n.118, p.773-789, Jul.-Set. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811819>



## O ENVELHECIMENTO E O CÂNCER

**Mariana Cristo Silva**

Universidade do Estado da Bahia (UNEB)

### RESUMO

**Introdução:** O câncer é considerado uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), tendo o envelhecimento como importante fator de risco para o desenvolvimento da doença. Diante das transformações demográficas que vêm ocorrendo ao longo dos anos no Brasil, com o aumento da expectativa de vida da população, é indispensável espaços de discussões que abordem este tema.

**Método:** Este trabalho foi elaborado a partir das experiências vivenciadas nos campos de prática da Residência Multiprofissional em Saúde, núcleo de Oncologia, através do estágio/trabalho nas Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) situadas em Salvador-BA, durante março de 2021 e junho de 2022.

**Resultados:** Através das vivências profissionais ocorridas nas unidades de referência oncológica, percebe-se que a pessoa idosa ao ter o diagnóstico de câncer, em sua maioria, têm maior dificuldade de aceitação e compreensão da doença, devido aos estigmas sociais construídos ao longo dos anos. Para além disso, a pessoa idosa que vive em condições de vulnerabilidade social, com o adoecimento, os problemas socioeconômicos são potencializados e a adesão ao tratamento torna-se mais desafiadora. Outro fator a ser considerado, são os vínculos familiares não fortalecidos e uma rede de apoio restrita, impactando negativamente no tratamento oncológico, especialmente quando relacionado a internamentos prolongados.

**Considerações finais:** A partir da vivência profissional enquanto residente em Serviço Social do núcleo de oncologia, nota-se a importância de abordar o tema do câncer articulado ao envelhecimento, visando contribuir para a construção de estratégias que possibilitem o acesso da pessoa idosa ao tratamento oportuno, digno, sem preconceitos e que efetivem os direitos regulamentados.

**Palavras-Chave:** Pessoa idosa; Câncer; Residência Multiprofissional; Oncologia; Serviço Social.



escrever INSTITUTO

CBES2022

  
epilaya  
Editora

## EDUCAÇÃO EM SAÚDE, ENVELHECIMENTO E BEM-ESTAR

Maria Geralda de Miranda  
Helena Portes Sava de Farias  
Bruno Matos de Farias

