EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA E SAÚDE

ROSANE MICHELLI DE CASTRO
(ORG.)

CULTURA
ACADÊMICA
Editora

Extensão universitária e saúde

Realização
Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"
Pró-Reitoria de Extensão Universitária – PROEX
R. Quirino de Andrade, 215 – 10º andar – Centro
CEP 01049-010 – São Paulo – SP
Fone: (11) 5627-0264/0267
www.unesp.br/proex

Dirigentes UNESP

Reitor
Sandro Roberto Valentini

Vice-Reitor
Sergio Roberto Nobre

Pró-Reitora de Extensão Universitária
Cleopatra da Silva Planeta

Pró-Reitor de Planejamento Estratégico e Gestão
Leonardo Theodoro Bull

Pró-Reitor de Pós-Graduação
João Lima Sant'Anna Neto

Pró-Reitora de Graduação
Gladis Massini-Cagliari

Pró-Reitor de Pesquisa
Carlos Frederico de Oliveira Graeff

Secretário-geral
Arnaldo Cortina

Chefe de Gabinete
Carlos Eduardo Vergani

Conselho Editorial

Presidente
Profª Drª Maria Candida Soares Del Masso – FFC/Marília

Representantes docentes
Prof. Dr. Cláudio Cesar de Paiva – FCL/Araraquara
Profª Drª Marcia Pereira da Silva – FCHS/Franca
Profª Drª Rosane Michelli de Castro – FFC/Marília

Representantes técnico-administrativos
Angela de Jesus Amaral – PROEX/Reitoria
Oscar Kazuyuki Kogiso – ICT/São José dos Campos

Avaliadores Ad hoc
Profª Drª Denise Aparecida Soares de Moura – FCHS/ Franca
Prof. Dr. José Carlos Miguel – FFC/ Marília
Profª Drª Karina Anhezine de Araujo – FCHS/ Franca
Profª Drª Luci Regina Muzzetti – FCL/ Araraquara
Prof. Dr. Sergio Azevedo Fonseca – FCL/ Araraquara
Prof. Dr. Nilson Rogerio da Silva – FFC/ Marília
Profª Drª Tatiana Schneider Vieira de Moraes – FFC/ Marília

ROSANE MICHELLI DE CASTRO
(ORG.)

Extensão universitária e saúde

CULTURA
ACADÊMICA
Editora

© 2018 Editora UNESP
Cultura Acadêmica
Praça da Sé, 108
01001-900 – São Paulo – SP
Tel.: (0xx11) 3242-7171
Fax: (0xx11) 3242-7172
www.editoraunesp.com.br
www.culturaacademica.com.br
www.livrariaunesp.com.br
feu@editora.unesp.br

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Elaborado por Vagner Rodolfo da Silva – CRB-8/9410

E96

Extensão universitária e saúde [recurso eletrônico] / organizado por Rosane Michelli de Castro. – 1.ed. – São Paulo : Cultura Acadêmica, 2018.

recurso digital

ISBN: 978-85-7983-923-8 (recurso eletrônico)

1. Educação. 2. Extensão universitária. 3. Saúde. 4. Automedicação. 5. Idosos. I. Título

2018-321 CDD: 378.05
CDU: 378

Índice para catálogo sistemático:
1. Educação : Extensão universitária 378.05
2. Educação : Extensão universitária 378

Este livro é publicado pelo Programa de Publicações da Pró-Reitoria de Extensão Universitária da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP)

Editora afiliada:

Asociación de Editoriales Universitarias de América Latina y el Caribe

Associação Brasileira de Editoras Universitárias

Sumário

Prefácio 15

1. Automedicação:
suas implicações e consequências 21

Lucinéia dos Santos
Ana Paula Queiroz Mello
Caroline Costa Raide
Andressa Rodrigues Martins da Quinta
Giuliana Kaori Ondaera
Marcos A. Mazzega Lemos

O desconhecido mundo dos medicamentos e suas implicações à saúde 22

Desvendando as relações e consequências da automedicação 27

Construindo novos diálogos com a sociedade 37

Consolidando os saberes adquiridos 37

Referências bibliográficas 38

2. Cognição e institucionalização: desafios enfrentados pelo projeto de extensão universitária "Sorriso Solidário" 43

Lígia Antunes Pereira Pinelli
Andréia Affonso Barretto Montandon
Laiza Maria Grassi Fais
Maiby Cristine Prado

Introdução 43
Cognição, institucionalização e fatores relacionados 45
Cognição e sua importância na capacidade de autocuidado em saúde bucal do idoso institucionalizado 52
Saúde bucal e sua avaliação no contexto da institucionalização e demência 54
Estímulo cognitivo para idosos institucionalizados 58
Referências bibliográficas 60

3. Projeto interdisciplinar: uma proposta diferenciada de estudo e atendimento odontológico a pessoas com deficiência 67

Rosângela Monteiro Caltabiano
Jairo Lins Brandão
Márcia Francisca Lombo Machado
Marisa Andreata Whitaker

Introdução 67
Contexto e caracterização do projeto 69
Percurso e metodologia 70
Resultados alcançados 74

Discussão dos resultados da pesquisa 77
Síntese dos resultados 79
Aspectos conclusivos e perspectivas 80
Referências bibliográficas 81

4. Prevenção de acidentes com crianças: uma campanha educativa nas escolas do ensino fundamental de Botucatu/SP 83

Pedro Luiz Toledo de Arruda Lourenção
Erika Veruska Paiva Ortolan
Cesar Augusto Caponi
Mayra Lukschal Choaib
Wilson Elias de Oliveira Junior

Apresentação 83
Desenvolvimento do trabalho 85
Atividades destinadas aos pais e/ou responsáveis 86
Atividades destinadas aos professores e monitores 86
Atividades destinadas às crianças 88
Mensuração do conhecimento 90
Resultados do projeto 90
Conclusão 98
Agradecimentos 99
Referências bibliográficas 99

5. Ações educativas com escolares da educação infantil sobre prevenção de queimaduras acidentais 101

Sandra Regina Gimeniz-Paschoal
Flávia Arantes Táparo

Introdução 101
Objetivos 108
Material e métodos 108
Resultados e discussão 109
Conclusões 111
Agradecimentos 112
Referências bibliográficas 112

6. Círculo de Palestras à Comunidade (Cirpac) da Faculdade de Odontologia de Araçatuba: uma ferramenta de prevenção 117

Alessandra Marcondes Aranega
Leonardo Perez Faverani
Idelmo Rangel Garcia Junior
Francisley Ávila Souza
Osvaldo Magro Filho
Ana Paula Farnezi Bassi
Daniela Ponzoni
Wilson Roberto Poi
Eduardo Hochuli Vieira
Luan Pier Benetti

Introdução 118
Objetivos 120
Material e métodos 121
Resultados 127
Discussão 134
Conclusões 137
Agradecimentos 138
Referências bibliográficas 138

7. Campanha de incentivo ao diagnóstico precoce da acromegalia 141

Adriele Ferreira Neves
Angélica Rodrigues Botelho
Nataly Sacco
Giuliane Minami Tsutsui
Fernanda Bolfi
Henrique Cláudio Vicenti
Vania dos Santos Nunes

Introdução 141
Desenvolvimento da campanha 144
Conteúdo informativo 145
Folheto informativo 145
Resultados da campanha 149
Agradecimentos 151
Referências bibliográficas 152

8. Ações de extensão universitária integradas: programa de formação continuada "Corporeidade e yoga na escola" 155

Julio Mizuno
Micheli Adriane Betti Gielfi
Diego Cardoso Ragnole Silva
Fernanda Rossi

Introdução 155
Materiais e método 159
Resultados e discussão 161
Conclusão 168
Referências bibliográficas 170

9. Enquadres clínicos psicológicos em unidades básicas de saúde e a psicanálise proposta por Winnicott 173

Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro
Gabriela Patuto Silva

Introdução 173
Sobre o projeto de extensão "Enquadres clínicos winnicottianos na saúde pública" 178
Resultados e discussão 184
Considerações finais 186
Referências bibliográficas 188

10. Prevalência de lesões bucais em campanhas de prevenção do câncer bucal 191

Claudia Maria Navarro
Lais de Barros Pinto Grifoni
Madelise de Almeida
Mirian Aparecida Onofre
Elaine Maria Sgavioli Massucato
Andreia Bufalino
Rose Mara Ortega

Introdução 192
Objetivos 195
Material e métodos 196
Resultados e discussão 198
Conclusões 204
Referências bibliográficas 205

11. Produzindo práticas e saberes na atenção psicológica grupal a idosos residentes em asilos na cidade de Assis/SP 209

Mariele Rodrigues Correa
Gabriela Maria Ramos Maia
Aline Mendes Gonçalves
Juliana Silva Garcia
Lilian da Silva Cunha
Wlademir Luther Falcão Cagnin
Flávia Mendes Ferraz de Almeida
Felipe Tobias Brahim

"Envelheceres": a diversidade do envelhecimento e a velhice institucionalizada 211

A extensão e o pensar/fazer grupal: criação de vias metodológicas possíveis 214

Encontros da extensão com idosos, alunos e a comunidade: alguns relatos e reflexões 218

Considerações finais: aprendendo nos encontros com a extensão 223

Referências bibliográficas 224

12. Extensão universitária em Ortopedia Veterinária 227

Camila Poterio Borsaro
Bruno Watanabe Minto
Fernando Yoiti Kitamura Kawamoto
Luis Gustavo Gosuen Gonçalves Dias
Aline Schafrum Macedo
Livia de Paula Coelho

Guilherme Galhardo Franco
Luis Guilherme de Faria
Paula Regina Silva Gomide
Aricia Gomes Sprada
João Augusto Leonel de Souza
Fabricia Geovania Fernandes Filgueira
Denise Granato Chung

Introdução 228
Objetivos 230
Materiais e métodos 230
Resultados e discussão 233
Conclusões 239
Referências bibliográficas 240

13. Projeto Hortaliças em benefício da comunidade 243

Arthur Bernardes Cecilio Filho
João Vitor de Castro Souza
Lucas Teodoro Costa Lizarelli
Guilherme Rodrigues Vieira
Vinicius Cazeloto Sparapani
Amanda Manduca Rosa da Silva
Nicole de Paula Souza
Beatriz Bernardes Barcelos

Introdução 244
Fundamentação teórica 246
Desenvolvimento do projeto 252
Resultados 253

Memórias fotográficas 255
Referências bibliográficas 256

14. Programa de Atividade Física para Pacientes com Doença de Parkinson (Proparki): evolução no número de cadastros e mudanças na estrutura 259

Vinicius Cavassano Zampier
Vinicius Alota Ignácio Pereira
Ellen Lirani Silva
Claudia Teixeira Arroyo
Rodrigo Vitório
Lilian Teresa Bucken Gobbi

Introdução 260
Objetivo 262
Materiais e método 262
Resultados e discussão 262
Conclusões 270
Referências bibliográficas 271

15. Análise preliminar do desenvolvimento psicossocial da terceira idade no Curso de Gastronomia da Unati: câmpus de Rosana/SP 275

Bruno Padovês do Prado
Abrahão Lincoln M. Carvalho
Loraynne Lopes da Silva
Samuel Gabriel Mendes
Victor Ferreira M. Diniz
Ivanir Azevedo Delvizio
Andrea Cressoni de Conti

Introdução 276
Gerontologia, educação contínua, desafios e novas oportunidades na terceira idade 277
Unati, câmpus de Rosana 280
Qualidade de vida na terceira idade: aspectos físicos e psicológicos 281
Uso de atividade de socialização na melhoria da qualidade de vida da terceira idade 282
Uso da gastronomia como atividade de integração 284
Material e metodologia 285
Resultados e discussões 286
Conclusão 292
Referências bibliográficas 293

Prefácio

Antes de apresentar o livro *Extensão universitária e saúde* abordaremos a definição de extensão universitária e seu alcance.

O desenvolvimento de atividades extensionistas se caracteriza pelo conjunto de ações processuais contínuas de caráter educativo, cultural, ambiental, político, artístico, científico ou tecnológico; e envolve docentes/pesquisadores, discentes (bolsistas ou voluntários) e, eventualmente, servidores técnico-administrativos. Deve ser desenvolvida com setores da sociedade e tem por objetivo investir na melhoria das condições de vida da população beneficiária. Integra necessariamente o ensino e a pesquisa às demandas da sociedade e contribui para reformulação de concepções e práticas curriculares da Universidade, bem como para a sistematização do conhecimento produzido (*Guia de extensão universitária*, 2012).

Para que as atividades extensionistas atinjam suas metas, uma das mais importantes ações é a divulgação das propostas e dos resultados alcançados – estes devem necessariamente alterar, e sempre para melhor, o quadro encontrado antes da atuação de professores, pesquisadores, acadêmicos e da população em geral.

O livro *Extensão universitária e saúde* tem, exatamente, esse compromisso, ou seja, apresentar resultados de alguns projetos de extensão desenvolvidos no âmbito da Unesp, na área da saúde, que

contam com o apoio da Pró-Reitoria de Extensão Universitária (Proex).

Este livro apresenta, portanto, uma oportunidade de divulgar alguns projetos e suas atividades realizadas nos diferentes setores na área da saúde. São apresentados, também, resultados de algumas pesquisas que dão suporte à definição de metas extensionistas.

O livro consta de quinze artigos premiados no VIII Congresso de Extensão Universitária da Unesp, trabalhos de seus docentes e pesquisadores em conjunto com graduandos, pós-graduandos, pós-graduados, servidores técnico-administrativos e representantes da comunidade externa.

O Capítulo 1, "Automedicação: suas implicações e consequências", de autoria de Lucinéia dos Santos, Ana Paula Queiroz Mello, Caroline Costa Raide, Andressa Rodrigues Martins da Quinta, Giuliana Kaori Ondaera e Marcos A. Mazzega Lemos, aborda os medicamentos mais frequentemente utilizados por usuários sem indicação médica, suas consequências e as principais ações para combater essa prática.

O Capítulo 2, "Cognição e institucionalização: desafios enfrentados pelo projeto de extensão universitária 'Sorriso Solidário' ", de Lígia Antunes Pereira Pinelli, Andréia Affonso Barretto Montandon, Laiza Maria Grassi Fais e Maiby Cristine Prado, enfoca aspectos cognitivos de idosos institucionalizados na capacidade de autocuidado em saúde bucal.

O Capítulo 3, "Projeto interdisciplinar: uma proposta diferenciada de estudo e atendimento odontológico a pessoas com deficiência", de autoria de Rosângela Monteiro Caltabiano, Jairo Lins Brandão, Márcia Francisca Lombo Machado e Marisa Andreata Whitaker, explana a importância de ações específicas para proporcionar atendimento odontológico adaptado e eficiente a uma população especial de pessoas com deficiência.

"Prevenção de acidentes com crianças: uma campanha educativa nas escolas do ensino fundamental de Botucatu/SP", Capítulo 4, de Pedro Luiz Toledo de Arruda Lourenção, Erika Veruska Paiva Ortolan, Cesar Augusto Caponi, Mayra Lukschal Choaib e Wilson

Elias de Oliveira Junior, aborda o ensino de crianças, pais ou responsáveis e educadores sobre como é possível prevenir acidentes comuns. Além disso, apresenta o resultado dessa ação, quantificando o conhecimento adquirido pelos participantes.

O Capítulo 5, "Ações educativas com escolares da educação infantil sobre prevenção de queimaduras acidentais", de autoria de Sandra Regina Gimeniz-Paschoal e Flávia Arantes Táparo, aborda, como o título indica, as ações com crianças da educação infantil sobre a prevenção de queimaduras acidentais e os resultados em decorrência dessas ações.

No Capítulo 6, intitulado "Círculo de Palestras à Comunidade (Cirpac) da Faculdade de Odontologia de Araçatuba: uma ferramenta de prevenção", de autoria de Alessandra Marcondes Aranega, Leonardo Perez Faverani, Idelmo Rangel Garcia Junior, Francisley Ávila Souza, Osvaldo Magro Filho, Ana Paula Farnezi Bassi, Daniela Ponzoni, Wilson Roberto Poi, Eduardo Hochuli Vieira e Luan Pier Benetti, são apresentadas diferentes atividades relacionadas à ferramenta específica que busca ensinar, educar e orientar alunos de graduação e de pós-graduação e profissionais formados, voluntários do Cirpac, para que ofertem à população as inúmeras causas, tipos, tratamentos e forma de prevenção dos traumas bucomaxilofaciais. Essas campanhas educativas, envolvendo tema complexo, atingem grande número de pessoas.

O Capítulo 7, "Campanha de incentivo ao diagnóstico precoce da acromegalia", de autoria de Adriele Ferreira Neves, Angélica Rodrigues Botelho, Nataly Sacco, Giuliane Minami Tsutsui, Fernanda Bolfi, Henrique Cláudio Vicenti e Vania dos Santos Nunes, apresenta resultados de uma campanha desenvolvida com o intuito de divulgar a acromegalia, investindo em diagnóstico precoce a fim de aumentar a taxa de cura dos indivíduos afetados e evitar o surgimento das suas complicações crônicas, como as cardiovasculares, respiratórias e neoplásicas.

"Ações de extensão universitária integradas: programa de formação continuada 'Corporeidade e yoga na escola' ", título do Capítulo 8, de autoria de Julio Mizuno, Micheli Adriane Betti Gielfi,

Diego Cardoso Ragnole Silva e Fernanda Rossi, apresenta resultados dos estudos sobre os efeitos da prática de *Hatha Yoga* na percepção de seis aspectos relacionados à dimensão física da qualidade de vida (dor, estresse, sono, concentração, disposição e capacidade de trabalho) em professoras após desenvolvimento de um programa de formação continuada em yoga.

O Capítulo 9, "Enquadres clínicos psicológicos em unidades básicas de saúde e a psicanálise proposta por Winnicott", de autoria de Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro e Gabriela Patuto Silva, busca promover reflexão crítica sobre a atuação de psicólogos e estagiários de Psicologia em unidades básicas de saúde (UBS).

No Capítulo 10, "Prevalência de lesões bucais em campanhas de prevenção do câncer bucal", as autoras Claudia Maria Navarro, Lais de Barros Pinto Grifoni, Madelise de Almeida, Mirian Aparecida Onofre, Elaine Maria Sgavioli Massucato, Andreia Bufalino e Rose Mara Ortega apresentam importantes resultados decorrentes de uma análise de lesões bucais mais prevalentes em pacientes examinados nas campanhas de prevenção do câncer bucal entre 1993 e 2014. Com seus achados, ressaltam a importância das campanhas de prevenção no diagnóstico, encaminhamento para acompanhamento e tratamento de tais lesões.

Em "Produzindo práticas e saberes na atenção psicológica grupal a idosos residentes em asilos na cidade de Assis/SP", Capítulo 11, de Mariele Rodrigues Correa, Gabriela Maria Ramos Maia, Aline Mendes Gonçalves, Juliana Silva Garcia, Lilian da Silva Cunha, Wlademir Luther Falcão Cagnin, Flávia Mendes Ferraz de Almeida e Felipe Tobias Brahim, apresentam-se resultados da experiência de atuação dos autores na extensão universitária, "que se compõe na intersecção entre ensino e pesquisa, refletindo sobre o lugar histórico dos mais velhos na cultura brasileira e a possibilidade de práticas empoderadoras para a velhice".

No Capítulo 12, "Extensão universitária em Ortopedia Veterinária", os autores Camila Poterio Borsaro, Bruno Watanabe Minto, Fernando Yoiti Kitamura Kawamoto, Luis Gustavo Gosuen Gonçalves Dias, Aline Schafrum Macedo, Livia de Paula Coelho,

Guilherme Galhardo Franco, Luis Guilherme de Faria, Paula Regina Silva Gomide, Aricia Gomes Sprada, João Augusto Leonel de Souza, Fabricia Geovania Fernandes Filgueira e Denise Granato Chung, apresentam importantes resultados de um projeto de extensão que possibilitou a integração de pessoas e profissionais da Universidade com o público em geral, permitindo a propagação de informações e conhecimento a respeito da ortopedia veterinária.

No Capítulo 13, os autores Arthur Bernardes Cecilio Filho, João Vitor de Castro Souza, Lucas Teodoro Costa Lizarelli, Guilherme Rodrigues Vieira, Vinicius Cazeloto Sparapani, Amanda Manduca Rosa da Silva, Nicole de Paula Souza e Beatriz Bernardes Barcelos evidenciam o importante trabalho realizado com o cultivo de hortaliças, favorecendo sobretudo a boa alimentação da comunidade. Daí o seu título: "Projeto Hortaliças em benefício da comunidade".

Os autores do Capítulo 14, "Programa de Atividade Física para Pacientes com Doença de Parkinson (Proparki): evolução no número de cadastros e mudanças na estrutura", Vinicius Cavassano Zampier, Vinicius Alota Ignácio Pereira, Ellen Lirani Silva, Claudia Teixeira Arroyo, Rodrigo Vitório e Lilian Teresa Bucken Gobbi, trazem resultados importantes sobre a contribuição do projeto de extensão desenvolvido para a melhoria das capacidades físicas, cognitivas, aspectos psicológicos e, portanto, da qualidade de vida de pessoas com doença de Parkinson (DP).

Como indica o próprio título, "Análise preliminar do desenvolvimento psicossocial da terceira idade no Curso de Gastronomia da Unati: câmpus de Rosana/SP", os autores do Capítulo 15, Bruno Padovês do Prado, Abrahão Lincoln M. Carvalho, Loraynne Lopes da Silva, Samuel Gabriel Mendes, Victor Ferreira M. Diniz, Ivanir Azevedo Delvizio e Andrea Cressoni de Conti apresentam resultados de um projeto de extensão centrado no desenvolvimento dos alunos da terceira idade a partir do curso de Gastronomia oferecido na Unesp.

À luz dessa produção, é possível afirmarmos que a valorização da extensão como parte do tripé extensão, ensino e pesquisa no âmbito universitário não deveria ser motivo de preocupação, pois,

ao englobar o ensino/formação de graduandos e pós-graduandos e a pesquisa, deveria ter papel de destaque; não só por isso, mas porque é a melhor forma de inserção social do aluno nas diferentes comunidades por meio da vivência de diferentes realidades que só podem ser modificadas com a promoção do conhecimento e da ética.

Nesse sentido, desejamos que a iniciativa deste livro, além da divulgação científica, possa estimular a continuidade dos diversos projetos. Acrescentamos os nossos cumprimentos a todos os envolvidos: Proex, coordenadores, docentes, alunos e as várias instituições, escolas e parceiros que acreditaram que a maior riqueza de quem se propõe a fazer extensão universitária é modificar "duras" realidades. Muitas vezes temos a certeza de que quem ganha mais é quem "trabalha" e não quem "recebe" nosso trabalho. São indescritíveis as diversas reações e os vários agradecimentos após promover um sorriso mais bonito, ensinar as teorias que jamais chegariam às pessoas, evitar quedas, queimaduras, automedicação, acompanhar populações desfavorecidas/deficientes, enfim, promover contatos e investir na saúde física e mental, sair dos muros da Universidade e oferecer a quem precisa e deseja o que temos de melhor: nosso conhecimento.

Marília, agosto de 2017

Célia Maria Giacheti
Professora titular do Departamento de Fonoaudiologia
da Universidade Estadual Paulista (Unesp),
Faculdade de Filosofia e Ciências, Marília

Rosane Michelli de Castro
Professora assistente doutora do Departamento de Didática
da Universidade Estadual Paulista (Unesp),
Faculdade de Filosofia e Ciências, Marília

1
Automedicação: suas implicações e consequências

Lucinéia dos Santos[1]
Ana Paula Queiroz Mello[2]
Caroline Costa Raide[3]
Andressa Rodrigues Martins da Quinta[4]
Giuliana Kaori Ondaera[5]
Marcos A. Mazzega Lemos[6]

---

1. Professora assistente doutora no curso de Engenharia Biotecnológica da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis. *e-mail*: lucineia@assis.unesp.br.
2. Graduada em Engenharia Biotecnológica pela Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis. *e-mail*: aninha.mello10@hotmail.com.
3. Graduada em Licenciatura e Bacharelado em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis. *e-mail*: carol.raide@live.com.
4. Graduanda do curso de Engenharia Biotecnológica da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis. Bolsista do projeto de extensão "Riscos e fatores associados à automedicação". *e-mail*: dressa.quinta@gmail.com.
5. Graduanda do curso de Engenharia Biotecnológica da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis. *e-mail*: giu_kaori@hotmail.com.
6. Farmacêutico e coordenador da Assistência Farmacêutica na Prefeitura Municipal de Assis/SP. *e-mail*: mamazzega@yahoo.com.br.

O desconhecido mundo dos medicamentos e suas implicações à saúde

Por definição, os medicamentos são produtos farmacêuticos que possuem diferentes finalidades: 1) profilática, quando usados para prevenção de doenças; 2) curativa, quando promovem a recuperação da saúde; 3) paliativa, para reduzir os sintomas da doença; ou 4) para fins de diagnóstico, com a definição de um determinado quadro clínico ou doença (Brasil, 1973).

Cada medicamento possui uma ou mais substâncias ativas em sua formulação que são responsáveis por suas ações farmacológicas no organismo, as quais levarão aos efeitos terapêuticos. Porém, como essas substâncias promovem alterações em diversos sistemas fisiológicos, para ativá-los ou inibi-los, além do efeito terapêutico esperado podem também causar prejuízos à saúde.

Dessa forma, para facilitar a identificação do risco que o uso de medicamentos pode causar à saúde do paciente, diante dos inúmeros efeitos adversos que eles podem promover, o Ministério da Saúde adotou um critério de classificação por meio de tarjas em suas embalagens: não tarjados ou OTC (sigla inglesa de "over the counter", cuja tradução literal é "sobre o balcão"); tarja vermelha; tarja preta; e tarja amarela.

Os medicamentos cujas caixas não são tarjadas podem ser vendidos sem prescrição médica e, de acordo com essa classificação, se forem utilizados de forma correta, o risco de esses fármacos oferecerem algum prejuízo ou efeito adverso à saúde é mínimo.

Os medicamentos que possuem tarja vermelha devem ser vendidos apenas com apresentação da receita. Esses medicamentos têm contraindicações e podem provocar efeitos colaterais graves. Alguns medicamentos dessa faixa podem causar efeitos colaterais ainda mais sérios e, por essa razão, a prescrição médica deve ser retida na farmácia. São conhecidos como medicamentos controlados e compreendem os psicotrópicos da lista C1, os antirretrovirais da lista C2 e as substâncias anabolizantes da lista C5, todos incluídos na Portaria n.344 (Brasil, 1998a). Além desses, há os antimicrobianos,

de que trata a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n.20 (Brasil, 2011). O receituário dos medicamentos com tarja vermelha é de cor branca.

Os medicamentos de tarja preta são os depressores ou estimuladores do sistema nervoso central (SNC). Também fazem parte dos chamados psicotrópicos, mas a maioria deles está na lista B1 e B2 da Portaria n.344 (Brasil, 1998a). Por isso, a tarja preta vem com a inscrição "venda sob prescrição médica – o abuso deste medicamento pode causar dependência". Tais medicamentos requerem um controle ainda maior e, só podem ser vendidos com receituário especial de cor azul.

A tarja amarela é utilizada na embalagem dos medicamentos genéricos para diferenciá-los dos medicamentos de referência e dos similares. Essa tarja, de acordo com a Resolução n.47 (Brasil, 2001b), deve conter a letra "G" e o texto "Medicamento genérico", ambos escritos na cor azul, o que permite a fácil identificação dessa categoria. Existem genéricos pertencentes tanto ao grupo dos medicamentos tarjados quanto dos não tarjados, sendo que em ambos os casos possuem a tarja amarela em sua embalagem. Entretanto, quando pertencente ao grupo dos tarjados, a embalagem possui a tarja amarela junto com a tarja vermelha ou preta.

De acordo com a Resolução n.10 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (Brasil, 2001a), o medicamento genérico é semelhante a um produto de referência, pretendendo ser com este intercambiável, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade e de ter comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade. A diferença entre eles está somente na nomenclatura, pois os genéricos levam o nome da substância ou do princípio ativo do medicamento, e o de marca adota o nome comercial. Já os medicamentos classificados como similares podem diferir em relação ao de referência quanto ao tamanho e forma do produto, prazo de validade, embalagem, rotulagem, excipientes e veículos, devendo sempre ser identificados por nome comercial ou marca (Mella, 2002).

Diante das inúmeras classes de medicamentos atualmente disponíveis no mercado, mesmo tendo conhecimento dos muitos efeitos adversos inerentes a cada um deles, sua importância na sociedade é vital, pois esses compostos químicos permitem que as pessoas consigam viver melhor, aumentando a qualidade de vida (Marin et al., 2003). O próprio direito à saúde, instituído pela Constituição brasileira, evidencia os medicamentos como componentes essenciais e estratégicos, sujeitos à influência de muitos fatores, que vão de aspectos relacionados ao seu desenvolvimento até o uso na terapêutica. Assim, os medicamentos constituem um insumo essencial na medicina atual, sendo empregados na cura e controle de doenças, com grande custo-efetividade quando usados racionalmente, afetando decisivamente os cuidados de saúde (Leite; Vieira; Veber, 2008).

Grande parte da população hoje acredita que não existe tratamento sem o uso de algum remédio, junto disso, a precária estrutura do sistema de saúde brasileiro e o grande *marketing* farmacêutico fazem com que os medicamentos se apresentem como a forma mais comum de terapia em nossa sociedade. Como resultado, essa prática tem favorecido a ocorrência de problemas de saúde, cuja origem está relacionada ao uso irracional de fármacos (Dall'Agnol, 2004). Dentre esses problemas destacam-se o grande número de intoxicações (Bortoletto; Bochner, 1999; Matos; Rozenfeld; Bortoletto, 2002), a baixa resolutividade dos tratamentos (Villa et al., 2008), o uso abusivo (Raymundo et al., 2003) e, ainda, a necessidade de novos tratamentos, geralmente mais complexos, como consequência dessa prática.

É evidente que o tratamento medicamentoso adequado, quando necessário, reduz a incidência de agravos à saúde, bem como a mortalidade para muitas doenças (Arrais et al., 2005), mas ter acesso à assistência médica e aos medicamentos não implica necessariamente em melhores condições de saúde. Os erros na prescrição, bem como o uso indevido e venda irregular, podem levar ao uso indiscriminado de medicamentos e a tratamentos ineficazes e pouco seguros.

Em agravo a essa situação, em países emergentes, como o Brasil, a crise na saúde pública tem como principal causa a falta de maiores

investimentos por parte do governo, o que acaba contribuindo para uma prática ainda mais perigosa, conhecida como automedicação. Para a Anvisa, a automedicação é caracterizada pelo uso sem orientação ou indicação médica ou odontológica de medicamentos para o tratamento e contenção de sintomas recorrentes que afetam a população (Brasil, 2012).

Vale ressaltar que a automedicação, aqui condenada, não tem relação com o conceito da automedicação responsável, conforme definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS): a automedicação responsável consiste na "prática dos indivíduos em tratar seus próprios sintomas e males menores com medicamentos aprovados e disponíveis sem a prescrição médica e que são seguros quando usados segundo as instruções". Em países como Estados Unidos, Canadá, Japão e os da União Europeia, a automedicação responsável é uma prática consolidada, sendo respaldada pela alta qualidade dos serviços públicos de saúde oferecidos, pelo rigor e comprometimento na comercialização dos medicamentos (Brasil, 2010).

No Brasil, a automedicação responsável teria que ser realizada somente com os medicamentos isentos de prescrição (MIP), também chamados de medicamentos de venda livre, OTC ou não tarjados, como já visto. Segundo o Ministério da Saúde, os MIP são "aqueles medicamentos cuja dispensação não requer autorização, ou seja, uma receita", assim, podem ser comercializados sem a obrigatoriedade de formalização de documento emitido por profissional legalmente habilitado para prescrevê-lo (Brasil, 2010). Entretanto, o uso dos MIP somente deve ser realizado após o recebimento de orientações, fornecidas por um farmacêutico, quanto ao tipo correto de medicamento a ser utilizado, a forma de administração, a dosagem, o tempo de uso e os riscos envolvidos na terapia, tendo como base as condições de saúde do paciente. Essa flexibilidade existe pelo fato de os MIP serem indicados para doenças de baixa gravidade, e considerados de elevada segurança quando administrados de forma correta e sobretudo nas posologias indicadas pelo fabricante.

Ainda que os MIP sejam considerados seguros no tratamento de sintomas recorrentes, a própria Organização Mundial da Saúde

adverte que seu uso indevido pode desencadear diversos efeitos adversos, tais como reações de hipersensibilidade, alergias e intoxicações, além de poder influenciar no tratamento e dificultar um diagnóstico, acabando por agravar o quadro da pessoa (Nascimento, 2007).

Dessa forma, a prática da automedicação, com medicamentos isentos ou não de prescrição, pode gerar graves danos à saúde. Segundo pesquisa feita pela Associação Brasileira de Indústria Farmacêutica (Abifarma), a busca pelo rápido tratamento dos sintomas leva grande parte da população brasileira, cerca de 80 milhões de pessoas, a se automedicar, sem saber ao certo quais os riscos que essa prática pode trazer à sua saúde (Arrais et al., 2005). Isso porque, no Brasil, devido à grave crise no setor de saúde pública, em que há atrasos no atendimento além da falta de profissionais, de equipamentos e de medicamentos para suprir a necessidade da população, a maioria das pessoas prefere recorrer à automedicação para tratamento de seus sintomas em vez de procurar orientação em alguma unidade de saúde ou indicação de um médico especializado (Sousa; Silva; Neto, 2008).

Apesar de ser instituído pela Constituição Federal do Brasil (Brasil, 1988) que a saúde é um "direito de todos" e "dever do Estado", em 2009 o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009) confirmou que a população gastou R$ 157,1 bilhões (4,8% do PIB) com consumo de serviços de saúde, já o governo teve despesas no valor de R$ 123,6 bilhões (3,8% do PIB) com os mesmos serviços. Com os medicamentos, houve um gasto de R$ 56 bilhões por parte das famílias e R$ 6,3 bilhões por parte do governo, assim, é possível constatar que a população investiu mais do que o governo na compra de medicamentos e em serviços de saúde.

De acordo com o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox), no Brasil, anualmente, cerca de 20 mil pessoas morrem vítimas da automedicação, e os medicamentos se apresentam como os principais agentes de intoxicação, respondendo por 26,85% do total de intoxicações registradas no país em 2010 (Sinitox, 2010). Esses números mostram o total desconhecimento da população brasileira sobre os medicamentos, e a necessidade de

estudos permanentes e efetivos que possam alertá-la sobre os riscos e perigos associados à automedicação, bem como estimar periodicamente a ocorrência das intoxicações promovidas pelo uso irregular de remédios.

Diante dessa realidade, foi realizado em 2015 um estudo no município de Assis/SP com os seguintes propósitos: 1) identificar os dez MIP mais vendidos pelas farmácias e drogarias da cidade; 2) avaliar o conhecimento da população sobre os significados das tarjas dos medicamentos, bem como as exigências inerentes a cada uma delas; 3) analisar se a população tem conhecimento sobre os efeitos terapêuticos dos medicamentos, em especial dos MIP; 4) elucidar por meio da literatura os principais efeitos adversos dos MIP; 5) verificar se a população realiza a automedicação; 6) analisar se existe relação entre a prática da automedicação e o consumo irregular dos MIP, e 7) alertar a população sobre os perigos decorrentes do consumo excessivo e/ou irregular de medicamentos.

Desvendando as relações e consequências da automedicação

A fim de atender aos propósitos estabelecidos, primeiramente foi estimado em dez farmácias e/ou drogarias localizadas em diferentes regiões de Assis a relação dos dez medicamentos mais vendidos sem apresentação de receitas. Assim, por meio desse levantamento seriam estimados os dez medicamentos não tarjados, mais vendidos no município, ou seja, os medicamentos isentos de prescrição médica (MIP).

Os medicamentos mais comercializados na cidade de Assis, sem apresentação de receita, pela ordem de venda, foram os seguintes: Dorflex®, Novalgina®, Dipirona®, Epocler®, Nimesulida (genérico), Tylenol®, Losartan®, Captopril (genérico), Benegripe® e Ibuprofeno (genérico). A partir da análise dos dados obtidos foi possível constatar que nem todos os medicamentos listados podiam ser comercializados sem a apresentação da receita médica, ou seja, dentre os

dez medicamentos mais vendidos sem receita constavam os medicamentos Nimesulida (genérico), Losartan® e Captopril (genérico), que são tarjados e, assim, deveriam ser vendidos apenas com a prescrição.

A Portaria n.3.916 (Brasil, 1998b) estabelece a Política Nacional de Medicamentos e tem como propósito garantir a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, bem como a promoção do seu uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. Também determina que, para se obter os remédios que apresentam em sua embalagem tarja vermelha ou preta, é necessária prescrição do médico ou dentista. Os dados levantados comprovaram que a comercialização dos medicamentos com tarja vermelha sem a apresentação da receita emitida por um profissional qualificado é uma realidade nos estabelecimentos farmacêuticos de Assis. Trata-se de descumprimento da legislação em vigor e de comercialização de medicamentos que possuem diversas contraindicações podendo acarretar muitos efeitos nocivos à saúde.

Em continuidade ao atendimento dos objetivos propostos, por meio da aplicação de um questionário fechado e padronizado em 106 pessoas, foi possível constatar que 16,03% dos respondentes (n = 17) conheciam o significado somente de uma tarja, sendo que a tarja preta foi o tipo mais citado por esses respondentes (n = 10), seguido pelos medicamentos sem tarja (n = 5), tarja vermelha (n = 2). Desse total, 88,23% (n = 15) descreveram o significado correto das tarjas.

Quase um quarto dos respondentes, 22,64% (n = 24), sabiam da existência de duas tarjas, sendo que, para esses, a preta (n = 13) foi a mais citada, seguida pelos medicamentos sem tarja (n = 9) e de tarja vermelha (n = 2). Desse total, 75% (n = 18) descreveram o significado correto das tarjas, sendo que a mais citada corretamente foi a sem tarja.

Uma pequena parcela de respondentes, 14,15% (n = 15), conheciam três ou quatro tarjas; o significado da tarja preta continuou sendo o mais conhecido (n = 13). Por outro lado, quase metade dos respondentes, ou seja, 47,16% das pessoas (n = 50), afirmaram não

ter conhecimento algum sobre a identificação dos medicamentos por tarja em suas caixas.

A porcentagem de respondentes que não têm conhecimento sobre as tarjas, acrescida dos que sabem da existência de apenas um tipo de tarja é de 63,19%, e mostra claramente a necessidade da construção de um diálogo entre as instituições de ensino, saúde e população, a fim de assegurar o uso correto dos medicamentos. Além disso, fica evidente que o maior conhecimento sobre o significado da tarja preta provavelmente decorre da dificuldade de aquisição desses medicamentos, pois é exigida a apresentação do receituário azul.

Dando prosseguimento ao estudo das tarjas, os respondentes também foram questionados sobre o hábito de comprar medicamentos tarjados sem receita. De forma diferente do esperado, visto que a maioria dos respondentes declarou não ter conhecimento das tarjas, somente 23,58% (n = 25) declararam comprar medicamentos tarjados sem apresentar receita médica. Desses 25 respondentes, 56% (n = 14) alegaram pedir auxílio ao farmacêutico no ato da compra. Esses dados mostram o desconhecimento da população sobre os medicamentos, pois, se a maioria não sabe o significado de todas as tarjas, por que se preocupar com a apresentação de uma receita? Além disso, a falta de cumprimento da legislação vigente por parte dos estabelecimentos farmacêuticos novamente fica evidente. Publicada em 26 de setembro de 2013, no *Diário Oficial da União*, a Resolução n.586 (Brasil, 2013) determina que os farmacêuticos podem realizar a prescrição somente de medicamentos não tarjados e que não exijam prescrição médica.

Quantos aos MIP, 23,58% dos respondentes (n = 25) afirmaram comprar medicamentos não tarjados após pedir orientação para amigos e familiares; 34,90% (n = 37) compram por conhecimento próprio e 41,50% dos respondentes (n = 44) afirmaram comprar esse tipo de medicamento com auxílio do farmacêutico. Do total dos respondentes, 31,13% (n = 33) disseram que já sofreram algum efeito adverso inesperado, como vômito, ânsia e tontura, e desconfiaram que fosse devido à administração irregular de algum fármaco.

A situação ficou ainda mais grave quando os entrevistados foram questionados sobre o consumo sem receita médica ou orientação de um farmacêutico, dos dez medicamentos mais vendidos pelos estabelecimentos farmacêuticos do município. Do total dos respondentes, 91,50% (n = 97) declararam já ter adquirido os referidos medicamentos sem qualquer orientação. Desse total, 69,07% (n = 67) disseram ter o hábito de usar até cinco dos medicamentos listados e 30,93% (n = 30) mais do que cinco. Dos 97 respondentes que declararam já ter adquirido alguns dos dez medicamentos apresentados, somente 17,53% (n = 17) afirmaram ter sofrido efeito indesejável devido ao uso desses medicamentos. Para 82,47% (n = 80) dos respondentes, os dez medicamentos mais vendidos sem receita ou orientação de um farmacêutico não resultam em efeitos nocivos.

Enquanto o consumo e a venda de medicamentos, isentos ou não de prescrição, não forem entendidos como processos merecedores de atenção à saúde, o uso irregular continuará a promover efeitos nocivos e morte aos pacientes. Quando a venda é acompanhada de orientação adequada, os riscos relativos a medicamentos diminuem, contribuindo para que os estabelecimentos farmacêuticos sejam verdadeiros fornecedores de saúde (Brasil, 2010). Enquanto isso não acontece, a escassez de informação e a negligência quanto ao uso de medicamentos coloca a saúde dos consumidores em risco.

Em complemento, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 50% de todos os medicamentos são incorretamente prescritos, dispensados e vendidos; e mais de 50% dos pacientes os usam incorretamente. Mais de 50% de todos os países não têm políticas básicas para promover uso racional de medicamentos. A situação é pior em países em desenvolvimento, com menos de 40% dos pacientes no setor público e menos de 30% no privado sendo tratados de acordo com diretrizes clínicas (Brasil, 2010).

Os efeitos farmacológicos promovidos pelos dez medicamentos listados neste estudo foram analisados por meio das bulas (DEF, 2016) e da literatura. A seguir serão descritas a composição e as principais informações de cada medicamento, tais como as indicações terapêuticas e os efeitos adversos.

O medicamento mais vendido sem receita, o Dorflex®, indicado para o alívio da dor associada a contraturas musculares, incluindo dor de cabeça tensional, é composto por dipirona, citrato de orfenadrina e cafeína. A dipirona, largamente empregada no Brasil no tratamento de dor pós-operatória, cólica renal, dor oncológica, enxaqueca e febre, já foi banida em 33 países por promover reações alérgicas graves, como edema de glote e anafilaxia, e reações idiossincrásicas, como a agranulocitose (Wannmacher, 2005). A agranulocitose é uma reação adversa impossível de ser prevista, não dependente de dose, e em potência é fatal, podendo ocorrer após uso breve, prolongado ou intermitente (Ramacciotti; Soares; Atallah, 2010). Além disso, a dipirona pode causar anemia hemolítica, anemia aplástica, anafilaxia e graves reações cutâneas, além de broncoespasmo, náusea, vômito, sonolência, cefaleia e diaforese (Sweetman, 2007). Além da dipirona, o Dorflex® possui em sua constituição duas substâncias ativas de ação central: o citrato de orfenadrina, um relaxante muscular, e a cafeína, um estimulante do SNC (Gilman et al., 2010). Por essa razão, os efeitos colaterais que constam na bula do Dorflex® também incluem: secura da boca, diminuição ou aumento dos batimentos cardíacos, arritmias cardíacas, palpitações, sede, retenção urinária, visão borrada, aumento da pupila, aumento da pressão do olho, fraqueza, enjoos, vômitos, dor de cabeça, tonturas, prisão de ventre, vermelhidão e coceira na pele, alucinações, agitação, tremor, falta de coordenação dos movimentos, distúrbio da fala, dificuldade para ingerir alimentos líquidos ou sólidos, pele seca e quente, dor ao urinar, delírio e coma.

Confirmando o grande consumo de dipirona no Brasil, essa substância ativa compõe a Novalgina®, o segundo medicamento mais vendido sem apresentação de receita no município de Assis, e aparece também em terceiro lugar, no medicamento genérico Dipirona. Esses dois medicamentos, Novalgina® e Dipirona (genérico), apresentam os efeitos colaterais já descritos anteriormente. Por essa razão, não devem ser usados por paciente que apresente discrasias sanguíneas, função da medula óssea reduzida ou doenças do sistema de produção de células do sangue, por crianças com menos de três

meses de idade ou pesando menos de 5 kg, bem como por mulheres no primeiro e no terceiro trimestre de gestação (Brasil, 2008).

O Epocler®, constituído pelo citrato de colina (DCB 2580), betaína (DCB 1200) e dl-metionina (DCB 5839), é muito utilizado no tratamento de distúrbios hepáticos, principalmente decorrentes do uso excessivo ou irregular de bebidas alcoólicas. Seus componentes desempenham importantes funções no metabolismo humano. Entretanto, mesmo ocupando um lugar de destaque entre os medicamentos mais comercializados sem receita, por meio da literatura foi possível constatar que sua ação hepatoprotetora ainda não está bem estabelecida.

A Nimesulida (genérico) é um medicamento tarjado que não deveria ocupar a quinta posição dos dez medicamentos mais vendidos sem receita. Faz parte da classe dos anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), sendo indicado como anti-inflamatório, analgésico ou antipirético (Gilman et al., 2010). Entretanto, pode causar inúmeros efeitos colaterais, entre eles destaca-se o rash cutâneo (erupções vermelhas na pele), urticária, prurido, eritema, angioedema, náusea, dor gástrica, dor abdominal, diarreia, constipação e estomatite, úlceras pépticas e perfuração ou hemorragia gastrintestinal, que podem ser graves. Seu uso também pode levar a alterações dos parâmetros hepáticos (transaminases), com a ocorrência de hepatite aguda e falência hepática fulminante. Por interferir no SNC, causa sonolência, cefaleia, tonturas e vertigens. No sistema renal pode promover oligúria, edema, hematúria isolada e falência renal (Araújo, 2012).

Entre os MIP, ocupa a sexta posição o Tylenol®, medicamento composto pelo paracetamol, também um AINE, indicado para aliviar dores leves ou moderadas e reduzir a febre. Na síndrome febril, como a denominação já indica, o sintoma mais característico é a elevação da temperatura corporal, mais propriamente a axilar, maior que 37,8 ºC. O paracetamol é o antitérmico mais usado em todo o mundo, dado que a dipirona é proibida em muitos países pelo risco de agranulocitose (Hedenmalm; Spigset, 2002), como também os salicilatos, por exemplo o ácido acetilsalicílico, pelo maior risco de Síndrome de Reye em crianças (Warnwick, 2008). Em doses

terapêuticas, o paracetamol é relativamente seguro e eficaz. No entanto, o fácil acesso a esse medicamento e o desconhecimento dos seus efeitos nocivos têm aumentado o número de casos ocorridos por seus efeitos adversos, incluindo intoxicação aguda em crianças (Sebben et al., 2010). Em adição, muitos fatores de risco têm influenciado negativamente a hepatotoxicidade do paracetamol. Entre eles estão bem estabelecidos: a pouca ou muita idade do paciente, a genética, a presença de doença hepática crônica, o uso concomitante de álcool e/ou de outras drogas hepatotóxicas, o tabagismo e o estado de desnutrição (Larson, 2007). No entanto, a presença de infecções virais, que levam a injúria hepática, como fator de risco para hepatotoxicidade do paracetamol ainda é desconhecida e/ou ignorada (Lagerlov et al., 2006). Em 2006, Ranganathan et al. observaram 25 casos de crianças com infecções febris virais e sem doença hepática prévia que desenvolveram hepatite fulminante após o uso do paracetamol em doses adequadas.

Losartan®, composto pela losartana potássica, é o segundo medicamento da lista que não poderia ser comercializado sem receita e ocupa a sétima posição dos mais vendidos. O Captopril (genérico), o medicamento seguinte da relação, de forma semelhante ao Losartan®, também apresenta tarja vermelha. Ambos os medicamentos atuam no sistema renina-angiotensina-aldosterona e têm um papel importante na regulação da pressão sanguínea e homeostase dos fluidos corporais (Gilman et al., 2010). A losartana atua como anti-hipertensivo por bloquear o receptor da angiotensina II. Já o captopril é indicado para o tratamento da hipertensão por inibir a enzima conversora de angiotensina (ECA), por isso é classificado como um IECA. Os dois medicamentos também melhoram os sintomas e diminuem a mortalidade em pacientes com insuficiência cardíaca (IC) (Fuchs; Wannmacher; Ferreira, 2006; Lacy; Armstrong; Goldman, 2010). Entretanto, o uso da losartana na IC é restrito somente aos pacientes cujo tratamento com os IECAs, como o captopril, tenha falhado (Bocchi et al., 2009; Fuchs et al., 2006). Em adição, o uso combinado da losartana potássica aos IECAs não tem comprovação científica de eficácia até o momento e pode promover

o aumento da mortalidade (Montera et al., 2009; Fuchs; Wannmacher; Ferreira, 2006). São muitos os cuidados a serem tomados ao usar esses dois medicamentos, e seus inúmeros efeitos colaterais afetam diferentes sistemas do organismo. Alguns dos efeitos colaterais do sistema cardiovascular incluem: angina pectoris, bloqueio atrioventricular, acidente cerebrovascular, hipotensão, infarto do miocárdio, arritmias e desmaio. Do sistema tegumentar: dermatite, pele seca, eritema, rubor, fotossensibilidade, sudorese, urticária. Do sistema digestório: diarreia, dispepsia, alteração no paladar, pancreatite e hepatotoxicidade. Do sistema sanguíneo e linfático: anemia, linfoma maligno e trombocitopenia. Do sistema muscular: dor nas pernas e costas, cãibra muscular e mialgia. Do sistema nervoso: astenia, ataxia, confusão, tontura, hiperestesia (sensibilidade diminuída a estímulos), insônia ou transtorno do sono, comprometimento da memória, enxaqueca, parestesia, síndrome de Parkinson, neuropatia periférica, sonolência, tremor, vertigem, ansiedade, depressão, sensação de nervosismo, distúrbio do pânico e distúrbio psicótico, visão borrada, diminuição da acuidade visual e tinido. Dos sistemas renal e reprodutor: nefrotoxicidade, diminuição da libido e impotência. Do sistema respiratório: tosse, infecção respiratória superior, congestão nasal, sinusite e alterações no seio frontal (Montera et al., 2009; Fuchs; Wannmacher; Ferreira, 2006; Lacy; Armstrong; Goldman, 2010).

O nono medicamento da relação, Benegripe®, composto pela dipirona e maleato de clorfeniramina, é amplamente utilizado como antigripal. Isso porque a dipirona atua como um analgésico e antitérmico e o maleato de clorfeniramina, como um antialérgico. Assim, o maleato de clorfeniramina alivia os sintomas de alergia, rinite alérgica, conjuntivite alérgica, urticárias e resfriado comum (Tatro, 2009; NAF, 2003). Entretanto, é frequente a ocorrência dos seguintes efeitos colaterais: sonolência, cefaleia, retenção urinária, ressecamento da boca, visão borrada, distúrbios gastrintestinais, dermatite de contato. Menos frequentes são os seguintes sintomas: debilidade psicomotora, discinesia facial, hipotensão, vertigem, confusão, transtorno psicótico, sudorese e tremor, ataque epiléptico, reações de

hipersensibilidade (incluindo broncoespasmo, angioedema, anafilaxia, exantema e fotossensibilidade), discrasias sanguíneas (anemia hemolítica, agranulocitose, anemia aplásica, granulocitopenia), disfunção hepática, arritmia cardíaca, alterações cognitivas, meningite asséptica, alterações no eletroencefalograma, hemorragias nasais, espessamento do muco e alterações nos sentidos do olfato e tato (NAF, 2003; Brasil, 2010). Por atuar como depressor do SNC, o uso concomitante de álcool deve ser evitado.

O décimo medicamento citado é o Ibuprofeno (genérico). Também um AINE, apresenta propriedades anti-inflamatória, analgésica e antitérmica (Gilman et al., 2010). Sua ação anti-inflamatória é fraca (Dukes; Aronson, 2006). Assim, serve como substituto do paracetamol e do ácido acetilsalicílico no manejo de dores leves a moderadas, incluindo cefaleia e dismenorreia, e como antitérmico na redução da temperatura corporal (McEvoy, 2009; Lacy; Armstrong; Goldman, 2010). Como causa menos efeitos adversos que outros AINEs e por apresentar menor risco gastrintestinal, é recomendado como o representante de primeira escolha dessa classe de fármacos (Dukes; Aronson, 2006). Mas, mesmo sendo considerado mais seguro que os demais AINEs, o Ibuprofeno ainda é capaz de promover muitos efeitos graves, tais como: acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão, infarto do miocárdio, insuficiência renal aguda, diminuição da depuração de creatinina, azotemia, hematúria, agranulocitose, anemia aplásica, anemia hemolítica, eosinofilia, neutropenia, trombocitopenia, anafilaxia, hepatite, icterícia, testes da função hepática anormais, diminuição da audição, alterações na visão, depressão, sangramento e ulceração gastrintestinal, eritema multiforme, fotossensibilidade, síndrome de Stevens-Johnson, urticária e erupções em forma de bolhas.

A revisão dos efeitos promovidos pelos dez medicamentos mais vendidos na cidade de Assis sem a apresentação de uma receita permitiu constatar que são muitos os prejuízos que eles podem causar ao organismo. Além disso, foi verificado que muitos desses efeitos descritos não constam nas bulas. Essa realidade é muito perigosa,

pois o paciente, ao se automedicar, pode ignorar os sintomas decorrentes do uso irregular do medicamento.

De acordo com a Anvisa, o Brasil está entre os países que mais utilizam medicamentos no mundo, e 20,5% dos MIP, amplamente divulgados em revistas, rádios, TV e mídias sociais, não apresentavam nas bulas informações sobre as contraindicações, um item obrigatório, de acordo com a legislação brasileira (Xavier, 2004).

Se, por um lado, faltam informações nas bulas, por outro, sua leitura não é uma prática realizada por todos os usuários de medicamentos, ou, quando realizada, muitas vezes não é completamente entendida. Nessa direção, foi constatado que 28,30% (n = 30) dos entrevistados afirmaram nunca lerem antes de consumir o medicamento. Dos 76 respondentes que leem a bula, 86,84% (n = 66) declararam que têm conhecimento que na bula estão contidas informações como contraindicações, posologia, efeitos adversos e superdosagem. Mas, em razão da complexidade com que essas informações são apresentadas, de forma não objetiva ou com termos técnicos específicos, o entendimento é comprometido.

Finalizando a análise dos dados obtidos por meio dos questionários, foi estimado se a população tinha consciência dos perigos da automedicação e se essa prática tinha relação com a aquisição facilitada dos MIP. Os resultados mostraram que 90,56% (n = 96) dos respondentes afirmaram ter consciência sobre os prejuízos que o hábito da automedicação não responsável pode causar, mas confirmaram que esta é uma prática bem estabelecida. Em complemento, declararam que a facilidade de aquisição dos medicamentos, principalmente dos MIP, faz da automedicação um hábito comum.

Dessa forma, foi possível constatar que a venda irregular dos MIP, sem a devida orientação sobre os riscos de seu uso, e até mesmo abusiva, devido à falta de fiscalização efetiva por parte dos órgãos públicos nos estabelecimentos farmacêuticos, permitindo o livre comércio de alguns medicamentos com tarja vermelha, atua como um agente facilitador da automedicação e coloca em risco a saúde da população.

Construindo novos diálogos com a sociedade

A análise da pesquisa evidenciou a necessidade de a população ser alertada sobre os perigos provocados pelo consumo excessivo e/ou irregular dos medicamentos, em especial dos MIP, em razão de seu livre acesso.

Nessa direção, atendendo ao último propósito estabelecido para este trabalho, as informações mais relevantes sobre os riscos da automedicação não responsável, bem como dos efeitos tóxicos resultantes do uso irregular dos medicamentos, foram divulgadas à população. Essa divulgação se deu por meio da imprensa falada e escrita, de palestras, distribuição de folhetos explicativos e criação e divulgação de imagens ilustrativas nas redes sociais.

Entretanto, o contato direto com a população permitiu constatar que, sem o empenho efetivo e permanente dos órgãos públicos e privados de ensino e saúde, dificilmente a automedicação não responsável deixará de ocorrer, e a população continuará refém dos efeitos danosos decorrentes do uso irregular dos medicamentos.

Consolidando os saberes adquiridos

Esse estudo realizado no município de Assis permitiu observar que a automedicação não responsável é uma prática comum entre a população.

Muitas pessoas não entendem os significados das tarjas presentes nas caixas e quais as implicações do uso irregular dos medicamentos, tarjados ou não.

Na maioria das vezes, a população não lê as orientações contidas nas bulas ou, quando o faz, nem sempre compreende o que está escrito. Além disso, muitas vezes não exige a adequada orientação por parte de um profissional qualificado sobre como usar o medicamento.

A facilidade com que se adquire os MIP favorece a compreensão errônea de que os medicamentos são inofensivos e estimula o

consumo inclusive dos tarjados. Por essa razão, é extremamente necessário que medidas sejam tomadas pelas instituições governamentais de ensino e saúde de modo a alertar a população sobre a necessidade de obter informações quanto aos riscos e perigos da automedicação, mesmo em se tratando de MIP.

Por fim, os estabelecimentos farmacêuticos, públicos e privados, que realizam a dispensação dos medicamentos à população, devem se reestruturar para melhorar a assistência dada, de modo a orientar melhor a população sobre os riscos que a automedicação pode trazer e como utilizar de maneira correta os medicamentos a fim de minimizar os seus danos.

Referências bibliográficas

ARAÚJO, M. A. R. Hepatotoxicidade associada à nimesulida: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Farmácia*, São Luís, v.93, n.3, p.283-9, 2012.

ARRAIS, P. S. D. et al. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1737-46, 2005.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA INDÚSTRIA DE MEDICAMENTOS ISENTOS DE PRESCRIÇÃO (Abimip). Disponível em: http://www.abimip.org.br/site/index.php. Acesso em: 18 jul. 2016.

BOCCHI, E. A. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v.93, n.1, supl.1, p.1-71, 2009.

BORTOLETTO, M. E.; BOCHNER, R. Impacto dos medicamentos nas intoxicações humanas no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p.859-69, out./dez. 1999.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução n.586, de 29 de agosto 2013. Regulamenta a prescrição farmacêutica e dá outras providências. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Uso racional de medicamentos*: temas relacionados. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Resolução n.20, de 5 de maio de 2011. Estabelece os critérios para a prescrição, dispensação, controle, embalagem e rotulagem de medicamento à base de substâncias classificadas como antimicrobianos de uso sob prescrição, isoladas ou em associação. *Diário Oficial da União*, Brasília, 9 de maio de 2011.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Projeto Farmácia Estabelecimento de Saúde*. fasc.II: Medicamentos isentos de prescrição. Brasília: OPAS; Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo (CRF/SP), 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Farmacêuticos. *Formulário Terapêutico Nacional*: Rename. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Resolução RDC n.10, de 2 de janeiro de 2001. Regulamento Técnico para Medicamentos Genéricos. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2001a.

_____. Resolução n.47, de 28 de março de 2001. Dispõe sobre as embalagens de medicamentos genéricos. O uso de faixa amarela para genéricos. *Diário Oficial da União*, Brasília, 5 de abril de 2001b.

_____. Portaria n.344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. *Diário Oficial da União*, Brasília, 19 de maio de 1998a.

_____. Portaria n.3.916, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da União*, Brasília, 10 de novembro de 1998b.

_____. Constituição Federal. *Diário Oficial da União*, Brasília, 5 de setembro de 1988.

_____. Lei n.5.991, de 17 dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 19 de dezembro de 1973.

DALL'AGNOL, R. S. A. *Identificação e quantificação dos problemas relacionados com medicamentos em pacientes que buscam atendimento*

no serviço de emergência do HCPA. Porto Alegre, 2004. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF). 44.ed. Rio de Janeiro: Editora de Publicações Biomédicas (EPUB), 2016.

DUKES, M. N. G.; ARONSON, J. K. *Meyler's Side Effects of Drugs*. 15.ed. Amsterdan: Elsevier, 2006.

FUCHS, F. D.; WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C. *Farmacologia clínica*: fundamentos da terapêutica racional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GILMAN, A. G. et al. *As bases farmacológicas da terapêutica*. 11.ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2010.

HEDENMALM, K.; SPIGSET, O. Agranulocytosis and other Blood Dyscrasias Associated with Dipyrone (Metamizole). *European Journal of Clinical Pharmacology*, n.58, p.265-74, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Contas Nacionais. Conta-Satélite de Saúde Brasil 2005-2007. *Contas Nacionais*, Rio de Janeiro, n.29, 2009.

LACY, C. F.; ARMSTRONG, L. L.; GOLDMAN, M. P. *Drug Information Handbook*. 18.ed. Hudson: Lexi-Comp. & APhA, 2010.

LAGERLOV, P. et al. Severity of Illness and the Use of Paracetamol in Febrile Preschool Children; a Case Simulation Study of Parents Assessments. *Family Practice*, v.23, p.618-23, 2006.

LARSON, A. M. Acetaminophen Hepatotoxicity. *Clinics in Liver Disease*, v.11, n.3, p.525-48, 2007.

LEITE, S. N.; VIEIRA, M.; VEBER, A. P. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, supl.1, p.793-802, 2008.

MARIN, N. et al. *Assistência farmacêutica para gerentes municipais*. 20.ed. Rio de Janeiro: OPAS; OMS, 2003.

MATOS, G. C.; ROZENFELD, S.; BORTOLETTO, M. E. Intoxicações medicamentosas em crianças menores de cinco anos. *Revista*

Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v.2, n.2, p.167-76, 2002.

McEVOY, G. K. *AHFS Drug Information*. Bethesda: ASHP, 2009.

MELLA, E. A. C. et al. Avaliação sobre o conhecimento e utilização dos medicamentos genéricos por acadêmicos de uma instituição de ensino superior. *Infarma*, v.14, n.11-2, p.49-52, 2002.

MONTERA, M. W. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. II Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v.93, n.3, supl.3, p.1-65, 2009.

NASCIMENTO, A. Propaganda de medicamentos: como conciliar uso racional e a permanente necessidade de expandir mercados? *Venâncio/Fiocruz*, v.5, n.2, p.189-215, 2007.

NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (NAF). Escola Nacional de Saúde Pública. Centro Colaborador da OPAS/OMS em Políticas Farmacêuticas. *Fundamentos farmacológicos-clínicos dos medicamentos de uso corrente*. Brasília: OPAS, 2003. [e-book.]

RAMACCIOTTI, A. S.; SOARES, B. G. O.; ATALLAH, A. N. Dipyrone for Acute Primary Headaches. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n.9, 2010.

RANGANATHAN, S. S. et al. Fulminant Hepatic Failure and Paracetamol Overuse with Therapeutic Intent in Febrile Children. *Indian Journal Pediatrics*, v.73, p.871-5, 2006.

RAYMUNDO, M. et al. Triexifenidila: caracterização de seu consumo abusivo por um grupo de usuários na cidade de São Paulo. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v.30, n.6, p.207-17, 2003.

SEBBEN, V. C. et al. Validação de metodologia analítica e estudo de estabilidade para quantificação sérica de paracetamol. *J. Bras. Patol. Med. Lab.*, v.46, n.2, p.143-8, 2010.

SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES TÓXICO-FARMACOLÓGICAS (Sinitox). Casos registrados de intoxicação humana por agente tóxico e trimestre. Brasil, 2010. Disponível em: http://sinitox.icict.fiocruz.br/sites/sinitox.icict.fiocruz.br/files//tab5_brasil_1999.pdf. Acesso em: 19 jul. 2016.

SOUSA, H. W. O.; SILVA, J. L. S.; NETO, M. A importância do profissional farmacêutico no combate à automedicação no Brasil. *Revista Eletrônica de Farmácia*, v.1, p.67-72, 2008.

SWEETMAN, S. (Ed.). *Martindale*: the Complete Drug Reference. 36.ed. London: Pharmaceutical Press; Thomson Micromedex; Greenwood Village, 2007.

TATRO, D. S. *Drug Interaction Facts 2009*: the Authority on Drug Interactions. St. Louis: Facts & Comparisons, 2009.

VILLA, T. C. S. et al. Fatores preditivos aos resultados desfavoráveis no tratamento da tuberculose: revisão integrativa da literatura (2001-2005). *On-line Brazilian Journal of Nursing*, Nursing Science Training for Undergraduates, jan. 2008.

WANNMACHER, L. Paracetamol *versus* dipirona: como mensurar o risco? In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Farmacoterapia baseada em evidências*: temas selecionados, Brasília: OPAS, v.2, n.5, abr. 2005.

WARNWICK, C. Paracetamol and Fever Management. *J. R. Soc. Promot. Health*, v.128, n.6, p.320-3, 2008.

XAVIER, J. Propaganda de remédio faz mal à saúde. *Revista Radis*, n.28, p.14, 2004.

2
Cognição e institucionalização: desafios enfrentados pelo projeto de extensão universitária "Sorriso Solidário"

Lígia Antunes Pereira Pinelli[1]
Andréia Affonso Barretto Montandon[2]
Laiza Maria Grassi Fais[3]
Maiby Cristine Prado[4]

Introdução

O envelhecimento da população mundial, em especial nos países em desenvolvimento, não parece se refletir ainda em condutas

1. Docente da Disciplina de Odontogeriatria e Prótese Fixa Convencional e sobre Implantes da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia, Araraquara. Coordenadora do projeto de extensão "Sorriso Solidário" da mesma faculdade (2015-2017). *e-mail*: ligia@foar.unesp.br.
2. Docente da Disciplina de Odontogeriatria e Clínica Integrada da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia, Araraquara. Coordenadora do projeto de extensão "Sorriso Solidário" da mesma faculdade (2006-2014). *e-mail*: andreiam@foar.unesp.br.
3. Pós-doutoranda em Materiais Odontológicos e Prótese da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia, Araraquara. Colaboradora do projeto de extensão "Sorriso Solidário" da mesma faculdade. *e-mail*: laizamgfais@foar.unesp.br.
4. Graduanda do curso de Odontologia da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia, Araraquara. Bolsista do projeto de extensão "Sorriso Solidário" (2016). *e-mail*: maibycprado@foar.unesp.br.

sociais, políticas públicas, formação e atitudes na área de saúde. Como em quase todo o mundo, no Brasil o processo de envelhecimento tem sido acompanhado de transformações acentuadas nos arranjos familiares. Apesar de o crescimento da população idosa estar sendo acompanhado por uma melhora das condições de saúde e da autonomia desse grupo etário, o número de idosos com fragilidades físicas e/ou mentais tende a aumentar e advém a importante questão de quem cuidará desses idosos: se a família ou uma instituição (IPEA, 2011). Segundo a Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), a Política Nacional do Idoso de 1994 e o Estatuto do Idoso de 2003, a família é a principal responsável pelo cuidado do idoso, porém haverá em função do próprio mercado de trabalho e das taxas de natalidade em um menor número de familiares capazes de acolhê-lo, aumentando a necessidade de instituições de longa permanência. Porém notam-se ainda poucos lugares capazes de acolher adequadamente as demandas e necessidades dessa parcela da população. De 20 milhões de idosos no Brasil, somente 83 mil são institucionalizados; dados do IPEA publicados em 2011 revelaram que mais da metade das instituições brasileiras (65,2%) são filantrópicas, ou seja, que o governo, estados e municípios ajudam insipidamente na sua manutenção.

Um importante problema de saúde pública e causa de desestruturação familiar que leva à institucionalização é o declínio da capacidade cognitiva, o qual pode decorrer de processos fisiológicos do envelhecimento, ou seja, da senescência, ou ainda estar relacionado a um estágio de transição para a demência (Trindade et al., 2013), caracterizando uma alteração decorrente da senilidade.

O enfrentamento desses dois desafios na área de saúde, isto é, das consequências do comprometimento cognitivo e da institucionalização, faz parte dos fundamentos do projeto de extensão universitária "Sorriso Solidário" da Faculdade de Odontologia da Unesp/Araraquara. Proposto há dez anos com o objetivo de fomentar o ensino das bases gerontológicas aplicadas à Odontologia, ou seja, Odontogeriatria, ainda atua com pesquisas envolvendo procedimentos que elevem a qualidade de vida dos idosos

institucionalizados ou não e na compreensão do processo de envelhecimento, contribuindo para o desenvolvimento de políticas e procedimentos de rotinas de cuidados em instituições de longa permanência do município de Araraquara/SP.

Cognição, institucionalização e fatores relacionados

O termo "cognição" é empregado para descrever toda a esfera de funcionamento mental, que implica a habilidade para sentir, pensar, perceber, lembrar, raciocinar, formar estruturas complexas de pensamento, bem como a capacidade de produzir respostas às solicitações e estímulos externos (Vieira, 1996).

As características próprias de cada indivíduo, como idade, nível de escolaridade, interesses, comportamento, saúde, atividade que desenvolve, quantidade de estímulos a que é exposto, além dos aspectos psicoemocionais e socioculturais influenciam sobremaneira as habilidades e a capacidade cognitiva (Vieira; Koening, 2002).

As funções cognitivas, por outro lado, desempenham um papel importante no processo de aprendizagem e na vida das pessoas; o comportamento é decorrente de aprendizagem, da mais elementar à mais complexa, cujo processo prepara o ser humano para a independência no autocuidado, na capacidade de tomar decisões (Souza, 1996) e nas atividades da vida diária (Trindade et al., 2013).

O declínio das funções cognitivas juntamente com os distúrbios comportamentais, que são problemas cuja incidência aumenta com o envelhecimento (Park; O'Connell; Thomson, 2003), influenciam diretamente a decisão familiar de institucionalizar o idoso. O declínio cognitivo está associado a uma maior institucionalização dessa pessoa, mas estudos têm demonstrado que a institucionalização pode favorecer o declínio cognitivo (Quadros Junior et al., 2008).

Em estudo realizado com 46 idosos de duas instituições de longa permanência e sem comprometimento cognitivo observou-se que o

principal motivo para a institucionalização foi de âmbito social, ou seja, a falta de apoio familiar, além do fator econômico. A grande maioria dos idosos (83%) pertencia ao sexo feminino e tomava 5,8 medicamentos por dia em média, principalmente para doenças cardiovasculares, e 65% apresentavam algum grau de depressão (Galhardo; Marios; Takata, 2010). Isto é preocupante, pois se sabe que a cognição pode sofrer influência direta e indireta dos sintomas depressivos (Potter; Steffens, 2007; Trindade et al., 2013) e da prática de atividade física (Colcombe; Kramer, 2003).

A dependência funcional e fragilidade econômica fazem o idoso necessitar estar mais perto dos seus familiares, os quais nem sempre aceitam e estão preparados para a função de cuidador, fazendo que a institucionalização seja procurada para tomar conta do idoso, que deverá adaptar-se à rotina de horários, conviver com desconhecidos e longe da família (Porcu et al., 2002); tal realidade traz a substituição da autonomia por sentimento de perda de individualidade e baixa autoestima.

Outro fator importante recai sobre a disponibilidade de suporte familiar para o idoso, principalmente quando ele é dependente. Tal disponibilidade deverá decair marcadamente em virtude da diminuição do tamanho da família, do aumento do número de pessoas atingindo idades avançadas e da crescente incorporação da mulher, até agora a principal cuidadora, à força de trabalho fora do domicílio (Ramos, 2003), gerando uma maior institucionalização dos idosos.

A depressão é um dos mais comuns e importantes agravos à saúde dessa pessoa, sendo a síndrome psiquiátrica mais prevalente e caracterizada por alteração bioquímica ligada à deficiência metabólica de serotonina, principal neurotransmissor relacionado ao equilíbrio do humor e da sensação de bem-estar do indivíduo (Shmuely et al., 2001). Para Trigo (2001), tal doença apresenta causas multifatoriais, tendo sua origem em fatores endógenos, como os neurobiológicos e genéticos, e fatores exógenos, ou seja, psicossociais. As condições cognitivas podem ainda influenciar sobremaneira a depressão de idosos institucionalizados (Trindade et al., 2013).

Sendo um importante problema de saúde pública, acarreta elevados custos à sociedade e, ao não ser diagnosticada e reconhecida prontamente, constitui-se em importante causa de incapacidade (Canineu, 2007). Adicionalmente, as mudanças de rotina que questionam os valores existenciais, como a perda do cônjuge, a doença, a dependência física e a institucionalização podem ser o ponto de partida para a desestruturação psíquica (Corrêa, 1997) e a depressão, que por sua vez é considerada um fator de risco para o desenvolvimento do declínio cognitivo, particularmente entre idosos institucionalizados (Parmelle et al., 1991).

Outro fator de risco para o declínio cognitivo são as síndromes demenciais. As classificações de doenças CID-10 (WHO, 1992) e DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) indicam que o diagnóstico de demência baseia-se na presença de declínio da memória e de outras funções corticais superiores, como linguagem, apraxia, capacidade de reconhecer e identificar objetos, abstração, organização, capacidade de planejamento e sequenciamento.

Durante o desenvolvimento do projeto "Sorriso Solidário", realizou-se uma pesquisa cujo objetivo foi comparar a capacidade cognitiva de indivíduos acima de 60 anos residentes ou não em instituição de longa permanência a fim de se avaliar o impacto da institucionalização na sua capacidade cognitiva. A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia da Unesp/Araraquara (CAAE 0046.0.199.199-07/0055.0.199.000-11). Para tanto, aplicou-se o miniexame do estado mental (MEEM), proposto inicialmente por Folstein, Folstein e McHugh (1975) e depois adaptado por Bertollucci et al. em 1994, em 67 indivíduos acima de 60 anos. A amostra foi dividida em dois grupos:

1) Idosos residentes no Lar São Francisco de Assis, Araraquara/SP, (grupo I, n = 39); e
2) Idosos não institucionalizados (grupo NI, n = 28).

Como critérios de inclusão, adotaram-se a idade acima de 60 anos e, para o grupo I, serem moradores da referida instituição.

Idosos impossibilitados de responder às questões por causa de doença incapacitante foram excluídos, bem como os não colaborativos. Os que não conseguiram responder ao questionário completamente também foram excluídos.

O indivíduo era levado a um local onde não houvesse interferências externas e as perguntas referentes ao questionário MEEM eram direcionadas de maneira clara e objetiva (Figura 1), a fim de proporcionar um melhor entendimento.

Cada resposta correta equivalia a um ponto. No final, obtivemos um escore total que foi classificado de acordo com a escolaridade do indivíduo (classificação do paciente MEEM × Escolaridade, conforme Bertollucci et al., 1994). A classificação dividiu-se em pacientes analfabetos, com pelo menos quatro anos de educação formal, com quatro a sete anos de escolaridade, com ensino fundamental completo, com ensino médio completo e com ensino superior completo.

A comparação do escore médio entre os dois grupos experimentais foi realizada com o teste de Kruskal-Wallis, enquanto as demais comparações foram feitas por meio do teste de qui-quadrado; o teste de correlação de Spearman foi aplicado para se avaliar a correlação entre a idade e o MEEM.

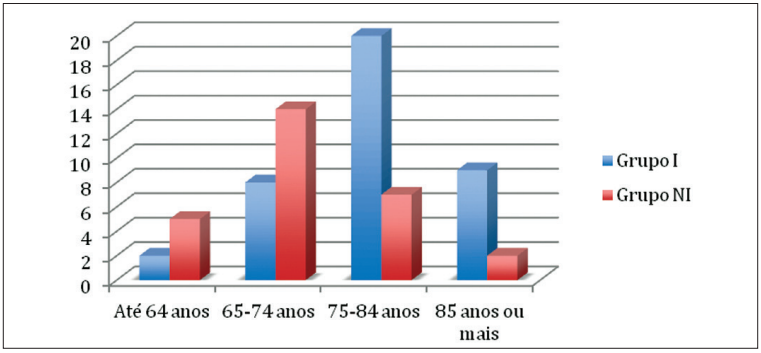

Gráfico 1 – Distribuição dos idosos (I = institucionalizado, NI = não institucionalizado) segundo faixas etárias preconizadas pela OMS

Fonte: Elaboração própria.

QUESTÕES	ESCORE DO PACIENTE
1. Que dia é hoje? (orientação no tempo) ( ) dia da semana ( ) mês ( ) dia do mês ( ) ano ( ) semestre ou hora aproximada	
2. Onde estamos? (orientação espacial) ( ) local ( ) andar ( ) bairro ( ) cidade ( ) país	
3. Repita as palavras (um segundo para dizer cada uma, depois pergunte ao idoso todas as três – peça-lhe para guardá-las, pois serão perguntadas posteriormente): ( ) caneca ( ) tijolo ( ) tapete Se o paciente não conseguiu repetir as três, repita (duas vezes) até que ele aprenda as três. Conte as tentativas e registre.	
4. O(a) Sr(a). faz cálculos? Se a resposta for positiva, pergunte se de 100 reais forem tirados 7, quanto resta? E se tirarmos mais 7, quanto resta? (total de cinco subtrações) ( )93 ( ) 86 ( ) 79 ( ) 72 ( ) 65 Se a resposta for não, peça-lhe para soletrar a palavra MUNDO depois para frente ( )O ( ) D ( ) N ( )U ( )'M	
5. Repita as três palavras que disse agora a pouco: ( ) ( ) ( )	
6. Mostre um relógio de pulso e pergunte: O que é isto? Repita com um lápis. ( ) relógio ( ) lápis	
7. Repita a frase: Nem aqui, nem ali, nem lá. ( )	
8. Siga uma ordem de três estágios: ( ) pegue um papel com a mão direita ( ) dobre-o ao meio ( ) ponha-o no chão	
9. Leia o que está escrito no cartão e execute: ( ) feche os olhos	
10. Escreva uma frase (no verso) ( )	
11. Copie o desenho do cartão (no verso) ( )	
ESCORE TOTAL	
Classificação do Paciente MEEM × Escolaridade	0 – Ausente ( ) 1 – Presente ( )

VALORES NORMAIS DE ACORDO COM OS ANOS DE ESCOLARIDADE DO PACIENTE	
Pacientes analfabetos	14 a 16 em um total de 30
Pelo menos 4 anos de educação formal	16 a 21 em um total de 30
De 4 a 7 anos de escolaridade	20 a 21 em um total de 30
Ensino fundamental completo	21 em um total de 30
Ensino médio completo	22 a 23 em um total de 30
Ensino superior completo	23 a 25 em um total de 30

Figura 1 – Questionário aplicado aos idosos, miniexame do estado mental

Fonte: Folstein; Folstein; McHugh (1975), adaptado por Bertollucci et al. (1994).

Foram avaliados 67 idosos com 60 anos ou mais, sendo 39 (58,20%) institucionalizados (grupo I) e 28 (41,80%) não institucionalizados (grupo NI). A idade média das pessoas estudadas foi de 76,4 anos (± 9,3 anos), sendo 79,6 (± 8,9 anos) para o grupo I e 71,9 (± 8,1 anos) para o grupo NI. O agrupamento em faixas etárias, conforme preconizado pela OMS (Gráfico 1), indica diferença estatisticamente significante entre os grupos I e NI ($x^2 = 12,49$; $p = 0,01$) com maior número de idosos na faixa de 85 anos ou mais para o grupo I.

Com relação à escolaridade (Gráfico 2), variável importante para o cálculo de presença ou ausência de comprometimento cognitivo, não foi identificada diferença estatisticamente significante ($x^2 = 11,07$; $p = 0,05$) entre os grupos avaliados.

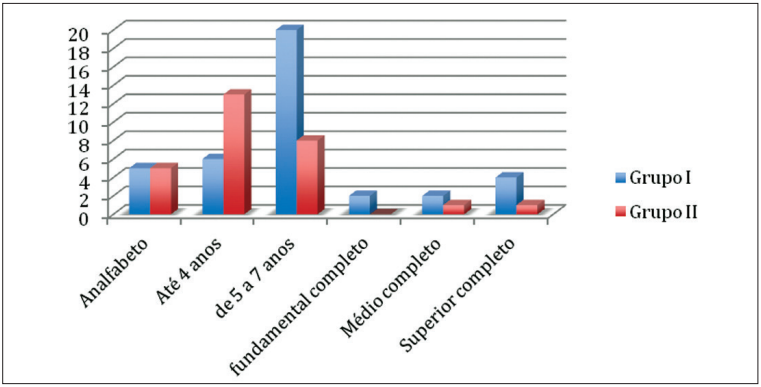

Gráfico 2 – Distribuição dos idosos (I = institucionalizado, NI = não institucionalizado) segundo escolaridade

Fonte: Elaboração própria.

Referente à condição cognitiva, mensurada por meio do MEEM, os idosos do grupo I apresentaram escore total médio igual a 17,67 (± 6,31), enquanto os pacientes do grupo II apresentaram valores superiores (20,71 (± 3,35); H = 6,05; p = 0,01). Os resultados referentes à presença ou ausência de comprometimento cognitivo segundo os escores de escolaridade são exibidos no Quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição referente ao comprometimento cognitivo (MEEM) segundo níveis de escolaridade para os grupos experimentais avaliados

Grupos	*Comprometimento cognitivo*		*Total geral*
	Presente	*Ausente*	
I	22	17	39
NI	2	26	28
Total geral	24	43	67

$x^2 = 17{,}21$; p = 3,3E-05

Fonte: Elaboração própria.

Pode-se observar que o grupo I apresenta maior número de idosos com comprometimento cognitivo (p = 3,3E-05). Ao considerar que a escolaridade não foi estatisticamente diferente entre os grupos (Gráfico 2), sugere-se que a institucionalização e o fato de os indivíduos do grupo I serem mais idosos (Gráfico 1) estejam influenciando a cognição de forma negativa. Para comprovar o efeito da idade sobre os resultados do MEEM, foi realizada a correlação de Spearman, cujos resultados indicaram haver correlação inversamente proporcional entre idade e escore do MEEM apenas para o grupo de idosos institucionalizados (Quadro 2), podendo-se inferir, pela metodologia aplicada, que a institucionalização pode influenciar de forma negativa a capacidade cognitiva dos idosos.

Quadro 2 – Coeficientes de correlação entre MEEM e idade para os grupos experimentais estudados

MEEM vs *Idade*	*Spearman*	*T*	*P*
Grupo I	– 0,3518	– 2,2863	0,028
Grupo NI	– 0,0967	– 0,4955	0,625

Fonte: Elaboração própria.

Cognição e sua importância na capacidade de autocuidado em saúde bucal do idoso institucionalizado

São grandes as dificuldades em se manter um bom padrão de higiene bucal em pacientes demenciados e com comprometimento cognitivo, cuja maior prevalência ocorre em idosos e, até mesmo em pacientes com comprometimento cognitivo mais leve em função de uma menor habilidade em manter esse padrão. A abordagem multidisciplinar é uma realidade necessária para os cuidados em higiene bucal de um paciente com demência, embora possa haver diferenças relacionadas à gravidade do comprometimento cognitivo encontrado (Warren et al., 1997). Adicionalmente, a abordagem de indivíduos com maior risco de demência, como são os idosos, deve incluir sempre a avaliação das funções cognitivas (Trindade et al., 2013).

Doenças, como acidente vascular encefálico, produzem alterações motoras, sensoriais e cognitivas nos pacientes, gerando efeitos deletérios sobre sua saúde bucal e causando problemas bucais motores e sensoriais permanentes, além de dificuldades de alimentação, isolamento social, alterações psicológicas, problemas com adaptação de próteses e higiene deficiente dos dentes e das próteses (Ostuni, 1994). O uso de medicamentos também contribui, por meio de disfunções salivares, tornando tais indivíduos mais suscetíveis a um comprometimento de sua saúde bucal, o que torna a função dos cuidadores essencial nessa tarefa (Henry; Wekstein, 1997).

Se comparados a indivíduos independentes, a maioria dos idosos com 85 anos ou mais e dependentes nas atividades básicas são mais afetados cognitivamente. Nesse grupo, o funcionamento cognitivo pode ser considerado um preditor independente para a dependência nas atividades básicas da vida diária (ABVDs) (Steen et al., 2001).

Para rastreamento das alterações cognitivas pode-se usar o mini-exame do estado mental (Folstein; Folstein; McHugh, 1975), que tem sido amplamente utilizado por profissionais da área da saúde. Esse teste não somente averigua a memória, mas também a falta de orientação têmporo-espacial, a memória recente ou de fixação e de

evocação, o cálculo; além desses aspectos, o teste mede também a habilidade construcional e de linguagem, e avalia a afasia, a agnosia e a apraxia. No Brasil, o MEEM foi traduzido e validado por Bertolucci et al. (1994), que observaram que seu escore sofria influência do nível educacional dos pacientes avaliados, o que levou à proposta de utilização de pontos de corte diferenciados de acordo com o nível de escolaridade, confirmado pelos achados de Almeida (1998). Brucki et al. (2003) propuseram que tal indicador seja utilizado para uniformização de levantamentos cognitivos e maior facilidade de comunicação entre profissionais, pela sua boa aplicabilidade clínica.

Dal Moro (2001) avaliou 52 idosos residentes de uma instituição geriátrica com o objetivo de conhecer o grau de capacidade funcional, destreza manual e cuidado bucal dos idosos. Avaliou a habilidade para realização das atividades diárias básicas, a habilidade e o conhecimento relacionados à higiene bucal, a capacidade cognitiva e a função manual. Alguns idosos que aparentemente mostravam-se independentes para realizar a higiene bucal quanto à função manual não eram necessariamente aptos a deslocar-se com independência ao local da higienização; a limpeza das próteses mostrou associar-se com a capacidade para realização das atividades básicas e o grau de conhecimento em higiene bucal. Adicionalmente, a capacidade cognitiva esteve associada à higiene de próteses e a função manual apresentou associação com higiene bucal de dentes e próteses. Ruiz-Medina et al. (2005) realizaram também um estudo com idosos institucionalizados com o objetivo de explorar a associação entre dependência funcional em manipular instrumentos de autocuidado bucal e a capacidade funcional geral, e observaram forte ligação entre esses parâmetros.

Associado a isso, o declínio da força muscular tem mostrado relação com o declínio cognitivo e com uma maior dependência nas atividades básicas da vida diária, independentemente de outros fatores, como os demográficos e de saúde (Raji et al., 2005). Com isso, reforça-se a ideia de que o idoso institucionalizado deve ser visto como um ser único, com necessidades específicas e sua abordagem deve estar baseada em parâmetros interdisciplinares.

Saúde bucal e sua avaliação no contexto da institucionalização e demência

Os idosos institucionalizados possuem de forma geral pobres condições de saúde bucal, com alta prevalência de lesões, doença periodontal, perda dentária e baixo índice de utilização de próteses (Vigild; Brinck; Christensen, 1993; Wyatt, 2002; Dal Moro, 2001; Ruiz-Medina et al., 2005), e suas condições são piores quando comparadas às dos idosos não institucionalizados (Silva; Valsecki, 2000; Silva; Fernandes, 2001).

O declínio cognitivo também está associado a uma menor frequência de escovação, a um maior depósito de biofilme dental, ao risco de edentulismo (Naurungro et al., 2013), à severidade de cáries (Chen et al., 2013) e à presença de comorbidades (Martín-Garcia et al., 2013). Estudo de Park et al. (2013) demonstrou que o número de dentes perdidos entre adultos acima de 50 anos apresentou correlação com o comprometimento cognitivo detectado no MEEM, mesmo sem histórico de demência.

Uma condição bucal comprometida pode ainda aumentar os riscos sistêmicos, afetando os hábitos alimentares em função da perda dentária e próteses inadequadas, sem que o paciente possa expressar-se quanto ao incômodo e dores, além de levar a efeitos prejudiciais na saúde mental (Shimazaki et al., 2001). Para Ling et al. (2014), os idosos sistemicamente comprometidos e funcionalmente dependentes possuem piores condições de saúde bucal, mesmo se o comprometimento cognitivo não estiver presente. Sabe-se que a saúde bucal exerce grande influência na qualidade de vida dos idosos, mesmo diante de limitações físicas, doenças crônicas e condições mentais não satisfatórias (Locker et al., 2002).

Há diversos fatores que podem sinalizar um maior risco de declínio cognitivo como a periodontite e doenças multifatoriais de caráter crônico e infeccioso (Stewart et al., 2013). Doenças sistêmicas e seus efeitos adversos podem também levar ao aumento da ocorrência de doenças bucais, estabelecendo-se uma complexa relação para a promoção de saúde do idoso, particularmente o idoso

com comprometimento cognitivo severo (Montandon, 2015). Sendo assim, as informações que compõem a avaliação do paciente e a qualidade da comunicação impactam diretamente no processo de comunicação e tomada de decisão, em especial para o paciente idoso, tornando-se um processo ainda mais complexo se ele for portador de demência irreversível, como a doença de Alzheimer (Montandon, 2015), prevalente em instituições de longa permanência.

Nesse sentido, para o conhecimento adequado do paciente idoso, particularmente o institucionalizado, o rastreio cognitivo é fundamental para guiar a conduta de comunicação e a melhor forma de abordagem, pois o profissional deve sempre buscar despertar confiança e tranquilidade para que o paciente sinta-se amparado. Segundo Montandon (2015), a abordagem odontológica do paciente idoso necessita de uma comunicação efetiva, de caráter verbal e não verbal, em ambiente tranquilo, sendo ainda extremamente importante que se evite sua infantilização, que, além de ser inadequada, prejudica a relação profissional-paciente. O profissional deve ainda demonstrar e manter a calma, sorrir e tocar suavemente o paciente, estabelecendo um vínculo de confiança (Montandon; Rosell, 2006).

O conhecimento do nível de dependência em atividades diárias por meio de observação e diálogo com o paciente e a equipe que o assiste também deve ser um objetivo. A avaliação funcional do paciente pode ser realizada com base na combinação de escalas propostas de ABVDs (Katz, 1963), que se referem a funções vitais básicas – como vestir-se, alimentar-se, levantar da cama –, que são as primeiras a serem aprendidas e as últimas a serem perdidas durante o processo de envelhecimento, com a escala de atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) (Lawton; Brody, 1969) – como usar o telefone, utilizar transporte, fazer compras no mercado, preparar refeições, realizar trabalhos domésticos, manejar medicamentos e controlar as finanças –, que são mais complexas e as últimas a ser aprendidas e as primeiras a ser perdidas. O índice de Barthel (Mahoney; Barthel, 1965) combina tais conceitos em uma escala de pontuação variando de 0 a 100.

O *geriatrics depression scale* (GDS) (Yesavage et al., 1983) também deve ser aplicado como medida de rastreio para depressão para complementar as informações. O GDS é dos indicadores mais utilizados para a identificação de sintomas depressivos no idoso, sendo o GDS-15 e GDS-10 versões validadas no Brasil e utilizadas para diagnóstico de episódio depressivo maior segundo os critérios CID-10 e DSM-IV (Almeida; Almeida, 1999).

Assim, após a correta avaliação, inclusive odontológica, o planejamento do tratamento para pacientes clinicamente complexos, como os portadores de xerostomia e demência, envolve uma grande dose de incerteza, que pode ser atenuada pela flexibilidade e boa comunicação com eles e demais partes envolvidas (Oong; An, 2014). Lembrando que planos de tratamento odontológico tecnicamente complexos devem ser evitados para pacientes com comprometimento cognitivo considerável, promovendo dignidade e qualidade de vida, com uma cavidade bucal que possa ser bem higienizada, sem dor e estável (Kocaelli et al., 2002).

Figura 2 – Atenção odontológica em instituição de longa permanência

Fonte: Arquivo pessoal de Andréia Affonso Barretto Montandon. Foto de Lígia Antunes Pereira Pinelli.

Para o idoso institucionalizado comprometido cognitivamente, a abordagem preventiva deve incluir estratégias agressivas para se manter pelo maior tempo possível a função – sempre antevendo o futuro da doença –, com rotinas bem definidas e rigorosamente seguidas para o controle do biofilme dental e dos fatores de risco locais, sistêmicos e comportamentais, o que somente é possível com a participação da família (Montandon, 2015) e da enfermagem, pois, com a evolução dos sintomas demenciais e de comprometimento cognitivo e funcional, o paciente tende a tornar-se totalmente dependente dos cuidados executados na instituição de longa permanência. De qualquer modo, enquanto houver uma chance de ele ser estimulado, deverá ser tratado pelo profissional como parte essencial da comunicação e processo de educação e estímulo (Montandon, 2015).

Há quatro anos instituiu-se no Lar São Francisco de Assis, em Araraquara, como parte do projeto "Sorriso Solidário", um programa de treinamento para cuidadores visando melhorar o entendimento dos mesmos em relação aos cuidados com a saúde bucal dos idosos. Esse projeto começou em função de um grande desafio encontrado pelos profissionais que lá atuavam no que diz respeito à parceria que deve existir entre os idosos e a equipe de profissionais que os assistem. Notou-se através do programa que conhecimentos básicos como retirar as próteses para dormir não eram sequer conhecidos. O programa é composto de palestras aos cuidadores que abordam variados temas ligados à saúde bucal. Os idosos, por sua vez, são frequentemente avaliados quanto aos seus cuidados com a higiene, inclusive com parâmetros clínicos concretos como a mensuração do índice de placa. Notou-se que, fornecendo informações para os cuidadores e motivando-os a dar a atenção necessária à saúde bucal, foi possível tornar o controle de biofilme dos idosos mais efetivo, tanto nos dentes e na língua como nas próteses.

Estímulo cognitivo para idosos institucionalizados

Os idosos, especificamente os institucionalizados, também devem ser alvo de políticas públicas para estimular sua saúde. Os espaços coletivos são sempre uma boa opção para os exercícios físicos e cognitivos, os quais, se estimulados, possuem a capacidade de diminuir a depressão (Del Duca; Silva; Hallal, 2009). Adicionalmente, os idosos institucionalizados também necessitam de estímulos por meio de recreação para melhorar a qualidade de vida, impedindo que as funções cognitivas decaiam em decorrência da institucionalização (Leite; Salvador; Araújo, 2009).

A fim de combater o comprometimento cognitivo relacionado ao envelhecimento fisiológico e patológico e considerando-se o caráter debilitante da demência e a grande importância de abordagens terapêuticas alternativas às farmacológicas têm-se pesquisado diferentes técnicas de estimulação cerebral não invasiva em idosos saudáveis e pacientes com demência (Hsu et al., 2015; Vallence; Goldsworthy, 2014).

Figura 3 – Idoso com demência sendo estimulado

Fonte: Arquivo pessoal e foto de Andréia Affonso Barretto Montandon.

Estudo de Tavares, Schmidt e Witter (2015) demonstrou a efetividade de atividades e programas de estimulação cognitiva na redução de sintomatologia depressiva e melhora nas habilidades cognitivas entre idosos institucionalizados. Seus resultados ainda denotaram a inadequação das instituições no que se refere a atividades que visem à integração dos idosos, que estimulem sua autonomia e promovam condições para a prática de atividades físicas, recreativas e culturais, bem como o desenvolvimento de práticas de promoção, proteção e prevenção à saúde integral do idoso.

Figura 4 – Estímulo à independência de paciente com paralisia em uma das mãos fixando escova para higiene de prótese em pia

Fonte: Arquivo pessoal e foto de Lígia Antunes Pereira Pinelli.

O projeto "Sorriso Solidário", além da contribuição na formação dos profissionais na área, como estudantes de graduação e pós-graduação, formações dos cuidadores, troca de saberes entre equipes multidisciplinares, poder público e administração das instituições, também tem atuado na esfera cognitiva realizando abordagens específicas e participativas em saúde bucal, estimulando funcional e cognitivamente os idosos, mesmo demenciados e com comprometimento funcional. Para o projeto, é importante que o idoso seja participativo ao máximo, mesmo sem grande contribuição no

processo de efetiva limpeza da cavidade bucal. Para isso, órteses, dispositivos coloridos e engrossamento do cabo de escova são utilizados para aproximar o idoso dos cuidados com sua saúde bucal (Figura 3) (Mattos et al., 1998; Pinelli et al., 1998; Montandon; Pinelli; Fais, 2006), e em último caso, como no caso de dependência total, será apenas espectador do processo. Frequentemente, jogos e bingos também são realizados em espaço coletivo nas instituições com o objetivo de integração social, estímulo e formação humanitária dos estudantes.

O conhecimento das especificidades da atenção ao idoso e das formas mais adequadas de abordagem sempre persiste como o objetivo desafiador do projeto "Sorriso Solidário", que busca ainda aproximar o acadêmico dos idosos de nossa comunidade, em especial os institucionalizados, que constituem uma população carente de assistência odontológica, e ao mesmo tempo contribuir para a formação profissional e troca de saberes com idosos, cuidadores e profissionais da área gerontológica.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, O. P. Mini-Mental State Examination and the Diagnosis of Dementia in Brazil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v.56, n.3b, p.605-12, 1998.

_____; ALMEIDA S. A. Short Versions of the Geriatric Depression Scale: a Study of their Validity for the Diagnosis of a Major Depressive Episode According to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, New York, v.14, n.10, p.858-65, 1999.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic Criteria from DSM-IV*. Washington: APA, 1994.

BERTOLLUCCI, P. H. F. et al. The Mini-Mental State Examination in a General Population: Impact of Educational Status. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v.52, n.1, p.1-7, 1994.

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

BRUCKI, S. M. et al. Suggestions for Utilization of the Mini-Mental State Examination in Brazil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v.61, n.3b, p.777-81, 2003.

CANINEU, P. R. Depressão no idoso. In: PAPALÉO NETTO, M. *Tratado de Gerontologia*. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2007. p.293-321.

CHEN, X. et al. Cognitive Impairment, Oral Self-Care Function and Dental Caries Severity in Community-Dwelling Older Adults. *Gerodontology*, Oxford, v.32, n.1, p.53-61, 2013.

COLCOMBE, S. J.; KRAMER, A. F. Fitness Effects on the Cognitive Function of Older Adults: a Meta-Analytic Study. *Psychological Sciences*, Viena, v.14, n.2, p.125-30, 2003.

CORRÊA, A. C. O. Depressão e poliqueixas no idoso. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v.46, n.1, p.13-6, 1997.

DAL MORO, R. *Destreza manual, capacidade funcional, higiene bucal e sua relação com a Odontogeriatria*. Porto Alegre, 2001. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

DEL DUCA, G. F.; SILVA, M. C. da; HALLAL, P. C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.43, n.5, p.796-805, 2009.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; McHUGH, P. R. Mini-Mental State: a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for Clinician. *Journal of Psychiatry Research*, Oxford, v.12, n.3, p.189-98, 1975.

GALHARDO, V. A. C.; MARIOS, M. A. S.; TAKATA, J. P. I. Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v.20, n.1, p.16-21, 2010.

HENRY, R. G.; WEKSTEIN, D. R. Providing Dental Care for Patients Diagnosed with Alzheimer's Disease. *Dental Clinics of North America*, Philadelphia, v.41, n.4, p.915-43, 1997.

HSU, W.-Y. et al. Effects of Non-Invasive Brain Stimulation on Cognitive Function in Healthy Aging and Alzheimer's Disease: a

Systematic Review and Meta-Analysis. *Neurobioly of Aging*, New York, v.36, n.8, p.2348-59, 2015.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Infraestrutura social e urbana no Brasil*: subsídios para uma agenda de pesquisa e formulação de políticas públicas. 2011. Disponível em: https://webmail.foar.unesp.br/horde/imp/view.php?popup_view=1&mailbox=INBOX&index=8794&actionID=view_attach&id=2&mimecache=fc7f6a6ac7fed67eb6ed1170bd60cab3. Acesso em: 10 ago. 2016.

KATZ, S. et al. Studies of Illness in the Aged: the Index of Measure of ADL: a Standardized Measure of Biological and Psycological Function. *JAMA*, Chicago, v.185, p.914-9, 1963.

KOCAELLI, H. et al. Alzheimer's Disease and Dental Management. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics*, St. Louis, v.93, n.5, p.521-54, 2002.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of Older People: Self Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *Gerontologist*, Philadelphia, v.9, p.179-86, 1969.

LEITE, B. L. T.; SALVADOR, D. H. Y.; ARAÚJO, C. L. A. Avaliação cognitiva dos idosos institucionalizados. *Revista Kairós*, São Paulo, v.12, n.1, p.247-56, 2009.

LING, G. Y. et al. Oral Health of Older People Admitted to Hospital for Needs Assessment. *The New Zealand Dental Journal*, Wellington, v.11, n.4, p.131-7, 2014.

LOCKER, D. et al. Oral Health-Related Quality of a Population of Medically Comprised Elderly People. *Community Dental Health*, Hampshire, v.19, n.2, p.90-7, 2002.

MAHONEY, F. I.; BARTHEL, D. W. Functional Evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, Baltimore, v.14, p.61-5, 1965.

MARTANDE, S. S. et al. Periodontal Health Condition in Patients with Alzheimer's Disease. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, Weston, v.29, n.6, p.498-502, 2014.

MARTÍN-GARCIA, S. et al. Comorbity, Health Status, and Quality of Life in Institucionalized Older People with and without

Dementia. *International Psychogeriatrics*, New York, v.25, n.7, p.1077-84, 2013.

MATTOS, M. G. et al. Fabrication of an Acrylic Resin Device Used to Increase the Size of Toothbrush Handles. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, Saint Louis, v.79, n.3, p.361-2, 1998.

MONTANDON, A. A. B. Abordagem do doente de Alzheimer na clínica odontológica. In: TIBÉRIO, D. *Alzheimer na clínica odontológica*. Curitiba: Appris, 2015. p.47-64.

_____; PINELLI, L. A.; FAIS, L. M. Quality of Life and Oral Hygiene in Older People with Manual Functional Limitations. *Journal of Dental Education*, Washington, v.70, n.12, p.1261-2, 2006.

_____; ROSELL, F. L. Odontogeriatria: reaprendendo o atender e o cuidar. In: SÁ, J. L. M.; PANHOCA, I.; PACHECO, J. L. *Na intimidade da velhice*. Holambra: Setembro, 2006. p.111-22.

NAURUNGRO, J. S. et al. Cognitive Decline and Oral Health in Middle-Aged Adults in the ARIC Study. *Journal of Dental Research*, Chicago, v.92, n.9, p.795-801, 2013.

OONG, E. M.; AN, G. K. Treatment Planning Considerations in Older Adults. *Dental Clinics of North America*, Philadelphia, v.58, n.4, p.739-55, 2014.

OSTUNI, E. Stroke and the Dental Patient. *Journal of the American Dental Association*, Chicago, v.125, n.6, p.721-7, 1994.

PARK, H. et al. Tooth Loss May Predict Poor Cognitive Function in Community-Dwelling Adults without Dementia or Stroke: the Present Project. *Journal of Korean Medical Science*, Seoul, v.28, n.10, p.1518-21, 2013.

PARK, H.; O'CONNELL, J.; THOMSON, R. A Systematic Review of Cognitive Decline in the General Elderly Population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Chichester, v.18, n.12, p.1121-34, 2003.

PARMELLE, P. A. et al. Depression and Cognitive Change Among Institutionalized Aged. *Psychology and Aging*, Arlington, v.6, n.4, p.504-11, 1991.

PINELLI, L. A. et al. Maintenance of Prosthetic Treatment in a Geriatric Patient: Case Report. *Brazilian Dental Journal*, Ribeirão Preto, v.9, n.2, p.109-16, 1998.

PORCU, M. et al. Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. *Acta Scientiarium*, Maringá, v.24, n.3, p.713-79, 2002.

POTTER, G. G.; STEFFENS, D. C. Contribution of Depression to Cognitive Impairment and Dementia in Older Adults. *Neurologist*, Hagerstown, v.13, n.3, p.105-17, 2007.

QUADROS JÚNIOR, A. C. et al. Estudo do nível de atividade física, independência funcional e estado cognitivo de idosos institucionalizados: análise por gênero. *Brazilian Journal of Biomotricity*, v.2, n.1, 2008. Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=93020103. Acesso em: 11 ago. 2016.

RAJI, M. A. et al. Cognitive Status, Muscle Strength, and Subsequent Disability in Older Mexican Americans. *Journal of the American Geriatrics Society*, Baltimore, v.53, n.9, p.1462-8, 2005.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.793-7, 2003.

RUIZ-MEDINA, P. et al. Discrimination of Functional Capacity for Oral Hygiene in Elderly Spanish People by the Barthel General Index. *Community Dentistry Oral Epidemiology*, Copenhagen, v.33, n.5, p.363-9, 2005.

SHIMAZAKI, Y. et al. Influence of Dentition Status on Physical Disability, Mental Impairment, and Mortality in Institutionalized Elderly People. *Journal of Dental Research*, Chicago, v.80, n.1, p.340-5, 2001.

SHMUELY, Y. et al. Predictors of Improvement in Health-Related Quality of Life Among Elderly Patients with Depression. *International Psychogeriatrics*, New York, v.1, n.13, p.63-73, 2001.

SILVA, S. R. C.; FERNANDES, R. A. C. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.35, n.4, p.349-55, 2001.

_____; VALSECKI J. R., A. Assessment of Oral Health in an Elderly Brazilian Population. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, v.8, n.4, p.268-71, 2000.

SOUZA, R. Alterações anatômicas do sistema nervoso central associadas ao envelhecimento. In: JACOB FILHO, W.; CARVALHO FILHO, E. T. *Envelhecimento do sistema nervoso e a dor no idoso*: monografias em geriatria. 3.ed. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, 1996.

STEEN, G. et al. Cognitive Function and Functional Ability: a Cross--Sectional and Longitudinal Study at Ages 85 and 95 in a Non--Demented Population. *Aging*, Milano, v.13, n.2, p.68-77, 2001.

STEWART, R. et al. Adverse Oral Health and Cognitive Decline: the Health, Aging and Body Composition Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, New York, v.61, n.2, p.177-84, 2013.

TAVARES, P. N.; SCHMIDT, J. H.; WITTER, C. Efeitos de um programa de intervenção no desempenho cognitivo e sintomatologia depressiva em idosos institucionalizados. *Revista Kairós*, São Paulo, v.18, n.2, p.103-23, 2015.

TRIGO, J. A. L. La depressión en el paciente anciano. *Revista Eletrônica de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v.3, n.2, p.75-9, 2001.

TRINDADE, A. P. N. T. et al. Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, v.26, n.2, p.281-9, 2013.

VALLENCE, A. M.; GOLDSWORTHY, M. R. Can Noninvasive Brain Stimulation Enhance Function in the Ageing Brain? *Journal of Neurophysiology*, Bethesda, v.111, n.1, p.1-3, 2014.

VIEIRA, E. B. *Manual de Gerontologia*: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

_____; KOENING, A. M. Avaliação cognitiva. In: FREITTAS, E. V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.921-8.

VIGILD, M.; BRINCK, J. J.; CHRISTENSEN, J. Oral Health and Treatment Needs among Patients in Psychiatric Institutions for the Elderly. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, Copenhagen, v.21, n.3, p.169-71, 1993.

WARREN, J. L. et al. Oral Health of Persons with and without Dementia Attending a Geriatric Clinic. *SCD Special Care in Dentistry*, Chicago, v.17, n.2, p.47-53, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*: Diagnostic Criteria for Research. Geneva: WHO, 1992.

WYATT, C. C. L. Elderly Canadians Residing in Long-Term Care Hospitals. Part I: Medical and Dental Status. *Journal of Canadian Dental Association*, Ottawa, v.68, n.6, p.353-8, 2002.

YESAVAGE, J. A. et al. Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: a Preliminary Report. *Journal of Psychiatric Research*, Oxford, v.17, p.37-49, 1983.

3
Projeto interdisciplinar: uma proposta diferenciada de estudo e atendimento odontológico a pessoas com deficiência

Rosângela Monteiro Caltabiano[1]
Jairo Lins Brandão[2]
Márcia Francisca Lombo Machado[3]
Marisa Andreata Whitaker[4]

Introdução

Projetos de extensão visam beneficiar tanto a comunidade acadêmica quanto o ambiente social no qual a Universidade se insere e é acolhida realizando o intercâmbio de conhecimentos, reflexões e serviços que revertam na melhoria da qualidade de vida de todos os

---

1. Odontopediatra, servidora técnico-administrativa da Seção Técnica de Saúde (STS), Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Engenharia, Guaratinguetá. *e-mail*: zam@feg.unesp.br.
2. Graduando do curso de Engenharia Elétrica, Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Engenharia, Guaratinguetá. *e-mail*: jlb_@hotmail.com.
3. Mestre em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP), Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH), São Paulo. Coordenadora de projetos no Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares (NEPI) sobre Pessoa com Deficiência, Instituto Lucas Amoroso (ILA). *e-mail*: marciaflm@gmail.com.
4. Professora doutora do Departamento de Física e Química, Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Engenharia, Guaratinguetá. *e-mail*: marisaw@feg.unesp.br.

segmentos da população. A ação extensionista viabiliza um espaço para que a Universidade assuma compromisso com a sociedade e cumpra seu papel no direcionamento de projetos que busquem o enfrentamento de problemas produzidos pela situação de exclusão, mediante a priorização de práticas voltadas ao atendimento de necessidades sociais (Nogueira, 2000; Forproex, 2012).

Considerando, pois, as premissas da Política Nacional de Extensão Universitária (Forproex, 2012), o presente projeto constitui-se de um estudo baseado em proposta diferenciada de adaptação e condicionamento em consultório odontológico, aliado ao atendimento em uma instituição com atuação nas áreas de saúde, educação e promoção social para famílias de pessoas com deficiência física/intelectual/múltipla e autismo na cidade de Guaratinguetá.

Pessoas com deficiência representam 15% da população, constituindo a "maior minoria do mundo", de acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2011). Social e politicamente marginalizados, tais indivíduos compõem o segmento de menor visibilidade dentre os fragilizados nas classes socioeconômicas menos favorecidas: quatro quintos das pessoas com deficiência vivem nos países em desenvolvimento e 82% dessa população situam-se abaixo da linha da pobreza, portanto entre os mais vulneráveis do planeta, segundo documento da Organização Mundial de Saúde e do Banco Mundial (UN/WHO, 2011).

Essa condição de vulnerabilidade social configura, no entanto, um desafio a mais para intervenções na comunidade: superar a concepção assistencialista das ações de extensão que ainda remanescem com perfil caritativo. Nesse sentido, e tendo como base o foco social da ação extensionista, o presente projeto foge do mero auxílio à comunidade em questão e investe na articulação dos diversos segmentos envolvidos – área técnico-administrativa, graduação, docência universitária e comunidade externa – e na interlocução com eles, assumindo a premissa da interdisciplinaridade e consolidando a colaboração e ação conjuntas.

A proposta dá continuidade à parceria entre a Unesp e o Instituto Lucas Amoroso (ILA) que foi iniciada em 2007, no projeto de

extensão "Reações das pessoas com deficiência frente a estímulos dos fenômenos físicos", desenvolvido por docentes do Departamento de Química e Física do câmpus de Guaratinguetá. A partir do projeto, cadastrado em 2009 com aplicação em 2010, a ação envolvendo o público atendido no ILA voltou-se ao diálogo entre saúde e desenvolvimento da aprendizagem. Com base nos conceitos da psicologia interacionista de Vygotsky (1999), foi iniciado um trabalho de atendimento odontológico diferenciado, buscando humanização e equidade para as pessoas com deficiência.

Contexto e caracterização do projeto

Guaratinguetá é um município do Vale do Paraíba, no cone leste paulista, com 112.072 habitantes. Embora seja sede de sua microrregião e um dos polos da Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte, abrigando 22.817 habitantes com pelo menos uma deficiência,[5] a cidade não oferece serviços na rede pública direcionados às necessidades específicas da pessoa com deficiência e de seus familiares (IBGE, 2010).

Dentre as necessidades específicas aqui consideradas estão: a capacitação de profissionais e equipes de apoio, equacionamento das dificuldades de deslocamento enfrentadas para chegar ao atendimento e barreiras de acessibilidade (físicas, de comunicação, burocráticas e atitudinais), as quais mantêm essa faixa de público em desvantagem tanto na busca do atendimento quanto em sua adequação.

Em síntese, o contexto microrregional em que se inserem as ações deste projeto configura-se com grande déficit de profissionais capacitados para a realização de atendimento especializado e com serviços públicos insuficientes para suprir a demanda das pessoas com deficiência.

5. Projeção calculada a partir dos dados da Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência.

O projeto objetiva o trabalho conjunto com a família e os profissionais do ILA, envolvendo educação em saúde bucal e prevenção de problemas, além de serviços curativos, com atendimento diferenciado e mais humanizado. Beneficiando e incluindo essa parcela da população, um objetivo secundário visaria torná-la apta a frequentar o atendimento básico de saúde. Agregando a coleta e sistematização de dados sobre o público atendido, abre-se também a possibilidade de produzir indicadores que venham a servir de subsídio para o delineamento das políticas públicas de que carecem a cidade e sua microrregião.

Ao caracterizar-se pela interdisciplinaridade, a ação amplia os campos do estudo trabalhando diferentes interfaces que convergem para a possibilidade de adaptar e condicionar as pessoas com deficiência em um ambiente odontológico, extremamente rico em estímulos (sobretudo nas relações de causa e efeito), além de ouvir, informar e orientar os cuidadores.

Percurso e metodologia

Para a realização do levantamento, sistematização e análise dos dados, neste estudo foram considerados os atendimentos em consultório odontológico realizados no ILA, de março de 2010 a maio de 2015, que obtiveram apoio da Proex-Unesp com dedicação de quatro horas semanais. Cabe salientar que, no período de março de 2012 a março de 2013, o projeto não foi contemplado, mas os atendimentos continuaram com a mesma profissional, em regime de voluntariado, sendo retomado em 2013.

Em 2015, o projeto recebeu um bolsista de graduação que contribuiu com ferramentas de estatística descritiva para análise quantitativa do trabalho até então realizado, possibilitando determinar o perfil socioeconômico, de diagnóstico e etário dos pacientes atendidos, além de quantificar o tipo de procedimento e número de consultas realizadas.

A participação da dentista/odontopediatra (Proex) nas reuniões do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares (NEPI) sobre Pessoa com Deficiência do Instituto Lucas Amoroso foi fundamental para aliar o trabalho de pesquisa ao de atendimento, e a contribuição de um novo rosto, o do bolsista, nesse meio levantou questionamentos sobre questões organizacionais: a qualidade e eficiência dos processos de arquivamento de fichas e prontuários dos pacientes até então atendidos. As reuniões periódicas da equipe de profissionais que atuam na instituição, com a participação da dentista (Proex), agregaram consistência interdisciplinar ao projeto mediante o (re)discutir a avaliação da evolução clínica e a abordagem/métodos empregados com as pessoas atendidas. Foi deflagrado um novo contexto, possibilitando através dessa troca de experiências entre a Faculdade de Engenharia de Guaratinguetá (FEG)/Unesp e o ILA resultados promissores para o alcance de outro patamar de atitude e de ações.

Os dados dos atendimentos odontológicos foram coletados a partir das agendas, prontuários e fichas clínicas, tendo sido complementados pelos registros da assistente social. Tal complementação é relevante por permitir a obtenção de um perfil socioeconômico e um perfil de diagnóstico do público atendido na instituição, paralelamente ao mapeamento dos procedimentos clínicos realizados e números das adaptações. Com isto, além de investigar os estímulos e condicionamento dos pacientes, torna-se possível auxiliar a avaliação de risco social das famílias e obter prognóstico referente a ações complementares para os casos mais difíceis, em um trabalho que se torna canal para interlocuções de diferentes áreas institucionais e de interesse público a partir dos dados coletados no estudo.

As imagens que ilustram este tópico foram obtidas durante atendimentos realizados em 2015 e não só evidenciam o ambiente humanizado da relação profissional-paciente como detalham a técnica e os estímulos utilizados.

O ambiente odontológico é muito rico em estímulos físicos e sensoriais, como a água e o ar da seringa tríplice (Figura 1), motores de alta e baixa rotação, instrumentais, luzes dos refletores, fotopolimerizador, sugadores, entre outros. Valendo-se de tais estímulos,

o condicionamento permite um atendimento livre de contenções, sedações e anestesia geral.

Contudo, como ocorre com qualquer criança, é necessária a adaptação dos pacientes com deficiência para a realização do atendimento, podendo requerer, para casos específicos, um número maior de consultas, além da utilização de recursos lúdicos, linguagem alternativa de comunicação com a utilização do Picture Exchange Cards System (PECS – Sistema de Comunicação por Troca de Figuras) e adaptações no ambiente odontológico.

Figura 1 – Adaptação à seringa tríplice
Foto: Diego Lombo Machado.

Para a adaptação e o condicionamento dos pacientes no presente Projeto foi aplicada a técnica "dizer-mostrar-fazer" baseada na teoria de aprendizagem preconizada por Addelston em 1959 (Albuquerque et al., 2010, p.112).

Essa técnica de condicionamento consiste em apresentar aos poucos à criança alguns objetos utilizados em consultório odontológico explicando verbalmente, ou por meio de linguagem alternativa, quais são esses instrumentos, qual a função de cada um permitindo o manuseio e a percepção do objeto (Correa, 2002 apud Albuquerque et al., 2010). Tal demonstração é visual, auditiva, tátil

e olfativa, e a técnica não é restrita à criança com deficiência, sendo a mais bem aceita, segundo estudo realizado por Amorin, Brito e Colares (2003) com familiares e responsáveis de pacientes infantis.

Embora seja uma técnica utilizada em odontopediatria, nesse projeto de extensão ela foi aplicada em pacientes de diversas idades, variando entre 2 e 44 anos. Uma vez que o período de realização dos atendimentos cobre o intervalo entre 2010 e 2015, considerou-se a idade do paciente na data da coleta e sistematização dos dados.

A expectativa para a estimulação e o condicionamento ao ambiente odontológico é de que estes sejam realizados em duas consultas: na primeira, o paciente reconhece o consultório, a cadeira, o refletor com o comando da luz de acender e apagar, o ar na mão, no corpo e depois na boca, a água na cuspideira, no copo, na mão e depois na boca, o sugador na mão e depois na boca, o micromotor – inicialmente o som, depois na mão (Figura 2) e próximo do rosto com a taça de borracha e/ou com a escova de Robinson. Posteriormente, há o condicionamento ao micromotor na boca, sem e com rotação, e, por fim, a adaptação à alta rotação – inicialmente na mão, depois na boca sem a colocação da broca e depois, se for necessário, o uso da alta rotação com a broca.

Figura 2 – Adaptação realizada com instrumento de baixa rotação
Foto: Diego Lombo Machado.

Na segunda consulta é solicitada a escova de dentes e a adaptação continua com a orientação da técnica de escovação e uso de fio dental. Recursos lúdicos, como já enfatizado, são importantes no processo adaptativo e grandes aliados à construção de uma atmosfera propícia (Figura 3), na qual o paciente sinta-se confiante e receptivo ao atendimento odontológico.

Considerando a face do projeto que contribui para a educação básica em saúde, foram avaliadas a aceitação da higiene bucal e a forma que os cuidadores realizam esse procedimento, a fim de estabelecer a base da orientação à correta técnica de higiene.

Figura 3 – Objetos e procedimentos da escovação sendo trabalhados ludicamente com o paciente

Foto: Diego Lombo Machado.

Resultados alcançados

Foram atendidas em consulta odontológica pessoas com deficiência física e/ou intelectual e/ou múltipla, bem como pessoas com autismo totalizando 47 pacientes desde agosto de 2010. As características do público atendido entre março de 2010 e maio de 2015 são

apresentadas a seguir, iniciando pela distribuição dos pacientes segundo o perfil diagnóstico e tipo de deficiência.

Observou-se que, em ordem crescente, a predominância dos diagnósticos entre os atendidos no consultório odontológico foi de deficiência intelectual (quatro pacientes), autismo (seis), síndrome de Down (doze) e encefalopatias (dezesseis). Os dados informaram ainda haver pacientes com distrofia muscular (dois) e distúrbio neuropsicomotor (dois) e cinco outras ocorrências diagnósticas com um paciente cada.

Relativamente ao perfil socioeconômico, o grupo foi classificado por renda, adotando-se os critérios da Secretaria de Assuntos Estratégicos (SAE) do governo federal. Os resultados mostraram a predominância do grupo vulnerável distribuída entre os patamares da baixa classe média e da média classe média, havendo onze pacientes com renda *per capita* familiar de até R$ 291,00 por mês, treze de até R$ 441,00 e doze de até R$ 641,00. O total de atendimentos no período foi de 367 consultas. A relação entre o número de pacientes atendidos e as consultas realizadas é apresentada no Gráfico 1.

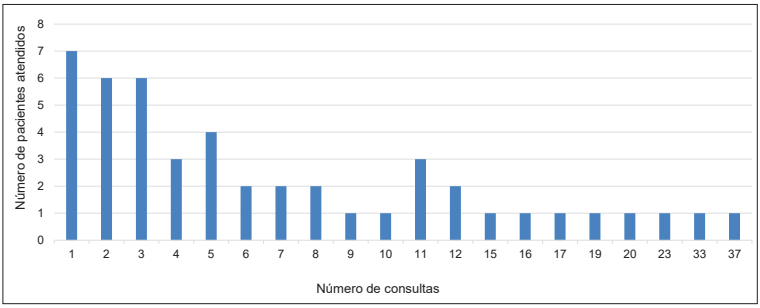

Gráfico 1 – Distribuição do número de atendimentos por paciente entre 2010 e 2015

Fonte: Elaborado por Jairo Lins Brandão.

Em cada atendimento pode ter sido realizado mais de um procedimento. Assim sendo, os procedimentos realizados superaram o número de atendimentos, totalizando 412 no período. No Gráfico 2 pode-se visualizar, além dos percentuais referentes à adaptação dos

pacientes por tipo de diagnóstico, o perfil geral da demanda em saúde bucal do público em estudo.

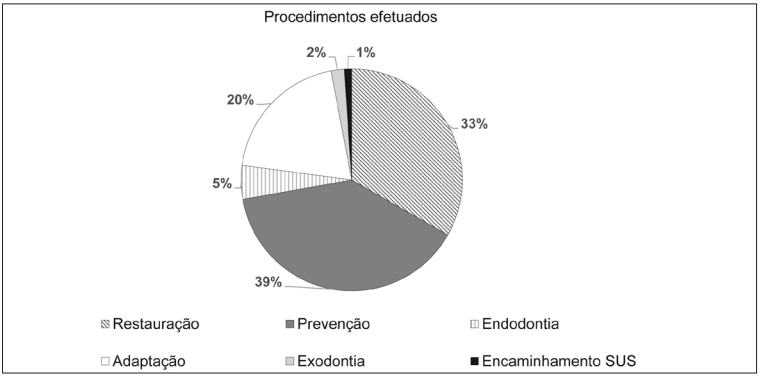

Gráfico 2 – Porcentagem de procedimentos odontológicos realizados nos pacientes adaptados e não adaptados

Fonte: Elaborado por Jairo Lins Brandão.

Quanto ao enfoque deste projeto na adaptação e condicionamento em tratamento odontológico a pessoas com deficiência, merecem destaque os resultados que indicam o número de pacientes em função da quantidade de consultas realizadas para a adaptação aos estímulos com água, ar, micromotor e escovação.

Foram condicionados 32 indivíduos em até duas consultas, o que indica o mesmo padrão para o condicionamento de pacientes sem deficiência. Embora o número de pacientes não adaptados seja bem menor, em torno de um quarto do total, a demanda de consultas para a adaptação é alta nesse grupo.

No período a que se refere este estudo, o número de consultas realizadas em pacientes não adaptados (e que permanecem em processo de adaptação) especificados por diagnóstico indicou que pessoas com autismo demandaram maior quantidade de atendimentos (35 consultas), seguidas por pacientes com deficiência intelectual (17 consultas).

Para melhor visualização dos resultados do projeto na adaptação de pacientes com deficiência, o Gráfico 3 mostra a quantificação

comparativa entre os indivíduos adaptados e não adaptados, distribuídos por tipo de deficiência.

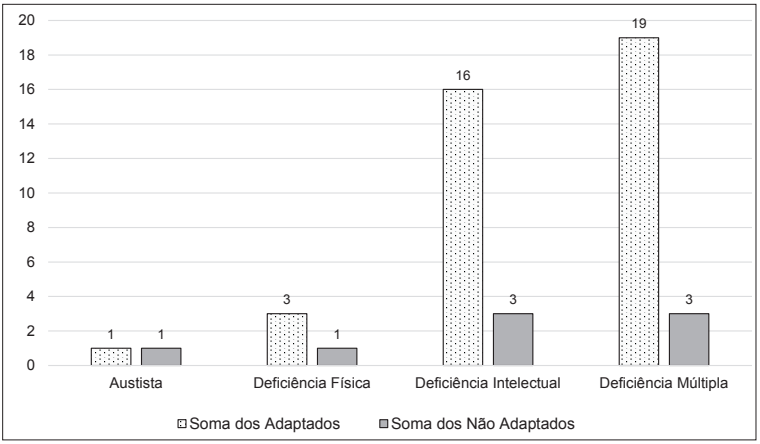

Gráfico 3 – Comparativo dos pacientes adaptados e não adaptados por tipo de deficiência

Fonte: Elaborado por Jairo Lins Brandão.

Discussão dos resultados da pesquisa

A saúde bucal das pessoas com deficiência merece grande atenção. Castro et al. (2010), citado por Josiane B. Gonçalves (2012), afirmam que este é um grupo de maior risco de desenvolvimento de cáries, doenças periodontais e má oclusão. Esse risco aumenta quando não há informação correta em relação à higiene e alimentação.

As necessidades e dificuldades para o atendimento odontológico em pessoas com deficiência são inúmeras, dentre as quais a falta de conhecimento e despreparo do cirurgião dentista, informações inadequadas sobre a condição bucal e a necessidade de tratamento, falta de acesso ao serviço odontológico de saúde e desconhecimento dos cuidadores/responsáveis sobre a importância da saúde bucal, de acordo com Castro et al. (2010 apud Gonçalves, 2012).

Neste estudo foram observados também outros fatores que dificultam a adaptação e o condicionamento: os pacientes que já passaram pelo tratamento odontológico sob contenção apresentam uma resistência maior ao atendimento do que aqueles que estão passando pela primeira vez, indicando ser necessário iniciar o processo de adaptação o mais precocemente possível. Outro fator observado está relacionado ao tipo de deficiência, destacando-se o autismo e a deficiência intelectual como os quadros com maior dificuldade de adaptação e condicionamento devido às barreiras na comunicação.

Para a realização do atendimento odontológico mais humanizado faz-se necessária uma parceria entre familiares e terapeutas/educadores. O conhecimento prévio do comportamento e as orientações dos profissionais sobre como se relacionar com cada paciente são fundamentais. A parceria com os pais e a presença destes durante o atendimento, acompanhando e muitas vezes auxiliando, proporcionam uma tranquilidade ao profissional e ao paciente.

As orientações e demonstrações de como realizar a correta higienização, avaliação das escovas e adaptação de cada paciente à técnica de escovação foram realizadas em sessões intercaladas com a adaptação aos instrumentos. De acordo com a deficiência, foram verificadas limitações de abertura da boca, má oclusão, dificuldade em manter a boca aberta, movimentos involuntários da língua e/ou do corpo. A partir de então, individualmente, foram criadas soluções e adaptações de instrumentos para auxiliar a família nos cuidados com a higiene. Com os pacientes que não apresentaram limitação e que conseguiam realizar a higienização, puderam ser trabalhados a autonomia e o treinamento da mecânica da higiene em seus movimentos básicos, em parceria com as terapeutas. A aceitação da criança para o atendimento odontológico também foi observada, sendo que as crianças adaptadas não resistem ao atendimento, facilitando o tratamento curativo que é realizado sem contenção.

Um aspecto a ser salientado é a adequação da sala e do equipamento odontológico às necessidades do público atendido, com espaço suficiente para a movimentação de cadeiras de rodas, o prolongamento de todas as mangueiras de seringa tríplice, alta e baixa

rotação e sugadores. Com tais modificações os atendimentos podem ser realizados com o paciente na própria cadeira de rodas, se necessário. A confecção de instrumentos adaptados, como espátulas para abertura de boca, também auxilia os atendimentos, proporcionando conforto e segurança.

Em todas as sessões é mantida a rotina de fazer uma breve apresentação dos instrumentos adaptados e apresentar novos elementos seguindo a proposta inicial da estimulação mediante fenômenos físicos.

Após as orientações efetuadas, houve grande melhora em relação aos problemas de gengivite, mau hálito e, com a diminuição da inflamação da gengiva, a manipulação da boca e a aceitação para a higienização foi observada pela dentista e terapeutas e confirmada com os familiares.

Síntese dos resultados

- A técnica "dizer-mostrar-fazer" provou-se adequada para a adaptação odontológica de pessoas com deficiência.
- Todos os pacientes foram atendidos sem contenção e/ou sedativos em sessões para adaptação, realização de tratamentos profiláticos e restauradores.
- Aproximadamente ¾ dos pacientes atendidos necessitaram do mesmo número de sessões preconizado para condicionamento de crianças sem deficiência (duas sessões).
- O autismo e a deficiência intelectual são os quadros que demandam maior número de sessões para a adaptação e o condicionamento.
- Em pacientes que já passaram por atendimento com contenção, a adaptação torna-se mais difícil.
- Após a orientação da correta higienização houve expressiva melhora da saúde bucal, facilitando o manejo dos pacientes por terapeutas, familiares e dentista.

Aspectos conclusivos e perspectivas

O papel da extensão universitária remete a um espaço de reflexões e críticas que necessariamente devem abranger academia e comunidade, conhecimento e experiência, para que os ganhos sejam em benefício de toda a sociedade.

O projeto evidenciou que a realização do atendimento odontológico mais humanizado necessita da participação dos familiares, terapeutas e educadores.

Quanto às especificidades do estudo em andamento, sobre proposta diferenciada de adaptação e condicionamento utilizando a técnica "dizer-mostrar-fazer", sua eficácia em pacientes com deficiência foi positiva, sendo expressivo o número de indivíduos adaptados a partir dos estímulos físicos com ar, água, micromotor e escovação. Além disso, mais da metade dos pacientes se adaptou no mesmo tempo esperado para uma criança sem deficiência: duas consultas.

Cumprindo os objetivos apresentados para o projeto, foram realizados nos pacientes adaptados os tratamentos curativo e preventivo, livres de contenção, sedação e anestesia geral, sendo verificado que os pacientes que já passaram pelo tratamento sob contenção mostram maior resistência ao atendimento, o que reforça a indicação de iniciar o processo de adaptação precocemente. Por outro lado, as pessoas adaptadas não resistem ao atendimento, facilitando o tratamento curativo que é realizado sem contenção e sem estresse familiar. Esses aspectos mostram-se relevantes tanto à continuidade do estudo sobre adaptação de pacientes com deficiência, quanto à divulgação de seus resultados.

O projeto de extensão vem transformando a realidade das famílias atendidas e colaborando com a equipe multidisciplinar no desenvolvimento das atividades realizadas no Instituto Lucas Amoroso. A contribuição à saúde bucal constatada na comunidade pode efetivar resultados ainda mais amplos no município e adjacências se aliada à possibilidade de subsidiar a construção de políticas públicas.

Em síntese, abre-se um caminho em que a exasperação pela situação de exclusão e precariedade social ultrapassa a reflexão e parte para a busca de soluções através da ação extensionista que, por outro lado, agrega o olhar crítico sobre o próprio fazer quando reorganiza critérios, incorpora teorias e coleta, no cotidiano, a matéria-prima do conhecimento.

Referências bibliográficas

ALBUQUERQUE, C. M. et al. Principais técnicas de controle de comportamento em odontopediatria. *Arquivos em Odontologia*, Belo Horizonte, v.45, n.2, p.110-5, 2010.

AMORIM, R. P. B.; BRITO, S. O.; COLARES, V. A concordância dos responsáveis com relação às técnicas de controle do comportamento do paciente infantil. *JBC – Jornal Brasileiro de Clínica Odontológica Integrada*, Curitiba, v.1, n.5, p.427-31, 2003.

FÓRUM DE PRÓ-REITORES DE EXTENSÃO DAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS BRASILEIRAS (Forproex). *Política nacional de extensão universitária*. Manaus, 2012. Disponível em: https://www.ufmg.br/proex/renex/documentos/2012-07-13-Politica-Nacional-de-Extensao.pdf. Acesso em: 5 ago. 2016.

GASPARIN, G. *Veja diferenças que definem classes sociais no Brasil*. Disponível em: http://www.sae.gov.br/imprensa/sae-na-midia/vejadiferencas-entreconceitos-que-definem-classes-sociais-no-Brasil-g1-globo-com-em-20-082013/. Acesso em: 11 ago. 2015.

GONÇALVES, J. B. *Atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais*: uma revisão de literatura. Belo Horizonte, 2012. 23f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Perfil dos municípios brasileiros*. 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/munic_social_2013/ver_tema.php?tema=t9_4&munic=351840&uf=35&nome=Guaratinguet%C3%A1. Acesso em: 13 ago. 2015.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). International Labour Organizaton. *Together for a Better World for All*: Including Persons with Disabilities in Development. 2011. Disponível em: http://www.ilo.org/dyn/media/slideshow.curtainUp?p_lang=en&p_slideshow_id=46. Acesso em: 5 ago. 2015.

NOGUEIRA, M. D. P. (Org.). *Extensão universitária*: diretrizes conceituais e políticas. Pró-Reitoria de Extensão/Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileira, Belo Horizonte, 2000.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Pessoa com Deficiência. *População com deficiência e por deficiências*: censo 2010. Disponível em: http://pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/PcDcenso_2010RegAdministrativas.pdf. Acesso em: 12 ago. 2015.

SECRETARIA DE ASSUNTOS ESTRATÉGICOS. Veja diferenças que definem classes sociais no Brasil. Disponível em: http://www.sae.gov.br/imprensa/sae-na-midia/veja-diferencas-entreconceitos-que-definem-classes-sociais-no-brasil-g1-globo-com-em-20-08-2013/. Acesso em: 11 ago. 2015.

UN WORLD HEALTH ORGANIZATION (UN/WHO). *World Report on Disability.* Malta: WHO, 2011. Disponível em: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/. Acesso em: 1º ago. 2016.

VYGOTSKY, L. *Formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

4
Prevenção de acidentes com crianças: uma campanha educativa nas escolas do ensino fundamental de Botucatu/SP

Pedro Luiz Toledo de Arruda Lourenção[1]
Erika Veruska Paiva Ortolan[2]
Cesar Augusto Caponi[3]
Mayra Lukschal Choaib[4]
Wilson Elias de Oliveira Junior[5]

Apresentação

Apesar dos avanços em várias áreas da saúde da criança, o trauma pediátrico persiste como um grave problema para o sistema

1. Professor assistente doutor do Departamento de Cirurgia e Ortopedia na disciplina de Cirurgia Pediátrica da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu. *e-mail*: lourencao@fmb.unesp.br.
2. Professora adjunta e chefe do Departamento de Cirurgia e Ortopedia da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu. *e-mail*: epaiva@fmb.unesp.br.
3. Graduando do curso de Medicina da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu.
4. Graduanda do curso de Medicina da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu.
5. Mestrando do Programa em Bases Gerais da Cirurgia da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu.

de saúde em todo o mundo. Lesões não intencionais são as maiores causas de morbidade e mortalidade na infância, correspondendo a 25% das causas de morte entre crianças de 5 a 9 anos. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) demonstram que os acidentes na infância são responsáveis por aproximadamente 830 mil mortes por ano (Peden et al., 2008). Acidentes de trânsito e afogamentos são as principais causas, seguidos de queimaduras, quedas e envenenamento (Alonge; Hyder, 2014; Hong et al., 2010).

No Brasil, dados do Ministério da Saúde revelam que, por ano, 4,7 mil crianças morrem e 125 mil são hospitalizadas vítimas de acidentes, evidenciando que este é realmente um problema de saúde pública (Brasil, 2005).

Aproximadamente 90% das lesões não intencionais podem ser evitadas por meio de ações de prevenção. Assim, a prevenção ao trauma deve ser parte fundamental das políticas de atenção integral à saúde da criança. Estudos demonstram que reduções nos índices de acidentes têm ocorrido pela implantação de estratégias educacionais, legislativas e ambientais de prevenção (Ameratunga; Peden, 2007; Chandran et al., 2013).

A despeito desses aspectos, atualmente a prevenção ao trauma não é encarada como prioridade nas políticas de saúde. Dessa forma, existe a necessidade de intervenções mais ativas com o objetivo de prevenir os acidentes na população pediátrica, o que representa, sem dúvida, um terreno fértil para atividades de extensão universitária (Mickalide; Carr, 2012; Wells; Morrongiello; Kane, 2012).

Por tudo isso, decidimos implantar o projeto de extensão universitária "Prevenção de acidentes com crianças através de campanha educativa nas escolas do ensino fundamental da cidade de Botucatu/SP". Esse projeto foi aprovado pela Pró-Reitoria de Extensão Universitária (Proex) e contou com parceria da Secretaria Municipal de Educação de Botucatu. Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (CAAE 35583314.0.0000.5411), o projeto iniciou suas atividades em março de 2014.

O objetivo desse projeto é divulgar e ensinar crianças, seus pais ou responsáveis e educadores sobre como é possível prevenir acidentes comuns no dia a dia. Além disso, o projeto avaliou o resultado dessa ação de prevenção, quantificando o conhecimento adquirido pelos participantes, de modo a relacionarmos as ações na comunidade com a produção de conhecimento científico.

Desenvolvimento do trabalho

O ano de 2014 foi de estruturação do projeto. A partir de março, foram realizadas reuniões semanais com a participação dos dois alunos bolsistas para o levantamento bibliográfico, discussão e elaboração de material didático para apresentação nas atividades educativas nas escolas. Nos primeiros meses, foram realizados levantamentos de dados sobre as principais causas de acidentes com crianças. Assim, foi escolhida como alvo do trabalho a faixa etária dos 10 aos 13 anos, a que apresenta os maiores índices de acidentes na infância. Com base nas principais causas de mortalidade e de hospitalização por trauma nessa idade, foram escolhidos os cinco temas que seriam discutidos nos encontros: acidentes de trânsito, afogamentos, quedas, queimaduras e envenenamento. As pesquisas e estudos seguintes foram voltados para a construção de um projeto que englobasse situações rotineiras na vida da comunidade e formas acessíveis de prevenção, visando a um impacto amplo construído com ações simples e eficazes (Ameratunga; Peden, 2007; Chandran et al., 2013).

As atividades educativas foram planejadas para atingir três públicos diferentes: alunos do 6º ano do ensino fundamental, com faixa etária entre 10 e 13 anos, pais ou responsáveis e educadores (professores e monitores). Essa escolha é justificada pelo fato de a maior parte dos acidentes com crianças acontecer nos lares ou nas escolas, já que, cada vez mais, os programas educacionais vêm exigindo que os alunos passem a maior parte do dia nas escolas.

A elaboração do material didático envolveu o desenvolvimento de um folheto para ser distribuído aos pais e professores e um livreto com atividades interativas para ser entregue às crianças. Além disso, foram elaboradas três apresentações diferentes, com linguagem e conteúdos adaptados especificamente para cada um dos públicos-alvo. As apresentações consistiram de vídeos e seções interativas práticas, e foram realizadas pelos alunos de graduação em Medicina.

Atividades destinadas aos pais e/ou responsáveis

As atividades destinadas aos pais e/ou responsáveis foram voltadas especialmente para as principais causas de acidentes domésticos, situações-problema cotidianas vividas tanto em casa, como em momentos em família fora dela. As apresentações incluíram vídeos que ilustravam eventos cotidianos e seus potenciais riscos, abrindo a discussão para ações simples de prevenção que, se adotadas no dia a dia, podem tornar o ambiente mais seguro e reduzir o número de acidentes na infância. As apresentações para esse grupo foram realizadas nos dias das reuniões bimestrais escolares e os pais e/ou responsáveis foram informados da finalidade do projeto de extensão e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) referente à sua participação e outro referente à participação de seu filho(a).

Atividades destinadas aos professores e monitores

As atividades direcionadas para os professores e monitores, além de abordar os temas cotidianos da vida doméstica, abrangeram cuidados de primeiros socorros relacionados com eventuais acidentes e situações que possam ocorrer no ambiente escolar. Esta foi, na verdade, uma demanda feita pela coordenação das escolas, que nos informou que muitos acidentes acontecem no dia a dia e que pouco se sabe sobre os primeiros cuidados que devem ser tomados ainda

no local do acidente. Essas apresentações utilizaram vídeos para ilustrar as situações de risco e as respectivas medidas de prevenção e algumas manobras de primeiros socorros. Foram ensinadas manobras básicas de ressuscitação cardiopulmonar, cuidados com ferimentos e sangramentos e imobilização de fraturas. Essas atividades foram realizadas durante o horário das reuniões de professores, que ocorriam semanalmente.

Conteúdo informativo destinado a pais e/ou responsáveis, professores e monitores

O folheto consiste de uma breve explicação sobre os temas queimaduras, queda, trânsito, afogamento e intoxicação, principais causadores de acidentes com crianças, seguida de orientações sobre como prevenir esses acidentes.

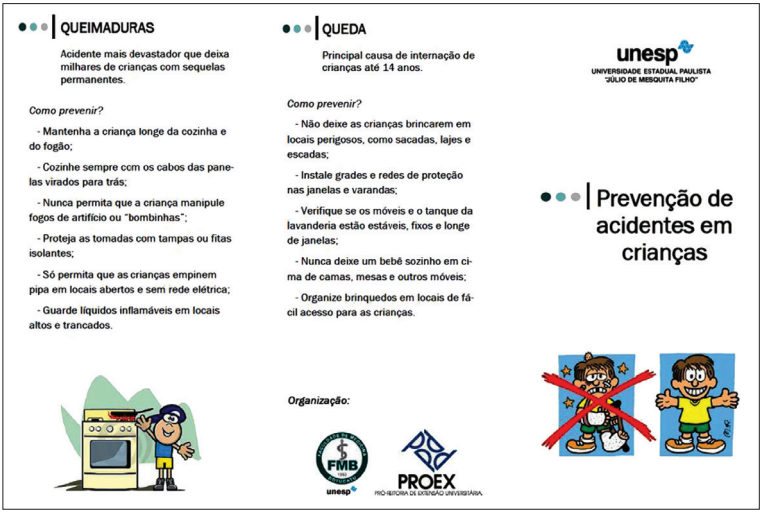

Figura 1 – Parte externa do folheto, com os temas queimaduras e queda e a capa

Fonte: Elaboração própria.

TRÂNSITO

Responsável por 40% das mortes de crianças até 14 anos.

Como prevenir?

- Ensine a criança a olhar para os dois lados da rua, a respeitar sinais de trânsito e a utilizar a faixa de pedestre;
- Não permita que crianças com menos de 10 anos andem sozinhas pela rua;
- Ensine a criança a usar capacete nas brincadeiras com bicicleta, skate e patins;
- Certifique-se de que a brincadeira ocorra em locais seguros;
- Transporte as crianças em bebê-conforto (até 1 ano), cadeirinhas (de 1 a 4 anos) ou em booster (4 a 7 anos). De 7 a 10 anos, a criança deve ir no banco de trás com cinto de segurança.

AFOGAMENTO

Segunda causa de morte de crianças de 1 a 14 anos.

Como prevenir?

- Supervisione de forma ativa e constante as crianças onde houver água;
- Bóia é brinquedo! O ideal é usar sempre o colete salva-vidas;
- Esvazie baldes, banheiras e piscinas infantis depois do uso e guarde-os sempre virados para baixo e longe do alcance das crianças;
- Proteja as piscinas com cercas de mínimo 1,5m e portões com cadeados;
- Evite nadar em locais perigosos, como cachoeiras e quedas d´água;
- Incentive a criança a aprender a nadar.

INTOXICAÇÃO

Quinta causa de hospitalização de crianças de 1 a 4 anos.

Como prevenir?

- Guarde todos os produtos de higiene e limpeza, venenos e medicamentos trancados, fora da vista e do alcance de crianças;
- Mantenha os produtos em suas embalagens originais;
- Remova plantas venenosas que estejam ao redor da casa.

Em caso de ingestão acidental de alguma substância tóxica, ligue:

CEATOX

Centro de Assistência Toxicológica Botucatu

Fone: 3815-3048 ou 3880-0673

Instituto de Biociências–UNESP
Distrito de Rubião Júnior, s/n
18618-970, Botucatu/SP

E-mail: ceatox@ibb.unesp.br

Figura 2 – Parte interna do folheto, com os temas trânsito, afogamento e intoxicação

Fonte: Elaboração própria.

Atividades destinadas às crianças

Nas ações direcionadas às crianças, buscou-se ilustrar os riscos aos quais elas estão sujeitas durante brincadeiras, atividades e situações do dia a dia, com o propósito de apresentar formas mais seguras de realizá-las. Com o intuito de tornar a apresentação mais dinâmica e assim conquistar a atenção, foi elaborado um jogo de perguntas e respostas. As crianças foram divididas em grupos e, após a apresentação de vídeos, responderam a perguntas sobre os riscos e formas de prevenção para aquelas situações. Essas atividades foram realizadas durante o período letivo, nos horários de aula.

Conteúdo informativo destinado às crianças

O folheto consiste de atividades interativas como caça-palavras, palavra secreta e cruzadinha, cujos resultados remetem sempre à

temática de acidentes e de sua prevenção, facilitando a aquisição de conhecimento pela criança ao relacioná-los com jogos.

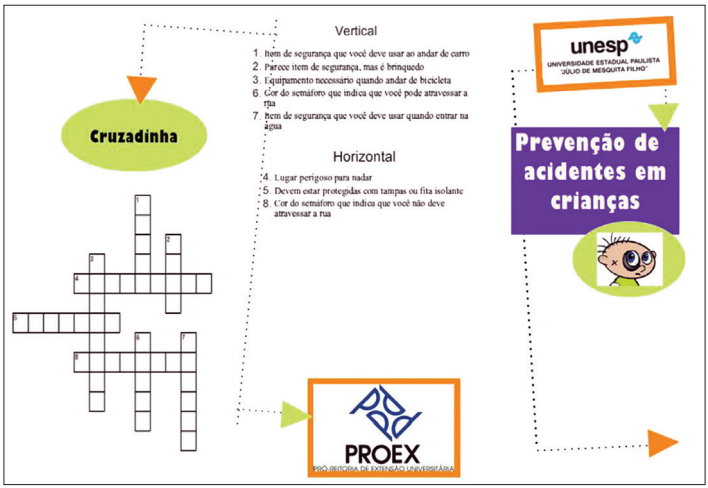

Figura 3 – Parte externa do folheto, com a cruzadinha e a capa

Fonte: Elaboração própria.

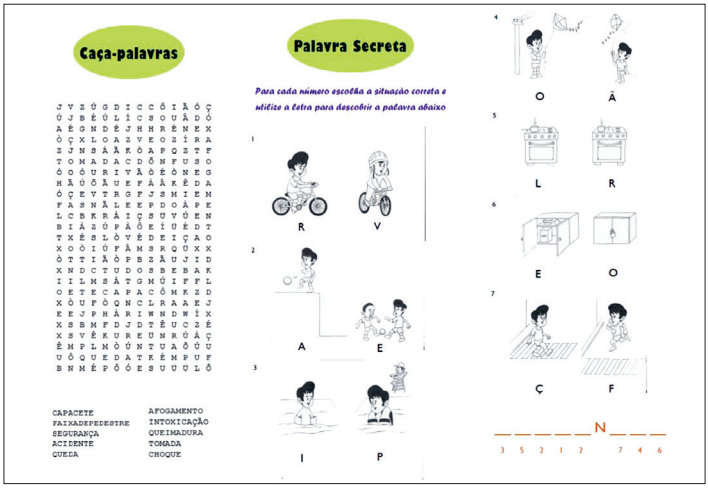

Figura 4 – Parte interna do folheto, com os jogos de caça-palavras e palavra secreta

Fonte: Elaboração própria.

Mensuração do conhecimento

A mensuração do conhecimento adquirido por cada um dos públicos-alvo foi realizada a partir da aplicação de questionários antes e após as atividades educativas. Para isto, foram elaborados questionários específicos para cada um dos três públicos-alvo, com conteúdo e linguagem individualizados. Foi realizada análise estatística pelo teste T de Student, com nível de significância de 5%, com o objetivo de comparar os conhecimentos prévios e adquiridos por cada grupo a respeito de cada um dos temas abordados.

Resultados do projeto

O projeto foi desenvolvido em duas escolas municipais de Botucatu. Participaram da aplicação das atividades educacionais dois alunos de graduação em Medicina, um aluno de pós-graduação e dois professores do curso de Medicina. O público total atingido foi de 158 pessoas, sendo 114 crianças do 6º ano do ensino fundamental, 25 professores ou monitores e 19 pais ou responsáveis.

De modo geral, os três grupos-alvo tiveram participação bastante ativa durante as atividades. Muitas vezes, os pais que participaram muitas vezes tiravam dúvidas e relataram experiências vivenciadas de acidentes envolvendo seus filhos ou conhecidos. Os professores e monitores também esclareceram muitas dúvidas e trocaram experiências sobre acidentes que ocorreram nas escolas nos últimos anos. As discussões se aprofundaram sobre questões envolvendo primeiros socorros e também possíveis formas de prevenção de acidentes nas escolas.

A participação das crianças foi especial. O jogo de perguntas e respostas abordando situações de risco e prevenção de acidentes estimulou muito a discussão e o aprendizado. Chamou a atenção o depoimento de uma aluna que havia perdido seu primo havia pouco tempo, vítima de um choque elétrico, quando empinava pipa próximo à rede elétrica: "ele sabia que era perigoso, mas mesmo assim

achou que não teria problema", disse a menina, afirmando que a prevenção é a principal forma de se evitar grandes acidentes.

Os folhetos informativos foram distribuídos para os pais e professores que participaram das atividades educativas e para aqueles que frequentaram as escolas nos dias das atividades. Os livretos desenvolvidos para as crianças, com atividades interativas abordando a prevenção de acidentes, também foram distribuídos para alunos de outras séries.

Em todas as atividades educativas desenvolvidas foram debatidos os cinco temas propostos. Foram abordados exemplos de acidentes comuns, as atitudes de risco e formas simples de prevenção. Os questionários aplicados antes e após as atividades educativas abordavam esses temas, com perguntas sobre as questões discutidas e exemplificadas nas atividades.

Figura 5 – Atividade expositiva, na qual crianças tentavam adivinhar, baseadas apenas na aparência, as substâncias contidas em cada garrafa. Em ordem, da esquerda para direita: água, etanol, soda cáustica, água sanitária, amaciante de roupas, iogurte de morango e creme hidratante corporal

Fonte: Acervo dos autores.

Os conhecimentos adquiridos foram avaliados através da análise desses questionários. A comparação entre os índices de acertos antes e após a participação nas atividades, para cada um dos públicos-alvo, é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 – Índice de acertos pré e pós-palestra

	Pré-palestra (média ± desvio padrão)	*Pós-palestra (média ± desvio padrão)*	*P (teste T de Student)*
Crianças	7,12 ± 0,80	7,74 ± 0,44	< 0,0001
Pais	6,05 ± 2,09	9,74 ± 0,45	0,3306
Professores	6,16 ± 1,34	8,15± 1,27	0,3299

Fonte: Elaborada pelos autores.

Figura 6 – Atividade expositiva, na qual as crianças tentavam adivinhar, baseadas em seus conhecimentos prévios, as plantas tóxicas. Atrás de cada cartão estavam as informações expostas embaixo da foto

Fonte: Elaboração própria.

Observa-se que houve aumento no índice de acertos após as atividades para os três grupos de participantes: estatisticamente significativo para as crianças (7,12 × 7,74; P < 0,0001), mas com

tendência clara de aumento também para pais e professores. Foi realizada, também, uma análise dos conhecimentos adquiridos por cada grupo, estratificada pelos conteúdos das perguntas dos questionários, compilada nas Tabelas 2, 3 e 4.

Tabela 2 – Comparação entre as médias das respostas corretas dos questionários aplicados aos professores, antes e após as atividades educativas nas escolas, estratificadas por pergunta e tema

	Pré-palestra (n = 25)	*Pós-palestra (n = 20)*	*P (teste T de Student)*
1. Qual a principal causa de morte em crianças de 1 a 14 anos? (GERAL)	24 (96%)	20 (100%)	1,00
2. Qual a melhor maneira de evitar acidentes em crianças? (GERAL)	25 (100%)	20 (100%)	1,00
3. De acordo com as leis de trânsito, com quantos anos uma criança pode sentar no banco da frente de um carro usando o cinto de segurança de 3 (três) pontas? (TRÂNSITO)	17 (68%)	17 (85%)	0,3323
4. Em qual destas situações de trânsito ocorrem mais mortes de crianças? (TRÂNSITO)	3 (12%)	7 (35%)	0,1380
5. Qual dessas ações NÃO previne afogamentos? (AFOGAMENTO)	5 (20%)	18 (90%)	< 0,0001
6. Qual a principal causa de queimaduras em crianças de 0 a 14 anos? (QUEIMADURA)	3 (12%)	14 (70%)	0,0002348
7. Qual dessas ações melhor contribui para prevenção de quedas em crianças? (QUEDAS)	21 (84%)	18 (90%)	0,8830
8. Qual a melhor maneira de prevenir a ingestão de produtos químicos pelas crianças? (INTOXICAÇÃO)	24 (96%)	20 (100%)	1,00

	Pré-palestra (n = 25)	*Pós-palestra (n = 20)*	*P (teste T de Student)*
9. Qual o acessório de segurança mais importante para andar de bicicleta? (TRÂNSITO)	23 (92%)	20 (100%)	0,5713
10. Qual o principal tipo de causa de morte por acidentes em crianças de 1 a 14 anos no Brasil? (TRÂNSITO)	9 (36%)	9 (45%)	0,7595

Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 3 – Comparação entre as médias das respostas corretas dos questionários aplicados aos pais, antes e após as atividades educativas nas escolas, estratificada por pergunta e tema

	Pré-palestra (n = 19)	*Pós-palestra (n = 19)*	*P (teste T de Student)*
1. Qual a principal causa de morte em crianças de 1 a 14 anos? (GERAL)	18 (94,74%)	19 (100%)	1,00
2. Qual a melhor maneira de evitar acidentes em crianças? (GERAL)	19 (100%)	19 (100%)	1,00
3. De acordo com as leis de trânsito, com quantos anos uma criança pode sentar no banco da frente de um carro usando o cinto de segurança de 3 (três) pontas? (TRÂNSITO)	11 (57,89%)	19 (100%)	0,005347
4. Em qual destas situações de trânsito ocorrem mais mortes de crianças? (TRÂNSITO)	9 (47,37%)	19 (100%)	0,0009146
5. Qual dessas ações NÃO previne afogamentos? (AFOGAMENTO)	6 (31,58%)	18 (94,74%)	0,0002162
6. Qual a principal causa de queimaduras em crianças de 0 a 14 anos? (QUEIMADURA)	2 (10,53%)	18 (94,74%)	< 0,0001

	Pré-palestra (n = 19)	*Pós-palestra (n = 19)*	*P (teste T de Student)*
7. Qual dessas ações melhor contribui para prevenção de quedas em crianças? (QUEDAS)	8 (42,11%)	19 (100%)	0,0003476
8. Qual a melhor maneira de prevenir a ingestão de produtos químicos pelas crianças? (INTOXICAÇÃO)	16 (84,21%)	19 (100%)	0,2289
9. Qual o acessório de segurança mais importante para andar de bicicleta? (TRÂNSITO)	17 (89,47%)	19 (100%)	0,4675
10. Qual o principal tipo de causa de morte por acidentes em crianças de 1 a 14 anos no Brasil? (TRÂNSITO)	9 (47,37%)	16 (84,21%)	0,04020

Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 4 – Comparação entre as médias das respostas corretas dos questionários aplicados às crianças, antes e após as atividades educativas nas escolas, estratificada por pergunta e tema

	Pré-palestra (n = 114)	*Pós-palestra (n = 114)*	*P (teste T de Student)*
1. Quais desses cuidados devemos ter na cozinha, enquanto alguém prepara a comida? (QUEIMADURA)	89 (78,07%)	114 (100%)	< 0,0001
2. Muitos brinquedos ficam em lugares altos. Para conseguir alcançar objetos em locais altos, o que deve se fazer? (QUEDA)	114 (100%)	114 (100%)	1,0
3. Os produtos de limpeza são bons para deixar a casa cheirosa e sem sujeira, mas causam envenenamento. Onde eles devem ficar guardados corretamente? (INTOXICAÇÃO)	74 (64,91%)	94 (82,46%)	0,004270

	Pré-palestra (n = 114)	*Pós-palestra (n = 114)*	*P (teste T de Student)*
4. Em dias quentes, todos querem se refrescar. Como podemos nadar em piscinas e praias com segurança? (AFOGAMENTO)	94 (82,46%)	114 (100%)	< 0,0001
5. A eletricidade é muito importante para a sociedade moderna. Quais são dois cuidados que devemos ter ao lidar com a rede elétrica? (QUEIMADURA)	114 (100%)	114 (100%)	1,0
6. Muitos acidentes de trânsito ocorrem por falta de cuidados dos motoristas e dos pedestres. Quais são três cuidados que devemos ter no trânsito? (TRÂNSITO)	114 (100%)	114 (100%)	1,0
7. Na natureza, existem muitos animais bonitos. Entretanto, alguns são venenosos. Quais cuidados devemos ter com animais venenosos? (INTOXICAÇÃO)	99 (86,84%)	104 (91,23%)	0,3965
8. Como uma criança menor de 10 anos pode ser transportada com segurança dentro de um automóvel? (TRÂNSITO)	114 (100%)	114 (100%)	1,0

Fonte: Elaborada pelos autores.

Observa-se que houve aumento estatisticamente significativo nas porcentagens de acertos nas respostas dos professores relativas a afogamento e queimadura; para trânsito, afogamento, queimaduras e quedas dos pais, e das crianças para queimaduras, intoxicação e afogamento. O maior número de temas com aumento significativo ocorreu nos questionários aplicados aos pais, indicando que este foi um grupo muito beneficiado pelas atividades desenvolvidas. Além disso, nota-se que os temas afogamento e queimaduras apresentaram aumento significativo de conhecimento em todos os grupos estudados, indicando que esses assuntos merecem atenção especial nas

atividades de prevenção, já que os conhecimentos prévios da população sobre eles é muito baixo.

Por tudo isso, é possível observar que o grupo mais deficitário de conhecimentos prévios foi o de pais. Por outro lado, as crianças detinham os maiores conhecimentos prévios, o que permite inferir que não há uma propagação para suas casas dos conhecimentos que adquirem nas escolas. Devido a isso e ao fato de os pais não estarem mais inseridos no ambiente escolar, mostrou-se incontestável a importância de campanhas educativas que abordem de forma individualizada esse grupo. Os pais possuem um grande potencial transformador, já que a educação é um processo conjunto da escola e dos pais, e pais bem instruídos construirão lares seguros e educarão crianças conscientes.

A estruturação das atividades para as crianças demonstrou que é possível ensinar e educar por meio de brincadeiras e jogos. A dinâmica foi de suma importância para ganhar a atenção dos alunos bem como estimular a discussão desses temas ao expor situações cotidianas em que eles se colocam em riscos. Assim, foi possível atingir o propósito do projeto, que era ensiná-los a identificar e evitar situações de risco, bem como adotar alguns cuidados simples para se proteger e a importância dos equipamentos de proteção.

As apresentações para os professores contemplaram os temas de prevenção de acidentes e de primeiros socorros. A discussão com esse grupo é de grande relevância, pois os professores são transformadores e criadores de conhecimento, e expor essa necessidade de se conscientizarem pode inspirá-los e estimulá-los a desenvolver atividades e exercícios em sala de aula que também abordem esse assunto. Em relação aos primeiros socorros, os professores mostraram grande interesse pelo tema, evidenciando uma demanda que pode ser abordada separadamente em outras campanhas. A prevenção sempre será o melhor tratamento para o trauma infantil, mas cuidados iniciais corretos após um acidente interferem diretamente em um bom prognóstico.

Com relação às dificuldades enfrentadas, o nosso maior desafio foi, sem dúvida, estimular a participação dos pais. Foram várias as

tentativas realizadas para conseguir um público maior de pais e/ou responsáveis: distribuição de cartazes de convite em lugares públicos próximos as escolas, envio de bilhetes assinados também pelas diretoras convidando para as atividades e realização das atividades nos mesmos dias das reuniões de pais. Apesar disso, conseguimos a participação de apenas dezenove pais, que, entretanto, participaram das atividades de forma bastante ativa e construtiva.

Conclusão

Apesar de o trauma pediátrico ser um grande problema de saúde pública, há uma deficiência de campanhas e atividades educativas que trabalhem esse tema com a comunidade. A aplicação do projeto de extensão e a análise dos seus resultados permitiram uma avaliação muito positiva quanto à sua efetividade e importância. A atividade de extensão proporcionou não só a propagação extramuros dos conhecimentos adquiridos na Universidade, mas, principalmente, permitiu a aproximação dos alunos de graduação com a população e a permuta das experiências pessoais e conhecimentos populares dos participantes com os conhecimentos universitários dos alunos, o que evidenciou a riqueza desse contato, bem como a sua grande relevância. A educação universitária usada em prol e pelo bem-estar da população, além de promover o exercício da cidadania, estimula e inspira os alunos, pois torna palpável o papel transformador da educação e demonstra como os conhecimentos adquiridos na Universidade podem ser colocados em prática e trazer benefícios reais à comunidade.

O ano de 2014 permitiu a estruturação completa do projeto que hoje se encontra pronto para ser aplicado em outras escolas e estendido a outros públicos. Os resultados colhidos provaram a necessidade e efetividade de projetos como esse, bem como o grande impacto e transformação a curto prazo. A demanda ainda é grande, pois há muitas outras escolas e públicos que não foram contemplados nesse projeto e a prevenção é um exercício de conscientização contínuo e

universal. Desse modo, é de suma importância a continuidade e expansão dessa atividade de prevenção, visto que os principais resultados serão colhidos a longo prazo e serão evidenciados por uma redução do número de acidentes na infância. O resultado final desse projeto talvez não possa ser mensurado, já que consiste na possibilidade de algum acidente ter sido evitado por uma das atitudes de prevenção ensinadas.

Agradecimentos

Agradecemos à Secretaria Municipal de Educação de Botucatu pelo apoio e parceria no desenvolvimento do projeto.

Referências bibliográficas

ALONGE, O.; HYDER, A. A. Reducing the Global Burden of Childhood Unintentional Injuries. *Arch. Dis. Child.*, v.99, n.1, p.62-9, jan. 2014.

AMERATUNGA, S. N.; PEDEN, M. World Report on Child Injury Prevention: a Wake-Up Call. *Injury*, v.40, n.5, p.469-70, maio 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CHANDRAN, A. et al. Disseminating Childhood Home Injury Risk Reduction Information in Pakistan: Results from a Community--Based Pilot Study. Int. J. Environ. *Res. Public Health*, v.10, n.5, p.1113-24, mar. 2013.

HEATON, K. Using Theory to Guide Injury Prevention Activities. *J. Emerg. Nurs.*, v.37, n.3, p.278-9, maio 2011.

HONG, J. et al. Parental Socioeconomic Status and Unintentional Injury Deaths in Early Childhood: Consideration of Injury Mechanisms, Age at Death, and Gender. *Accid. Anal. Prev.*, v.42, n.1, p.313-9, jan. 2010.

MICKALIDE, A.; CARR, K. Safe Kids Worldwide: Preventing Unintentional Childhood Injuries Across the Globe. *Pediatr. Clin. North Am.*, v.59, n.6, p.1367-80, dez. 2012.

MYTTON, J. et al. Unintentional Injuries in School-Aged Children and Adolescents: Lessons from a Systematicre View of Cohort Studies. *Inj. Prev.*, v.15, n.2, p.111-24, abr. 2009.

PEDEN, M. et al. *World Report on Child Injury Prevention*. Genebra: Organização Mundial de Saúde; Unicef, 2008. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/en. Acesso em: 20 mar. 2015.

ROBERTS, Y. H. et al. Health, Emergency Department Use, and Early Identification of Young Children Exposed to Trauma. *J. Emerg. Med.*, v.46, n.5, p.719-24, maio 2014.

SCHWEBEL, D. C. et al. The Association of Activity Level, Parent Mental Distress, and Parental Involvement and Monitoring with Unintentional Injury Risk in Fifth Graders. *Accid. Anal. Prev.*, v.43, n.3, p.848-52, maio 2011.

WELLS, M.; MORRONGIELLO, B. A.; KANE, A. Unintentional Injury Risk in School-Age Children: Examining Interrelations Between Parent and Child Factors. *Journal of Applied Developmental Psychology*, v.33, n.4, p.189-96, jul. 2012.

5
Ações educativas com escolares da educação infantil sobre prevenção de queimaduras acidentais[1]

Sandra Regina Gimeniz-Paschoal[2]
Flávia Arantes Táparo[3]

Introdução

A definição de acidentes vem passando por uma série de mudanças em relação à compreensão sobre as causas de sua ocorrência. Culturalmente, os acidentes eram identificados como situações indesejadas pelos indivíduos, porém inevitáveis. Dificilmente eram vistos como uma ocorrência que poderia ter sido evitada pela ação de alguém (Souza; Barroso, 1999).

O Ministério da Saúde indica que anteriormente se associava o acidente a evento fortuito, independente da vontade e provocado por uma força externa (Brasil, 2005).

---

1. Auxílios: Pró-Reitoria de Extensão Universitária (Proex), Pró-Reitoria de Graduação (Prograd) – Programa Núcleos de Ensino e Fundo de Auxílio à Pesquisa da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Filosofia e Ciências, Marília; CNPq.
2. Curso de Fonoaudiologia e de pós-graduação em Educação da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Filosofia e Ciências, Marília. *e-mail*: sandragp@marilia.unesp.br.
3. Curso de pós-graduação em Educação da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Filosofia e Ciências, Marília. *e-mail*: flavia-arantes@hotmail.com.

Segundo Acker e Cartana (2009, p.65), "possivelmente ainda temos, no mundo, indicadores elevados de acidentes domiciliares infantis porque o acidente ainda é interpretado como obra do destino ou do acaso, ou ainda como algo comum nesta faixa etária".

Atualmente, os acidentes passaram a ser considerados como causas externas de danos à saúde e de morte de crianças.

O Ministério da Saúde define causas externas como "conjunto de agravos à saúde que provocam algum tipo de lesão, seja física, mental ou psicológica, podendo ou não levar a óbito" (Brasil, 2012, p.253). Por sua vez, define acidentes como "evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e de lazer" (Brasil, 2005, p.8). Com essa definição mais atualizada, é possível perceber a importância de medidas de prevenção dos acidentes, o que justifica o investimento nessa esfera pelos órgãos públicos.

Segundo Souza e Barroso (1999), entender a importância da realidade dos acidentes infantis auxilia no estabelecimento de atividades para a sua prevenção.

O foco no investimento em medidas preventivas de acidentes na infância justifica-se pelo fato de que se trata de um período em que as crianças buscam explorar o ambiente à sua volta e investigar os objetos que as rodeiam, além de que a falta de conhecimento não lhes permite identificar adequadamente as situações de risco e os fatores de proteção, o que, consequentemente, as coloca em situação de vulnerabilidade (Maciel, 1990).

Ao longo do desenvolvimento da criança, cabe aos responsáveis oferecer-lhe um ambiente adequado e voltado para a prevenção, onde as descobertas sejam prazerosas e seguras (Souza; Barroso, 1999).

O investimento em medidas preventivas também foi ratificado por Martins (2006), em estudo em que realizou revisão bibliográfica sobre a ocorrência de acidentes com crianças e adolescentes.

> A literatura aponta para a abrangência e magnitude dos acidentes infantis, havendo necessidade de ações preventivas junto aos

> profissionais de saúde, criança, família, comunidade e sociedade em geral, no sentido de alertar para os riscos e para a necessidade de adotar comportamentos seguros em relação ao ambiente doméstico e à fase de desenvolvimento da criança. Pode-se compreender que a prevenção é o caminho mais eficaz para reduzir os altos índices de acidente na infância. Para tanto, é preciso que se desenvolva programas educacionais desde a pré-escola e junto à comunidade, além do cumprimento de normas e medidas de proteção junto à indústria farmacêutica e engenharia civil. (Martins, 2006, p.347)

Segundo o Ministério da Saúde, a cada ano as causas externas causam mundialmente lesões que são responsáveis pela morte de mais de cinco milhões de pessoas. Em nosso país, a taxa de mortalidade por causas externas variou de 69,3 óbitos por 100 mil habitantes em 2001 a 75,1 óbitos por 100 mil habitantes em 2010 (Brasil, 2012). Segundo Martins, em 2006, o Brasil estava, junto com Estados Unidos, Portugal, México e Coreia, entre os países com taxas mais altas de óbitos por acidentes com menores de 15 anos (Martins, 2006).

A literatura aponta a queda como o acidente que ocorre com maior frequência (Del Ciampo; Ricco; Muccillo, 1997; Filócomo et al., 2002; Brasil, 2013). Gomes et al. (2013) citam, além de quedas, contusões, cortes, queimaduras, escoriações, esmagamentos, mordeduras e perfurações como os acidentes que mais ocorrem com as crianças, dando destaque para os acidentes do tipo queimaduras.

A queimadura é um dos maiores causadores de acidentes infantis no Brasil. Está entre os tipos que causam as lesões mais devastadoras no corpo humano e é comum que aconteçam no ambiente doméstico (Cruz; Cordovil; Batista, 2012).

O Ministério da Saúde, sinalizando, dentre outros aspectos, a necessidade de integração dos profissionais das áreas da saúde e da educação, bem como o envolvimento das universidades, no sentido de modificar o quadro de grande magnitude dos acidentes, criou, em parceria com o Ministério da Educação, em 2001, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências,

conclamando toda a sociedade para o desenvolvimento das diretrizes apontadas na política (Brasil, 2005).

Para Acker e Cartana (2009, p.65):

> Compartilhar saberes com famílias e profissionais da saúde permite ir além da identificação das responsabilidades pelo acidente, busca-se incorporar formas educativas em saúde, sensatas e participativas e não coercivas ou punitivas. Desta forma, o pensar e o fazer prevenção de acidentes domésticos com foco centrado na família é uma prática educativa, e ao mesmo tempo, uma prática de cuidado transformadora em saúde.

A consonância entre as indicações dos ministérios da Saúde e da Educação em torno da temática da prevenção de acidentes e violência nas escolas, do envolvimento da comunidade e do fortalecimento da integração entre as redes públicas de saúde e de educação está na base do Programa Saúde na Escola (PSE), uma política interministerial instituída em 2007, por decreto presidencial, que inclui, entre os temas a serem trabalhados nas escolas, a redução da morbimortalidade por acidentes e violência (Brasil, 2007).

Em relação aos locais onde poderiam ser realizadas ações preventivas, o Ministério da Saúde destaca as escolas. Também indica que o período em que a criança e o adolescente passam nesses locais constitui oportunidade importante para "se trabalhar saúde na perspectiva de sua promoção, desenvolvendo ações para a prevenção de doenças e para o fortalecimento dos fatores de proteção" (Brasil, 2002, p.533).

Assim, investir em prevenção de acidentes infantis no meio escolar se faz duplamente importante. Primeiro porque, segundo os Parâmetros Curriculares Nacionais para a Educação Fundamental, a escola é local propício para ensinar o aluno a cuidar de seu corpo, adotar hábitos saudáveis para a qualidade de vida e agir de forma responsável com a saúde de forma individual e coletiva (Brasil, 1997). Em segundo lugar, a utilização da escola como meio de divulgação de informações sobre prevenção de acidentes

se justifica pelo fato de ela abarcar grande parte dos acidentes ocorridos com crianças.

Segundo Sena, Ricas e Viana (2008), 10% a 25% dos acidentes com crianças em idade escolar ocorrem na escola ou em seu entorno. No Brasil, a porcentagem é de 6% a 13%.

Salminen et al. observaram, em estudo realizado em 2013, que o ambiente físico da escola contribuiu para a ocorrência de mais de um terço dos acidentes por eles identificados. Os autores reforçaram que o tema "segurança escolar" se torna muito relevante para a saúde pública, devido ao fato de as crianças passarem consideráveis horas de vigília na escola e que deve ser dada atenção para o ambiente, para os comportamentos, normas, legislação e políticas, a fim de garantir seu direito a um ambiente escolar seguro.

A criança, quando inserida na educação infantil, se relaciona com situações distintas daquelas a que está habituada. Portanto, a organização do ambiente oferecido a ela deve ser adequada às características das situações que vive e pode vivenciar.

Lordelo (2002) concorda com os autores anteriores afirmando que, nessas instituições, é essencial que se considere as condições do local, o conjunto de atividades, a rotina, os recursos materiais e de pessoal, as interações e o programa adotado pela instituição para cada faixa etária.

A educação infantil, primeira etapa da educação básica, é oferecida em creches ou entidades equivalentes para crianças de até 3 anos de idade e em pré-escolas para crianças de 4 a 5 anos. A creche, a pré-escola e os centros de educação infantil são instituições educativas destinadas a promover o desenvolvimento integral (físico, psicológico, intelectual e social) das crianças de até 5 anos de idade. São espaços de formação também para os integrantes da equipe responsável e para as famílias (Brasil, 2009).

> A atenção à saúde das crianças é um aspecto muito importante do trabalho em instituições de educação infantil. As práticas cotidianas precisam assegurar a prevenção de acidentes, os cuidados com a higiene e uma alimentação saudável, condições para um bom

> desenvolvimento infantil nessa faixa etária até 6 anos de idade. (Brasil, 2009, p.48)

Vieira et al. (2009) afirmam que o professor de educação infantil constitui um elo entre a criança e a família – alertando e orientando durante toda a infância sobre os riscos e a prevenção dos acidentes mais comuns.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2002, p.533) define o momento de permanência da criança na escola como essencial para "se trabalhar saúde na perspectiva de sua promoção, desenvolvendo ações para a prevenção de doenças e para o fortalecimento dos fatores de proteção".

Também ações preconizadas pelo próprio Ministério da Educação por meio dos Parâmetros Curriculares Nacionais para a Educação Infantil (Brasil, 1997) e do Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil (Brasil, 1998) apontam a importância da participação do professor na identificação de situações de risco para acidentes com escolares.

Nesse sentido, alguns conteúdos propostos pelos PCNs da Educação Infantil (Brasil, 1997) para recuperar a cultura de saúde do aluno e para que ela possa ser trabalhada de forma consciente são: (1) conhecimento dos recursos disponíveis para a criança (atividades e serviços) para a promoção, proteção e recuperação da saúde, das possibilidades de uso que oferecem e das formas de acesso a eles; (2) formas de participação em ações coletivas acessíveis à criança em sua comunidade; (3) conhecimento das normas básicas de segurança no manejo de instrumentos, no trânsito e na prática de atividades físicas; (4) medidas de primeiros socorros diante de escoriações e contusões, convulsões, mordidas de animais, queimaduras, desmaios, picadas de insetos, torções e fraturas, afogamento, intoxicações, câimbras, febre, choque elétrico, sangramento nasal, diarreia e vômito e acidentes de trânsito; e (5) participação ativa na conservação de ambiente limpo e saudável no domicílio, na escola e nos lugares públicos em geral.

De acordo com o RCNEI (Brasil, 1998), para as crianças circularem com independência no espaço, é necessário:

> um bom planejamento que garanta as condições de segurança necessárias. É imprescindível o uso de materiais resistentes, de boa qualidade e testados pelo mercado, como vidros e espelhos resistentes, materiais elétricos e hidráulicos de comprovada eficácia e durabilidade. É necessária, também, proteção adequada em situações onde exista possibilidade de risco, como escadas, varandas, janelas, acesso ao exterior etc. Os brinquedos devem ser seguros (seguindo as normas do Inmetro), laváveis e necessitam estar em boas condições. Os brinquedos de parque devem estar bem fixados em área gramada ou coberta com areia e não sobre área cimentada. (Brasil, 1998, p.71-2)

O RCNEI preconiza que o professor deve conversar com o grupo infantil sobre os acidentes ocorridos, onde, quando e por que aconteceram e o que podem fazer juntos para evitá-los. São práticas educativas que vão gradativamente construindo com as crianças atitudes de respeito, cuidado e proteção com sua segurança e com a dos companheiros.

O professor deverá também trabalhar com as crianças, de forma constante e permanente, as atitudes de cuidado necessárias para lidar com os diferentes objetos, de forma a evitar o desperdício, conservá-los e prevenir acidentes. Para isso é necessário que elas possam interagir com os diversos materiais, fazer uso deles e receber do professor as informações sobre suas características, funções e usos em contextos significativos para elas (Brasil, 1998).

Considerando a grande frequência de acidentes, as indicações de que atividades educativas preventivas podem ser realizadas com eficiência (Gimeniz-Paschoal, 1992, 1998) na escola (Gimeniz-Paschoal; Gonsales; Vieira, 2007; Gimeniz-Paschoal et al., 2010) e com a temática das queimaduras (Gimeniz-Paschoal; Pereira; Nascimento, 2009), bem como o impacto que os acidentes podem causar no desenvolvimento das crianças, faz-se importante investir em ações de prevenção. Sendo a criança um ser em formação, que passa a maior parte do tempo na escola, será importante utilizar o ambiente escolar para a divulgação de práticas seguras, assim como tornar o

profissional da educação capacitado a passar conhecimentos sobre a temática para a criança, por meio de atividades lúdicas em sala de aula, e gerar um ambiente seguro. Diante do exposto, este trabalho se justifica por ser importante que a sociedade esteja atenta e realize esforços para a prevenção dos acidentes infantis.

Objetivos

O objetivo deste trabalho foi realizar ações educativas com escolares da educação infantil sobre prevenção de queimaduras acidentais.

Material e métodos

Ambiente

O trabalho foi realizado em uma instituição de educação infantil de uma cidade com cerca de 220 mil habitantes, no interior do estado de São Paulo, mais especificamente em duas salas de aula.

Participantes

Participaram escolares de ambos os sexos, sendo 23 com 3 anos de idade e do Infantil I na Ação Educativa 1 (A1), e 23 com 4 anos e do Maternal II na Ação Educativa 2 (A2).

Materiais

Para as duas ações educativas, foram utilizados Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para o Dirigente da Escola e para os professores das salas e *checklist* de observação das crianças.

Na A1, foram utilizados três vídeos lúdicos breves sobre prevenção de queimaduras, bem como um folheto que continha imagens de situações de risco e de proteção de queimaduras, dentre as quais deveriam circular as que representavam risco.

Na A2, foi apresentado um teatro de fantoches, feito com materiais de sucata, com personagens de mãe e filha numa história que envolvia acidentes com queimaduras e orientações sobre sua prevenção. As ações ocorreram durante as atividades letivas, na presença da professora da sala e de um observador.

Procedimentos

As ações educativas foram inicialmente apresentadas para as coordenadoras da escola e, mediante aprovação, foram marcadas as datas para as intervenções. No dia agendado, foram realizadas as ações nas salas de aula com as crianças. Na A1, foi entregue o folheto com ilustrações sobre situações de risco para acidentes de queimaduras e situações seguras. As crianças foram orientadas a circular, de acordo com seu conhecimento, as imagens que causariam acidentes. Após essa atividade, foram exibidos vídeos lúdicos e informativos para as crianças sobre prevenção de acidentes infantis do tipo queimadura (A2). A intenção era repetir a aplicação do folheto também após a exibição dos vídeos, porém dificuldades de compreensão das crianças impediram que isso fosse feito.

Resultados e discussão

As ações educativas tiveram duração aproximada de dez minutos cada uma.

Em relação à A1:

– a maioria das crianças teve participação ativa;
– responderam às perguntas que foram feitas na sala de aula;
– estiveram atentas.

Os escolares conseguiram reconhecer as imagens de perigo, porém catorze crianças tiveram dificuldade em circular as imagens perigosas e usaram desenhos e pinturas para realizar o que tinha sido pedido.

Durante a A1, entretanto, foi observado que algumas crianças apresentaram dificuldade de compreender a atividade proposta e necessitaram de orientação para o devido preenchimento do folheto com ilustrações.

No decorrer da exibição dos vídeos, também foi observado que houve certa dificuldade dos escolares em manter a atenção, em parte pelo fato de o som dos vídeos ter sido um pouco baixo, ainda que no limite mais alto das duas caixas que foram usadas, e em parte pelas conversas constantes dos alunos. Ainda assim, elas indicaram corretamente as situações de risco.

Em relação às conversas das crianças, percebeu-se também que elas já tinham conceitos básicos sobre acidentes e reconheceram as situações perigosas, como colocar o dedo na tomada sem a proteção.

Quanto à A2, verificou-se que os escolares ficaram muito atentos, não conversaram entre si, permaneceram sentados no chão, olhando em direção ao teatro de fantoches e rindo muito durante toda a apresentação.

Fizeram interações com os fantoches, as quais demonstraram que eles entenderam os riscos de queimaduras e formas de prevenção abordadas, sobretudo prevenção de choque elétrico com tomadas desencapadas e na ação de colocar um plugue na tomada, prevenção de queimaduras com panelas quentes e com cabo para fora do fogão e prevenção de queimaduras com fogos de artifício.

Posteriormente, foram feitas perguntas à professora sobre as atividades realizadas.

A resposta da profissional acerca da pergunta "Como você acha que foi a aceitação das crianças em relação à atividade?" foi que a atividade realizada tinha sido "bacana" e que os alunos gostaram e ficaram atentos para as novas informações.

A professora atribuiu nota 10 para o interesse das crianças durante essa atividade.

À pergunta "O que você achou da atividade?", ela respondeu dizendo que "amou" e que a ludicidade é de extrema importância.

A nota que a professora atribuiu para a ação educativa foi 10.

O comentário referente à pergunta "O que você sugeriria para melhorar a atividade?" foi que não mudaria nada, que a atividade tinha sido ótima, apenas sugeriu que, para futuras peças, fossem criados novos personagens. Além disso, comentou que poderiam ser explorados outros temas importantes como este, para outras atividades.

Foi observado, por meio do *checklist*, que as crianças se mantiveram atentas para a atividade e riram durante toda a apresentação do teatro. Não afastaram o olhar da ação educativa e não choraram. Apenas no terceiro minuto de execução conversaram entre si.

No momento final, após o teatro, em que ocorreu um diálogo dos alunos que fizeram a atividade, as crianças participaram ativamente.

O *checklist* também continha observação dos comportamentos de dormir, caminhar e ficar de pé ao longo da atividade, porém nenhum desses comportamentos foi observado. Durante toda a execução da ação educativa, as crianças permaneceram sentadas.

Conclusões

De acordo com a pesquisa realizada, concluiu-se que, na A1, a despeito das dificuldades para circular os desenhos, as crianças reconheceram os perigos ilustrados. Os vídeos eram lúdicos e de fácil entendimento para as crianças, porém as dificuldades com relação ao som podem ter diminuído o entendimento para realizar a tarefa solicitada, sendo percebida a necessidade de adequação da atividade e novas aplicações.

Na A2, as crianças se envolveram de forma clara, divertiram-se e aprenderam, tornando essa atividade bastante interessante para o professor continuar realizando-a.

Tratar da temática o quanto antes será melhor, pois ela desenvolverá a capacidade de reconhecer e evitar situações de perigo. Por isso, sugerem-se novas pesquisas na educação infantil sobre a prevenção de acidentes por queimaduras, ampliando o número de crianças envolvidas, variando o tipo de sala em que se pode abordar e estender o assunto, bem como o tipo de acidente a ser tratado e as formas em que o conteúdo pode ser trabalhado, contribuindo também para a formação em serviço do educador.

Agradecimentos

Ao Grupo de Pesquisa Educação e Acidentes (Edaci), pelo auxílio e aprendizados, especialmente às bolsistas Ana Carolina Ferreira e Rafaela Desseti Roverci e à pós-graduanda Bruna Vilas Bôas, que contribuíram com a realização do trabalho, bem como com a apresentação do mesmo no VIII Congresso de Extensão Universitária da Unesp, no qual foi premiado, na categoria "Trabalhos de Extensão com a Participação Ativa da Comunidade Externa no Desenvolvimento de Políticas Públicas com ou sem Captação de Recursos Externos".

Agradecimentos também aos dirigentes e aos profissionais da escola, em especial aos professores, que auxiliaram das mais diferentes formas, permitindo a realização do trabalho em sala de aula.

Referências bibliográficas

ACKER, J. I. B. V.; CARTANA, M. H. F. Construção da participação comunitária para a prevenção de acidentes domésticos infantis. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v.62, n.1, p.64-70, fev. 2009.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância de violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência. *Boletim Epidemiológico*, v.44, n.8, 2013.

_____. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2011*: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. *Viva*: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Decreto n.6286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola (PSE), e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6286.htm. Acesso em: 4 fev. 2010.

_____. Portaria MS/GM n.737, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência. *Diário Oficial da União*, n.96, seção 1E, de 18 de maio de 2001. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Informes técnicos institucionais. A promoção da saúde no contexto escolar. *Revista de Saúde Pública*, Brasília, v.36, n.2, p.533-5, 2002.

_____. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. *Referencial curricular nacional para a educação infantil*. v.1-3. Brasília: MEC; SEF, 1998.

_____. *Parâmetros curriculares nacionais*: meio ambiente, saúde. Brasília: MEC; SEE, 1997.

CRUZ, B. F.; CORDOVIL, P. B. L.; BATISTA, K. N. M. Perfil epidemiológico de pacientes que sofreram queimaduras no Brasil: revisão de literatura. *Rev. Bras. Queimaduras*, v.11, n.4, p.246-50, 2012.

DEL CIAMPO, L. A.; RICCO, R. G.; MUCCILLO, G. Acidentes: sabemos preveni-los? *Pediatria*, v.9, n.4, p.263-6, jul.-dez. 1997.

FILÓCOMO, F. R. F. et al. Estudo dos acidentes na infância em um pronto-socorro pediátrico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.10, n.1, p.41-7, jan.-fev. 2002.

GIMENIZ-PASCHOAL, S. R. *Prevenção de quedas acidentais de bebês*: uma intervenção do psicólogo com mães usuárias do setor de

pediatria de um centro de saúde. São Paulo, 1998. 283f. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo (USP).

GIMENIZ-PASCHOAL, S. R. *Algumas características de usuários do setor de pediatria de um centro de saúde-escola*: subsídios para a atuação preventiva do psicólogo. São Paulo, 1992. 235f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo (USP).

_____; GONSALES, T. P.; VIEIRA, R. C. R. Participação da escola e do professor em ações educativas para a prevenção de acidentes infantis. *Revista Científica Eletrônica de Pedagogia*, v.5, p.1-8, 2007.

_____; PEREIRA, D. M.; NASCIMENTO, E. N. Efeito de ação educativa sobre o conhecimento de familiares a respeito de queimaduras infantis em ambiente doméstico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.17, p.341-6, 2009.

_____ et al. Estratégia educativa sobre prevenção de acidentes infantis para o ensino fundamental. *Revista LEVS*, Marília, v.6, p.216-26, 2010.

GOMES, L. M. X. et al. Descrição dos acidentes domésticos ocorridos na infância. *O Mundo da Saúde*, v.37, n.4, p.394-400, 2013.

LORDELO, E. R. Contexto e desenvolvimento humano: quadro conceitual. In: _____; CARVALHO, A. M. A.; KOLLER, S. H. (Orgs.). *Infância brasileira e contextos de desenvolvimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo; Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia, 2002. p.5-18.

MACIEL, M. F. Acidentes na infância. In: FIGUEIRA, F.; FERREIRA, O. S.; ALVES, J. G. B. *Pediatria*: Instituto Materno Infantil de Pernambuco. Rio de Janeiro: Medsi, 1990.

MARTINS, C. B. G. Acidentes na infância e adolescência: uma revisão bibliográfica. *Rev. Bras. Enferm.*, v.59, n.3, p.344-8, 2006.

SALMINEN, S. et al. School Environment and School Injuries. *Frontiers in Public Health*, v.1, p.76, 2013.

SENA, S. P.; RICAS, J.; VIANA, M. R. A. A percepção dos acidentes escolares por educadores do ensino fundamental, Belo Horizonte. *Revista Med. Minas Gerais*, v.18, n.4, supl., p.47-54, 2008.

SOUZA, L. J. E. X.; BARROSO, M. G. T. Revisão bibliográfica sobre acidentes com crianças. *Rev. Esc. Enf.*, USP, v.33, n.2, p.107-12, jun. 1999.

VIEIRA, L. J. E. de S. et al. Ações e possibilidades de prevenção de acidentes com crianças em creches de Fortaleza, Ceará. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.5, dez. 2009.

6
Círculo de Palestras à Comunidade (Cirpac) da Faculdade de Odontologia de Araçatuba: uma ferramenta de prevenção

Alessandra Marcondes Aranega[1]
Leonardo Perez Faverani[2]
Idelmo Rangel Garcia Junior[3]
Francisley Ávila Souza[4]
Osvaldo Magro Filho[5]

---

1. Professora assistente doutora da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia, Araçatuba, atuando em graduação e pós-graduação com ênfase em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. *e-mail:* alessandra@foa.unesp.br.
2. Professor assistente doutor nas disciplinas de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e Implantodontia da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia, Araçatuba. *e-mail*: leofaverani@foa.unesp.br.
3. Professor adjunto do Departamento de Cirurgia e Clínica Integrada nas disciplinas de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e Implantodontia da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia, Araçatuba. *e-mail*: irgcirurgia@gmail.com.
4. Professor assistente doutor do Departamento de Cirurgia e Clínica Integrada nas disciplinas de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e Implantodontia da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia, Araçatuba. *e-mail*: f.avilasouza@foa.unesp.br.
5. Professor assistente doutor em graduação e pós-graduação da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia, Araçatuba. *e-mail*: contato@ortognatica.com.br.

Ana Paula Farnezi Bassi[6]
Daniela Ponzoni[7]
Wilson Roberto Poi[8]
Eduardo Hochuli Vieira[9]
Luan Pier Benetti[10]

Introdução

Os traumas apresentam grande importância na sociedade contemporânea. O trauma de face destaca-se pela sua importância, uma vez que apresenta repercussões emocionais, funcionais, deformidades permanentes (Bisson; Shepherd; Dhutia, 1997; Sastry, 1995) e representa 7,4%-8,7% dos atendimentos efetuados em situações de emergência (Barker et al., 1999).

A grande quantidade de lesões na face deve-se à enorme exposição e à pouca proteção dessa região, o que acarreta frequentemente lesões graves e mortes (Mackenzie, 1999).

De acordo com estudos realizados na Faculdade de Odontologia de Araçatuba/Unesp no período de 1999 a 2005, as fraturas do osso

6. Professora adjunta nas disciplinas de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e Implantodontia da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia, Araçatuba. *e-mail*: apfbassi@foa.unesp.br.
7. Professora adjunta da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia, Araçatuba. *e-mail*: dponzoni@foa.unesp.br.
8. Professor titular do Departamento de Cirurgia e Clínica Integrada, na disciplina de Clínica Integrada. Orientador de doutorado no Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia, Araçatuba. *e-mail*: poi@foa.unesp.br.
9. Professor adjunto nos cursos de graduação, pós-graduação e residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia, Araraquara. *e-mail*: hochuli@me.com.
10. Graduando do curso de Odontologia com ênfase em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia, Araçatuba. *e-mail*: luanb_25@hotmail.com.

zigomático são bastante frequentes, ocupando o terceiro lugar entre as fraturas faciais (Faverani et al., 2009).

Vários fatores influenciam a etiologia das lesões craniomaxilofaciais no mundo, por exemplo, culturais, econômicos, sociais, religiosos e geográficos (Rodrigues et al., 2001; Cardim et al., 2007; Ansari, 2004; Copcu; Sisman; Oztan, 2004; Eski et al., 2006). Atualmente, o álcool e as drogas associados à condução de veículos automotores estão cada vez mais presentes na etiologia do trauma facial, bem como no aumento de sua complexidade, sendo fortes fatores etiológicos da ocorrência dos acidentes automotores (Ambrizzi et al., 1997; Lin; Hwang; Kuo, 2001; Shapiro et al., 2001).

Como meio de transporte ágil, econômico e de custo reduzido, observou-se, nas últimas décadas, um aumento gradativo do uso de motocicletas, veículo que vem conquistando cada vez mais a aceitação e a aprovação da população (Oliveira; Souza, 2003). Verifica-se que a maioria das vítimas de acidentes motociclísticos são homens jovens em plena atividade produtiva, cujas sequelas resultam em custos tangíveis e intangíveis, tais como morte e incapacidade temporária ou permanente, além de grandes despesas previdenciárias (Oliveira; Souza, 2003; Bastos; Andrade; Cordoni Jr., 1999).

Tendo em vista a vulnerabilidade dos motociclistas, as lesões mais frequentes encontradas são os traumatismos cranioencefálicos (TCE), ressaltando-se a importância do uso do capacete como medida preventiva.

Nos países desenvolvidos foram criadas várias políticas de combate ao trauma visando, sobretudo, à sua prevenção, visto que é a forma mais eficiente de evitá-lo. Sobre os acidentes de trânsito em geral, Andrade e Mello-Jorge (2001) ressaltam que, apesar das mudanças ocorridas a partir do Código de Trânsito Brasileiro em 1998, mesmo havendo uma redução dos coeficientes de mortalidade nas principais capitais brasileiras nos últimos anos, estes ainda se mantêm como importante causa de morbimortalidade no país.

Andrade e Mello-Jorge (2001) afirmaram que é indispensável conhecer com o maior detalhamento possível como esses eventos ocorrem, para que as ações de prevenção específicas possam ser

planejadas e colocadas em prática. Determinando-se o número de feridos, incapacitados e mortos, bem como a gravidade das lesões, de acordo com os vários tipos de acidentes, consegue-se traçar o perfil das vítimas e dos eventos, sendo possível apontar medidas preventivas (Soares; Soares, 2003).

Objetivos

Os objetivos do presente capítulo são:

1) Ensinar, educar e orientar alunos de graduação voluntários deste projeto para que transmitam à população em geral as inúmeras causas, tipos, tratamentos e forma de prevenção dos traumas bucomaxilofaciais.
2) Educar a população em geral para que percebam a gravidade do uso de álcool, de drogas, da violência, associados ou não às imprudências, negligências ou imperícias no trânsito, além de demonstrar, na forma de palestras, os tipos de traumas bucomaxilofaciais gerados e as sequelas decorrentes desses fatores etiológicos.
3) Verificar a aceitação do Círculo de Palestras à Comunidade (Cirpac) desenvolvida pela Faculdade de Odontologia do câmpus de Araçatuba da Universidade Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (FOA/Unesp) pela população como ferramenta de prevenção.
4) Verificar, por meio de projetos de pesquisa, se há algum tipo de mudança de conduta do público interno e/ou externo que entra em contato com a ferramenta Cirpac.
5) Estudar a população-alvo, estabelecendo os fatores de risco mais comuns nas diferentes comunidades em que o projeto está sendo aplicado.
6) Propor adequações da ferramenta Cirpac e novos métodos de ensino à população para que a prevenção seja efetivamente conquistada ao longo dos anos.

7) Auxiliar outras instituições de ensino no desenvolvimento da prevenção, formulando propostas e projetos específicos para alterações futuras em seus respectivos projetos político-pedagógicos.

Material e métodos

A criação da ferramenta Cirpac

A ferramenta denominada Círculo de Palestras à Comunidade (Cirpac) foi iniciada com o objetivo de prevenir o trauma bucomaxilofacial dentro de um projeto de extensão do Departamento de Cirurgia e Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia de Araçatuba. O projeto de origem, "Atendimento cirúrgico-odontológico para pacientes vítimas de trauma bucomaxilofacial em nível hospitalar e ambulatorial", existe desde 2009.

Diante da evolução da ferramenta, exigindo avaliações, modificações, aplicações e alunos com perfis diferentes daqueles que prestavam a assistência em nível hospitalar, o "Círculo de Palestras à Comunidade da Faculdade de Odontologia de Araçatuba" tornou-se um projeto de extensão independente, cadastrado e aprovado na Pró-Reitoria de Extensão da Unesp em 2014 e 2015, sob a coordenação da professora Alessandra Marcondes Aranega, da disciplina de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial.

A ferramenta possui algumas características peculiares e foi baseada em ideais. Seu símbolo de origem tomou por base a pomba da paz, mas com garras e bico de águia. As garras simbolizam a determinação da ferramenta, pois ela precisa dar voos assertivos, identificando e apreendendo, oportunamente, aqueles que poderiam se tornar vítimas dos traumas bucomaxilofaciais (público-alvo). Sabe-se que há aves capazes de voar e enxergar longas distâncias (extensão), identificando possíveis problemas e fatores de risco por meio de dados identificados e estudados (pesquisa). Ao identificá-los (fatores etiológicos), essa ave, denominada Cirpac, passa a cercá-los

(círculo), observando, periodicamente, como eles têm se comportado, se aumentaram ou diminuíram, até que medidas sejam tomadas para extingui-los (prevenção). Trazendo consigo o resultado de suas ações (produtos gerados), a ave retorna para o seu ninho (Universidade), cuida de seus filhotes e os alimenta (ensino aos alunos de graduação e de pós-graduação). Essa ave sempre canta (palestra), especialmente quando identifica uma situação de perigo. Em suas idas e vindas, percorrendo territórios cada vez mais distantes e desconhecidos (extensão), assim como a ave, a ferramenta evolui gradativamente até estabelecer uma dinâmica própria capaz de contribuir para a continuidade da vida, manter a paz e transformar o meio onde ela consegue ser aplicada e bem-sucedida.

Por meio de escala previamente estabelecida no início do ano letivo, plantões em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial foram criados para que docentes e alunos de pós-graduação e de graduação prestassem assistência cirúrgico-odontológica às vítimas desse tipo de trauma em nível hospitalar e ambulatorial em projeto de extensão concomitante da FOA/Unesp.

Com a assistência diária e os retornos periódicos, diante do aumento considerável dos traumas bucomaxilofaciais na população e de suas sequelas, da busca incessante pelo tratamento restaurador odontológico após os traumas, dos grandes gastos necessários e da dificuldade para a inclusão social dos pacientes, concluiu-se ser necessária a prevenção desses traumas em nossa sociedade.

Com os casos documentados anualmente e autorizados para uma oportuna divulgação, palestras de prevenção têm sido elaboradas e ministradas em um circuito direcionado a diferentes públicos. Durante tais atividades de extensão, queixas, discussões, depoimentos e opiniões têm sido anotados. Todos os dados coletados retornam à instituição para ser analisados e melhorar a ferramenta projetada para os novos rumos do Cirpac. Anualmente, o material dos temas para as palestras é renovado, com o intuito de atingir cada vez mais a população ouvinte.

Os temas originais do Cirpac estão sendo ativados e desenvolvidos, ano após ano. Alguns deles ainda são pouco explorados, outros

não foram ativados ou se tornaram inativos por tempo indeterminado. Todos os temas são passíveis de serem explorados a qualquer momento caso haja solicitação ou necessidade da prevenção do respectivo fator etiológico ou do estudo para o desenvolvimento de um projeto de pesquisa. São eles (os temas de 2 a 9 são abordados como possíveis "Causas dos Traumas Bucomaxilofaciais"):

1. Primeiros socorros: o que fazer diante dos traumas bucomaxilofaciais emergenciais? (Pouco explorado.)
2. Álcool e drogas. (Pouco explorado.)
3. Violência doméstica. (Inativo por tempo indeterminado.)
4. Violência nas escolas. (Pouco explorado.)
5. Acidentes motociclísticos. (Explorado anualmente.)
6. Acidentes automobilísticos. (Explorado anualmente.)
7. Acidentes de bicicletas. (Explorado anualmente.)
8. Acidentes de trânsito. (Tema fusionado e explorado anualmente.)
9. Acidentes esportivos. (Não ativado.)
10. Campanha do traumatismo dentário para adultos e/ou crianças. (Pouco explorado.)
11. Complicações e sequelas dos acidentes de trânsito. (Não ativado.)
12. Promoção de saúde nos portadores de traumas bucomaxilofaciais como prevenção para outros traumas. (Pouco explorado.)

Anualmente, além do projeto de extensão, também é organizado um evento de um dia contendo: a) curso específico sobre assunto relacionado ao trauma bucomaxilofacial para docentes, profissionais, alunos de graduação e de pós-graduação; b) apresentação do resultado das palestras ministradas durante o ano, sendo os melhores palestrantes premiados; c) apresentação de trabalhos por alunos de graduação, de pós-graduação ou por profissionais cujos temas envolvam assuntos relevantes para o diagnóstico, a prevenção ou o tratamento dos traumas bucomaxilofaciais; d) mesa-redonda para debate sobre os novos rumos do Cirpac para o ano seguinte,

avaliando a ferramenta e moldando-a conforme dados coletados por meio dos projetos de pesquisa ou gerados pelas discussões. Com tais ações, são promovidas discussões para debater maneiras de a Universidade auxiliar outras instituições de ensino no desenvolvimento da prevenção, formulando propostas e projetos específicos para alterações futuras nos seus planos político-pedagógicos, um dos objetivos da ferramenta Cirpac.

Ação formativa e preventiva da ferramenta Cirpac

Alunos de pós-graduação e de graduação, selecionados no primeiro semestre de cada ano letivo, recebem orientações sobre a casuística e a ocorrência do traumatismo bucomaxilofacial e seus possíveis tratamentos em âmbito nacional e regional. Aprendem como montar as suas próprias palestras, conforme os temas a serem abordados durante o ano ou solicitados pelos ouvintes. Aproximadamente catorze alunos novos de graduação, do período integral e do noturno, são selecionados após o projeto de extensão anual ser aprovado pela Pró-Reitoria de Extensão (Proex) da Unesp. O número anual de voluntários não é fixo, variando de acordo com o número de docentes colaboradores, de alunos de pós-graduação regularmente matriculados em programas de pós-graduação e inseridos para a execução do Cirpac, e de participantes externos, conforme o estabelecimento de parcerias durante o ano letivo. Após sete anos de experiência do Cirpac, aplicando e avaliando a ferramenta, orienta-se que não se incorpore um grande número de alunos novos de graduação para um possível revezamento e divisão de responsabilidades. É importante que o controle dos agendamentos e a responsabilidade pelas palestras a serem ministradas estejam bem controladas e os alunos satisfatoriamente treinados. Dessa forma, o Cirpac tem prezado pela seriedade para uma prevenção mais voltada à qualidade e à memória de seu idealismo do que ao aumento do número de palestras. A prevenção, para tornar-se forte, necessita ser organizada e todos os seus executores devem falar a mesma língua.

Anualmente, todos os alunos da disciplina de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial são apresentados, em sala de aula, aos princípios do Cirpac e, após terem sido superficialmente treinados, são convidados a se tornar membros para a prevenção dos traumas bucomaxilofaciais como alunos palestrantes, não necessitando serem voluntários para a execução de todo o projeto de extensão, e sim para aprenderem como dar continuidade a esse tipo de prevenção após formados. Para os alunos interessados na proposta, um material básico, contendo uma palestra fusionada, tem sido disponibilizada na página do Cirpac, no endereço http://www.foa.unesp.br/#!/extensao/projetos/cirpac.

Cada palestra é ministrada por no mínimo uma dupla de alunos, por ser necessária a presença de um apresentador e de um membro para projetar vídeos, distribuir questionário, coletar assinaturas ou dados, além de estar preparado para ministrar a palestra caso haja necessidade. Para a formação das duplas, sugere-se manter sempre um dos membros experiente na aplicação da ferramenta Cirpac, mesmo que o outro seja introduzido no mesmo ano de sua calibração. Cada voluntário terá que fazer parte do Cirpac por, no mínimo, um ano, não havendo limite para a sua participação nos anos seguintes, desde que esteja empenhado em continuar envolvido de forma ativa, acompanhando os demais alunos recentemente ingressados. Uma vez que tenham pertencido ao Cirpac, os antigos alunos calibrados e voluntários do projeto, mesmo após terem sido formados, continuam capacitados para realizar seus próprios agendamentos e palestras para a prevenção dos traumas bucomaxilofaciais. Seria muito importante para a evolução da ferramenta que os antigos voluntários continuassem apresentando os temas do Cirpac nas cidades onde exercessem sua profissão e continuassem comunicando seus números e experiências à instituição de origem.

A ferramenta busca ensinar, educar e orientar alunos de graduação, de pós-graduação e profissionais formados, voluntários do Cirpac, para que transmitam à população em geral as inúmeras causas, tipos, tratamentos e formas de prevenção dos traumas bucomaxilofaciais. Os alunos são orientados para terem contato com

as entidades externas e aprendem como agendar e ministrar as palestras.

O agendamento das palestras pode ser realizado pelo aluno voluntário, pelo coordenador do projeto, pela direção da FOA ou por representante de outra organização parceira que tenha objetivos comuns aos do Cirpac, especialmente quando as palestras são ministradas em eventos organizados por prefeituras, Polícia Militar ou Civil, escolas da educação infantil, do ensino básico, fundamental, médio e superior, academias ou empresas particulares.

Com as palestras realizadas, mostrando casos reais dos traumas bucomaxilofaciais, o público é convidado pelos expositores a participar questionando, opinando e apresentando a sua própria visão sobre o assunto à Universidade, na oportunidade representada pelos voluntários do Cirpac. Os fatores etiológicos são sempre apontados e manobras preventivas são discutidas com a população para que suas condutas sejam transformadas ao longo do tempo.

Dessa forma, a ferramenta atende ao objetivo de educar a população em geral para que vivencie a gravidade do uso do álcool, das drogas, da violência, relacionados ou não à imprudência, negligência ou imperícia no trânsito. Nas palestras, são demonstrados os tipos de traumas bucomaxilofaciais gerados e algumas de suas sequelas.

Ação de pesquisa

Com a execução do projeto de extensão intitulado "Círculo de Palestras à Comunidade (Cirpac)", da Faculdade de Odontologia do câmpus de Araçatuba (FOA/Unesp), é possível obter dados que serão utilizados para melhorar o material didático das palestras, identificar os fatores etiológicos da população-alvo, calibrar a ferramenta e avaliar o grau de aceitação do Cirpac, buscando cumprir os objetivos 3, 4, 5 e 6.

Resultados

A escolha de uma personalidade e de um *slogan* para ser desenvolvido durante o ano deu ao projeto a característica de ser norteado por ideais, os quais mantêm acesa a chama da esperança das pessoas que se dedicaram, de alguma forma, ao tratamento dos traumas bucomaxilofaciais. Os resultados do Círculo de Palestras à Comunidade da FOA/Unesp desde 2009 a 2015 são apresentados a seguir:

- Em 2009, o I CIRPACfoa recebeu o nome do Professor Titular Michel Saad Neto, tendo como norte o tema "Criação, idealismo e sede por paz". A criação do Cirpac se deu em um momento difícil da disciplina de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial em razão do reduzido número de docentes na ativa e do aumento gradativo da quantidade de pessoas acidentadas com trauma bucomaxilofacial que necessitavam do tratamento cirúrgico. Em virtude disso, o tema escolhido foi o estímulo à adoção de medidas preventivas. A ferramenta foi idealizada para que os alunos de graduação, com um mínimo de conhecimento sobre o trauma bucomaxilofacial (causas e efeitos), fossem capazes de protagonizar uma forma de prevenção a ele, focando em seus fatores etiológicos. Inicialmente, dezesseis palestras foram apresentadas para o público interno, constituído por docentes, servidores técnico-administrativos, alunos de graduação e de pós-graduação, totalizando aproximadamente 580 pessoas. Na época, o primeiro evento trouxe a direção da unidade, autoridades externas e membros influentes da sociedade. A aceitação da ferramenta pelo público interno foi imediata, embora não tenha sido quantificada.
- Em 2010, o II CIRPACfoa recebeu o nome do Professor Emérito Ruy dos Santos Pinto, reconhecido por sua "Criatividade, determinação e produtividade". Foram realizadas sessenta palestras na FOA, na Faculdade Salesiano, na UNIP, em colégios, autoescolas (Monza, Seta, Grand Prix) e postos de saúde municipais,

totalizando aproximadamente 1.800 pessoas atingidas. Algumas autoescolas solicitaram a presença de membros do Cirpac em vários de seus treinamentos, sendo ilustrados alguns casos de pacientes acidentados portadores de traumas bucomaxilofaciais e discutidas as infrações legais decorrentes dos acidentes. Dessa forma, algumas autoescolas passaram a ser parceiras do Cirpac, defendendo que a demonstração de consequências por meio de ilustrações verídicas fazem que o conteúdo seja mais bem assimilado por seus alunos.

- Em 2011, durante o III CIRPACfoa, o Professor Titular Edmur Aparecido Callestini foi lembrado por qualidades de "Paciência, discernimento e restauração". Foram 120 palestras realizadas em instituições de ensino superior, como FOA, Salesiano, Toledo, Unesp de Dracena, e em escolas públicas de Araçatuba e as já citadas autoescolas. Nos postos de saúde municipais foi abordado o tema "violência doméstica", alcançando um público estimado em 3 mil pessoas.
- Em 2012, durante o IV CIRPACfoa, o Professor Emérito Tetuo Okamoto foi homenageado por sua vida pautada em "Serenidade, seriedade, trabalho e pesquisa". Foram ministradas 84 palestras em Araçatuba, Dracena, Tupã, Marília, São José dos Campos para 3.600 pessoas, aproximadamente.
- Em 2013, tendo como meta as qualidades do docente Professor Titular Paulo Sérgio Perri de Carvalho, "Liderança, determinação, ousadia e expansão", durante o V CIRPACfoa foram ministradas mais de 48 palestras em Araçatuba, Tupã, Marília, Guararapes, atingindo aproximadamente 2.600 pessoas. Estudos para a expansão do Cirpac começaram a ocorrer, sendo tal assunto discutido na mesa-redonda do evento anual.
- Em 2014, o VI CIRPACfoa homenageou o Professor Titular Wilson Roberto Poi por seu constante desejo de "Integrar saúde e educação". Educação, multidisciplinaridade e ação planejada foram ideais integrados à ferramenta para que houvesse mudança da conduta social capaz de prevenir traumas. O Cirpac se tornou um projeto de extensão independente, sendo ministradas 42

palestras em instituições de ensino superior, autoescolas e tiros de guerra (Araçatuba e Birigui), atingindo, aproximadamente, 1.800 pessoas. Durante o evento, foram apresentadas propostas para a inclusão do assunto em projetos político-pedagógicos das escolas de educação infantil de Araçatuba. Por meio de relatos, foi possível identificar algumas mudanças qualitativas de conduta dos ouvintes universitários, as quais, contudo, de acordo com o Cirpac, ainda são insuficientes, uma vez que os jovens acabam por retornar aos antigos hábitos que os colocam em situação de risco. Sugeriu-se, portanto, reforçar o assunto anualmente em todas as salas de aula. As palestras fazem o jovem refletir por um tempo considerável, mas o mau hábito gerado pela rotina diária dificultam a persistência dessas mudanças, sendo difícil uma quantificação que comprove a transformação na sociedade em curto período de tempo.

- Em 2015, durante o VII CIRPACfoa denominado Professor Adjunto Idelmo Rangel Garcia Júnior, cujo *slogan* foi definido como "Humanidade, competência e simplicidade", foram ministradas 46 palestras e apresentados os primeiros resultados promissores da aceitação da ferramenta pela população. O projeto foi inserido em indústrias da cidade de Birigui, passando a fazer parte das Semanas de Prevenção dos Acidentes com os Trabalhadores, firmando parceria com o Corpo de Bombeiros daquela cidade. Os tiros de guerra das cidades de Birigui e de Araçatuba, após o segundo ano de parceria, relataram à equipe Cirpac uma queda do número de acidentes de motocicletas entre os alistados em comparação com os anos anteriores. Eles atribuíram o satisfatório resultado às discussões existentes entre os jovens após a apresentação, nas palestras, de casos clínicos de pessoas com traumas bucomaxilofaciais. Ambas as instituições passaram a solicitar a presença do Cirpac anualmente, para prevenir acidentes de trânsito, em razão da utilização de motocicletas pelos jovens.

Além da produção de materiais didáticos para a calibração dos voluntários palestrantes, entrevistas em rádio e televisão e reportagens em jornais da cidade e da região, o projeto de extensão produziu um artigo em revista indexada, duas iniciações científicas, sendo uma com bolsa do CNPq, quatro trabalhos de conclusão de curso aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FOA/Unesp e inúmeros outros textos apresentados em eventos científicos.

Ao serem realizadas palestras para a prevenção dos traumas bucomaxilofaciais abordando os diferentes fatores etiológicos, projetos de pesquisa foram elaborados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana da FOA/Unesp, sendo realizadas entrevistas com cem pessoas do público de cada apresentação, gerando resultados relevantes para o desenvolvimento e aprimoramento da ferramenta.

Com o projeto de pesquisa "Etiologia e incidência de traumas faciais relacionados aos acidentes de bicicleta" (Processo FOA/CEP 2010-01399), cem crianças do ensino fundamental II de uma escola municipal de Araçatuba foram entrevistadas, sendo possível constatar que a bicicleta é utilizada com grande frequência por algumas crianças em atividades de lazer, trabalho, escola e prática de esportes. A maioria (88%) das crianças que relataram conduzi-las nunca utilizaram qualquer tipo de equipamento de proteção. Apurou-se que poucas tinham conhecimento desses equipamentos, tais como o uso de óculos (13%) e refletores (13%) e do motivo de tais equipamentos serem considerados tão importantes. O equipamento de proteção de maior conhecimento da população foi o capacete (42%), apesar de as crianças ainda não o utilizarem com frequência. Com tais dados, verificou-se a necessidade de abordar nas escolas de ensino fundamental os tipos de equipamento de proteção e segurança para ciclistas, a fim de, ao tornar as crianças cientes de sua importância na prevenção de traumas bucomaxilofaciais, esses equipamentos serem, efetivamente, adotados por elas. O estudo demonstrou a carência de política pública em Araçatuba para a promoção da segurança no trânsito, haja vista que 75% das crianças afirmaram não dispor de ciclovias em seus bairros. Por esse motivo, o Cirpac inseriu em suas

palestras regras mínimas de trânsito para que as crianças evitassem dirigir em áreas de grande movimento e para que soubessem como conduzir, evitando acidentes enquanto transitassem com os outros veículos e até que fossem construídas as ciclovias.

Com o desenvolvimento do projeto de pesquisa "Etiologia e incidência de traumas faciais relacionados aos acidentes de motocicleta e o uso de capacete" (Processo FOA/CEP 2010-01503), ao serem analisadas as respostas de cem alunos universitários, entre as idades de 18 a 40 anos, habilitados e usuários de motocicletas, verificou-se que 57% pertenciam ao gênero masculino. O Cirpac observou que a maioria dessa população já tinha sofrido algum tipo de acidente motociclístico (54%) e que o respeito aos limites de velocidade era maior na rodovia do que na cidade, uma vez que 63% dos entrevistados afirmaram respeitar sempre a velocidade na rodovia e 33% às vezes. Por outro lado, no que concerne ao respeito aos limites de velocidade na cidade, os resultados se inverteram, pois 60% da população os obedecia às vezes, enquanto apenas com 35% isso acontecia sempre. Essas observações levaram o Cirpac a externar preocupação em suas palestras com relação aos fatos que têm levado a uma rotina de acidentes com motocicletas dentro das cidades, como a pressa, os constantes avanços nos sinais vermelhos, os "zigue-zagues" entre os carros, as altas velocidades em curtas distâncias e as ultrapassagens indevidas. Embora os acidentes com motocicletas nas cidades raramente sejam fatais, pela menor velocidade, de uma forma geral, o lançamento e a queda dos corpos geralmente provocam traumas múltiplos, causando um alto índice de morbidade, mutilações, lesões graves e sequelas.

Com relação ao uso do capacete, todos relataram usá-lo quando dirigiam as suas motocicletas, contudo nem todos (83%) o prendiam pela cinta jugular, o que levou o Cirpac, não apenas a incentivar o uso do capacete, mas alertar os ouvintes sobre a necessidade de apertar as cintas jugulares. Isto porque houve relatos frequentes de casos em que pessoas sofreram traumas cranianos porque, embora com capacete, este se perdeu durante a queda por não estar devidamente ajustado. As palestras têm mostrado à população universitária

que o trauma craniano é a maior causa de morte dos acidentes motociclísticos e que, para evitá-lo, não basta utilizar o capacete, mas que este seja certificado, esteja dentro do prazo de validade e bem ajustado. Essa mesma população, ao ser questionada sobre a ingestão de álcool por condutores de motocicletas, mostrou que, apesar de 78% dos entrevistados terem relatado nunca beberem, 22% ainda condicionaram o ato de dirigir à quantidade de bebida que ingerem. O Cirpac defende que o simples ato de beber interfere nos reflexos do condutor e, mesmo que não provoque diretamente um acidente, aumenta as chances de ocorrência, uma vez que o álcool inibe a capacidade de reação do condutor. O Círculo defende, com linguagem coloquial, que a presença do álcool no sangue aumenta as chances de complicações das lesões.

Dados coletados pelo projeto de pesquisa "Traumas bucomaxilofaciais decorrentes dos acidentes automobilísticos" (FOA/CEP 2010-01463) demonstraram que 22% dos universitários já tinham sofrido acidente automobilístico e que a maioria ocorrera na cidade. Dentre os acidentados, 54% apresentou histórico de lesão de face, sendo que 4% relatou ter tido, inclusive, lesões dentárias. Dentre os motivos apontados para a ocorrência desses acidentes, verificou-se a maior incidência do desrespeito aos sinais de trânsito. Outros comportamentos, tais como a falta do cinto de segurança, o desrespeito ao semáforo e o consumo de bebida alcoólica por quem irá dirigir são comuns nessa população constituída por jovens. Apesar das transgressões apontadas, 96% dos entrevistados julgaram-se, no mínimo, bons motoristas. Com o projeto tornou-se possível observar que algumas negligências e imprudências desse tipo de condutor podem levar aos acidentes automobilísticos, existindo uma pequena relação entre a ocorrência desses acidentes e os traumas bucomaxilofaciais.

Com relação ao tema álcool, o conteúdo da palestra "Etiologia e incidência de traumas bucomaxilofaciais em acidentes automobilísticos relacionados ao uso de álcool e drogas" (Processo FOA/CEP 2010-01501) tem sido preparado de forma impactante, uma vez que, apesar de proporcionar danos à saúde, a associação da bebida com a direção ainda é frequente na sociedade. Como foi também

identificado pelo Cirpac, a ingestão de álcool é rotineira, pois 47% da população entrevistada afirma ingerir bebida alcoólica pelo menos uma vez na semana; 21% pelo menos duas; 19%, três e 13% até quatro vezes. Nenhuma pessoa questionada afirmou beber todos os dias. Dos entrevistados, 30% afirmaram já ter sofrido acidente automobilístico e, dentre os acidentados, 44% afirmaram que um dos condutores havia ingerido álcool. Em 13% dos acidentes, houve alguma lesão de face, sendo tal resultado similar para motoristas e passageiros. O percentual de traumatismos dentoalveolares foi pequeno no referido estudo, sendo 3% com a própria pessoa e 7% com a vítima.

O álcool influencia, consideravelmente, a casuística dos acidentes de trânsito e da violência, além de ser conduta apenada pela lei quando o indivíduo é flagrado dirigindo em estado de embriaguez. Diante disso, em linguagem simples, alguns aspectos da legislação de trânsito são abordados, com o escopo de auxiliar o trabalho das polícias Militar e Civil, sobretudo defendendo as operações que objetivam fiscalizar os condutores de veículos com bafômetros.

Por meio de casos clínicos e depoimentos verídicos, devidamente autorizados por suas vítimas ou responsáveis, o Cirpac termina as palestras sobre o álcool com um momento de reflexão. Para isso, sempre um caso clínico é selecionado, como o de um jovem de 18 anos, vítima de acidente automobilístico, que era passageiro em um carro conduzido pelo primo, também jovem, que estava alcoolizado. O seu vídeo tem sido transmitido a outros jovens ouvintes, da mesma faixa etária, os quais, possivelmente, possuem hábitos semelhantes do condutor que, ao dirigir alcoolizado, causou um acidente que redundou em tragédia. O paciente, que na época do acidente foi tratado pela equipe do Trauma Bucomaxilofacial, continuou sendo acompanhado na FOA por anos e, atualmente, apenas o Centro de Assistência Odontológica à Pessoa com Deficiência (CAOE) da Faculdade de Odontologia de Araçatuba/Unesp está apto a atendê-lo, por ser um local especializado na assistência odontológica para pessoa com deficiência intelectual.

Em todas as palestras, a ferramenta Cirpac ajudou o público a refletir sobre os acidentes de trânsito e suas consequências, buscando levar a mudanças comportamentais a fim de preveni-los. Mais de 97% da população entrevistada afirmou aceitar o Cirpac, sendo que 96% parece considerá-lo uma ferramenta de prevenção.

Quando a palestra sobre prevenção dos acidentes motociclísticos foi realizada, a ferramenta Cirpac teve 100% de aceitação, sendo que 93% dos entrevistados admitiram refletir sobre a problemática dos acidentes de motocicletas como causas dos traumas bucomaxilofaciais.

Discussão

Os traumas que acometem o complexo maxilofacial são considerados um problema de saúde pública, uma vez que a maioria da população acometida por esse tipo de trauma é constituída de pessoas de classe social menos favorecida, que buscam o tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Anualmente, gastam-se algumas centenas de milhões de dólares em todo o mundo na reabilitação dos indivíduos que sofreram algum tipo de injúria na face, sendo a média de permanência hospitalar de trinta dias (Silva; Lima; Torres, 2009). Tendo em vista que o trauma bucomaxilofacial compromete a face do indivíduo, que é considerada o principal "cartão de visita" do ser humano nesta sociedade de aparências, os pacientes traumatizados são extremamente afetados sob o aspecto psicológico, afastando-se do convívio social.

No Brasil e para a maioria dos países do terceiro mundo, o trauma é um desafio para a saúde por proporcionar alto índice de morbidade e mortalidade (Choudhury-Peters; Dain, 2016). Possui relevância clínica em razão da sua frequência cada vez mais alta, por serem de difícil prevenção e gerarem altos gastos governamentais.

Por todos esses motivos, promover a prevenção, educando a população e elaborando estratégias mais racionais para o

desenvolvimento de uma ferramenta que permita ser moldada conforme a realidade do público-alvo pode contribuir para o desenvolvimento político, econômico e social (Soares-Carneiro et al., 2011).

Nesse contexto, diante da busca pela redução das lesões de face e partindo do princípio de que o mais coerente é a prevenção, campanhas são realizadas continuamente ao redor do mundo (Al-Dajani et al., 2015).

Assim, como proposto pelas diretrizes do Cirpac, a realização de ações preventivas, por meio de palestras à comunidade, orientando os usuários sobre a necessidade de utilização dos equipamentos de proteção individual e dos efeitos nefastos do consumo de álcool e drogas, além das ações para diminuição da violência interpessoal, são condutas fundamentais.

Ante a experiência do Cirpac, uma constatação desmotivante está relacionada ao pequeno interesse da população para uma mudança de paradigmas quando se trata das ações necessárias para a redução dos traumas faciais e, consequentemente, do politraumatismo. Qualquer que seja a ação, há a necessidade da mudança de comportamento por parte de cada indivíduo. Assim, como a maioria do público contemplado pelas ações preventivas é, até o momento, representada por jovens adultos, fica evidente que, por mais que o Cirpac consiga sensibilizar de maneira favorável grande parte dos indivíduos, a mudança do comportamento ainda é deficiente.

Por outro lado, considerando os resultados encorajadores de algumas instituições e ideias discutidas e acordadas nas "mesas-redondas" dos eventos anuais, o Cirpac se propõe a estender as suas fronteiras para mais ações preventivas.

Como a mudança de um comportamento "viciado" é mais difícil do que conscientizar a população, o Cirpac está disposto à realização de palestras educativas para a comunidade infantil. Para tanto, já em fase dos primeiros atos educativos, a linguagem adaptada para crianças de 2 a 5 anos de idade, com uso de fantoches, denotam a criação de um novo Cirpac, preocupado com a formação moral e cultural do indivíduo. Por meio da criação de teatros interativos com

as crianças, a ferramenta infantil, que será denominada Cirpaquinho, poderá desbravar a primeira infância, focando condutas que poderão prevenir os fatores etiológicos que comumente causam os traumas bucomaxilofaciais na idade adulta.

Outra proposta para educar as nossas crianças para a prevenção desse tipo de trauma é a criação de aplicativos para os sistemas Android e IOS, com jogos e ações introdutórias sobre o assunto, que alertarão as crianças sobre os cuidados que deverão ter para prevenir os acidentes, a violência, o uso de drogas e, consequentemente, os traumas faciais, podendo ser incorporado no dia a dia de uma criança acostumada a brincar com os jogos informatizados.

Diante do exposto, fica clara a importância do Cirpac para a formação de profissionais, tanto da área da saúde como da educação, tornando-os multiplicadores do conhecimento para prevenir os traumas bucomaxilofaciais. Por meio de um trabalho contínuo e planejado de educação da comunidade como um todo, a ferramenta continuará transmitindo conhecimento à população fazendo que ela passe a incorporar, em suas condutas diárias, ações mais seguras. Ao longo do tempo, a cultura de um povo ainda pouco preocupado com as consequências dos traumas e que não consegue mudar as suas condutas na fase adulta será gradativamente substituída por uma cultura mais consciente e ajustada às regras que protegem a sobrevivência do indivíduo e da sociedade.

O futuro parece levar a uma possível inclusão da ferramenta Cirpac na educação infantil, sendo necessária a adesão de docentes da área da pedagogia e da psicologia ao projeto para que seu desenvolvimento se baseie em métodos de educação capazes de produzir resultados permanentes.

Dessa forma, a Universidade estará cumprindo o seu papel de gerar conhecimento, educando indivíduos que possam, efetivamente, nortear as novas gerações para realidades transformadas, focadas na manutenção da saúde e da paz.

Conclusões

Os primeiros resultados observados do desenvolvimento e aplicação da ferramenta Cirpac da FOA/Unesp foram:

1) Os alunos voluntários do Cirpac têm aprendido como preparar as suas próprias palestras e como transmiti-las à população em geral, tornando-se exemplos de comportamento, multiplicadores de conhecimento e promotores da saúde.
2) A população, constituída especialmente por jovens, tem sido informada sobre a gravidade do uso do álcool e drogas ilícitas, da violência e dos atos de imprudência, negligência ou imperícia no trânsito e da necessidade de condutas preventivas.
3) O projeto tem possibilitado a coleta de dados para o desenvolvimento de pesquisas epidemiológicas que identificam os fatores etiológicos que desencadeiam os traumas bucomaxilofaciais.
4) O projeto tem possibilitado a coleta de dados para a avaliação e evolução da ferramenta Cirpac.
5) A ferramenta Cirpac tem sido bem aceita pela população e voluntários, fazendo que haja reflexão e empenho para uma mudança de conduta, embora tais resultados ainda não possam ser criteriosamente mensurados.
6) Acredita-se que, a longo prazo, o conteúdo das palestras será gradativamente incorporado na cultura da sociedade, especialmente se a ferramenta for desenvolvida e adotada como rotina, tendo maior potencial transformador se utilizada na educação infantil.
7) A prevenção dos traumas contribui para o desenvolvimento político, econômico e social, uma vez que há diminuição dos gastos públicos e do número de pessoas improdutivas, mórbidas, internadas e com sequelas, menor número de pacientes e menor complexidade para o tratamento reabilitador e a reinserção social do indivíduo traumatizado e com sequelas.

Agradecimentos

À Pró-Reitoria de Extensão (Proex) da Unesp, pelo reconhecimento e apoio financeiro; à Faculdade de Odontologia de Araçatuba, pelo apoio e autonomia confiada ao Cirpac; ao CNPq, pelo incentivo à pesquisa; ao Centro de Assistência Odontológica à Pessoa com Deficiência (CAOE) da FOA/Unesp, pela assistência odontológica e possibilidade de estudos nos pacientes com deficiência intelectual e com histórico de trauma bucomaxilofacial; à disciplina de Clínica Integrada da FOA/Unesp, pelo incentivo e reabilitação dos pacientes com histórico de traumas bucomaxilofaciais; à disciplina de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araraquara/Unesp, pelo trabalho e incentivo ao Cirpac; aos Grupamentos do Corpo de Bombeiros e Tiros de Guerra das cidades de Araçatuba e de Birigui, pela parceria com o Cirpac e pelo trabalho executado; à Polícia Militar Rodoviária e ao Denatran, pelo cumprimento das leis de trânsito; às autoescolas da cidade de Araçatuba (Volante, Seta, Grand Prix e Monza) e da cidade de Birigui (Monza), pelo incentivo ao ensino com conteúdos do Cirpac; a todas as instituições e organizações governamentais, não governamentais e particulares, universidades, faculdades, escolas, postos de saúde e empresas que, de alguma forma, acolheram e acolhem, incentivaram ou incentivam a ferramenta Cirpac.

Referências bibliográficas

AL-DAJANI, M. et al. Epidemiology of Maxillofacial Injuries in Ontario, Canada. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, University of Toronto, v.73, n.4, p.693-9, 2015.

AMBRIZZI, D. R. et al. Incidência e etiologia das fraturas faciais na região de Araraquara. *Folha Médica*, Rio de Janeiro, v.114, supl.3, p.93-5, 1997.

ANDRADE, S.; MELLO-JORGE, M. H. P. Acidentes de transporte terrestre em cidade da região Sul do Brasil: avaliação da cobertura e

qualidade dos dados. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.17, n.6, p.1449-56, 2001.

ANSARI, M. H. Maxillofacial Fractures in Hamedan Province, Iran: a Retrospective Study (1987-2001). *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, Hamedan, Irã, v.32, n.1, p.28-34, 2004.

BARKER, R. et al. Child Trampoline Injuries. *Queensland Injury Surveillance Unit*, Queensland, v.56, p.1-6, 1999.

BASTOS, Y. G. L.; ANDRADE, S. M.; CORDONI JR., L. Acidentes de trânsito e o novo Código de Trânsito Brasileiro em cidade da região Sul do Brasil. *Informe Epidemiológico do SUS*, v.8, n.2, p.37-45, 1999.

BISSON, J. I.; SHEPHERD, J. P.; DHUTIA, M. Psychological Sequelae of Facial Trauma. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, Cardiff, v.43, n.3, p.496-500, 1997.

CARDIM, V. L. N. et al. Tratamento das craniossinostoses com expansão dinâmica por meio de molas implantáveis: análise de 17 casos. *Rev. Soc. Bras. Cir. Craniomaxilofac.*, v.10, n.2, p.41-50, jun. 2007.

CHOUDHURY-PETERS, D.; DAIN, V. Developing Psychological Services Following Facial Trauma. *BMJ Quality Improvement Reports*, London, v.5, n.1, p.u210402-w4210, 2016.

COPCU, E.; SISMAN, N.; OZTAN, Y. Trauma and Fracture of the Mandible: Effects of Etiologic Factors on Fracture Patterns. *European Journal of Trauma*, Izmir, v.30, n.2, p.110-5, 2004.

ESKI, M. et al. A Retrospective Analysis of 101 Zygomatico-Orbital Fractures. *Journal of Craniofacial Surgery*, Ankara, v.17, n.6, p.1059-64, 2006.

FAVERANI, L. P. et al. Traumas faciais: estudo retrospectivo de 1.190 casos na região de Araçatuba. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*, Araçatuba, v.38, n.1, p.22-5, 2009.

LIN, M. R.; HWANG, H. F.; KUO, N. W. Crash Severity, Injury Patterns, and Helmet Use in Adolescent Motorcycle Riders. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, Taipei, v.50, n.1, p.24-30, 2001.

MACKENZIE, E. J. Epidemiology of Injuries: Current Trends and Future Challenges. *Epidemiologic Reviews*, Baltimore, v.22, n.1, p.112-9, 1999.

OLIVEIRA, N. L. B.; SOUZA, R. M. C. Diagnóstico de lesões e qualidade de vida de motociclistas, vítimas de acidentes de trânsito. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Maringá, v.11, n.6, p.749-56, 2003.

RODRIGUES, F. H. O. C. et al. Avaliação do trauma bucomaxilofacial no Hospital. *Rev. Bras. Cir. Plástica*, Belo Horizonte, v.21, n.4, p.211-6, 2001.

SASTRY, S. M. et al. Leading Causes of Facial Trauma in the Major Trauma Outcome Study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, v.95, n.1, p.196, 1995.

SHAPIRO, A. J. et al. Facial Fractures in a Level I Trauma Centre: the Importance of Protective Devices and Alcohol Abuse. *Injury*, Fort Gordon, v.32, n.5, p.353-6, 2001.

SILVA, J. J. L.; LIMA, A. A. A. S.; TORRES, S. M. Fraturas de face: análise de 105 casos. *Rev. Soc. Bras. Cir. Craniomaxilofac.*, v.12, n.1, p.16-20, 2009.

SOARES, D. F. P. P.; SOARES, D. A. Motociclistas vítimas de acidentes de trânsito em município da região Sul do Brasil. *Acta sci., Health sci.*, Maringá, v.25, n.1, p.87-94, 2003.

SOARES-CARNEIRO S. C. A. et al. Alcoholabusive Use Increases Facial Trauma? *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal*. 2011. *on-line*. doi:10.4317/medoral.2011. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27475685. Acesso em: 8 ago. 2016.

7
Campanha de incentivo ao diagnóstico precoce da acromegalia

Adriele Ferreira Neves[1]
Angélica Rodrigues Botelho[2]
Nataly Sacco[3]
Giuliane Minami Tsutsui[4]
Fernanda Bolfi[5]
Henrique Cláudio Vicenti[6]
Vania dos Santos Nunes[7]

Introdução

A acromegalia é uma doença sistêmica crônica decorrente da produção excessiva do hormônio de crescimento (*growth hormone* – GH) e do fator de crescimento semelhante à insulina tipo I

1. Graduanda do curso de Medicina na Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu. *e-mail*: adriele.neves@gmail.com.
2. Enfermeira, tenente do Exército Brasileiro, ex-aluna do curso de Enfermagem na Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu. *e-mail*: angelbotelho4@hotmail.com.
3. Médica do Serviço de Clínica Médica Geral do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu. *e-mail*: natalysacco@gmail.com.
4. Graduanda do curso de Medicina na Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu. *e-mail*: giumt@gmail.com.
5. Médica do Serviço de Endocrinologia e Metabologia do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu. *e-mail*: febolfi@gmail.com.
6. Médico psiquiatra, ex-aluno do curso de Medicina da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu. *e-mail*: hcvicentini@gmail.com.
7. Professora assistente doutora do Departamento de Clínica Médica da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu. *e-mail*: vsnunes@fmb.unesp.br.

(*insuline-like growth factor type I* – IGF-1), sendo que, em 98% dos casos, é causada por um adenoma hipofisário secretor de GH (Vieira Neto et al., 2011, p.91; Melmed et al., 2009, p.1509; Melmed et al., 1990, p.966). Em apenas 2% dos casos decorre da hipersecreção ectópica ou ectópica do hormônio liberador de GH (*growth hormone releasing hormone* – GHRH) e muito raramente da secreção ectópica de GH.

A doença ocorre com a mesma frequência nos sexos feminino e masculino e pode ser diagnosticada em qualquer idade, porém é mais prevalente entre a quarta e quinta década de vida.

Não há estudos epidemiológicos para a população brasileira em relação à acromegalia, porém, de acordo com estudos europeus, ela tem uma prevalência de 40 a 70 casos para 1 milhão e uma incidência de 3 a 4 casos para 1 milhão (Alexander et al., 1980, p.71; Etxabe et al., 1993, p.181). Desse modo, com base nesses dados, estima-se que aproximadamente 650 novos casos da doença sejam diagnosticados anualmente no Brasil (Donangelo; Une; Gadelha, 2003, p.4).

O diagnóstico de acromegalia é clínico, por meio das manifestações clínicas decorrentes do excesso de GH e IGF-1, e laboratorial, baseado nas concentrações séricas aumentadas desses hormônios. Em 70% dos casos, as alterações estão associadas a um macroadenoma hipofisário.

Em função do caráter insidioso da doença e da falta de conhecimento de suas características tanto por parte da população geral quanto pelos profissionais da saúde, o diagnóstico é frequentemente realizado cerca de oito a dez anos após o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas, e, por conta disso, a maioria dos pacientes já apresenta manifestações clínicas típicas da doença, como aumento das extremidades, prognatismo, macroglossia, proeminência frontal, associadas a complicações crônicas decorrentes do aumento do GH, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, artropatias, neoplasias de cólon, dentre outros (Vieira Neto et al., 2011, p.91).

Tal fato é extremamente relevante, pois, devido a essas complicações crônicas, os pacientes acromegálicos apresentam uma taxa de mortalidade duas a quatro vezes maior do que a de indivíduos da

população geral com mesmo sexo e idade (Donangelo; Une; Gadelha, 2003, p.4).

Em uma revisão sistemática publicada em 2008 (Holdaway; Bolland; Gamble, 2008, p.89), a metanálise dos dezesseis estudos incluídos mostrou um aumento de 72% no total de mortalidade geral nos acromegálicos em comparação com a população geral.

No entanto, estudos mais novos (Bogazzi et al., 2013, p.367) têm evidenciado melhora na sobrevida desses pacientes. Isso tem ocorrido provavelmente devido às estratégias mais modernas de tratamento do adenoma hipofisário com o aprimoramento das técnicas cirúrgicas para ressecção do tumor (cirurgia trans-esfenoidal microscópica e endoscópica) e da variedade de fármacos disponíveis (análogos da somatostatina e antagonista do receptor do GH) (Carlsen et al., 2011, p.736; Colao et al., 2009, p.757; Karaca et al., 2011; Amato et al., 2002, p.65; Andries et al., 2008, p.463; Maiza et al., 2007, p.282). No entanto, apesar da incorporação dessas novas tecnologias de saúde no manejo da acromegalia, os estudos ainda continuam apontando um aumento da taxa de mortalidade desses indivíduos (Melmed et al., 2009, p.1509).

Ademais, o diagnóstico precoce da doença poderia aumentar a taxa de cura dos indivíduos afetados e evitar o surgimento das suas complicações crônicas, como as cardiovasculares, respiratórias e neoplásicas. Consequentemente, haveria redução da mortalidade nesse grupo de pacientes.

Desse modo, além do diagnóstico mais precoce da acromegalia, um tratamento efetivo, capaz de reduzir o nível sérico de GH para um valor considerado seguro e normalizar o IGF-1, também é de suma importância para a redução da mortalidade dos pacientes acromegálicos (Bates et al., 1993, p.293; Swearing et al., 1998, p.3419).

Portanto, com base nesses estudos que mostram que, ainda hoje, mesmo com o surgimento de novas tecnologias e ferramentas médicas, a mortalidade dos indivíduos que apresentam acromegalia é maior que a esperada para a população em geral, o objetivo desse projeto de extensão foi realizar uma campanha de incentivo ao diagnóstico precoce da doença.

Acredita-se que a associação de diagnóstico mais precoce da acromegalia com as modernas técnicas de abordagem terapêutica em um centro especializado poderia contribuir para a redução da mortalidade dos pacientes, pois o tratamento adequado para a doença seria instituído no início das suas manifestações clínicas, prevenindo, desse modo, a evolução da doença e o desenvolvimento das complicações.

O intuito dessa campanha foi orientar os profissionais de saúde, principalmente médicos e dentistas dos municípios que pertencem à área de abrangência do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, a reconhecer um paciente com as características iniciais da doença e facilitar o seu acesso ao nosso centro de referência para o tratamento dos tumores hipofisários.

Desenvolvimento da campanha

Para a campanha de diagnóstico precoce da acromegalia, utilizamos como metodologia a elaboração de folhetos informativos destinados aos profissionais da saúde de atenção primária da região de Botucatu, representada pelas unidades básicas de saúde (UBS) e postos de saúde familiar (PSF).

A equipe do projeto entrou em contato com os polos regionais do Departamento Regional de Saúde (DRS VI), que reúne os municípios de Lins, Jaú, Avaré, Bauru e Botucatu para poder ter acesso aos profissionais de saúde da rede básica.

As informações contidas nos folhetos tiveram como finalidade apresentar a esses profissionais da saúde algumas das principais características clínicas da acromegalia para ajudá-los a identificar um paciente no início da doença. Uma vez pensado no diagnóstico, informamos nos folhetos como proceder e encaminhar o paciente ao ambulatório de acromegalia.

Concomitantemente, foram planejadas algumas palestras, as quais foram ministradas para diversas especialidades médicas e para os dentistas, com ênfase em como fazer diagnóstico da doença.

A escolha do público, tanto para o material informativo quanto para as palestras, foi baseada no fato de que os profissionais de saúde da atenção primária, os dentistas, alguns especialistas (ortopedistas, reumatologistas, dentre outros) são os primeiros a serem procurados pelo paciente acromegálico. Isso se deve principalmente às manifestações clínicas iniciais da doença, abordadas na próxima seção deste capítulo.

Conteúdo informativo

As palestras e os folhetos elaborados para essa campanha foram estruturados de modo que fossem abordados dois tópicos essenciais para o reconhecimento de pacientes acromegálicos:

- Manifestações clínicas da acromegalia, que se associam aos principais sinais e sintomas e às complicações mais comuns da doença, sendo responsáveis na maioria das vezes pela procura por atendimento médico e odontológico.
- Como o profissional da saúde deve proceder em caso de suspeita de um paciente com acromegalia.

Folheto informativo

O diagnóstico da acromegalia é clínico e laboratorial. Diante de uma suspeita clínica, a doença deve ser confirmada pela demonstração dos níveis séricos elevados dos hormônios GH e IGF-1. Essas informações foram detalhadas nos folhetos informativos e distribuídas nos tópicos a seguir: definição da doença, objetivo da campanha, principais sinais e sintomas da acromegalia, principais complicações que fazem os pacientes procurarem um médico especialista, o que fazer quando se suspeita que um paciente apresenta acromegalia?

Definição da doença

Acromegalia é uma doença crônica decorrente do excesso do hormônio de crescimento (GH), sendo na maioria das vezes causada por um adenoma hipofisário secretor de GH. Em função do caráter insidioso dessa neoplasia e da falta de conhecimento por parte de alguns profissionais de saúde das características da mesma, o diagnóstico é frequentemente realizado cerca de oito a dez anos após o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas. O diagnóstico mais precoce poderia aumentar a taxa de cura dos indivíduos afetados e evitar o surgimento das complicações cardiovasculares, respiratórias e neoplásicas, que são os principais responsáveis pelo aumento da mortalidade nesse grupo de pacientes.

Objetivo da campanha

Essa campanha tem o objetivo de orientar os profissionais da saúde, principalmente médicos e dentistas, a reconhecer um paciente com acromegalia e facilitar o seu acesso ao ambulatório de acromegalia localizado no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu.

Sinais e sintomas da acromegalia

Os sinais e sintomas que mais caracterizam a acromegalia são as alterações fisionômicas:

- Proeminência frontal.
- Alargamento da base do nariz.
- Aumento dos lábios.
- Macroglossia.
- Prognatismo.
- Aumento dos arcos zigomáticos.

- Aumento das extremidades, representado pela troca por um número maior do sapato e a aliança não caber mais no dedo.

Contudo, como esses sinais e sintomas são de progressão gradual e lenta, a maioria dos pacientes não percebe tais modificações e acaba procurando o médico ou o dentista tardiamente.

Principais complicações que fazem os pacientes procurarem um médico especialista

Devido aos níveis elevados do GH e do IGF-1 (Somatomedina C), os pacientes acometidos podem apresentar, além das alterações fisionômicas, várias complicações que, dependendo do tempo de evolução da doença, podem ser irreversíveis mesmo com o controle da acromegalia.

- Artrite.
- Artrose.
- Parestesias.
- Síndrome do túnel do carpo.
- Perda do campo visual (pela compressão do tumor sobre o quiasma óptico).
- Hipertensão arterial.
- Diabetes mellitus.
- Alteração da voz.
- Apneia do sono.
- Irregularidade menstrual.
- Amenorreia.

O que fazer na suspeita de um paciente com acromegalia?

Junto à observação clínica, algumas perguntas podem auxiliar no rastreamento da acromegalia. Por exemplo:

- Trocou o número do sapato por um número maior?
- A aliança no dedo está mais apertada do que antes?
- Você ou alguns amigos/parentes têm observado que a fisionomia do seu rosto está alterando?

Por fim, compare uma foto bem antiga do indivíduo com o rosto atual e verifique se com o decorrer dos anos houve alterações fisionômicas sugestivas da acromegalia.

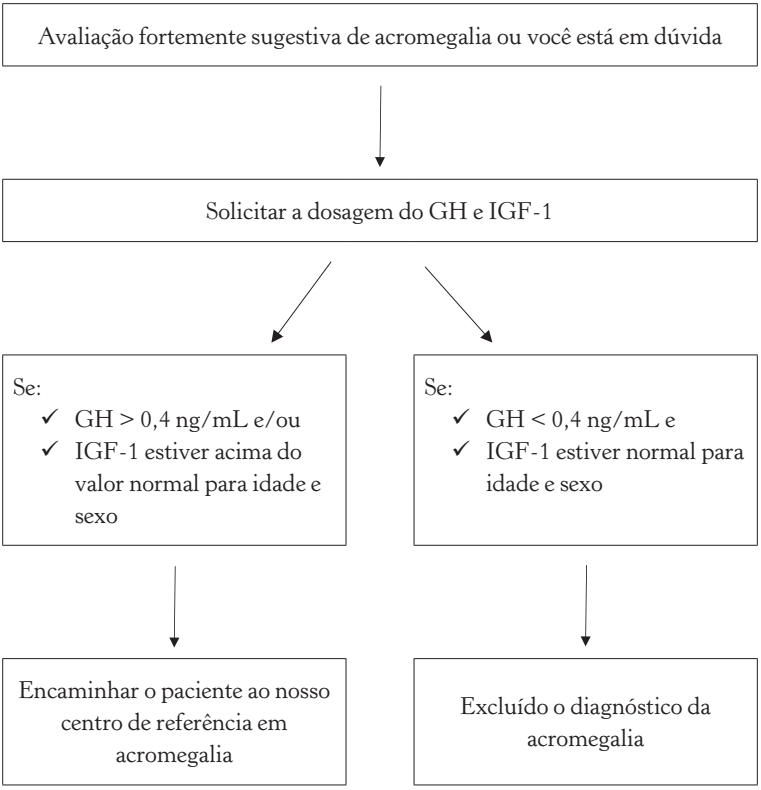

Figura 1 – Conduta na suspeita de acromegalia

Fonte: Elaborada pelos autores, baseada em Giustina et al., 2010, p.3141.

Curiosidades sobre a acromegalia

Maurice Tillet foi um lutador francês profissional conhecido como *The French Angel* (O Anjo Francês), que obteve grande sucesso no começo da década de 1940.

Em 1920, aos 17 anos, foi diagnosticado com acromegalia, e, a partir de então, seu corpo foi adquirindo alterações fisionômicas acentuadas. Sua forma gerava tanto preconceito que Tillet começou a ser expulso dos lugares que frequentava e onde antes era bem recebido. Sem suporte para lutar contra a doença, começou a adaptar-se a ela, adquirindo um rol de comportamentos mais adequados a sua grotesca aparência.

Buscando uma nova identidade que se encaixasse à desfiguração, Tillet mudou-se para os Estados Unidos em 1937 e tornou-se um profissional de luta-livre, adotando o nome de "Assustador Ogro do Ringue". Lucrou com sua aparência e foi capaz de atrair um grande público para as lutas que disputava.

Foi consagrado campeão dos pesos-pesados pela American Wrestling Association e faleceu em 1954, aos 51 anos de idade, devido a uma doença cardíaca não especificada.

Há relatos de que Maurice Tillet teria servido de inspiração para a criação do personagem Shrek.[8] Antes de morrer, teria concordado em fazer um *lifecast* (máscara mortuária, uma prática comum até o século XIX), a qual serviu de modelo para a construção de Shrek.

Resultados da campanha

Após a elaboração e confecção dos materiais informativos, 25 unidades de saúde de Botucatu foram visitadas pela equipe que participou do projeto e 15 palestras foram ministradas com a finalidade de divulgar a campanha entre secretários da Saúde, dentistas, médicos generalistas e ginecologistas.

8. Alex P. Homem com acromegalia pode ter sido a inspiração para o personagem Shrek. Disponível em: http://diariodebiologia.com/2015/02/homem-como-acromegalia-pode-ter-sido-a-inspiracao-para-o-personagem-shrek/. Acesso em: 13 ago. 2016.

Desde que a campanha foi iniciada, em 2009, 28 pacientes foram encaminhados ao nosso serviço, sendo que 24 tiveram diagnóstico confirmado de acromegalia.

A maioria apresentou o diagnóstico macroadenoma (81%), sendo que, destes, quatro indivíduos apresentaram invasão parasselar da lesão, e dois deles estão ainda com a doença não controlada, apesar de já terem sido submetidos a cirurgia para ressecção tumoral e usarem a dose máxima de um análogo da somatostatina, que é um dos tratamentos complementares da doença. Dentre os cinco pacientes com microadenoma e os dezenove com macroadenoma, mas sem invasão parasselar, apenas quatro não atingiram ainda a normalização do IGF-1.

Todos esses dados estão registrados nos gráficos 1, 2 e 3.

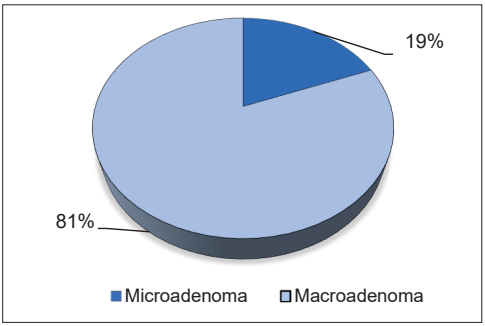

Gráfico 1 – Prevalência de micro e macroadenomas

Fonte: Acervo dos autores.

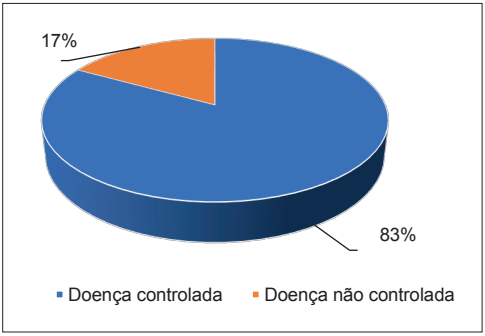

Gráfico 2 – Porcentagem de pacientes com doença controlada e não controlada

Fonte: Acervo dos autores.

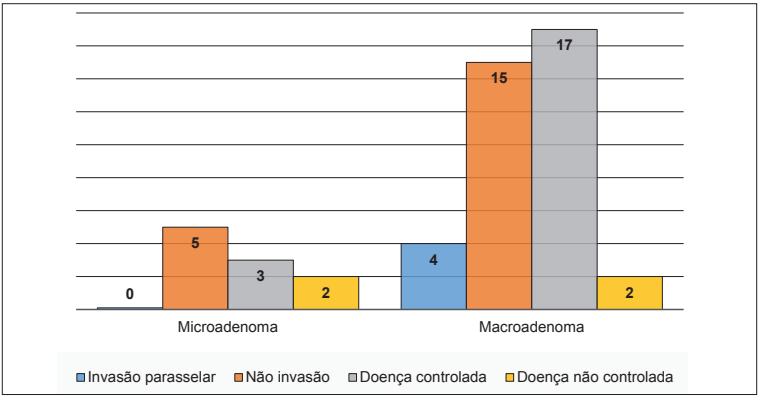

Gráfico 3 – Relação entre micro e macroadenomas e presença de invasão parasselar e controle da doença
Fonte: Acervo dos autores.

A campanha tem capacitado profissionais de saúde a reconhecer um paciente com possibilidade de ter acromegalia. Associado a isso, os pacientes suspeitos têm sido encaminhados mais facilmente a nosso serviço. Espera-se que, num futuro próximo, o diagnóstico precoce aumente a taxa de sucesso cirúrgico dessas pessoas e diminua a taxa de mortalidade da doença. É esperada também uma diminuição dos gastos públicos com os medicamentos utilizados como tratamento complementar para essa neoplasia.

A campanha vai continuar nos próximos anos, e espera-se que sirva como um modelo de projeto a ser executado em outras regiões do Brasil e do mundo.

Agradecimentos

A conclusão deste trabalho seria impossível sem a participação dos profissionais de saúde da atenção básica de Botucatu e a colaboração de algumas instituições que, de diversas formas, deram sua contribuição em diferentes etapas. Destas, a equipe manifesta um agradecimento especial à Pró-Reitoria de Extensão Universitária (Proex), pela concessão da bolsa de estudos, e à Indústria

Farmacêutica Novartis, pelo auxílio para a elaboração dos materiais informativos que foram distribuídos aos profissionais de saúde.

Referências bibliográficas

ALEXANDER, L. et al. Epidemiology of Acromegaly in Newcastle Region. *J. Clin. Endocrinol.*, Oxford, v.12, p.71-9, 1980.

AMATO, G. et al. Long-Term Effects of Lanreotide SR and Octreotide LAR on Tumour Shrinkage and GH Hypersecretion in Patients with Previously Untreated Acromegaly. *J. Clin. Endocrinol.*, Oxford, v.56, p.65-71, 2002.

ANDRIES, M. et al. A 12-Month Randomized Crossover Study on the Effects of Lanreotide Autogel and Octreotide Long-Acting Repeatable on GH and IGF-l in Patients with Acromegaly. *J. Clin. Endocrinol.*, Oxford, v.68, p.473-80, 2008.

BATES, A. S. et al. An Audit of Outcome of Treatment in Acromegaly. *Quarter J. Med.*, v.86, p.293-9, 1993.

BOGAZZI, F. et al. Comparison of the Effects of Primary Somatostatin Analogue Therapy and Pituitary Adenomectomy on Survival in Patients with Acromegaly: a Retrospective Cohort Study. *Eur. J. Endocrinol.*, v.169, p.367-76, 2013.

CARLSEN, S. M. et al. Six-Month Preoperative Octreotide Treatment in Unselected, de Novo Patients with Acromegaly: Effect on Biochemistry, Tumour Volume, and Postoperative Cure. *J. Clin. Endocrinol.*, Oxford, v.74, p.736-43, 2011.

COLAO, A. et al. Octreotide LAR vs. Surgery in Newly Diagnosed Patients with Acromegaly: a Randomized, Open-Label, Multicentre Study. *J. Clin. Endocrinol.*, Oxford, v.70, p.757-68, 2009.

DONANGELO, I.; UNE, K.; GADELHA, M. Diagnosis and Treatment of Acromegaly in Brazil. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.*, São Paulo, v.47, n.4, ago. 2003.

ETXABE, J. et al. Acromegaly: an Epidemiological Study. *J. Endocrinol. Invest.*, v.16, p.181-7, 1993.

GIUSTINA, A. et al. A Consensus on Criteria for Cure of Acromegaly. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, v.95, n.7, p.3141-8, 2010.

HOLDAWAY, I. M.; BOLLAND, M. J.; GAMBLE, G. D. A Meta--Analysis of the Effect of Lowering Serum Levels of GH and IGF-I on Mortality in Acromegaly. *Eur. J. Endocrinol.*, v.159, n.2, p.89-95, 2008.

KARACA, Z. et al. Comparison of Primary Octreotide-Lar and Surgical Treatment in Newly Diagnosed Patients with Acromegaly. *J. Clin. Endocrinol.*, Oxford, 2011.

MAIZA, J. C. et al. Long-Term (up to 18 Years) Effects on GH/IGF-1 Hypersecretion and Tumour Size of Primary Somatostatin Analogue (SSTa) Therapy in Patients with GH-Secreting Pituitary Adenoma Responsive to SSTa. *J. Clin. Endocrinol.*, Oxford, v.67, p.282-9, 2007.

MELMED, S. et al. Guidelines for Acromegaly Management: an Update. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, v.94, p.1509-17, 2009.

_____. Acromegaly. *N. Engl. J. Med.*, v.322, p.966-77, 1990.

SWEARING, B. et al. Long-Term Mortality after Transsphenoidal Surgery and Adjunctive Therapy for Acromegaly. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, v.83, p.3419-26, 1998.

VIEIRA NETO, L. et al. Recommendations of Neuroendocrinology Department from Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism for Diagnosis and Treatment of Acromegaly in Brazil. *Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.*, v.55, p.91-105, 2011.

8
Ações de extensão universitária integradas: programa de formação continuada "Corporeidade e yoga na escola"

Julio Mizuno[1]
Micheli Adriane Betti Gielfi[2]
Diego Cardoso Ragnole Silva[3]
Fernanda Rossi[4]

Introdução

Nos estatutos das universidades públicas brasileiras estabelecem-se como funções o ensino, a pesquisa e a extensão universitária. Nesse sentido, preveem-se a criação, desenvolvimento, organização, preservação e transmissão do saber acadêmico-científico e da cultura por meio do ensino e da pesquisa, bem como a interação com a comunidade (Hunger et al., 2014). Para configurar espaços de formação na graduação e atuação social no campo

1. Doutor em Ciências da Motricidade pela Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências, Bauru. *e-mail*: juliomizuno@gmail.com.
2. Bacharel e licencianda em Educação Física pela Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências, Bauru. *e-mail*: mibgielfi@gmail.com.
3. Licenciando em Educação Física pela Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências, Bauru. *e-mail*: diegocsilva.pinky@outlook.com.
4. Professora assistente doutora do Departamento de Educação da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências, Bauru. *e-mail*: fernandarossiunesp@gmail.com.

educativo, a Universidade Estadual Paulista (Unesp), em parceria com a Secretaria de Educação Municipal de Bauru/SP, vêm desenvolvendo ações de formação continuada no campo da Educação Física para professores(as) da educação básica pública, consolidando o vínculo da Universidade com a comunidade.

No primeiro semestre de 2015 desenvolveu-se o primeiro módulo do programa de formação continuada "Corporeidade e yoga na escola", apresentando como objetivo geral promover ações com professores da educação infantil com foco na (re)construção da corporeidade para que estes pudessem (re)significar sua prática pedagógica, mediante o desenvolvimento da consciência corporal e a compreensão da importância do movimento para a formação da criança, utilizando como conteúdo o yoga.

Mizukami et al. (2002, p.15) entendem que o professor "constrói seu conhecimento profissional de forma idiossincrática e processual, incorporando e transcendendo o conhecimento advindo da racionalidade técnica". Para Imbernón (2010, p.109), "a formação em atitudes (cognitivas, afetivas e comportamentais) ajuda no desenvolvimento pessoal dos professores, em uma profissão em que a fronteira entre o profissional e o pessoal está difusa".

Diante desse pressuposto, a formação foi realizada com o foco nas vivências corporais (práticas de yoga), pois, ao movimentar-se, criar, expressar-se, o professor apreende sensações e informações que podem vir a nutrir e enriquecer o fazer pedagógico. Compreende Strazzacappa (2001) que desenvolver um trabalho corporal com os professores assume uma dupla função: primeiro a de despertá-los para as questões do corpo na escola e, segundo, a de possibilitar a descoberta e desenvoltura de seus próprios corpos.

> Os professores, ao sentirem no corpo estas descobertas, podem compreender melhor o que se passa nos corpos de seus alunos, crianças ou adolescentes. Ao experimentarem o prazer do movimento e os benefícios que estes trazem [...] podem ver com outros olhos estas atividades na escola. (Strazzacappa, 2001, p.77)

O yoga vem ao encontro dessa premissa ao considerar que a prática possibilita, por meio de posturas psicofísicas, o gerenciamento das emoções, amenizar os desgastes na profissão docente, o resgate de valores humanos, a percepção corporal e seu impacto na atividade pedagógica, como ressalta Rosa (2011).

A vivência de yoga permite aos professores adquirirem repertório para o desenvolvimento dessas atividades na escola, ao mesmo tempo que se beneficiam da própria experiência. Nesse sentido, não é possível separar o sujeito que recebe do que medeia a prática de yoga, pois são a mesma pessoa.

Por outro lado, a docência na educação infantil e anos iniciais do ensino fundamental exige disposição física e mental dos professores, exigências essas que podem levar a uma deterioração das condições de saúde, como estresse físico e mental, falta de disposição e concentração, insônia e dores musculoesqueléticas.

Santini e Molina Neto (2005, p.214) encontraram como fatores negativos do trabalho docente, em estudo realizado com professores de Educação Física, "sentimentos e atitudes de insegurança, insatisfação, preocupação, pânico, violência, tensão, decepção, desgaste emocional, esgotamento e estresse", evidenciando-se o comprometimento de sua saúde física e mental e, consequentemente, afetando a percepção da qualidade de vida.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, qualidade de vida é um conceito amplo e subjetivo que abrange tanto as características físicas e psicológicas quanto as sociais e ambientais que envolvem o sujeito, e somente o sujeito pode avaliar a qualidade de sua vida. Pereira (2003) realizou estudo sobre os sintomas do estresse na prática docente com professores do ensino fundamental no estado do Paraná e verificou que os sintomas mais mencionados foram a falta de tempo para si mesmo, irritabilidade fácil, sentimento de cansaço mental, dores nas costas e nuca e problemas na voz, sintomas que também foram citados pelas professoras participantes desta pesquisa no início do programa de formação (Gielfi et al., 2015). Tais fatores reduzem a qualidade de vida, influenciando na vida profissional e pessoal dos docentes.

Carlotto e Palazzo (2006) e Santini e Molina Neto (2005) mostram que o homem é um ser social que aprende, transforma e vai sendo construído e reconstruído, sendo que os aspectos associados às condições e relações de trabalho propiciam o aparecimento de fatores que podem ser severos ou não em sua formação.

O professor não foge à regra. Vinculado ao sistema e à instituição, ele tem como tarefas auxiliar outros sujeitos em seu crescimento pessoal, promover momentos culturais/sociais/científicos e se equilibrar na corda das cobranças sociais. "O sistema escolar transfere ao profissional a responsabilidade de cobrir as lacunas existentes na instituição, a qual estabelece mecanismos rígidos e redundantes de avaliação e contrata um efetivo insuficiente, entre outros" (Gasparini; Barreto; Assunção, 2005, p.191).

Durante a década de 1970, a crise estrutural do capital atinge as escolas provocando uma "série de mudanças institucionais e organizacionais nas relações de produção, trabalho" (Rosa, 2011, p.13). A profissão docente, assim como as estruturas de ensino, é orientada para essa nova demanda de mão de obra e política educacional baseada no neoliberalismo econômico. Esses fatores influenciaram professores a experimentar a síndrome do esgotamento profissional.

> Percebe-se hoje, na área da educação, um constante desafio em fazer com que os professores se sintam satisfeitos e recompensados numa profissão muito mais antiga que a própria medicina e o direito. Parece que ao longo da evolução histórica, estes profissionais vêm perdendo seu mérito e aqueles que exercem a profissão se sentem acuados diante de tantas exigências de uma sociedade globalizada e desprestigiados perante órgãos superiores que administram sua função. (Rosa, 2011, p.13)

Como demonstrado em estudos anteriores, os benefícios atribuídos à prática regular de yoga no campo da saúde estão sendo corroborados por pesquisas científicas há algum tempo, já comprovados seus benefícios em casos de ansiedade, na redução dos

efeitos do estresse, na redução do peso, no controle dos níveis de glicose e colesterol no sangue (Yang, 2007) e na redução da pressão arterial (Mizuno; Monteiro, 2013).

Durante sessão de grupo focal realizada ao final do programa de formação, foram evidenciadas as contribuições das vivências nos aspectos pessoais e profissionais para as participantes, que, pela prática de yoga, sentiram melhora nas condições de saúde física e emocional, com diminuição da tensão muscular, melhora na coordenação de pensamentos e ações, aumento da percepção corporal, do estado de relaxamento, da atenção e cuidado de si, compreendendo seu corpo na perspectiva integral, tendo uma melhora em sua qualidade de vida. Entretanto, tais relatos fornecem informações qualitativas a respeito do programa de uma parcela das participantes, sendo que este trabalho pretende oferecer informações de caráter quantitativo para os relatos observados.

O objetivo deste trabalho foi identificar os efeitos da prática de *Hatha Yoga* na percepção de seis aspectos relacionados à dimensão física da qualidade de vida (dor, estresse, sono, concentração, disposição e capacidade de trabalho) em professoras participantes de um programa de formação continuada em yoga.

Materiais e método

O projeto de extensão "Programa de formação continuada: corporeidade e yoga na escola" é desenvolvido a partir dos pressupostos da pesquisa-ação, em que o processo teórico-metodológico baseia-se em atividades pedagógicas fundamentadas no movimento de ação e reflexão constantes, isto é, na análise da prática concreta do professor iluminada pela reflexão teórica visando a uma prática reelaborada (Elliott, 1998). Assim sendo, no decorrer desse projeto, são desenvolvidas ações de formação na área de yoga; sendo elas posteriormente vivenciadas e reelaboradas pelas professoras participantes com as suas turmas nas escolas.

Participaram do primeiro módulo do programa 28 professoras pedagogas da educação infantil e anos iniciais do ensino fundamental, sendo que 18 (43 ± 6 anos) responderam a todas as avaliações necessárias para inclusão no estudo.

As ações de formação continuada contaram com atividades práticas e teóricas em encontros semanais, tendo duração de duas horas, nos quais foram realizados vivências e estudos sobre yoga, corporeidade, educação e movimento na escola. As vivências de yoga foram fundamentadas no estilo denominado *Hatha Yoga*, composto por exercícios de alongamento, resistência e de controle motor (*ásanas*), técnicas de respiração controlada (*pranayamas*), relaxamento induzido e introdução à meditação. Periodicamente, os exercícios eram alternados visando à progressão e ao desenvolvimento das habilidades e consciência corporal.

No início do programa, para aproximação e reconhecimento do perfil das participantes, foi utilizado questionário anamnese, contendo dados pessoais e questões sobre uso regular de fármacos, doenças crônicas, estado de ânimo (ansiedade, estresse), acompanhamento psicológico e prática regular de exercícios físicos.

Realizou-se, também, sessão de grupo focal, com o objetivo de identificar e compartilhar coletivamente os motivos e expectativas das professoras em relação ao programa de formação continuada na área da educação física e, especificamente, em relação aos conhecimentos de yoga.

Para coleta dos dados deste estudo, foi utilizado questionário fechado com as seguintes questões: Quanto você melhorou ou piorou nos últimos três meses em relação a: I) dor; II) estresse; III) sono; IV) concentração; V) disposição; e VI) capacidade de trabalho, sendo que as participantes assinalaram com um "X" o valor que mais se aproximava da sua condição momentânea. A resposta foi anotada em uma planilha baseada na escala de Likert, composta de cinco níveis com as seguintes possibilidades: piorou muito (–4 e –3); piorou pouco (–2 e –1); manteve (0); melhorou pouco (1 e 2); e, melhorou muito (3 e 4). A quantidade de respostas para cada questão foi calculada e descrita em valores absolutos e relativos.

Resultados e discussão

O yoga fundamenta-se numa filosofia constituída por oito passos, ensinada pelo mestre Patañjali e descrito nos Yoga Sutras de Patañjali, que incluem princípios filosóficos, posturas, aprendizagem dos exercícios de respiração, concentração e meditação associadas a técnicas de relaxamento.

Os dois primeiros passos, *yamas* (disciplina externa) e *nyamas* (disciplina interna), se referem a princípios morais e éticos, recomendando a não violência, a verdade, o desapego, o autoestudo, a disciplina, o contentamento, entre outros.

O terceiro e quarto passo são *ásanas* (controle motor) e *pranayamas* (controle da respiração): posturas para o equilíbrio psicofísico e os exercícios de respiração para expansão da energia vital.

O quinto, sexto e sétimo se referem às técnicas de abstração e interiorização dos sentidos, concentração e meditação (*pratyahara*, *dharana* e *dhyana*, respectivamente). A meditação é um processo no qual se busca compreender a origem e a causa dos pensamentos.

O oitavo passo (*samadhi*) é a integração, o objetivo do yoga: a libertação da mente, a felicidade plena e a consciência universal (Kupfer, 2001; Borella et al., 2007).

Os estudos do grupo R. Y. E. (Recherche sur le Yoga dans L'Éducation/Pesquisa de Yoga na Educação) e a obra *Yoga na educação: integrando corpo e mente na sala de aula*, de Micheline Flak e Jacques de Coulon (2007), vêm sendo desenvolvidos e avaliados em diversos países europeus e americanos desde a década de 1970.

Esses autores desenvolveram metodologias voltadas à utilização de exercícios de respiração e relaxamento no contexto escolar, contribuindo para que toda aprendizagem se torne um processo desenvolvido com entusiasmo e harmonia. Os alunos aprendem a controlar o estresse e a ficar mais atentos, assim como despertam a sua criatividade e desenvolvem a confiança em si. Para tanto, a mediação do professor ocorre a partir de seu domínio do conteúdo e no ato de confiar nas possibilidades das crianças e promover o diálogo com o mundo pelo corpo, pelas diferentes formas de expressões.

De acordo com Flack, a importância da prática de yoga nos dias de hoje é proporcionar equilíbrio às crianças e trabalhar valores morais, contribuindo para que elas aprendam a controlar situações de estresse e se tornem conscientes da importância do ser humano integral (Chaves; Vecino; Etges, 2010). Ainda, Prado (2014) afirma que, com as práticas de técnicas do yoga, o docente é capaz de se concentrar melhor em seu trabalho, centralizar a atenção dos alunos, além de tornar a aula mais dinâmica. Envolvendo-os dessa forma, permite-se o reconhecimento do outro, o conforto e o relaxamento que podem contribuir para a assimilação do aprendizado.

Desse modo, entende-se que o yoga pode trazer benefícios para todos os envolvidos no contexto escolar: alunos e professores. Neste trabalho, o foco é verificar o efeito das vivências de yoga para as professoras participantes do projeto de extensão no que se refere às percepções sobre os aspectos relacionados à dimensão física da qualidade de vida: dor, estresse, sono, concentração, disposição e capacidade de trabalho.

A distribuição absoluta das participantes entre as categorias de resposta para a percepção de dor, estresse e sono são apresentadas na Figura 1. Não houve respostas negativas (piora) em nenhum dos itens apresentados.

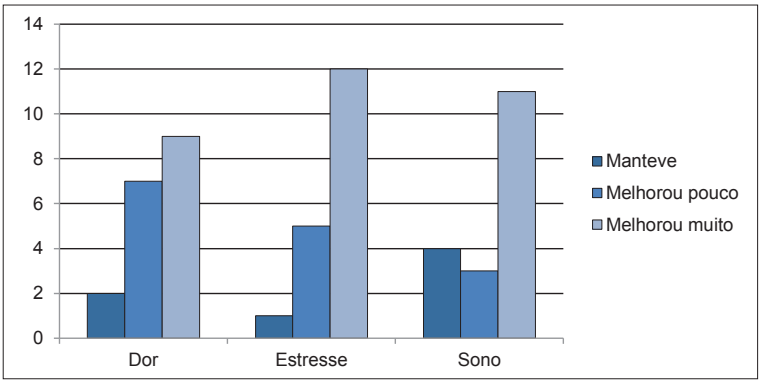

Figura 1 – Distribuição absoluta das participantes do estudo de acordo com a resposta ao questionário nos aspectos de dor, estresse e sono

Em relação à dor, que engloba dores musculares e articulares, duas participantes (11%) relataram que sua percepção para dor se manteve, enquanto sete (39%) relataram pouca melhora e nove (50%) melhoraram muito. Estudo de Willians et al. (2005) também demonstrou eficácia da prática de yoga durante um programa de dezesseis semanas para idosos com problemas associados à lombalgia crônica. Os pacientes praticavam uma hora e meia por semana e, ao final do estudo, apresentaram uma redução significativa nas dores relatadas. De fato, as posturas de yoga utilizadas no presente programa são semelhantes aos alongamentos realizados em rotinas de exercícios físicos.

Uma das características das posturas de yoga é que devem ser realizadas de forma consciente e ativa, isto é, durante a permanência, é necessário que se direcione o esforço para as regiões corporais onde há limitação de movimento e percepção de dor. Dessa forma, a área afetada é estimulada, aumentando a irrigação sanguínea e reduzindo quadros de algias. A manutenção da postura por alguns ciclos respiratórios desenvolve a amplitude articular e a mobilidade para a execução de atividades cotidianas com esforço reduzido.

Outro fato importante é que os *ásanas* associados às técnicas de respiração afetam positivamente a postura ao longo do dia, melhorando a mecânica dos movimentos; dessa forma, os praticantes passam a evitar a má postura ao assistir a televisão ou trabalhar com o computador, diminuindo a sobrecarga física. Essa mudança de comportamento está relacionada aos princípios do yoga de autoestudo e não violência, pois o sujeito passa a se observar melhor, compreendendo os processos e atividades que geram dores e desconfortos e passam a respeitar seus limites físicos e emocionais, cuidando de outros aspectos, como o descanso, a atividade física e a alimentação.

O estresse é uma queixa frequente na atualidade. Embora não exista um diagnóstico específico, a combinação de fatores leva a um quadro de estresse que pode ter diferentes intensidades. Baptista e Dantas (2002) definem que estresse é o nome dado ao acúmulo de estímulos como ansiedade, medo, fadiga (física e mental), causando

sensações psicofísicas que resultam em tensão. Em sua revisão da literatura, concluíram que, quando yoga e atividades físicas são praticados juntos, ocorre uma melhora da saúde e da qualidade de vida. Das participantes do programa, uma (5%) relatou que não houve mudança em sua percepção, enquanto cinco (28%) perceberam pouca melhora e doze (67%) relataram muita melhora. Esses resultados devem ser observados com cautela, considerando que a intensidade do estresse é medida de forma subjetiva.

O yoga é popularmente conhecido por reduzir o estresse e promover uma sensação de bem-estar físico e mental. Alguns estudos mostram que a técnica de respiração lenta e controlada pode modificar a modulação do sistema nervoso autônomo, aumentando o balanço parassimpático, responsável pelo estado de relaxamento e tranquilidade, quando são secretados hormônios como a endorfina, responsável pela sensação de prazer, e diminuindo o balanço simpático, responsável pelo estado de alerta quando o organismo secreta hormônios como a adrenalina, aumenta a pressão arterial, a frequência cardíaca e a irrigação sanguínea para os músculos.

A técnica de relaxamento induzido foi outra ferramenta importante utilizada no programa. Durante o exercício, é estimulada a liberação consciente de cada músculo de forma gradual, associada à respiração lenta e profunda, acompanhada de músicas que remetem a sons da natureza. Ao final do relaxamento, estimulou-se o espreguiçar e o despertar suave do corpo, incentivando-se a prática regular do exercício. Apesar de não haver evidências robustas de que a técnica melhore indicadores fisiológicos, a percepção final é de um profundo estado de serenidade e tranquilidade.

A associação das técnicas de respiração e de relaxamento pode ter contribuído de forma significativa para promover a redução do estresse relatado pelas professoras, tanto do ponto de vista fisiológico quanto da percepção subjetiva.

Em relação ao sono, a questão não especificou se as participantes tinham algum tipo de queixa, como insônia ou sonolência diurna. As respostas apontaram que quatro (22%) delas não perceberam mudanças, três (17%) relataram pouca melhora, enquanto onze (61%)

melhoraram muito. Nesse caso, não é possível determinar se as quatro professoras que não observaram melhora no sono já estavam satisfeitas nesse quesito.

Em estudo realizado em 2005, Manjunath e Telles demonstraram que o yoga influencia a qualidade do sono da população geriátrica, comprovando que com a prática regular há diminuição significativa no tempo para pegar no sono e aumento no número total de horas dormidas e na sensação de descanso pela manhã. De fato, a insônia pode ser caracterizada tanto pela dificuldade em dormir como pelo acordar várias vezes durante a noite.

No caso das professoras, tanto o relaxamento como a respiração profunda, que foram realizados na maioria das aulas, podem ter contribuído para melhorar a qualidade do sono. Rosa (2011) também verificou que professoras relataram dormir melhor após a prática de yoga.

A Figura 2 apresenta a distribuição absoluta das professoras de acordo com as respostas para os itens concentração, disposição e capacidade para o trabalho.

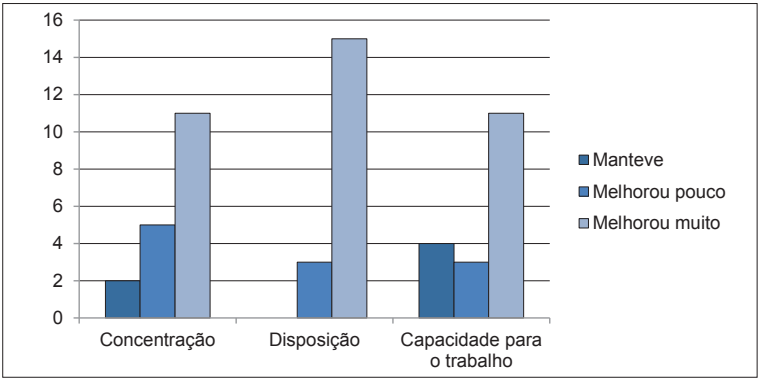

Figura 2 – Distribuição absoluta das participantes do estudo de acordo com a resposta ao questionário nos aspectos de concentração, disposição e capacidade para o trabalho

No item sobre a percepção do poder de concentração, duas participantes (11%) não perceberam mudanças, cinco (28%) melhoraram

pouco, enquanto onze (61%) relataram muita melhora. A prática de yoga tem por excelência trazer o sujeito para o momento presente. O praticante deve realizar toda aula com atenção em cada movimento, no que sente, nas atitudes, reações e sentimentos, proporcionando-se um momento de reflexão e entrega. Enfatiza-se que esses elementos devem estar presentes em todas as atividades cotidianas, transformando as ações conscientes e não deixar que sejam realizadas de forma automática. Além disso, a introdução às técnicas de meditação proporciona o treinamento da concentração em um ponto, aumentando a capacidade de focar em um objetivo.

No estudo de Rosa (2011) foi constatado que as professoras acreditam que o yoga pode beneficiar a capacidade de concentração, sendo que a maioria considera que os benefícios são altamente significativos.

Ainda, um estudo realizado com noventa alunos do ensino fundamental ciclo I que praticavam yoga durante as aulas de Educação Física apontou que aumentou a capacidade de concentração observada por meio da melhora do tônus e do equilíbrio (Moraes; Balga, 2007).

No geral, a prática de yoga estimula a concentração e o viver no momento presente, o que pode ter efeitos positivos também nos itens já citados: qualidade do sono e nível de estresse.

Em relação à disposição, três (17%) melhoraram pouco e quinze (83%) relataram muita melhora. Todas apresentaram resultados positivos em relação ao início do programa. Apesar de algumas professoras relatarem manutenção na percepção de dor, estresse e qualidade de sono, todas estavam mais dispostas. A prática de *ásanas* proporciona melhora em capacidades físicas como flexibilidade, força e coordenação motora, além de auxiliar na mobilidade geral para realização de atividades do cotidiano. A melhora nos itens anteriormente citados também aumenta a disposição geral.

Um dos princípios filosóficos do yoga é o cultivo do contentamento (*Santosha*). Com o entendimento de tal conceito, as participantes desenvolvem a força de vontade e a disposição para enfrentar a vida. O yoga tem como objetivo a eliminação do sofrimento

existencial, alcançando a equanimidade no ser e estar, gerando um estado de lucidez e serenidade que coloca a pessoa em contato com um saber interior capaz de guiar rumo à autorrealização. Essa mudança de postura aumenta a disposição para realizar as atividades do dia a dia.

Onze participantes (61%) relataram que houve muita melhora em relação à capacidade para o trabalho, três (17%) melhoraram pouco e quatro (22%) mantiveram-se no mesmo nível do início do programa. Esses resultados são condizentes com as respostas anteriores, visto que indivíduos que sentem menos dor e estresse podem apresentar boa qualidade de sono e maior capacidade de concentração e disposição, sentindo-se mais capazes ao trabalho.

Em um programa de yoga baseado na técnica de relaxamento e direcionado para profissionais do setor da saúde, Spagnol et al. (2014) observaram que as participantes relataram que houve repercussão positiva em atitudes e melhora da qualidade de vida no trabalho. Tais resultados podem influenciar na capacidade para o trabalho de modo geral.

Por meio de revisão bibliográfica compreendida entre 1999 e 2004 no Medicine-Pubmed, Siegel e Barros (2010), citados por Barros et al. (2014), concluíram que, de 144 artigos distribuídos em diferentes categorias de publicação, "70% deles consideram o yoga como uma ferramenta útil para a saúde, com destaque para o cuidado de pessoas com doenças cardíacas, estresse, asma e com necessidade de cuidados paliativos" (Barros et al., 2014, p.1306). Em sua segunda busca, compreendida entre 2005 e 2007, foram encontrados 99 artigos, dos quais 74,74% relatam que "o yoga é considerado benéfico e/ou promissor como técnica para aliviar a dor e o estresse, aumentar a autoestima, favorecer o autocuidado, a promoção da saúde, a qualidade de vida e a cura" (ibid.).

Cabe ressaltar que a maioria das participantes deste estudo apresentou resultados positivos em relação a todas as variáveis, porém dez professoras (36%) não responderam ao questionário. Entre estas, poderia haver relatos negativos. Ao iniciar um programa que envolva atividades físicas deve-se atentar para o período de

adaptação, pois durante esse processo é possível surgirem dores musculares que podem influenciar as respostas do questionário.

Uma limitação ao usar esse questionário foi que o instrumento indica somente se houve melhora ou não, mas não determina a condição inicial e final do sujeito, podendo este estar em boa condição e o yoga ter contribuído pouco, assim como pode estar em condição insatisfatória e o yoga ter proporcionado contribuição efetiva em comparação ao seu estado inicial. Condições patológicas crônicas ou doenças osteoarticulares necessitam de procedimento terapêutico individualizado e específico para promover resultados efetivos.

A frequência semanal às aulas e a duração das atividades pode não ter sido suficiente para promover benefícios físicos adicionais, uma vez que a frequência ideal seria de no mínimo dois encontros por semana para essa finalidade terapêutica, além de um período superior a quatro meses. Contudo, no decorrer do programa, as participantes foram estimuladas a praticar yoga durante a semana, incluindo-a em sua rotina diária.

Conclusão

O programa de formação continuada oferecido às professoras do sistema municipal de ensino de Bauru, módulo I, com a proposta de que elas pudessem vivenciar a prática de yoga, com seus fundamentos filosóficos, práticas corporais, exercícios de respiração, relaxamento e meditação, proporcionou melhoras substanciais na percepção de bem-estar físico. As atividades realizadas foram efetivas nas variáveis investigadas, demonstrando que boa parte apresentou melhora em todas. O componente que mais se destacou foi a disposição, justificada por essa variável ser dependente das outras.

Os benefícios observados pelo presente estudo estão intimamente associados à prática de yoga como um todo. O conteúdo prático, com as posturas, respirações e relaxamento, proporcionou inúmeros benefícios, mas os aspectos filosóficos e as técnicas de

meditação podem contribuir igualmente para os resultados encontrados. A visão integral do ser humano, base da teoria do yoga, considera que devemos cuidar do corpo físico da mesma forma que dos aspectos emocionais, psicológicos e espirituais. Nessa visão, foi de extrema importância oferecer a vivência de yoga às professoras, para que elas pudessem perceber com o corpo, a razão e o coração todas as possibilidades que a prática propicia, para então se apropriar desse conhecimento e posteriormente proporcioná-lo aos alunos de suas escolas.

Ao trazer a temática "corporeidade" para o centro da formação continuada de professores é possível avançar na perspectiva de conceber o docente como sujeito integral (o sujeito que *não* tem um corpo, mas é um corpo), como preconiza Merleau-Ponty (1999), ao apresentar a noção de corpo próprio ou fenomenal que é a própria experiência vivida do ser, superando assim a dicotomia corpo e razão na profissão docente.

Outro aspecto consiste em olhar para a formação da pessoa do professor, pois, com a crescente demanda e atribuições impostas aos docentes, o estresse e a depressão estão ganhando espaço em sua profissão. Para Carlotto e Palazzo (2006), a alta cobrança por resultados e trabalho que extrapola o ambiente profissional são apenas alguns dos agravantes dessa profissão, o que pode acarretar, entre outros efeitos, a síndrome do esgotamento profissional.

Trata-se, portanto, de buscar a formação continuada de professores, conforme afirma Imbernón (2009), em todas as dimensões do sujeito humano que é o(a) professor(a). Além dos conhecimentos específicos de uma determinada área e/ou os fundamentos da prática pedagógica, a formação deve considerar o desenvolvimento emocional e atitudinal dos docentes.

A formação continuada, apoiada numa reflexão sobre a prática educativa, promove um processo constante de autoavaliação que orienta a construção contínua de competências profissionais. Porém, esse processo de reflexão exige questionamentos críticos e análises constantes da intervenção educativa, o que "supõe que a formação continuada estenda-se às capacidades e atitudes e

problematize os valores e as concepções de cada professor e da equipe" (Brasil, 2002, p.70).

Sugere-se, por fim, aprofundar o tema com pesquisas que considerem questões avaliativas nos momentos iniciais e finais de um programa de formação para as mesmas variáveis, assim como estender a investigação até os alunos que frequentam as escolas das professoras participantes do programa.

Referências bibliográficas

BAPTISTA, M. R.; DANTAS, E. H. M. Yoga no controle de stress. *Fitness & Performance Journal*, v.1, n.1, p.12-20, 2002.

BARROS, N. F. et al. Yoga e promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.19, n.4, p.1305-14, 2014.

BORELLA, A. et al. *Livro de ouro do yoga*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2007.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. *Referenciais para Formação de Professores*. Brasília: MEC; SEF, 2002.

CARLOTTO, M. S.; PALAZZO, L. S. Síndrome de *burnout* e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. *Cad. Saúde Pública*, v.22, n.5, p.1017-26. [*on-line*] 2006. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S010211X2006000500014. Acesso em: 16 maio 2015.

CHAVES, A. P. N.; VECINO, D. A.; ETGES, S. A. Técnicas de yoga para a sala de aula: fundamentos e aplicações. In: LATERMAN, I. Cultura e educação na escola de tempo integral: formação de educadores. *Cadernos UFSC*, p.66-77, 2010.

ELLIOTT, J. Recolocando a pesquisa-ação em seu lugar original e próprio. In: GERALDI, C. M. G.; FIORENTINI, D.; PEREIRA, E. M. de A. (Orgs.). *Cartografias do trabalho docente*: professor(a)--pesquisador(a). Campinas: Mercado de Letras; Associação de Leitura do Brasil (ABL), 1998. p.137-52.

FLAK, M.; DE COULON, J. *Yoga na educação*: integrando corpo e mente na sala de aula. Florianópolis: Comunidade do Saber, 2007.

GASPARINI, S. M.; BARRETO, S. M.; ASSUNÇÃO, A. Á. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v.31, n.2, p.189-99, maio-ago. 2005.

GIELFI, M. A. B. et al. Programa de formação continuada em educação física e ioga: expectativas de professoras da educação infantil. CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO – "PESQUISA E FORMAÇÃO DE PROFESSORES: POLÍTICAS E PROGRAMAS", Bauru, 2015. *Anais*... Disponível em: http://li32781.members.linode.com:8080/vcbe-anais/#inicio. Acesso em: 10 ago. 2015.

HUNGER, D. et al. O dilema extensão universitária. *Educação em Revista*, v.30, n.3, p.335-54. 2014.

IMBERNÓN, F. *Formação continuada de professores*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

_____. *Formação permanente do professorado*: novas tendências. São Paulo: Cortez, 2009.

KUPFER, P. *Yoga prático*. Florianópolis: Dharma, 2001.

MANJUNATH, N. K.; TELLES, S. Influence of Yoga & Ayurveda on Self-Rated Sleep in a Geriatric Population. *Indian J. Med. Res.*, p.683-90, 2005.

MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da percepção*. 2.ed. Trad. Carlos Alberto Ribeiro de Moura. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MIZUKAMI, M. da G. N. et al. *Escola e aprendizagem da docência*: processos de investigação e formação. São Carlos: EdUFSCar, 2002.

MIZUNO, J.; MONTEIRO, H. L. An Assessment of a Sequence of Yoga Exercises to Patients with Arterial Hypertension. *Journal of Bodywork Movement Therapies*, v.17, p.35-41, 2013.

MORAES, O. F.; BALGA, M. S. R. A yoga no ambiente escolar como estratégia de mudança no comportamento dos alunos. *Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte*, v.6, n.3, p.59-65, 2007.

PEREIRA, A. M. T. B. Sintomas de estresse em educadores brasileiros. *Aletheia*, v.17-18, p.63-72, jan.-dez. 2003.

PRADO, G. A.O. *O Yoga Educacional e suas contribuições para a atuação docente*. Florianópolis, 2014. 36f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal de Santa Catarina.

ROSA, T. F. B. *O impacto da prática de yoga sobre o estresse no trabalho docente no curso de Pedagogia*. Santa Catarina, 2011. 212f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Mestrado Acadêmico em Educação, Universidade do Vale do Itajaí.

SANTINI, J.; MOLINA NETO, V. A síndrome do esgotamento profissional em professores de Educação Física: um estudo na rede municipal de ensino de Porto Alegre. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, v.19, n.3, p.209-22, set. 2005. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/rbefe/article/view/16596/18309. Acesso em: 16 maio 2015.

SIEGEL, P.; BARROS, N. F. *Yoga e saúde*: o desafio da introdução de uma prática não-convencional no SUS. Campinas, 2010. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas.

SPAGNOL, C. A. et al. O yoga como estratégia para promover a qualidade de vida no trabalho. *Revista Conexão*, v.10, n.1, 2014.

STRAZZACAPPA, M. A educação e a fábrica de corpos: a dança na escola. *Cadernos Cedes*, ano XXI, n.53, p.69-83, abr. 2001.

WILLIAMS, K. A. et al. Effect of Iyengar Yoga Therapy for Chronic Low Back Pain. *Pain*, v.115, p.107-17, 2005.

YANG, K. A Review of Yoga Programs for Four Leading Risk Factors of Chronic Diseases. *Advance Acess*, *eCAM*, v.4; n.4, 2007.

9
Enquadres clínicos psicológicos em unidades básicas de saúde e a psicanálise proposta por Winnicott

Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro[1]
Gabriela Patuto Silva[2]

Introdução

A proposta deste capítulo é promover reflexão crítica sobre a atuação de psicólogos e estagiários de Psicologia em unidades básicas de saúde (UBS), considerando também a possibilidade de tais unidades de saúde pública serem promotoras, ou não, de saúde mental. Nossa proposta é descrever e conceituar uma prática psicológica de extensão universitária cujo objetivo é atender às demandas de crianças e seus responsáveis em unidades básicas de saúde; prática esta subsidiada na teoria e na técnica psicanalítica desenvolvida a partir da proposta de Donald Woods Winnicott. Para tanto, pretendemos apresentar uma breve introdução acerca da Psicologia na

1. Professora assistente doutora no Departamento de Psicologia Clínica da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis. *e-mail*: diana@assis.unesp.br.
2. Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis. *e-mail*: gpatutopsi@gmail.com.

saúde pública e de questões críticas sobre a atuação de psicólogos no cenário público e a formação nesse contexto.

A prática psicológica na saúde pública demandou, e ainda demanda, a partir da crescente inserção desse profissional nos espaços públicos de saúde, uma formação acadêmica e continuada destinada a instrumentalizar as singularidades do trabalho com crianças, adolescentes e adultos. Ou seja, a toda uma população e suas demandas diversificadas, particulares e permeadas por aspectos biopsicossociais.

Ao longo dos anos, o psicólogo vem consolidando sua prática e se apropriando do espaço da saúde pública. A dificuldade do ingresso do profissional da psicologia nesse campo se apresenta, muitas vezes, pela falta de oportunidades que propiciem sua atuação, por possuir uma formação não direcionada ou insuficiente para tal prática, e pelo fato de o modelo de clínica clássica estar enraizado na prática do psicólogo (Dimenstein, 1998). A partir das novas políticas públicas voltadas à saúde mental, observamos que houve ampliação tanto da qualidade quanto da participação e de controle social sobre a atuação de profissionais de saúde (ibid.).

Conforme já dissemos em trabalho anterior,

> Consideramos que a formação clínica do aluno de Psicologia em serviços-escola não necessita excluir sua atuação em uma clínica ampliada, compreendida aqui como ampliada em relação aos saberes na atuação e, ainda, em relação ao local desta atuação. Valemo-nos em nossa prática do que podemos denominar de clínica psicanalítica extensa. Demandas em serviços públicos de saúde solicitam que a formação em psicologia seja também expandida e inclua a diversidade de palcos para sua atuação. Restringir esta prática para serviços-escolas protegidos, no âmbito da Universidade, pode vir a significar uma limitação formativa e que reflete no encontro do profissional com o setor público de saúde. (Ribeiro, 2015, [s.n.])

Pitombeira et al. (2016) trazem importante contribuição ao investigar a psicologia e a formação para a saúde, focando sua análise em experiências formativas e transformações curriculares. Para esses autores, a "atuação do psicólogo no campo da saúde, e especialmente no campo da saúde pública, deve contemplar uma discussão da atenção à saúde de forma ampla, fortalecendo o SUS e reforçando seus princípios de universalidade, integralidade e igualdade" (p.284).

No município de Assis, sede de nosso projeto de extensão, pudemos notar significativo aumento do número de profissionais da psicologia inseridos em unidades básicas de saúde, além do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) no Centro Integrado de Atenção Psicossocial (Ciaps) desse município. O Ciaps surgiu como uma ação antimanicomial, mas também como resposta às reivindicações da sociedade por atendimentos públicos voltados à saúde mental. Muitas ações de atenção primária e secundária em psicologia, psiquiatria e de outras áreas profissionais são, então, valorizadas no município. Também observamos, a partir da institucionalização do Sistema Único de Saúde, a participação de estagiários de Psicologia nessas unidades.

No entanto, ainda de acordo com Pitombeira et al. (2016), o âmbito da atenção primária em saúde (APS) talvez se constitua como "o espaço em que o psicólogo seja menos afinado para atuar" (p.284).

No percurso profissional de uma das autoras deste capítulo, houve experiência profissional na rede pública de saúde do município a partir de 1988 e, depois, o ingresso na Faculdade de Ciências e Letras da Unesp de Assis em 1996, onde passou a atuar como docente, com atribuições de ensino, pesquisa, gestão e extensão universitária. A partir do ingresso na Universidade pública, deu-se o acompanhamento do desenvolvimento e atuação da psicologia nesse município, com o oferecimento de estágios profissionalizantes supervisionados e de projeto de extensão universitária executado na saúde pública. No entanto, por meio dessas experiências profissionais, notamos a baixa adesão dos psicólogos à atuação na atenção primária à saúde, à criança e ao adolescente, sendo priorizado o atendimento psicológico do adulto.

Outro fato observável foi a presença maciça de modelos curativos e individualizados de atenção psicológica, em detrimento de modelos de atenção primária, especialmente aqueles baseados em grupos. Esse fato já foi observado por vários estudiosos da psicologia (Spink, 2007; Dimenstein, 1998, 2000; Pitombeira et al., 2016), que assinalam o fato de que, tradicionalmente, o campo da saúde tem sido organizado por práticas individuais e privatistas.

De nosso ponto de vista, a falta de atenção à criança, no sentido do não acolhimento dessa demanda, significa uma falha formativa nos profissionais de psicologia no que tange à atuação na saúde pública. Para que esse trabalho se faça possível é necessário que a formação profissional propicie um olhar diferenciado para a atenção primária, secundária e terciária, vendo-as não como excludentes, mas sim como complementares. Todavia, é a partir da atenção primária, efetivada em unidades básicas de saúde, que podemos pensar em aspectos ditos preventivos relacionados à saúde mental, notoriamente aqueles que reportam às questões sociais e que acabam, não raro, por determinar uma condição dita de "doença mental".

No espaço público de atendimento à saúde mental, verificamos, ainda, certa dicotomização entre o considerado público – os outros – e nós – os profissionais de saúde pública. Pensamos, em geral, como se a saúde pública se referisse sempre aos outros. Portanto, excluindo-nos da população atendida. Para Alvarenga, Vasconcellos e Adorno (2011), o público somos todos nós e não somente a população por nós atendida, comumente despossuída de riqueza material. Tal fato pode contribuir para certa dificuldade no acolhimento às demandas da população de unidades de saúde pública.

A psicanálise é uma das referências teórico-técnicas utilizadas em atendimentos psicológicos em várias das instituições, tanto públicas quanto privadas, no município sede de nossa pesquisa. No entanto, podemos notar que a psicanálise considerada "tradicional" se detém, majoritariamente, na tarefa analítica, interpretando os conflitos inconscientes do paciente. Técnica esta utilizada em indivíduos com conflitos de ordem neurótica. Com uma proposta de atendimentos individualizados e, em geral, de longa duração, esse

modo de fazer psicanálise acaba por ser considerado ineficaz para a saúde pública.

Donald Woods Winnicott foi um pediatra e psicanalista inglês que introduziu a possibilidade de sermos psicanalistas fazendo "outra coisa". No caso, fazendo algo mais apropriado à realidade da saúde pública e às demandas da atualidade. Pela perspectiva winnicottiana, não se pode definir, *a priori*, uma técnica de atuação, pois o que a determina é a necessidade do paciente, que varia de acordo com a natureza da psicopatologia apresentada e a provisão ambiental que este possui ou não. Até as condutas clínicas podem variar para a mesma condição psicopatológica ao considerar-se a pessoalidade e o ambiente social de cada paciente (Aiello-Vaisberg; Follador e Ambrosio, 2005). Isto sem deixar de respeitar a metodologia psicanalítica.

O projeto de extensão universitário intitulado "Enquadres clínicos winnicottianos na saúde pública", coordenado por uma das autoras deste capítulo, cadastrado e financiado pela Pró-Reitoria de Extensão Universitária (Proex) com o apoio do Departamento de Psicologia Clínica, do Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada "Betti Katzeinstein" (CPPA) e da Secretaria Municipal de Saúde de Assis/SP, realizado por estagiários de Psicologia, proporciona atenção psicológica embasada na psicanálise postulada por Winnicott. Trata-se de um projeto que oferece acolhimento psicológico às crianças e seus responsáveis, usuários dos serviços de saúde mental pública, por meio de psicodiagnósticos interventivos, grupos de sala de espera com gestantes e acompanhantes, entre outros atendimentos psicológicos viáveis, de acordo com o que é solicitado por essa população.

A prioridade do trabalho desenvolvido tem sido a exploração integral das primeiras entrevistas clínicas, tomando como referência o modelo winnicottiano de consultas terapêuticas em psiquiatria infantil (Winnicott, 1984), nesse caso direcionadas à psicologia. A escuta cuidadosa nas primeiras entrevistas assegura que se tenha maior clareza da demanda dessa clientela e se faça melhor encaminhamento. Durante o processo, frequentemente, a criança não chega

a ser encaminhada para o serviço psicológico, já que questões de outra ordem, ou relacionadas aos seus cuidadores, surgem como primordiais. O projeto, assim, provê uma escuta que possibilita o trabalho de inúmeras angústias de uma forma breve. Desse modo, pretende propiciar melhor qualidade de vida para as pessoas participantes dos atendimentos efetuados.

Será a partir de nossa atuação nesse projeto, mais bem explicado na seção seguinte, que construiremos nossa análise crítica de atuação de psicólogos na atenção primária em saúde pública, especialmente em unidades básicas de saúde, e também refletiremos sobre as possibilidades de a saúde mental existir nesse contexto público de saúde.

Sobre o projeto de extensão "Enquadres clínicos winnicottianos na saúde pública"

Esse projeto de extensão é voltado ao atendimento de crianças e adolescentes por intermédio de avaliações/acolhimentos psicanalíticos embasados na teoria do amadurecimento pessoal de Winnicott (Dias, 2003). Direciona-se, ainda, ao atendimento dos cuidadores de crianças e/ou adolescentes acolhidos pelo projeto. Ademais, propõe-se a realizar um grupo de sala de espera com gestantes e acompanhantes em uma das unidades do município, a da Vila Operária.

Os atendimentos têm sido realizados na UBS Vila Maria Izabel, na UBS Vila Fiúza e na UBS Vila Operária, todas localizadas no município de Assis. A população atendida por essas unidades de saúde se encontra, em sua maioria, em vulnerabilidade social e poderá ser beneficiada na medida em que as questões sociais não forem dissociadas das demandas psicológicas e sim consideradas nas avaliações e atendimentos efetivados.

Nesse projeto, tem-se como princípio a formação integral do aluno, não dissociando teoria psicanalítica e aspectos de saúde pública aprendidos em sala de aula das demandas da população e

possibilidades de construção de conhecimento psicológico advindos dessa prática. Essa atuação ocorre em unidades básicas de saúde, porém, em conformidade com a demanda e as necessidades dessa população, tal prática poderá ocorrer em outros ambientes. Dessa forma, ao longo dos anos de realização do projeto com a participação de alunos de graduação e de pós-graduação, atendimentos psicológicos têm-se efetivado em Casas Abrigo, outras unidades públicas de saúde, tais como o Ciaps, domicílios, entre outros.

Propomos um modelo de supervisão que leve em conta aspectos de oferecimento de *holding* também aos alunos envolvidos com o atendimento em saúde pública. Para embasar esse posicionamento, recorremos novamente à teoria winnicottiana, que afirma:

> para que o ser humano pudesse desenvolver-se emocionalmente, conquistando posições existenciais mais maduras, era necessária a existência de um ambiente suficientemente bom, cumprindo-lhe a função de *holding*. De maneira análoga, compreendemos que, para que o estagiário de Psicologia possa desenvolver-se emocionalmente, abandonando um imaginário mais narcísico e alcançando a capacidade emocional de voltar-se ao outro, fazer-se-ia imprescindível que a supervisão clínica consistisse num espaço integrador de conhecimento teórico e *holding*. (Ribeiro; Tachibana; Aiello-Vaisberg, 2008, p.143)

A aproximação dos estudantes de Psicologia da realidade da vida de usuários de saúde pública solicita que o professor/supervisor leve em consideração que eles também necessitarão de um acompanhamento que vá além de informações teórico-técnicas, com o assegurамento de que serão acolhidos em suas angústias por meio de uma supervisão que, de fato, ofereça escuta a estas. Para que possam ofertar *holding* a seus pacientes, devem recebê-lo, tanto em supervisão, quanto em um possível atendimento terapêutico. Esse fato poderá vir a favorecer que se mostrem mais abertos perante a realidade clínica do ambiente de saúde pública. Dessa maneira, por meio da oferta de *holding* pelos alunos/estagiários de Psicologia, também

se deu a organização de grupos de sala de espera, especialmente o grupo de gestantes e acompanhantes.

Holding é um conceito winnicottiano que se refere a uma espécie de manejo com sustentação emocional do outro. Sustentação psíquica por meio da qual as pessoas se relacionam e se vinculam com outras que não têm dificuldade para tomar conta de si. Esse mesmo conceito se relaciona ao *setting* analítico, ambiente terapêutico psicanalítico. Ele principia na relação mãe-bebê, porém expande-se para outras relações inter-humanas e grupos sociais (Abram, 2000).

O grupo de gestantes e acompanhantes vem sendo realizado há cinco anos na UBS Vila Operária. Entretanto, em 2015, essa unidade esteve em reforma e as gestantes foram direcionadas a outras unidades, inviabilizando temporariamente a realização desse grupo, mas não a possibilidade de se refletir sobre sua prática. Com o fim da reforma, o grupo retomou as atividades em setembro de 2016, mas o projeto foi encerrado em 2017, devido à mudança no sistema de saúde do município realizada pela nova gestão.

Atuar em saúde pública significa, também, ter que se deparar com questões que fogem ao controle dos participantes de um projeto de extensão direcionado a esses espaços públicos. Além de reformas e mudanças de endereço, também pudemos observar mudanças de direcionamento político, de funcionários e de coordenação de unidades básicas de saúde, conforme realizávamos nosso trabalho. Tais fatos não impediram o prosseguimento do projeto, mas certamente não colaboraram para sua plena execução em muitos momentos. Possibilitar ao aluno essa vivência contribui para uma aproximação com a real condição do público e a dificuldade de atuação inerentes a esses espaços de saúde.

A atuação dos estagiários depende da presença de psicólogo na unidade de saúde. Nessas UBS há profissional de psicologia responsável por ações dirigidas a toda a população que vai à unidade em busca de auxílio psicológico, independente de idade. A unidade de Vila Maria Izabel conta, ainda, com um profissional que atende adultos alcoolistas e dependentes químicos. O psicólogo da unidade de saúde deve se responsabilizar por todos os atendimentos

efetuados por meio do projeto e se torna o responsável legal pelos procedimentos dos estagiários realizados na UBS, em conformidade com o que é preconizado pela Lei de Estágio n.11.788 (Brasil, 2008).

Os estagiários, em número médio de nove por ano, atendem uma vez por semana, cada um, e passam por supervisão teórico-clínica semanal e presencial com a coordenadora do projeto de extensão. É atendida uma criança, adolescente ou adulto por estagiário por vez, na unidade de saúde, havendo acolhimento psicoterapêutico de, em média, duas crianças por aluno ao longo do ano. Até que se encerre o atendimento na UBS, outro não será iniciado. Utilizam-se brinquedos e testes psicológicos como materiais avaliativos e/ou terapêuticos, além de jogos e outros mediadores dialógicos. Todo o material é fornecido pelo Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada da Faculdade de Ciências e Letras da Unesp de Assis ou obtido por meio de auxílio financeiro da Pró-Reitoria de Extensão da Unesp (Proex). A UBS disponibiliza as salas para atendimentos, além de agendar os atendimentos por meio de seus funcionários. Após cada sessão realizada, o aluno leva à supervisão a sua descrição e, junto com o professor, decidem os próximos encaminhamentos.

Quanto ao grupo de gestantes e acompanhantes, ele é pré-agendado e se efetiva semanalmente na sala de espera do atendimento com a presença do obstetra/ginecologista de várias gestantes. O grupo ocorre com a presença de dois estagiários de Psicologia, as gestantes e as pessoas que as acompanham, além de uma auxiliar de enfermagem da unidade de saúde. Nele, após as apresentações, são tratados temas de interesse dos participantes, sendo comuns assuntos relacionados ao parto, mudanças familiares com a chegada do bebê, amamentação etc. Na presença dos estagiários, os temas são definidos livremente pelas pessoas do grupo. Há predominância de oferecimento de *holding*, escuta clínica sensível, às especificidades dos sentimentos presentes e relacionados ao momento da gestação. Não há material, a não ser o domínio da teoria de amadurecimento pessoal de Donald Woods Winnicott que os estagiários devem estudar e aplicar também às suas práticas clínicas ampliadas para situações diversas dos atendimentos individualizados que realizam.

O que se considera uma grande contribuição da teoria do amadurecimento de Winnicott é o seu conceito de ambiente facilitador, ou "suficientemente bom". Foi a partir desse conceito que pudemos analisar as possibilidades de o ambiente da própria unidade funcionar como facilitador, ou não, das ações psicológicas propostas e, portanto, de promotor de saúde mental.

O impacto que o ambiente tem sobre o desenvolvimento do ser humano foi amplamente trabalhado por Winnicott. Segundo ele, todos nós nascemos com uma tendência inata ao amadurecimento, à integração. Porém, é apenas sob o zelo de um ambiente tido como facilitador que essa tendência pode vir a concretizar-se. O ambiente suficientemente bom, ou facilitador, como postulado pelo autor, é aquele que vai ao encontro das necessidades do bebê por meio de cuidados – *holding* – constantes. É importante salientar que esse ambiente também falha, mas de forma suportável para o bebê, ou seja, sem invadi-lo com a realidade externa a ponto de ele se traumatizar e o processo de amadurecimento ser interrompido (Winnicott, 1983).

Abram (2000), ao discorrer sobre os processos de maternagem em Winnicott, afirma que esse psicanalista já apontava que todas as relações que provêm da maternagem, desde os movimentos anteriores ao nascimento, até os pós-nascimento, devem ser facilitadores para a criação de um ambiente de *holding*, que dará o suporte egoico aos processos psíquicos necessários ao amadurecimento emocional da criança.

A tarefa materna, ou de um substituto materno, consiste, desde o início, em levar em conta a fragilidade de seu bebê e "apresentar" o mundo a este em pequenas doses, de tal maneira que ele possa sobreviver, já que a relação inicial é de dependência absoluta do bebê ao ambiente. Por meio do conceito da mãe suficientemente boa, aquela que não falha com seu bebê de modo constante, nem intenso, chegamos ao conceito de *holding*. Portanto, o *holding*, sustentação física e psíquica oferecida ao bebê, leva em conta sua sensibilidade auditiva, cutânea, enfim o fato de que acabou de chegar ao mundo e que é totalmente dependente. Falhas ambientais significativas

nessa relação inicial possivelmente acarretariam doenças mentais, mas estas poderão vir a ser sustentadas pela retomada de um ambiente suficientemente bom, que levará à saúde mental. Portanto, para Winnicott, o alcance, a manutenção e a retomada da saúde mental pelo ser humano passa pelo oferecimento de um ambiente suficientemente bom, facilitador à saúde, um ambiente de *holding* (Winnicott, 1983).

Para Winnicott, o conceito de *holding* inclui também o pai, como aquele que auxilia a criança a se separar do estado fusional inicial com a mãe e que mantém uma sustentação emocional a esta para que ela possa, inicialmente, ser totalmente devotada ao seu bebê. A função paterna seria aquela que intervém no ambiente para que a criança possa se aproximar da mãe e do pai como pessoas inteiras (Abram, 2000).

O *holding*, na situação de atendimentos clínicos, analogamente à questão do desenvolvimento emocional da criança, deve ser possibilitador, então, da retomada desse desenvolvimento em direção à saúde mental em situações em que houve interrupção do processo. Ou seja, nos atendimentos proporcionados nas unidades de saúde, os estudantes de Psicologia devem oferecer escuta psicanalítica sensível às angústias manifestadas pela população colocando-se no lugar delas para sensibilizar-se o suficiente com seu sofrimento psíquico. Essa sensibilização é uma conquista do amadurecimento, segundo Winnicott, e foi por ele denominada de "concernimento". Concernimento é um conceito winnicottiano que nos indica um progresso no amadurecimento emocional do ser humano. Conforme nos indica Dias (2003, p.259):

> de incompadecido o bebê passa a ser concernido pela impulsividade que o domina nos momentos de excitação, como se dissesse: isto é comigo, me diz respeito, é da minha alçada. Torna-se também preocupado, pois começa a perceber que essa impulsividade atinge e pode ferir o outro [...].

Uma pessoa que conquista esse amadurecimento emocional se preocupará com os efeitos de seus atos nas pessoas. Ao contrário, uma pessoa ainda não concernida não conseguirá fazê-lo. O concernimento, então, é imprescindível para que o aluno e o profissional de psicologia possam oferecer o que os pacientes necessitam para que estes não adoeçam ou retomem seu caminho em direção à saúde mental.

A reflexão crítica que aqui propomos foi construída a partir dessa prática psicanalítica winnicottiana, que possibilitou, ainda, que os alunos de Psicologia envolvidos no projeto de extensão escrevessem trabalhos, produzindo conhecimento psicológico, e os apresentassem em eventos científicos da área, escrevessem projetos de iniciação científica estimulados por essa prática, além de inspirar dois projetos de mestrado, já defendidos.

Resultados e discussão

É a partir desse exercício profissional que pudemos perceber alguns impasses na atuação do psicólogo em unidades básicas de saúde. Impasses que podem indicar, também, dificuldades de uma UBS em conseguir corresponder às demandas de toda a população. A tarefa dos psicólogos é atender a todos, constituindo um espaço especializado no Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no atendimento aos pacientes com demandas primárias, aos familiares e/ou responsáveis por pessoas incapacitadas e menores de idade.

Há um grande número de crianças e adolescentes que são levados à UBS para atendimento psicológico, mas não há um profissional de psicologia que se dedique exclusivamente a esse tipo de atendimento nas unidades que sediam o projeto de extensão citado. Esse fato também acaba por não ser um facilitador de acolhimento de demanda. Além do mais, funcionários acabam por atribuir a responsabilidade de acolher toda a clientela infantil aos estagiários, o que é inviável e foge da proposta do projeto de extensão. Os alunos não devem dar conta de toda a demanda, lá se encontram para dar

certa contribuição à população, mas não são profissionais e ainda permanecem com outras atividades acadêmicas.

Muitas vezes, as salas não são bem preparadas, a privacidade não é respeitada e o ambiente de atendimento não é permanente, observando-se maior valorização de profissionais de outras áreas no uso das mesmas. Tais questões são de grande importância para a efetivação do atendimento psicanalítico proposto por Winnicott para pessoas com maior comprometimento emocional, por exemplo. Para esse autor, a constância da ambiência física, do *setting*, é um dos aspectos importantes para o estabelecimento de vínculo de confiança entre o terapeuta e seu paciente.

A comunicação com todos os profissionais surge como outro problema, pois é pouco efetiva, havendo dificuldades de encontros presenciais que impedem maiores esclarecimentos sobre o uso de salas, a evolução do paciente, as possibilidades de documentação, entre outras questões relevantes para a condução dos atendimentos em psicologia clínica. A alta rotatividade de profissionais de áreas afins, tais como médicos e enfermeiros, surge como outro aspecto não favorável nesse ambiente de saúde pública. As dificuldades se referem, portanto, à própria constituição do ambiente, tanto como estrutura física quanto como estrutura humana/profissional que não oferece condições necessárias para a realização da atenção psicológica solicitada.

Em alguns casos, o grande número de faltas às sessões previamente agendadas torna inviável o trabalho psicológico. Essa falta de constância acaba por não facilitar a criação da confiança necessária ao atendimento psicológico, e muitos pacientes não retornam. Torna-se uma espécie de "círculo vicioso", não favorecedor à atuação do psicólogo, no caso, do estagiário de Psicologia. Este ainda tem o agravante de que há um prazo para sua atuação, na medida em que ainda está em formação e esta se finda com sua graduação e com a execução do projeto. Isso pode evidenciar, também, uma falta de valorização do trabalho dos estagiários no âmbito da saúde pública, o que acaba por desmotivar tais práticas na UBS.

Consideramos que a presença dos psicólogos e coordenadores da unidade não tem sido um facilitador suficiente, até o momento, das ações psicológicas pretendidas pelo projeto. Somente um desses profissionais se mostra disponível para acolher demandas dos estagiários de Psicologia e para auxiliar na organização dos atendimentos. Os demais se encontram por pouco tempo na unidade, o que impede uma ajuda efetiva na condução de atuações psicológicas de alunos no local. Observamos que não há, também, uma rede de atenção em saúde mental para crianças no município. Esse fato dificulta ações rápidas, tal como encaminhamentos à psiquiatria, por exemplo, quando estas se fazem prementes.

No entanto, em que pesem as dificuldades observadas, muitos são os atendimentos psicológicos efetivados, com o devido acolhimento de demandas da população. Em média, são atendidas duzentas pessoas/ano por meio desse trabalho.

Considerações finais

Entende-se que o trabalho realizado nas unidades básicas de saúde, nessa perspectiva winnicottiana, pode possibilitar enquadres públicos, tais como "consultas terapêuticas" breves, já que seu diferencial é a preocupação em atender as pessoas de acordo com suas necessidades e possibilidades. Essa prática, tal como a atuação em grupos de sala de espera com gestantes e acompanhantes, se mostra efetiva no acolhimento à população. Assim, as pessoas podem encontrar um espaço público acolhedor para partilhar as angústias próprias dessa etapa importante de sua vida, mas tão carregada de ambivalência e mudanças.

Observa-se que há um imperativo de os serviços públicos em psicologia serem mais valorizados pelos gestores de saúde pública, com o devido acolhimento às necessidades para que a atuação psicológica possa ser bem realizada. Essas condições se refletirão nos atendimentos e na sua efetividade.

Apesar disso, notamos que os gestores de saúde pública do município-sede do projeto de extensão oferecem abertura para as ações de alunos universitários e buscam participar da organização e condução dos projetos oferecidos, mesmo que ainda de modo precário. E que o ambiente das unidades básicas de saúde ainda pode vir a ser potencializador de saúde mental, permitindo que a criança e o adolescente brinquem, ou se comuniquem, de forma espontânea em seus espaços, o que para Winnicott é fundamental e sinônimo de saúde mental. Esse fato pôde ser observado pelos alunos por meio do oferecimento de brinquedos e jogos em horas lúdicas, tanto com crianças quanto com adolescentes. No brincar, estes "contam" suas mazelas psíquicas e, conforme Winnicott, o brincar pode ser, por si só, terapêutico.

Por fim, consideramos que o espaço de saúde pública, especialmente os de unidades básicas de saúde, é profícuo para a formação dos alunos para além dos muros da Universidade. Aproxima-os da realidade do mundo do trabalho, melhor, aproxima-os da realidade de vida das pessoas, facilitando que, em sua formação, o aspecto humanístico se alie às teorias científicas e que estas possam se integrar à sua prática profissional.

A atuação dos alunos participantes deste projeto de extensão universitária permite-lhes entrar em contato com as mais diversificadas realidades sociais, além de subjetividades, as quais permitem que sua formação extrapole a teoria e a prática psicológicas. Ao interagir com pessoas em vulnerabilidade social, podem repensar sua formação pessoal e, por conseguinte, profissional, de modo a se situarem histórica e culturalmente, referenciando sua formação técnico-acadêmica com a realidade dos problemas e demandas sociais com os quais terão que se deparar.

Dessa forma, o projeto de extensão universitária "Enquadres clínicos winnicottianos na saúde pública" acaba por aliar a formação acadêmica com práticas profissionalizantes, possibilitando a construção de novos conhecimentos de práticas psicológicas para além das tradicionalmente observadas no setor público de saúde, além de atender população em vulnerabilidade social a partir

de suas demandas.Pode ser caracterizado, portanto, como um trabalho de extensão com indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, contribuindo para a formação integradora do aluno.

Por fim, observamos que o Conselho Federal de Psicologia (Brasil, 2013) enfatiza o fato de que o Ministério da Saúde apresentou em 2004 a Educação Permanente em Saúde, cujo campo da Saúde Mental foi considerado como prioritário. No entanto,

> a noção de Educação Permanente em Saúde assume que nenhum curso de formação esgota as necessidades de qualificação para a atuação profissional no SUS. A educação permanente está muito além de treinamentos centrados em teorias e técnicas para o desenvolvimento de habilidades específicas. Ela objetiva o desenvolvimento do profissional como um todo, com a finalidade de ajudá-lo a atuar de modo efetivo e eficaz no cotidiano de seu trabalho. Instrumentos como participação em supervisões, discussão e construção de casos clínicos, realização de assembleias com os usuários, criação de fóruns de discussão, rodas de conversa, reuniões de equipes são ferramentas importantes que contribuem para o desenvolvimento profissional. (Brasil, 2013, p.118)

Consideramos que a participação do aluno de Psicologia nesse projeto de extensão seja, pois, um começo formativo privilegiado na esfera pública de saúde. Começo, pois essa formação deve ser permanente e sempre pautada pelas necessidades da população. Privilegiado por possibilitar a aproximação da realidade do universo público de saúde mental, aliando o conhecimento acadêmico adquirido e a assistência profissional ética e comprometida à população.

Referências bibliográficas

ABRAM, J. *A linguagem de Winnicott*: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; FOLLADOR E AMBROSIO, F. O ser e o fazer na clínica winnicottiana. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, v.13, n.2, p.271-471, jul.-dez. 2005. Disponível em: https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/viewFile/829/844. Acesso em: 31 jul. 2015.

ALVARENGA, A. T.; VASCONCELLOS, M. P.; ADORNO, R. C. F. A contribuição das ciências sociais e humanas na pesquisa, no ensino e na formação em saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.20, n.1, p.9-11, jan.-mar. 2011.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial/Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP. República Federativa do Brasil. 2008. *Diário Oficial*. Brasília: Imprensa Nacional.

_____. Lei n.11.788, de 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes, 2013.

DIAS, E. O. *A teoria winnicottiana do amadurecimento como guia da prática clínica*. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/nh/v10n1/v10n1a02.pdf. Acesso em: 21 ago. 2016.

_____. A teoria do amadurecimento pessoal na obra de Winnicott. In: *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

DIMENSTEIN, M. D. B. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia*, Natal, v.5, n.1, p.95-121, 2000.

_____. O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estud. Psicol.*, Natal, v.3, n.1, p.53-81, jun. 1998.

PITOMBEIRA, D. F. et al. Psicologia e a formação para a saúde: experiências formativas e transformações curriculares em debate. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília: Distrito Federal, v.36, n.2, abr.-jun. 2016.

_____ et al. Unidades municipais de saúde e Universidade: intersecções de saberes. CONGRESSO CENTRO DE PESQUISA E PSICOLOGIA APLICADA – Drª Betti Katzenstein: 35 anos de realizações. Assis, 3-4 nov. 2015. *Anais* ... Assis: Unesp, 2015.

RIBEIRO, D. P. S. A.; TACHIBANA, M.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. A experiência emocional do estudante de Psicologia frente à primeira entrevista clínica. *Aletheia*, n.28, p.135-45, 2008.

RIBEIRO, D. P. S. A. et al. Unidades municipais de saúde e universidade: intersecções de saberes. CONGRESSO CENTRO DE PESQUISA E PSICOLOGIA APLICADA DRª BETTI KATZENSTEIN: 35 anos de realizações. *Anais do...* Assis: Unesp, 2015.

SPINK, M. J. P. (Org.). *A psicologia em diálogo com o SUS*: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

WINNICOTT, D. W. A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: *O ambiente e os processos de maturação*: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 1983. [Original publicado em 1965.]

_____. *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Trad. J. M. X. Cunha. Rio de Janeiro: Imago, 1984. [Original publicado em 1970.]

10
Prevalência de lesões bucais em campanhas de prevenção do câncer bucal

Claudia Maria Navarro[1]
Lais de Barros Pinto Grifoni[2]
Madelise de Almeida[3]
Mirian Aparecida Onofre[4]
Elaine Maria Sgavioli Massucato[5]

1. Docente no Departamento de Diagnóstico e Cirurgia, supervisora clínica do Serviço de Medicina Bucal, responsável pela disciplina de Diagnóstico Bucal I e II e professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, área de Diagnóstico e Cirurgia da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia, Araraquara. *e-mail*: cnavarro@foar.unesp.br.
2. Aluna de graduação da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia, Araraquara. Bolsista Proex do programa de monitoria da Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. *e-mail*: laisbpgrifoni@foar.unesp.br.
3. Aluna de graduação da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia, Araraquara. Bolsista Pibic no Departamento de Odontologia Restauradora, na área de Endodontia. Foi bolsista Proex em 2015 no projeto de extensão "Prevenção do câncer bucal". *e-mail*: madelisealmeida@gmail.com.
4. Professora adjunta na disciplina de Diagnóstico Bucal da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia, Araraquara. Colabora com programas de pós-graduação, implantou o Programa de Aprimoramento Profissional em Estomatologia PAP-SES. *e-mail*: maonofrefoar@uol.com.br.
5. Professora assistente doutora da disciplina de Diagnóstico Bucal da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia, Araraquara. Professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, área de concentração Diagnóstico e Cirurgia. Diretora da mesma faculdade. *e-mail*: emaria@foar.unesp.br.

Andreia Bufalino[6]
Rose Mara Ortega[7]

Introdução

O câncer é uma das causas mais comuns de morbidade e mortalidade (McCullough et al., 2010). O câncer de boca apresenta incidência geográfica heterogênea. Anualmente, mais de 275 mil casos novos são diagnosticados no mundo. A perspectiva para 2020 é que existam 15 milhões de outros casos e 10 milhões de mortes por ano. O câncer de boca e orofaringe é um componente significativo do número global de casos de câncer, cerca de 3% de todos os cânceres (Ferlay et al., 2008). Apesar de a boca proporcionar fácil acesso visual para exames preventivos, a maioria dos tumores é diagnosticada em estágios avançados, o que nos faz refletir sobre a necessidade de aprimorar as estratégias de prevenção (Ford; Farah, 2013). As mais elevadas incidências ocorrem em países em desenvolvimento como o Brasil, o Paquistão e a Índia, e em países desenvolvidos como Estados Unidos e França (Ferlay et al., 2003; Petersen, 2009). Pesquisas epidemiológicas em larga escala têm documentado o efeito sinérgico entre o tabaco e o álcool, e o risco atribuído ao consumo de ambos em relação ao desenvolvimento de câncer de boca e orofaringe é 80% (Petersen, 2009).

A prevenção do câncer foi destaque no X Congresso Internacional de Câncer de Boca, em Creta (2005). Naquela ocasião, foi redigida a Declaração de Creta sobre Prevenção do Câncer Bucal,

---

6. Professora assistente doutora, orientadora no Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, área de Diagnóstico e Cirurgia, da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia, Araraquara. Supervisora clínica no Serviço de Medicina Bucal na mesma faculdade. *e-mail*: andreiabufalino@foar.unesp.br.

7. Professora substituta na disciplina de Diagnóstico Bucal da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia, Araraquara. Atua como supervisora clínica no Serviço de Medicina Bucal da mesma faculdade. *e-mail*: roseortega@foar.unesp.br.

assinada por representantes de 57 países, e entre os compromissos nela firmados constam: a disseminação da informação sobre câncer bucal por todos os meios de comunicação possíveis; envolvimento ativo dos profissionais de saúde bucal na prevenção e controle dos fatores de risco; treinamento de profissionais de saúde na triagem (*oral screening*) e na prestação de cuidados primários em relação ao câncer de boca; acesso a serviços de saúde e fornecimento de sistemas de detecção precoce e intervenção, cuidados de saúde bucal e promoção da saúde para a melhoria da qualidade de vida das pessoas afetadas pelo câncer bucal.

O exame visual é um método de triagem estabelecido para detectar a presença de desordens potencialmente malignas (DPM) ou estágios iniciais do câncer bucal. É uma inspeção visual sistemática da mucosa jugal e labial, gengiva, sulcos buco-alveolar, língua, palato duro e mole, assoalho da boca e outras regiões anatômicas por examinadores treinados sob luz adequada com os instrumentos descartáveis e sem a necessidade da privacidade exigida para o exame do colo de útero, por exemplo (Rajaraman et al., 2015).

Navarro et al. (2004) relatam suas experiências com ações preventivas ao longo de décadas e destacam o fato de que o *oral screening* foi capaz de evidenciar lesões bucais assintomáticas em 50% dos pacientes examinados, sendo que entre 11% e 15% apresentavam DPMs e que a incidência de câncer bucal variou entre 0,3% a 1%, concordante com outros estudos da literatura.

O câncer bucal pode ser precedido por DPMs, as quais podem ser facilmente diagnosticadas na boca devido ao fácil acesso local (Sankaranarayanan et al., 2013). O diagnóstico precoce das DPMs pode reduzir substancialmente a morbidade e mortalidade relacionadas ao câncer bucal (Sankaranarayanan, 2014). O exame visual da mucosa bucal possui elevada capacidade discriminatória para diagnóstico, sendo correntemente aceito para detecção de câncer bucal e de DPMs (Moles et al., 2002).

Oral screening de oportunidade nas consultas de rotina tem sido sugerido, especialmente na população de alto risco, que pode ser definida como aqueles que têm história pregressa de câncer no trato

aerodigestivo, intensa exposição ao tabaco e álcool, uso de *betel nut* e pessoas imunossuprimidas. Esse exame representa uma oportunidade de avaliar o paciente para qualquer tipo de anormalidade, incluindo lesões benignas, inflamatórias, infecciosas e displásicas, e não apenas câncer (Rethman et al., 2010; Epstein; Ruber, 2015).

Dentre as DPMs, podemos destacar a queilite actínica, a leucoplasia, a eritroplasia, e o líquen plano, sendo que o potencial de transformação maligna deste último é controverso na literatura.

A queilite actínica caracteriza-se pela perda de definição do limite entre a pele e a semimucosa labial inferior, associada à atrofia epitelial, e eventualmente podem estar presentes atipias e/ou displasias em graus que variam do leve ao severo, além de degeneração de fibras colágenas (elastose) no tecido conjuntivo, o que clinicamente aparece como perda de elasticidade labial, manchas ou placas brancas associadas a áreas eritematosas. A queilite actínica acomete pessoas expostas cronicamente à radiação UV, e, portanto, é bastante frequente em países de clima tropical como o Brasil. Na região de Araraquara observamos elevada incidência de queilite actínica, pois, além do fator climático, uma parcela significativa da população dedica-se a profissões que as expõem cronicamente ao sol, como os trabalhadores rurais, pintores, pedreiros, motoristas, coletores de lixo entre outros (Navarro et al., 2004).

A leucoplasia é definida como "placa branca de questionável risco, tendo sido excluídas todas as outras doenças conhecidas que possam aumentar o risco para câncer" (Warnakulasuriya et al., 2007). Clinicamente apresenta-se com a aparência de placas brancas ou predominantemente brancas que podem estar associadas com áreas de endurecimento, mudança de textura superficial ou até fissuras ou ulcerações, sendo que essas áreas representam regiões em que costuma haver maior probabilidade de transformação maligna, devendo ser prioritariamente biopsiadas.

A eritroplasia é definida como sendo "uma mancha vermelho-fogo que não pode ser caracterizada clínica ou microscopicamente como qualquer outra doença definível" (Warnakulasuriya et al., 2007). O tabaco e o álcool são considerados importantes fatores

etiológicos, sendo que a prevalência das eritroplasias oscila entre 0,02% a 0,83%. A eritroplasia ocorre principalmente em pessoas de meia-idade e nos idosos, e usualmente aparece como lesão solitária.

No momento, o líquen plano oral é considerado uma DPM, e o índice de transformação maligna é provavelmente menor que 0,5%. A transformação maligna do líquen plano é um tema nebuloso devido à falta de correlação clinicopatológica no diagnóstico e, portanto, não há possibilidades reais de prevenir a transformação maligna do líquen plano; por essa razão, é importante a identificação dessa doença e o seguimento clínico criterioso como única forma de identificar precocemente lesões iniciais de câncer bucal (Mignogna; Fedele; Russo, 2006; Warnakulasuriya et al., 2007).

O *oral screening* para câncer bucal tem sido definido como "o processo pelo qual o profissional avalia um paciente assintomático para determinar se ele ou ela tem a probabilidade de ter uma lesão maligna ou não maligna" (Rethman et al., 2010).

A sensibilidade do *oral screening* é de 85% e a especificidade 97% (Sankaranarayanan et al., 2013), o que é considerado alto, com evidência de redução de incidência de câncer bucal de 81% após quinze anos (Subramanian et al., 2009; Brocklehurst et al., 2010).

Objetivos

Analisar as lesões bucais mais prevalentes em pacientes examinados nas campanhas de prevenção do câncer bucal no período de 1993 a 2014.[8]

---

8. Agradecimentos: Uniodonto – Araraquara; Unimed – Araraquara; Dental São Paulo Araraquara (sr. Laércio Holanda); srª Rosimeire A. C. Pipoli – funcionária do Departamento de Diagnóstico e Cirurgia – FOAr/Unesp; sr. Robson Ostan – funcionário do setor de Manutenção e Conservação – FOAr/Unesp; e Pró-Reitoria de Extensão Universitária (Proex)/Unesp.

Material e métodos

As campanhas de prevenção do câncer bucal foram iniciadas pelos docentes da disciplina de Diagnóstico Bucal da Faculdade de Odontologia de Araraquara – Unesp em 1993 (Navarro et al., 2004), buscando atuar no âmbito da prevenção primária e secundária. Assim, há 25 anos a Faculdade de Odontologia promove atividades que visam levar informação à população sobre câncer de boca, fatores de risco, estratégias de prevenção e também realiza exames bucais preventivos cuja finalidade é encontrar lesões malignas em estágios iniciais ou mesmo fazer o diagnóstico de DPMs e aconselhar o paciente para acompanhamento ou tratamento das referidas lesões. Ao longo do tempo, realizamos campanhas em postos de saúde, praças públicas, empresas, escolas, universidades, feiras populares, instituições como SESC, SESI, SEST/Senat, hospitais e outros. Os exames são feitos com a Unidade Móvel, o que nos possibilita o fácil deslocamento a todos os locais citados (Figura 1). Os exames bucais (triagens visuais) são feitos com auxílio de uma fonte de luz, espátula e gaze e as lesões suspeitas de malignidade ou cujo diagnóstico clínico é DPMs são encaminhados para o Serviço de Medicina Bucal (SMB) para confirmação do diagnóstico, tratamento e/ou acompanhamento. Além das lesões malignas e DPMs, várias lesões benignas têm sido identificadas e os pacientes orientados ou mesmo encaminhados ao SMB para confirmação do diagnóstico e tratamento. Nos locais de exame, a equipe distribui folhetos (Figura 2), contendo informações sobre prevenção do câncer, fatores de risco, e orientações sobre como fazer o autoexame da boca. Antes da realização dos exames bucais, os pacientes são submetidos a um breve questionário sobre fatores de risco, histórico familiar para câncer de boca, conhecimentos sobre autoexame, havendo no referido questionário também informações sobre idade, sexo, etnia, estado civil e outros dados de identificação pessoal. Os resultados do questionário e do exame clínico são anotados em ficha própria e transferidos para um banco de dados do programa Epi Info (versão 3.2.2.). Os dados aqui apresentados são referentes a 21 anos de exames bucais (1993 a 2014), tendo sido examinados 5.018 pacientes nesse período.

Figura 1 – Equipe composta por alunos de graduação, pós-graduação, bolsistas Proex e coordenadora

Fonte: Acervo dos autores.

Figura 2 – Folheto educativo sobre autoexame e prevenção do câncer bucal

Fonte: Elaboração própria.

Resultados e discussão

Para análise, os dados foram estratificados segundo faixas etárias conforme demonstrado na Figura 3.

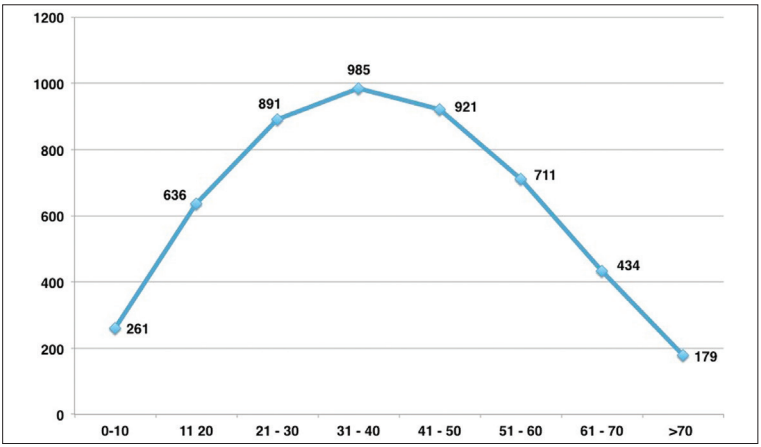

Figura 3 – Distribuição dos pacientes examinados de acordo com a faixa etária (n = 5.018)

Fonte: Elaboração própria.

A Figura 3 apresenta concentração de pacientes a partir da terceira década de vida, com pico de comparecimento aos locais de exame na faixa etária dos 21 aos 60 anos, havendo decréscimo acentuado no número de pacientes a partir dos 70 anos, o que talvez se deva à expectativa média de vida do brasileiro ser ligeiramente maior que 70 anos e também pela probabilidade de que muitos pacientes nessa idade apresentam problemas de locomoção, o que dificulta seu comparecimento aos locais públicos onde são realizadas as campanhas de prevenção.

Ainda em relação à distribuição etária da população examinada, nossos dados assemelham-se aos de Silveira et al. (2013) em relação à curva de prevalência de fumantes. Os resultados mostraram a idade média dos 5.018 pacientes examinados foi 38,30 ± 17,74, sendo 2.757 (59,94%) mulheres e 2.261 (45,05%) homens. Além disso,

3.918 (78,08%) eram brancos, 541 (10,78%) negros, 505 (10,06%) (Figura 4) mestiços e 54 (1,08%) com etnia não definida.

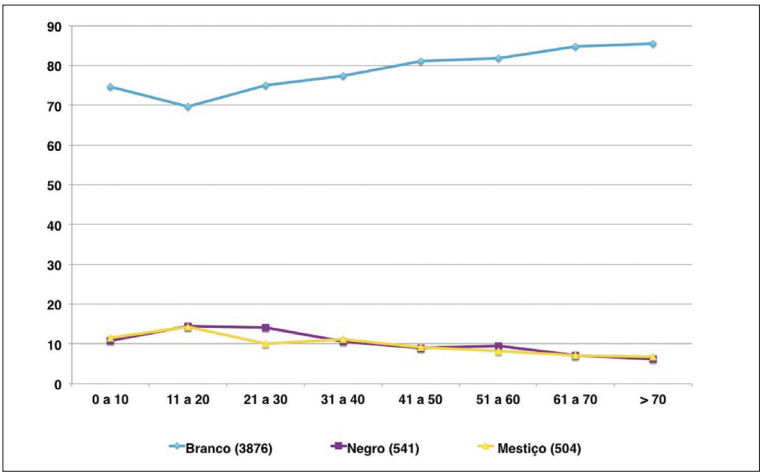

Figura 4 – Distribuição dos pacientes examinados de acordo com a faixa etária e com a etnia (n = 5.018)

Fonte: Elaboração própria.

No Brasil, devido à miscigenação, as diferenças entre brancos, negros e mestiços nem sempre é facilmente identificável, e talvez isso explique o fato de termos encontrado 1,08% da amostra em que houve dificuldade para se definir a etnia. Além disso, certamente não é simples a distinção entre brancos, negros e mestiços com base exclusivamente na cor da pele, que costuma ser o critério principal nos exames preventivos.

O estado civil dos pacientes pode ser observado na Figura 5, na qual observa-se predominância de casados a partir dos 31 anos e aumento da prevalência de viúvos a partir de 51 anos (aumento proporcional à idade). Os solteiros, como esperado, são mais prevalentes nas faixas etárias mais jovens. Com relação aos divorciados, observou-se aumento a partir dos 21 anos, porém, a partir dos 61 anos, esses índices foram decrescentes.

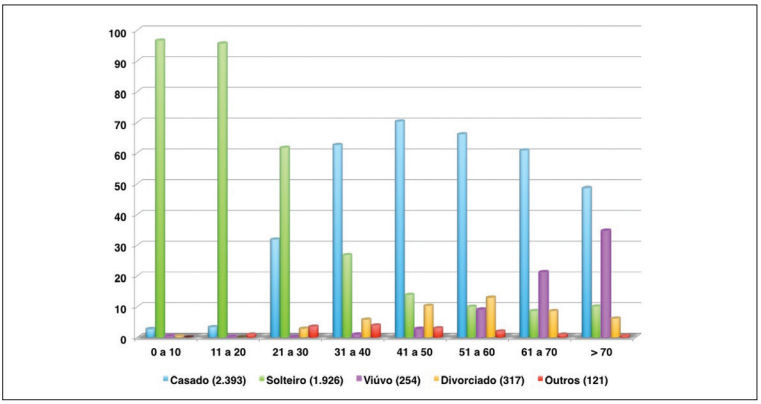

Figura 5 – Distribuição dos pacientes segundo estado civil e faixa etária (n = 5.018)

Fonte: Elaboração própria.

Observou-se que, com o aumento da idade, especialmente a partir dos 41 anos, houve tendência progressiva para a cessação do consumo do tabaco, conforme a Figura 6. Essa tendência pode talvez ser explicável pelo nível crescente de conscientização sobre os malefícios do tabaco ao longo da vida, ou talvez porque os pacientes dessa faixa etária já podem ter sentido alterações físicas decorrentes do uso, o que poderia funcionar como motivação para abandono do vício.

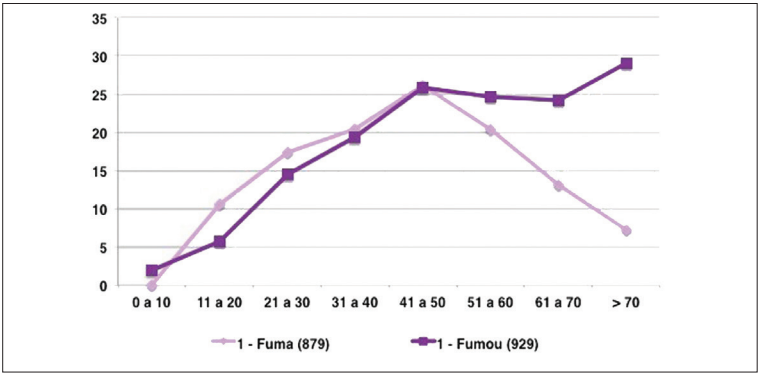

Figura 6 – Distribuição dos pacientes examinados de acordo com a exposição ao tabaco (n = 5.018)

Fonte: Elaboração própria.

A Figura 7 mostra os dados relativos à ingestão de bebidas alcoólicas com tendência semelhante, porém menos marcante, em relação ao consumo de tabaco. Destacamos o pico de consumo de álcool entre 21 e 50 anos, sendo que uma porcentagem elevada de pacientes inicia o consumo entre 11 e 20 anos, fato que causa preocupação por serem jovens que sofrerão possivelmente os efeitos cumulativos do consumo de álcool em fases tardias da vida. Notadamente a partir dos 51 anos inicia-se uma tendência de abandono do consumo, a qual se acentua de forma marcante a partir dos 70 anos.

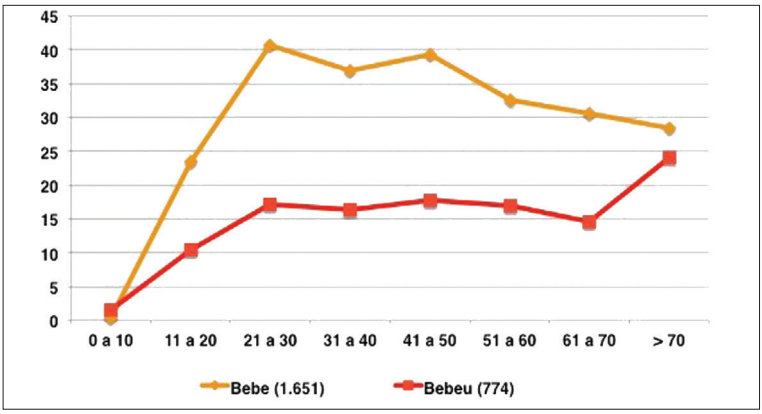

Figura 7 – Distribuição dos pacientes examinados de acordo com a ingestão de bebidas alcoólicas (n = 5.018)

Fonte: Elaboração própria.

A análise da distribuição das lesões bucais de acordo com a faixa etária (Figura 8), mostra uma curva exponencial acentuada com a idade para a queilite actínica e também para as demais lesões potencialmente malignas como a leucoplasia e o líquen plano. Observa-se ainda um crescimento exponencial da frequência relativa de lesões tipicamente associadas ao uso de próteses, como a candidose, a hiperplasia reacional, e as úlceras traumáticas. A curva ascendente observada para as candidoses tem uma marcada elevação a partir dos 31 anos, e semelhante curva, porém um pouco mais suave, observa-se para as hiperplasias reacionais. A elevada prevalência de ambas as

doenças a partir dos 31 anos revela uma população de desdentados, que possivelmente faz uso de próteses em condições inadequadas precocemente. Além disso, o problema se agrava à medida que a idade aumenta, havendo certamente um contingente cumulativo entre aqueles que usam próteses consideradas antigas, a partir da terceira década de vida.

Observou-se uma baixa prevalência de carcinomas (0,27%) e o aumento proporcional à idade pode ser observado apenas como uma leve tendência. Observa-se ainda que o herpes bucal, por razões não compreendidas, tende a declinar a partir dos 51 anos; comportamento semelhante, porém mais acentuado, observa-se para as ulcerações aftosas recorrentes a partir dos 41 anos.

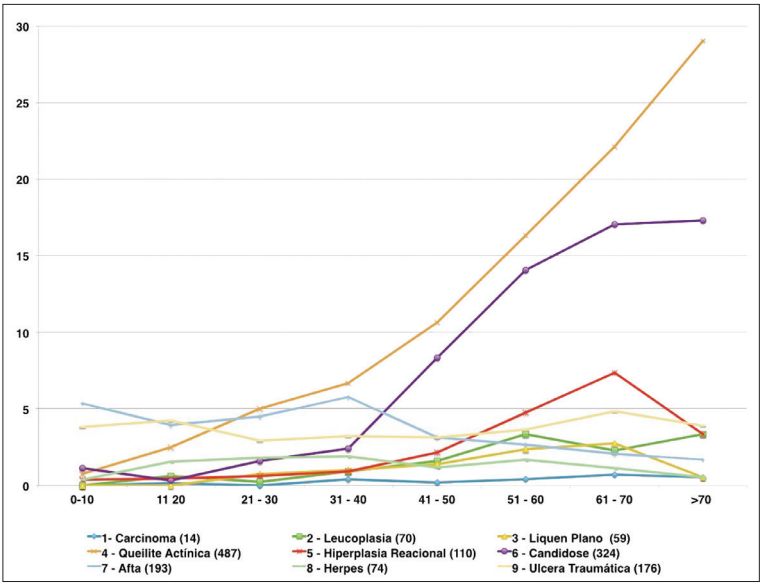

Figura 8 – Distribuição das lesões bucais nos pacientes examinados conforme a idade (n = 5.018)

Fonte: Elaboração própria.

Em relação à prevalência das lesões bucais associadas ao uso de prótese, os índices apresentados neste estudo são inferiores aos

de Axéll (1976), Salonen et al. (1990), Mujica et al. (2008), Espinoza et al. (2003) e Ramos et al. (2010), porém similares aos encontrados por Cornejo et al. (2007) e superiores aos de Robledo-Sierra et al. (2013).

Figura 9 – a) Queilite actínica, b) leucoplasia, c) líquen plano
Fonte: Acervo pessoal dos autores.

Figura 10 – a) Candidose, b) hiperplasia reacional, c) úlcera traumática
Fonte: Acervo pessoal dos autores.

Comparando-se os índices de prevalência de DPMs deste estudo, observa-se que são mais elevados do que os dos diagnósticos nos estudos de Axéll (1976), Salonen et al. (1990), Espinoza et al. (2003), Cornejo et al. (2007) e Robledo-Sierra et al. (2013). Nesses estudos, em oposição aos nossos achados, a incidência de queilite actínica foi muito baixa ou inexistente, no entanto, a leucoplasia foi marcadamente mais prevalente em relação ao presente estudo. Considerando a prevalência de líquen plano, pode-se afirmar que nossos achados são similares aos da literatura em geral.

Entre as DPMs diagnosticadas em nossa casuística foi evidente a predominância da queilite actínica, responsável por 79% dessas lesões. Em países como o Brasil, o diagnóstico e acompanhamento da queilite actínica assume papel fundamental na prevenção do câncer, especialmente de lábio, cuja incidência é elevada no Brasil devido à exposição à radiação UV. Diagnosticar, acompanhar e tratar

as queilites actínicas é de fundamental importância, e poucos são os artigos que estudam essa doença (Kaugars et al., 1999; Nico et al., 2005; Cavalcante et al., 2008), todos destacando o fato de que, em parte das biópsias de queilites actínicas, foram encontrados carcinomas *in situ* ou displasias, as quais nem sempre apresentavam uma aparência clínica suspeita de malignidade. Assim, destacamos a necessidade de diagnóstico precoce das queilites actínicas, acompanhamento, tratamento e orientações preventivas aos pacientes de pele clara cronicamente expostos aos raios UV. Nesse contexto, as campanhas de prevenção do câncer bucal são uma excelente oportunidade para orientação e aconselhamento da população mais acometida pela doença.

Recentes estudos baseados em evidências (Rethman et al., 2010) apontam para a importância de *oral screening* em população-alvo, ou seja, direcionados a pacientes de alto risco para desenvolvimento de câncer. Reconhecem ainda a necessidade de minimizar os resultados falso positivos do *oral screening* e a revisão sistemática sugere que os clínicos façam o acompanhamento dos pacientes dentro de sete a catorze dias após o diagnóstico clínico para confirmar a persistência ou progressão das lesões inicialmente observadas. Quando se observa que a lesão é persistente ou progressiva, deve-se encaminhar o paciente para um centro de especializado em diagnóstico de doenças de mucosa bucal para realização do diagnóstico definitivo. Essas orientações são concordantes com a estratégia de prevenção adotada nas campanhas de prevenção do câncer bucal ao longo desses 21 anos, visto que os pacientes com lesão são sistematicamente encaminhados ao SMB para seguimento.

Conclusões

Os elevados índices de prevalência de DPMs e de lesões associadas ao uso de próteses mostram que as campanhas, além de atingirem seus objetivos, também podem orientar o planejamento de ações que visem reduzir a incidência das lesões benignas em usuários

de próteses. Destacamos a elevada prevalência de queilite actínica, o que reflete uma realidade epidemiológica regional associada ao clima tropical e ao tipo de atividade profissional (trabalhadores rurais e outros), visto que a lesão tem como etiologia a exposição crônica à radiação solar.

Referências bibliográficas

AXÉLL, T. A Prevalence Study of Oral Mucosal Lesions in an Adult Swedish Population. *Odontol. Revy*, v.36, p.1-103, 1976.

BROCKLEHURST, P. et al. Screening Programmes for the Early Detection and Prevention of Oral Cancer. *Cochrane Database System Rev.*, v.11, CD004150, 2010.

CAVALCANTE, A. S. R. et al. Actinic Cheilitis: Clinical and Histological Features. *J. Oral Maxillof. Surg.*, v.66, n.3, p.489-503, 2008.

CORNEJO, A. D. et al. Distribucion de condiciones y lesiones de la mucosa bucal en pacientes adultos mexicanos. *Revista Cubana de Estomatologia*, v.44, n.1, 2007. [*on-line.*]

EPSTEIN, J. B.; RUBER, M. A. The Benefit and Risk of Screening for Oral Potentially Malignant Epithelial Lesions and Squamous Cell Carcinoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*, v.120, n.5, p.537-40, 2015.

ESPINOZA, I. et al. Prevalence of Oral Mucosal Lesions in Elderly People in Santiago, Chile. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, v.32, n.10, p.571-5, 2003.

FERLAY, J. et al. Cancer Incidence and Mortality Worldwide. *IARC Cancer Base*, Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, n.10, 2008.

FORD, P. J.; FARAH, C. S. Early Detection and Diagnosis of Oral Cancer: Strategies for Improvement. *Journal of Cancer Policy*, v.1, p.e2-e7, 2013.

KAUGARS, G. E. et al. Actinic Cheilitis: a Review of 152 Cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*, v.88, n.2, p.181-6, 1999.

McCULLOUGH, M. J. et al. Oral Mucosal Malignancy and Potentially Malignant Lesions: an Update on the Epidemiology, Risk

Factors, Diagnosis and Management. *Australian Dental Journal*, v.55, p.61-5, 2010.

MIGNOGNA, M. D.; FEDELE, S.; RUSSO, L. Dysplasia/Neoplasia Surveillance in Oral Lichen Planus Patients: a Description of Clinical Criteria Adopted at a Single Centre and their Impact on Prognosis. *Oral Oncol*, v.42, n.8, p.819-24, 2006.

MOLES, D. R. et al. Meta-Analysis of Measures of Performance Reported in Oral Cancer and Precancer Screeening Studies. *British Dental Journal*, v.192, n.6, p.340-4, 2002.

MUJICA, V. et al. Prevalence of Soft Tissue Lesions in an Elderly Venezuelan Population. *Medicina Oral Patología Oral Cirurgia Oral*, v.3, n.5, p.e270-4, 2008.

NAVARRO, C. M. et al. Campanha de prevenção do câncer bucal em Araraquara: uma iniciativa de extensão consolidada em 11 anos de experiência. *Revista Ciência em Extensão*, v.1, n.2, p.163-70, 2004.

NICO, M. M. S. et al. Actinic Cheilitis: Comparative Study of Histopathologic Aspects of Incisional Biopsies and Vermilionectomy – Study of 20 Cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, v.100, n.2, p.196-7, 2005.

PETERSEN, P. E. Oral Cancer Prevention and Control: the Approach of the World Health Organization. *Oral Oncology*, v.45, p.454-60, 2009.

RAJARAMAN, P. et al. Recommendations for Screening and Early Detection of Common Cancers in India. *The Lancet Oncology*, v.16, p.e352-2361, 2015.

RAMOS, R. M. G. et al. Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años. *Revista Cubana de Estomatologia*, v.41, n.1, p.105-14, 2010.

RETHMAN, M. P. et al. Evidence-Based Clinical Recommendations Regarding Screening for Oral Squamous Cell Carcinomas. *J. Am. Dent. Assoc.*, v.141, n.5, p.509-20, 2010.

ROBLEDO-SIERRA, J. et al. The Morbity of Oral Mucosal Lesions in an Adult Swedish Population. *Medicina Oral Patología Oral Cirurgia Oral*, v.1, n.5, p.e766-72, 2013.

SALONEN, L. et al. Occurrence of Oral Mucosal Lesions, the Influence of Tobacco Habits and an Estimate of Treatment Time in

the Adult Swedish Population. *Journal of Oral Pathology and Medicine*, v.19, p.170-6, 1990.

SANKARANARAYANAN, R. Cancer Prevention and Care in India: an Unfinished Agenda. *Lancet Oncolog*, v.15, p.554-5, 2014.

_____ et al. Long Term Effect of Visual Screening on Oral Cancer Incidence and Mortality in a Randomized Trial in Kerala, India. *Oral Oncology*, v.49, p.314-21, 2013.

SILVEIRA, A. P. et al. Oral Cancer: Health Promotion and Usual Screening – Study Report. *Journal of Cancer Therapy*, v.13, p.1313-20, 2013.

SUBRAMANINAN, S. et al. Cost-Effectiveness of Oral Cancer Screening: Results from a Cluster Randomized Controlled Trial in India. *Bull World Health Organ*, v.87, p.200-6, 2009.

VAN DER WAAL, I. Potentially Malignant Disorders of the Oral and Oropharyngeal Mucosa; Present Concepts of Management. *Oral Oncology*, v.46, n.6, p.423-5, 2010.

WARNAKULASURIYA, S. et al. Nomenclature and Classification of Potentially Malignant Disorders of the Oral Mucosa. *J. Oral Pathol. Med.*, v.36, n.10, p.575-80, 2007.

11
Produzindo práticas e saberes na atenção psicológica grupal a idosos residentes em asilos na cidade de Assis/SP

Mariele Rodrigues Correa[1]
Gabriela Maria Ramos Maia[2]
Aline Mendes Gonçalves[3]
Juliana Silva Garcia[4]
Lilian da Silva Cunha[5]
Wlademir Luther Falcão Cagnin[6]
Flávia Mendes Ferraz de Almeida[7]
Felipe Tobias Brahim[8]

1. Mestre e Doutora em Psicologia Social. Professora dos cursos de Graduação e Pós-Graduação em Psicologia na Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis. *e-mail*: mariele@assis.unesp.br.
2. Psicóloga formada pela Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis. *e-mail*: grmaia86@gmail.com.
3. Psicóloga formada pela Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis. *e-mail*: alinemendesg8@gmail.com.
4. Psicóloga formada pela Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis. *e-mail*: julianagsgarcia@gmail.com.
5. Psicóloga formada pela Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis. *e-mail*: lilian-cunha@live.com.
6. Psicólogo formado pela Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis. *e-mail*: wlutherpsico@gmail.com.
7. Psicóloga formada pela Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis.
8. Psicólogo formado pela Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis. *e-mail*: felipefelmer@gmail.com.

O crescente envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida no Brasil colocam em cena uma multiplicidade de idades, desafios e modos de envelhecer e subjetivar. A expectativa de sobrevida para os idosos e as idosas, por exemplo, tem alcançado índices significativos: aos 60 anos, em 1980, os homens poderiam viver mais 14,2 anos e as mulheres, 17,6. Já em 1996, esse número subiu para 16,3 anos para os homens e 20,4 para as mulheres (Neri, 2008).

Para ilustrar como o perfil populacional se modificou em nosso país, a esperança de vida não passava dos 33,5 anos no início do século XX. Na metade do século passado, ela passou a 50 anos e, em 2010, chegou a 73,5 anos (Minayo, 2011). Note-se que, em pouco mais de cem anos, a expectativa de vida mais do que dobrou. Some-se a isso o fato de que, de acordo com dados do censo do IBGE de 2010, o segmento etário que mais cresceu nos últimos anos foi a população acima dos 80 anos, que aumentou 47,8% no país (op. cit.).

Esse cenário de mudanças no perfil demográfico brasileiro certamente convoca à reflexão e à criação de estratégias, conhecimentos e práticas nas ciências e na atuação profissional com os mais velhos (Correa et al., 2015), especialmente no sentido de aumento da autonomia, preservação de direitos humanos, promoção de saúde e participação social dos idosos e idosas na vida cotidiana. Diante dos desafios que se avizinham em um futuro próximo, como o fato de que a população brasileira terá mais idosos do que crianças em 2050 (Correa; França; Hashimoto, 2010), a Universidade pública pode ser importante partícipe na promoção de conhecimentos e práticas que alinhem ensino, pesquisa e extensão no enfrentamento de questões relacionadas ao envelhecimento da população.

Atentos a essa complexa conjuntura demográfica, propusemo-nos, em 2013, a oferecer, dentro do núcleo de estágio "Envelhecimento e Processos de Subjetivação", do curso de graduação em Psicologia da Faculdade de Ciências e Letras de Assis, um projeto de extensão voltado para a produção de práticas grupais e saberes na atenção e cuidado à população idosa residente em asilos da cidade, uma vez que esse segmento é, em muitos casos, socialmente excluído

e tende a crescer. O projeto é apoiado pela Pró-Reitoria de Extensão (Proex) da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (Unesp) e conta com a participação de alunos e alunas do quarto e quinto anos do curso de graduação em Psicologia da FCL-Assis. Assim, no presente texto, apresentaremos nossa experiência de atuação na extensão universitária, que se compõe na intersecção entre ensino e pesquisa, refletindo sobre o lugar histórico dos mais velhos na cultura brasileira e a possibilidade de práticas empoderadoras para a velhice.

"Envelheceres": a diversidade do envelhecimento e a velhice institucionalizada

De acordo com Groisman (1999), há poucos registros históricos dos asilos para idosos no Brasil. Uma das primeiras instituições asilares no país estaria situada, conforme documentação, na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 1890: o Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada (Groisman, 1999; Christophe, 2009). Esse estabelecimento, inicialmente, serviu para abrigar idosos pobres e adoentados, os quais ficavam sob os cuidados de freiras enfermeiras. Tal prática filantrópico-assistencialista muito marcou o destino dos asilos, que ainda hoje, em muitos casos, recorrem à caridade e à compaixão da população em busca de donativos para sua manutenção. Uma das problemáticas que levantamos a respeito desse olhar caritativo e compassivo para os mais velhos é que ele despotencializa e fragiliza o idoso, tornando-o mero receptáculo da bondade alheia, como se ele não fosse capaz de estabelecer trocas simbólicas significativas. Tal como acentua Groisman (1999, p.83), "com o surgimento do asilo, a velhice ganhava um 'lugar', mas ao mesmo tempo perdia, simbolicamente, o seu lugar na vida". Por isso, entendemos o quão urgente é a criação de outras formas de cuidado e atenção à velhice institucionalizada que escapem dessa lógica despotencializadora do envelhecer.

Aliás, é necessário enfatizar que, atualmente, o envelhecimento apresenta um cenário de multiplicidade de formas de ser e experimentar o passar dos anos. A velhice não é homogênea, mas se configura no plural, na diversidade. Inclusive, é importante salientar que tal diversidade também se encontra entre idosos e idosas institucionalizados. Os processos de subjetivação são múltiplos e singulares, assim como os "envelheceres".

Nota-se que a própria criação de novas nomenclaturas para a velhice está inserida na pluralidade dessa fase da vida: palavras como velho, idoso, terceira idade, quarta idade, feliz idade, melhor idade, ancião e outras procuram nomear a experiência do envelhecer, que hoje tem uma expectativa de muitos anos de vida. Essa possibilidade de viver mais é, sem dúvida, uma importante conquista brasileira. Aos poucos, o Brasil, tido como um país jovem, se vê cada vez mais grisalho (Veras, 1994). Interessa-nos, portanto, analisar os desdobramentos do envelhecimento da população, especialmente as velhices e seus lugares e sentidos no contemporâneo.

Ao saírem da esfera da produtividade e da geração de lucro, muitos "envelheceres" são vistos como um problema social (Debert, 2004; Graeff, 2007), demandando proteção e cuidado em nome de uma segurança e suposto bem-estar. Com isso, as velhices acabam, muitas vezes, sendo tomadas como idades fragilizadas, retirando-se sua autonomia e destinando a elas um lugar à margem do convívio social, como os asilos para idosos e idosas.

De sábios anciões representantes da memória coletiva a velhos esquecidos que perderam sua condição de cidadão e cidadã e estão à espera da morte, configura-se um processo de construção social da velhice que procura esconder a nossa finitude e excluir aqueles que não mais produzem para a manutenção do sistema capitalista de produção e de consumo.

Em decorrência do prolongamento da vida biológica, o envelhecimento, no imaginário social, se desdobra em indagações éticas sobre existência e vida. Do singular para o plural, nas palavras de Birman (2013), foi forjado o conceito de terceira idade como outra modalidade de subjetivação que retorna a alguns velhos e velhas o

espaço social, no qual "a velhice passou a ser delineada pela presença do desejo e pelo imperativo de aproveitar intensamente a vida" (Birman, 2013, p.66).

Esse novo registo associado ao discurso biopolítico (Foucault, 2008) coloca as idosas e os idosos que não se enquadram nessa categoria de envelhecimento saudável e de mercado como alvos de institucionalização. Aquele(a) que não envelhece conforme o ideal de saúde, que precisa de cuidados e de uma atenção biopsicossocial, seja do seu entorno ou das políticas públicas, é exilado da realidade social e relacional (Coelho, 1998).

Nessa conjuntura, há as instituições de longa permanência para idosos (ILPI), ou asilos, nas quais há uma lógica de confinamento e disciplinamento dos corpos com a tendência de fechamento, o que implica uma barreira de relações sociais com o mundo externo, uma vida fechada e administrada por um coletivo arregimentado que faz vigilância e automatização da vida pelo tratamento único ao coletivo que deve ter comportamento-padrão, tal como narrado por Goffman (1974). Diante dessas condições de asilamento, é perceptível a solidão, o isolamento e a exclusão na qual vivem esses corpos velhos e tutelados, uma vez que suas vidas, dóceis e adaptadas às regras e regulamentos, são reduzidas às necessidades biológicas e orgânicas, à produção de uma sobrevida que em grande parte procura dissipar as diferenças e singularidades dos desejos.

É pertinente apontar que as idosas e idosos institucionalizados diferem das demais velhices, como a terceira idade, também pelo fato de estarem privadas(os) de sua autonomia, especialmente na gestão de seus cotidianos. Ao viverem na instituição, estão submetidos à rotina organizada por outrem, com horários pré-estipulados para a realização das atividades do cotidiano, como o horário das refeições e da higiene pessoal. A partir disso, entende-se que o asilamento é uma estratégia biopolítica (Foucault, 2006) na qual o sujeito é destituído de sua autonomia e, por fim, colocado numa situação de assujeitamento.

Diante do exposto, pensar nos envelheceres como processos que implicam muitos desafios e possibilidades é pensar fora dos regimes

de verdade e problematizá-los, assumindo uma postura ética, estética e política que aborde sua realidade histórico-social sem considerar um ideal de velhice. Assim, procuramos levar em conta o velho como sujeito de direitos e desejos e almejamos práticas sociais em rede na mesma direção dos pensamentos de Tótora (2008), em que ser velho "vai além da crítica ao que está posto, trata-se de uma experimentação em consonância com a potência de vida" (p.34).

Para afrouxar esse rompimento e abandono social na experiência do sujeito em condição de asilamento, buscamos promover uma atenção psicossocial e estratégia de cuidados nesse território de estabilidade e proteção. Procuramos estender nossas relações com a instituição para trabalhar em rede com sua equipe e criar maiores possibilidades de intervenção psicológica com os mais velhos, expandindo o território existencial para além do instituído, sempre respeitando e afirmando suas singularidades e seus tempos.

Vivendo os tempos e espaços desse local estereotipado, noções de fragilidade, incapacidade e doença dos asilados e asiladas são alargadas e o envelhecer passa a ser vislumbrado como um processo singular e potente de criação e de invenção, portanto além das limitações biopsicossociais.

A extensão e o pensar/fazer grupal: criação de vias metodológicas possíveis

O objetivo de nosso projeto de extensão é compreender as especificidades da subjetivação do processo de envelhecimento para contribuir na construção de novas possibilidades que atendam às demandas dessa fase da vida. Elaboramos coletivamente práticas relacionadas ao âmbito da psicologia com grupos de idosos(as) institucionalizados(as) que visam à expansão da subjetividade. Nosso grupo de estagiários e estagiárias, em parceria com a docente coordenadora do projeto, busca realizar uma interação e integração entre os idosos e as idosas e a população universitária e também entre os moradores e moradoras de asilos com a comunidade local.

Dessa forma, realizamos um trabalho de atenção aos idosos e idosas residentes na instituição Lar dos Velhos, uma ILPI do município de Assis. Contamos com a participação de 20 a 30 pessoas, com idades que variavam entre 60 e 92 anos e com diferentes graus de mobilidade e condições de saúde. Pretendemos, por meio deste trabalho, elaborar conhecimentos e estratégias em psicologia que produzam melhor qualidade de vida e promoção de saúde, garantindo que os mais velhos tenham acesso aos seus direitos civis e políticos, e incentivar o reconhecimento desse público pela sociedade.

Além disso, nas atividades oferecidas, procuramos trabalhar com temáticas que recuperem os saberes, aprendizagens e realizações dos idosos e idosas ao longo da vida. No contato com essa população, entendemos que é necessário promover uma escuta atenta e sensível, almejando o resgate de suas histórias, sentindo e refletindo sobre suas experiências passadas e, dessa forma, possibilitando que eles(as) atribuam novos significados a suas vivências. Consideramos fundamental, nesse aspecto, recuperar essas lembranças não somente como exercício cognitivo, mas sobretudo como parte da dimensão subjetiva para que, assim, as recordações possam fazer mais sentido para o próprio sujeito, pois, para Bosi (1987, p.81), "o sentimento também precisa acompanhá-la para que ela não seja uma repetição do estado antigo, mas uma reaparição".

Visto que o asilo é um lugar em que os idosos e idosas estão, em muitos casos, distanciados da sua família e do meio social (Coelho, 1998), buscamos levá-los para habitar outros territórios (universidade, praças, parques, museus, comércio e eventos). A saída do asilo para outros espaços se faz necessária como uma forma de inseri-los em outros contextos sociais dos quais são muitas vezes excluídos, além de ser oportunidade para estabelecer novos vínculos sociais e trocas de experiências com outras pessoas.

Portanto, através desse projeto de extensão, intentamos ressignificar tanto as vivências passadas como as presentes, promovendo uma expansão das possibilidades de contato, de mobilidade e de trocas. Compreendemos que a velhice é mais uma fase que, como as outras ao longo da vida, possui suas singularidades e belezas, mas

que, quando olhada por um prisma da dinâmica processual da vida, constitui a peculiaridade e riqueza da vida de cada um. Para a formação profissional em Psicologia e para a Universidade pública, em seu papel de produtora de conhecimento para o desenvolvimento social, investir em ações de intervenção nos espaços institucionais como o asilo é uma demanda ética necessária. Nas palavras de Coelho (1998, p.100),

> Quem então investirá no asilo? Somente aqueles (estudiosos ou não) que puderem perceber a vida como um continuum que se justifica em sua totalidade e não em fases específicas, aqueles que acreditarem no desenvolvimento humano desde o milagre do nascimento até a dignidade da morte.

Nosso projeto de extensão oferece, semanalmente, oficinas de psicologia com grupos de idosos(as) asilados(as). Cada encontro tem uma hora e meia de duração e ocorre em diferentes espaços, como salas de aula do câmpus e outros ambientes da faculdade, tais como a Biblioteca "José Acácio Santa Rosa", espaços ao ar livre, cantina, diretório acadêmico, campo de futebol, laboratório de informática e outros. Também, esporadicamente, realizamos atividades em praças, comércio, museus e parques da cidade de Assis, o que promove interação social com esses idosos e idosas. Para nós, é importante circular nesses diferentes lugares como forma de promover expansão de vínculos e de apropriação do cotidiano da faculdade e dos espaços urbanos, que normalmente não são frequentados por esse tipo de público. Portanto, estar em grupo e na companhia das estagiárias e estagiários contribui para que eles(as) se sintam mais confiantes e acolhidos(as).

Nas atividades e visitas em espaços abertos, entendemos que o acompanhamento terapêutico (AT) é uma ferramenta importante para a construção de dispositivos de atuação com os(as) idosos(as). De acordo com Rebello (2013, p.96), "o AT é um dispositivo clínico que tem como uma de suas principais características um *setting* móvel, ou seja, não há lugar fixo para que ocorra o atendimento".

Ainda de acordo com a autora, esse dispositivo seria uma alternativa para pessoas que se encontram, de alguma forma, enclausuradas. Assim, a função do AT seria a de propiciar uma via de expressão e de possibilidade de circularem palavras e afetos. Nas palavras da autora (op. cit., p.97), "o AT retira o idoso do declínio e da decadência e devolve-lhe a palavra, aquilo que lhe é mais singular, sua capacidade de pensar, de desejar e de ser sujeito – possibilidades, muitas vezes, desconsideradas para alguém que envelhece e que está mais próximo da morte". Trabalhando nessa perspectiva, entendemos que o grupo e sua circulação em diferentes espaços são vias de construção de cidadania, de expansão de produção de subjetividades e de vínculos.

Como fundamento teórico das ações desenvolvidas em grupo, privilegiamos uma atuação no molde de oficinas com o referencial de grupo operativo, descrito por Pichon-Rivière (1983). Em linhas gerais, o grupo operativo se baseia em agenciar relações por meio de tarefas, colocando os participantes em comunicação, trocas, produção de experiências e aprendizagens, rompendo, assim, estereotipias que engessam a emergência do novo e que impedem de enxergar contextos e sentidos mais amplos da existência e/ou de uma dada realidade. Para o autor, a aprendizagem é um processo contínuo em que comunicação e interação são indissociáveis, na medida em que aprendemos a partir da relação com os outros.

Seguindo a linha do grupo operativo, procuramos respeitar as particularidades de cada idoso(a), levando-as em conta na elaboração das oficinas para potencializar as diversas formas de trocas e interação que podem ocorrer entre os(as) mais velhos(as) e os(as) estagiários(as). Assim, além de desenvolver atividades em espaços diferentes, procuramos utilizar diversas ferramentas e materiais, como sons, músicas, materiais de escritório e artísticos, fotografias, câmeras, filmadoras, projetor, filmes e outros.

Todo esse leque de opções de trabalho e de intervenção com essa população institucionalizada é construído com o objetivo de compreender os processos de subjetivação nas velhices, assim como

as possibilidades de interação social, formação de vínculo e contato dos(as) idosos(as) com sua própria subjetividade.

É importante ressaltar que a formação de vínculos é um ponto marcante nas oficinas com idosos(as) asilares, sendo exercitada constantemente nesse encontro semanal. O diálogo é sempre presente durante as oficinas, seja este individual, ocorrido durante as atividades, seja com o grupo. É através desses diálogos que se resgatam memórias, compartilham-se histórias, promovendo dessa forma trocas significativas entre os(as) idosos(as) e os estagiários(as).

Encontros da extensão com idosos, alunos e a comunidade: alguns relatos e reflexões

Ao longo do tempo de desenvolvimento desse projeto de extensão, percebemos quão potente é a intergeracionalidade, o resgate de memórias e a valorização das narrativas dos(as) idosos(as) institucionalizados(as), visto que se mostraram como possibilidades de produção e experimentação de novos sentidos que atualizam novos modos de existência e produzem saúde.

Essas narrativas ora denunciam a precarização na atenção às suas necessidades mais básicas, ora ensinam práticas culturais do campo e da roça, ora dançam nas memórias e na saudade dos velhos tempos, mas também, e sobretudo, anunciam desejos, vida, vontade, força, coragem. A aprendizagem, nesses encontros, acontece em uma via de mão dupla, numa importante e preciosa relação dialógica entre idosos(as), estagiários(as) e a docente coordenadora do projeto, em que as trocas simbólicas são muito potentes e contribuem para a formação de vínculos, para a construção de novos sentidos para as memórias e experiências de vida e para a construção de conhecimentos, saberes e práticas de atuação.

Nosso trabalho, que se articula nesse processo de aprendizagem e potencialização, se dá através de uma constante disposição à sensibilidade ao fluxo de vida de cada um(a), buscando dar visibilidade a esses discursos desejantes que continuam pedindo passagem.

Esse processo de "institucionalização da vida" pelo qual estão passando muitas vezes os(as) faz silenciar e os(as) entristecem. Cada dia de "aprisionamento" – como eles e elas mesmos(as) dizem – limitam suas possibilidades de trocas simbólicas no âmbito social e enrijecem hábitos a ponto de os fazerem quase esquecer de suas capacidades de criação.

Em um dos encontros, por exemplo, em que a temática era sobre o Dia das Mães, pois a data estava próxima, propusemos que os(as) idosos(as) resgatassem suas memórias enquanto filhos(as) e tentassem nos contar sobre os sentimentos dessa relação materna, para registrar em uma folha de papel através da escrita ou de algum desenho. Sebastião, que tem pouco mais de 70 anos, entre uma lágrima e outra, anunciou, com muita vergonha, quase como se estivesse confessando um pecado, que nunca havia desenhado na vida, "nunquinha, nem um diazinho". Suas experiências até então não tinham permitido essa relação espontânea entre o papel e a caneta, o que pode parecer um tanto quanto intrigante para nós que nos desenvolvemos num contexto de muito contato com a escrita. Com auxílio de uma estagiária, Sebastião foi rememorando histórias da infância entrelaçadas com a figura materna e delineou, no papel, alguns traços que ilustravam esse encontro com suas memórias. No final da oficina, Sebastião não tirava os olhos do papel que experimentou pela primeira vez seu contorno criativo e livre, que contava a história de quando sua mãe passeava com ele pelo bosque da pequena cidade de Cândido Mota. Naquele dia, ele voltou para o asilo com os olhos brilhando e o bolso cheio de papéis para continuar praticando... praticando outras formas de significar sua vida, suas memórias, seus afetos, sua autonomia.

Aliás, é importante apontar que muitos desses idosos e idosas não são alfabetizados ou têm escolaridade até o quarto ano do ensino fundamental. Boa parte de suas infâncias foi vivida no campo ou em pequenas cidades e, nesse contexto, o trabalho braçal substituía o lápis. Ao conhecermos as histórias de vida dessas pessoas com quem trabalhamos, procuramos desenvolver atividades que privilegiem a expressão de afetos e histórias através de desenhos, manuseio de

massa de modelar, pintura em tela e outros trabalhos artesanais, além da própria escrita, que às vezes é feita com auxílio de algum(a) aluno(a). Todo esse material produzido nas oficinas fica sob a guarda da coordenação do projeto ou, em alguns casos, os(as) idosos(as) levam para o asilo, para deixarem exposto em seus quartos ou em algum espaço comum da própria instituição. Em algumas ocasiões, realizamos uma exposição desses trabalhos em eventos no nosso câmpus, como o Dia do Idoso.

Em outras oficinas temáticas, foi privilegiado o contato dos(as) idosos(as) com seu próprio corpo e com o outro em atividades de senso-percepção envolvendo o olfato, audição, tato, visão e paladar. Nesses encontros, foi possível resgatar memórias e histórias de vida na intersecção com os sentidos do corpo, como os odores da infância, os sabores dos alimentos preparados por familiares ou por eles próprios, a sensação do toque no corpo e dos movimentos e outras atividades que contribuíram para uma experiência bastante significativa.

Datas comemorativas do calendário, como Carnaval, Dia das Mães, Dia do Trabalho e outras, também são temas para atividades com os idosos(as), utilizando, para isso, atividades manuais, assim como de resgate de memórias e interação social nas oficinas. Destaca-se, nesse aspecto, que o resgate de memórias tem papel fundamental em nossas atividades. Entendemos, conforme Bosi (1987), que as narrativas da memória são parte da função social do(a) idoso(a) e estas dependem de um atento ouvinte para que possam ser evocadas. O que vemos acontecer, especialmente no caso de idosos(as) institucionalizados(as), é que não há um interesse (seja da família ou da própria sociedade) em escutar, dar espaço e fomentar as narrativas das memórias dos mais velhos.

O ato de recordar é importante material na produção de subjetividade, uma vez que a memória se constrói enquanto apropriação da própria história, em movimentos de ressignificação de experiências de vida e transmissão de heranças simbólicas (Correa, 2009). Nesse sentido, Bosi (1987, p.17) afirma que, "na maior parte das vezes, lembrar não é reviver, mas refazer, reconstruir, repensar, com

imagens e ideias de hoje, as experiências do passado. A memória não é sonho, é trabalho''. Por isso, procuramos criar situações em que as memórias dos(as) idosos(as) possam emergir e serem compartilhadas, o que propicia uma significativa troca intergeracional entre os(as) mais velhos(as) e os(as) estudantes.

Além das histórias do passado, procuramos abordar temáticas do presente e colocar os(as) idosos(as) em contato com as novas tecnologias, o que propicia encontros muito interessantes. Para isso, utilizamos dispositivos como projeção de vídeos e fotos, câmeras e filmadoras digitais, *smartphones* e outros. Em uma de nossas oficinas, fomos com os(as) idosos(as) ao Laboratório de Informática de nossa universidade, no qual fomos contemplados com a multiplicidade de afetamentos diante da possibilidade de eles(as) poderem aproveitar o tempo com essa ''máquina diferente'' da maneira que quisessem. Muitos(as) deles(as) nem tinham visto de perto um computador e um *mouse*. Para nós, que convivemos corriqueiramente com tecnologias como essas, foi muito interessante poder explorar o uso da internet e constatar o espanto e a admiração deles(as) diante do computador. Nesse encontro, alguns sorriam surpresos com a seta do *mouse* se mexendo, com as letras que apareciam na tela e com a possibilidade de poder pesquisar e ver as imagens que eles desejavam: uma das senhoras quis ver vídeos com flores, um senhor se maravilhou em poder rever sua cidade natal através do Google Street View, outro preferiu ver imagens de ambulância, pois trabalhou como motorista de uma até se aposentar, e outros idosos viam vídeos de músicas e artistas do passado.

Procuramos realizar, também, saídas em grupo nos diferentes espaços urbanos. Assim, nossos encontros são sempre abertos e propícios aos acasos e acontecimentos, como quando buscamos expandir o território existencial habitando outros territórios da cidade, por exemplo, as praças, o parque municipal e o pesqueiro. Ao proporcionamos aos mais velhos e mais velhas e a nós, estudantes, novas experiências e sentimentos, estamos vislumbrando em ato a atualização e produção de vivências, as quais são sempre ímpares e surpreendentes.

Certa vez, quando fomos a um parque da cidade para fazer um piquenique, uma pessoa que estava passando juntou-se a nós e passou a tarde tocando gaita e nos proporcionou belas canções que foram saboreadas com danças e cantos. Também levamos os(as) idosos(as) a exposições de artes plásticas em um museu da cidade, com comparecimento da imprensa local para divulgar a visita dos(as) participantes do nosso projeto. Outros momentos significativos também merecem ser mencionados, como a ida ao *shopping center* de Assis, local que muitos não conheciam. Alguns deles nunca haviam subido em uma escada rolante e outros mostravam espanto com o elevador, com o fato de que as portas se fechavam e se abriam em locais diferentes. Foi muito interessante o acolhimento dos transeuntes do *shopping* aos(às) idosos(as), que se sentiram bastante à vontade para circular por diferentes espaços daquele lugar. Também, sempre que possível, procuramos levar o grupo a eventos culturais-artísticos promovidos no nosso câmpus, como forma de integração com a comunidade acadêmica. Outra experiência muito significativa foi a ida dos(as) idosos(as) de nosso grupo à Conferência Municipal do Idoso, realizada em outubro de 2015, em que eles(as) puderam participar de grupos de discussão e expor suas reivindicações e problemáticas.

Por fim, relatamos mais uma experiência bastante prazerosa e, aliás, registrada pela afiliada da Rede Globo, a TV TEM, em que realizamos um encontro para celebrar o Carnaval, com marchinhas e a produção de máscaras.[9] A música também é sempre um excelente dispositivo para desamarrar lembranças, afetos, propiciar a aproximação dos corpos, dos olhares, com a sua grande capacidade de criar universos de sensações, de navegar sobre as ondas do próprio corpo: navegar é preciso.

Ao final de 2015, realizamos uma oficina com uma sessão de fotos dos(as) participantes do grupo e dos(as) estagiários(as), como forma

9. O vídeo pode ser acessado em: http://globotv.globo.com/tv-tem-interior-sp/tem-noticias-2a-edicao-baurumarilia/v/projeto-usa-lembrancas-do-carnaval-para-projeto-com-idosos-em-assis/3967746/.

de registro de nossos encontros e para trabalhar, também, a beleza da maturidade e das marcas do tempo nos corpos. Os idosos e as idosas ficaram bastante à vontade diante da câmera e o resultado foi a confecção de um belo álbum (feito por eles e elas), no qual cada um(a) ficou com as fotos tiradas nessa oficina e em outros encontros.

Considerações finais: aprendendo nos encontros com a extensão

Nossas oficinas se configuram como uma oportunidade propícia para ressignificar imagens e sentidos das velhices institucionalizadas, almejando a prática da liberdade dos distintos modos de existência dos mais velhos e mais velhas. Ao afirmar a vida em todos os tempos, empenhamo-nos em não trabalhar com o envelhecimento de modo a limitá-lo em parâmetros etários e categorias, mas em sua complexidade e multiplicidade, sempre aspirando encontrar, explorar, compartilhar, ser e estar nas variações dos ritmos e intensidades de afetos, ou seja, no fluxo livre da vida.

Diante disso, a proposta do nosso projeto é consistente por se amparar na experimentação conjugada, a qual tem se mostrado rica para nossa formação profissional e humana. A cada conversa, cada saída da instituição, cada descoberta e cada criação, novos sentidos e sensações passam por nossos corpos e nos transformam, expandindo nosso universo de referência e produzindo desejos. Importante destacar que o retorno dos dirigentes e responsáveis técnicos pelo asilo é bastante positivo e sempre aludem à melhora na qualidade de vida dos(as) idosos(as) com quem atuamos.

Na articulação e produção de práticas e teorias, estamos alargando limites institucionais tanto com o asilo e sua equipe como na Universidade, um espaço de todos(as) cidadãos e cidadãs, mas que no cotidiano é pouco habitada por outras populações. Estamos contribuindo para que os(as) idosos(as) sintam-se pertencentes a um espaço que é deles(as) e também para seu usufruto.

Outro ponto a ser destacado é o caráter inovador das ações desenvolvidas por nós, pois, em extensão, constatamos alguns trabalhos em Psicologia realizados no âmbito interno dos asilos, como atendimento, plantão psicológico e grupos terapêuticos (Graeff, 2003; Maia; Castro; Jordão, 2010; Picolo; Fernandes, 2008; Ramos, 2012; Rebello, 2013). Já o projeto de extensão que desenvolvemos se refere a ações exteriores ao mundo asilar, construindo outras relações entre os(as) idosos(as) e a sociedade e também a Universidade.

Além da significativa importância na formação profissional e humana do(a) aluno(a) participante do projeto, destacamos o impacto de nosso projeto junto à graduação de Psicologia da faculdade. Na reestruturação curricular das ênfases ocorrida em 2014, foi incluída a disciplina "Envelhecimento, Finitude e Subjetividade", a primeira e única de nosso curso a abordar a temática da velhice na Psicologia, o que traz uma importante contribuição para a área do ensino de graduação em nosso câmpus.

Por fim, colocar em tela a multiplicidade de questões acerca dos "envelheceres", o contexto biopsicossocial e os saberes acadêmicos na articulação entre prática e teoria, é contribuir para a Psicologia e seus olhares a fim de aproximá-la da vida, das experiências dos envelheceres e da produção de estratégias de intervenção nas ILPIs e com a população asilar, numa busca de um rompimento de valores tradicionais e com as rotinas institucionais desvitalizadoras e produtoras de estereotipias de conduta.

Referências bibliográficas

BAREMBLITT, G. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes*: teoria e prática. Rio de Janeiro: Record, 1998.

BIRMAN, J. A terceira idade em questão. *Revista A Terceira Idade*, São Paulo, v.24, n.58, p.50-68, 2013.

BOSI, E. *Memória e sociedade*: lembranças de velhos. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

COELHO, M. R. M. "Eu te asilo, tu te exilas": rompimento de laços no asilamento. In: BROMBERG, C. M. E. *Ensaios sobre formação e rompimento de vínculos afetivos*. Taubaté: Cabral, 1998. p.97-115.

CHRISTOPHE, M. *Instituições de longa permanência para idosos no Brasil*: uma opção de cuidados de longa duração? Rio de Janeiro, 2009. Dissertação (Mestrado em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais) – Escola Nacional de Ciências Estatísticas.

CORREA, M. R. *Cartografias do envelhecimento na contemporaneidade*: velhice e terceira idade. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

_____; FRANÇA, S. A. M.; HASHIMOTO, F. Políticas públicas: a construção de imagens e sentidos para o envelhecimento. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v.15, n.2, p.219-38, 2010.

_____ et al. Envelhecimento e subjetividade: experiências de atuação em psicologia com grupos de idosos. *Revista Ciência em Extensão*, São Paulo, v.11, n.2, p.129-39, 2015.

DEBERT, G. G. *A reinvenção da velhice*: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Edusp, 2004.

FOUCAULT, M. *Seguridad, território, población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2006.

_____. *O nascimento da biopolítica*: curso dado no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GRAEFF, L. Instituições totais e a questão asilar: uma abordagem compreensiva. *Estud. Interdiscip. Envelhec.*, Porto Alegre, v.11, p.9-27, 2007.

_____. *O "Mundo da Velhice" e a cultura asilar*: estudo antropológico sobre memória social e cotidiano de velhos no Asilo Padre Cacique, em Porto Alegre. Porto Alegre, 2005. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

_____. Os tempos no asilo: uma reflexão sobre uma experiência de estágio em Psicologia Social. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v.5, p.137-49, 2003.

GROISMAN, D. Asilo de velhos: passado e presente. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v.2, p.67-87, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico 2010*. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br.

MAIA, G. F.; CASTRO, G. D.; JORDÃO, A. B. Ampliando a clínica com idosos institucionalizados. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, Fortaleza, v.10, n.1, p.193-210, 2010.

MINAYO, M. C. Envelhecimento demográfico e lugar do idoso no ciclo da vida brasileira. In: TRENCH, B.; ROSA, T. E. C. (Orgs.). *Nós e o outro*: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa. São Paulo: Instituto de Saúde, 2011. p.7-17.

NERI, A. L. (Org.). *Palavras-chave em Gerontologia*. Campinas: Alínea, 2008.

PICHON-RIVIÈRE, E. *O processo grupal*. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

PICOLO, C. C. R. D.; FERNANDES, B. S. Re-significando o grupo e a velhice. *Revista da SPAGESP – Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, São Paulo, v.9, n.2, p.68-77, jul.-dez. 2008.

RAMOS, M. T. *Plantão psicológico em asilos*: uma abordagem fenomenológico-existencial. Campinas, 2012. 115f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica.

REBELLO, L. Acompanhamento terapêutico com idosos: além do mínimo necessário. In: BARBIERI, N. A.; BAPTISTA, C. G. (Orgs.). *Travessias do tempo*: acompanhamento terapêutico e envelhecimento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013. p.95-100.

TÓTORA, S. Apontamentos para uma ética do envelhecimento. *Revista Kairós*, São Paulo, v.11, n.1, p.21-38, jun. 2008.

VERAS, R. *País jovem com cabelos brancos*: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

12
Extensão universitária em Ortopedia Veterinária

Camila Poterio Borsaro[1]
Bruno Watanabe Minto[2]
Fernando Yoiti Kitamura Kawamoto[3]
Luis Gustavo Gosuen Gonçalves Dias[4]
Aline Schafrum Macedo[5]
Livia de Paula Coelho[6]
Guilherme Galhardo Franco[7]

1. Graduanda em Medicina Veterinária na Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, Jaboticabal. *e-mail*: camilaborsaro@hotmail.com.
2. Professor adjunto em Clínica Cirúrgica de Pequenos Animais da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, Jaboticabal. *e-mail*: brunowminto@gmail.com.
3. Doutor em Cirurgia Veterinária pela Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, Jaboticabal. *e-mail*: fe.kawamoto@gmail.com.
4. Professor adjunto em Clínica Cirúrgica de Pequenos Animais da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, Jaboticabal. *e-mail*: gustavogosuen@gmail.com.
5. Doutoranda do Programa de Clínica Cirúrgica de Pequenos Animais da Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia, São Paulo. *e-mail*: limacedo@gmail.com.
6. Mestranda em Cirurgia Veterinária da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, Jaboticabal. *e-mail*: coelholivia@hotmail.com.
7. Mestrando na área de Ortopedia do Programa de Cirurgia Veterinária da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, Jaboticabal. *e-mail*: guilherme.franco.vet@gmail.com.

Luis Guilherme de Faria[8]
Paula Regina Silva Gomide[9]
Aricia Gomes Sprada[10]
João Augusto Leonel de Souza[11]
Fabricia Geovania Fernandes Filgueira[12]
Denise Granato Chung[13]

Introdução

O projeto de extensão universitária em Ortopedia Veterinária possui importante papel na difusão de conhecimento, tanto regionalmente quanto para outros centros no país.[14] Contempla, ainda, o desenvolvimento de um processo de caracterização múltipla, visto que associa ou vincula a extensão ao ensino e à pesquisa. Esse vínculo se dá por meio da pesquisa das principais afecções ortopédicas a fim

---

8. Doutorando em Cirurgia Veterinária pela Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, Jaboticabal. *e-mail*: lgfaria.medvet@ymail.com.
9. Doutoranda em Cirurgia Veterinária pela Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, Jaboticabal. *e-mail*: pagomide@terra.com.br.
10. Doutoranda em Cirurgia Veterinária pela Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, Jaboticabal. *e-mail*: aricia.sprada@hotmail.com.
11. Mestre em Cirurgia Veterinária pelo Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Veterinária com ênfase em Ortopedia e Neurocirurgia pela Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, Jaboticabal. *e-mail*: desouza.ja@gmail.com.
12. Doutoranda em Cirurgia Veterinária pela Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, Jaboticabal.
13. Doutoranda em Cirurgia Veterinária pela Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, Jaboticabal. *e-mail*: dgchungbr@yahoo.com.
14. Agradecimentos: ao Hospital Veterinário "Governador Laudo Natel", da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, Jaboticabal, pela contribuição ao projeto; à Pró-Reitoria de Extensão Universitária (Proex) da Unesp, pelo financiamento da bolsa.

de elucidar a população a respeito de sua ocorrência, associando-as aos conhecimentos de graduação e pós-graduação, com o objetivo final de minimizar e prevenir sua incidência. Essas informações permitem que a população seja capaz de auxiliar adequadamente os animais até que sejam encaminhados ao veterinário precocemente. Entre outras ferramentas para a construção dessa base fundamental objetiva-se, por meio da prática de atendimento e pesquisa, realizar a detecção das afecções mais prevalentes, bem como a melhor forma de tratamento para elas, minimizando seus efeitos na população e almejando a confluência da Universidade, com seu conhecimento científico, e a sociedade.

As afecções ortopédicas são constituídas principalmente por fraturas, lesões articulares, doenças infecciosas e neoplasias (Denny; Butterworth, 2000; Piermattei; Flo; Decamp, 2006; Souza et al., 2011). Estas correspondem a aproximadamente um terço da casuística na rotina clínica de pequenos animais. Nesse contexto, a compreensão da fisiologia das lesões ósseas, métodos de diagnóstico e tratamentos utilizados são de importância fundamental para melhora no prognóstico e a recuperação funcional dos membros (Kemper; Diamante, 2010).

As fraturas resultam de trauma contuso sobretudo em consequência de acidentes automobilísticos (atropelamentos) (Souza et al., 2011; Johnson, 2013; Vidane et al., 2014), entretanto podem ocorrer por quedas, brigas e projéteis balísticos (Souza et al., 2011; Johnson, 2013). Em estudo retrospectivo de 370 casos realizado em Moçambique, o principal osso acometido por fraturas foi o fêmur, seguido pela tíbia e fíbula (Vidane et al., 2014). Ressalta-se que a importância das fraturas não se resume apenas aos membros; quando a coluna é acometida, geralmente determina um prognóstico desfavorável e até mesmo a eutanásia (Mendes; Arias, 2012). As artropatias podem apresentar causas inflamatórias, com presença ou ausência de um processo infeccioso, ou não inflamatórias. Além disso, a existência de processos degenerativos, traumas e anomalias no desenvolvimento podem predispor a luxações ou subluxações articulares (Souza et al., 2011; Johnson, 2013). As neoplasias ósseas representam cerca de 5%

dos tumores que acometem cães e gatos, ocorrendo principalmente em cães de porte grande, de meia-idade a idosos, sendo que os machos são mais predispostos (Johnson, 2013).

Dentre os casos cirúrgicos atendidos de maio de 2014 a junho de 2015 no Hospital Veterinário "Governador Laudo Natel", as afecções ortopédicas correspondem a aproximadamente 40% do total. Sendo as fraturas e rupturas do ligamento cruzado cranial do joelho, responsáveis por 50,53% dos casos ortopédicos em caninos. E, nos felinos, as fraturas foram responsáveis por 92,86% dos atendimentos.

Objetivos

O objetivo deste trabalho é detectar as afecções ortopédicas mais prevalentes do Hospital Veterinário "Governador Laudo Natel" da Unesp, câmpus de Jaboticabal, com o intuito de conscientizar e disseminar o conhecimento para estudantes, profissionais e a população, possibilitando a criação e adoção de estratégias para a prevenção desses casos. Para isso, descreve-se por meio de estudo retrospectivo as doenças ortopédicas ocorridas em cães e gatos.

Assim, por se tratar de um projeto de extensão universitária, almejou-se também a difusão do conhecimento na área de Ortopedia Veterinária, colaborando ainda com o aprimoramento e capacitação teórico-práticos de alunos de graduação e pós-graduação, estagiários e residentes, assim como de profissionais atuantes na iniciativa privada.

Materiais e métodos

Nesse projeto de extensão buscou-se a integração de diversos profissionais, estudantes e população através da realização de diversas atividades, a fim de expandir o conhecimento na área de Ortopedia Veterinária.

Preconizou-se a assistência a pacientes apresentando afecções ortopédicas atendidos no Hospital Veterinário "Governador Laudo

Natel" e auxílio teórico-prático e científico a outras instituições privadas da região. Foi realizado o acompanhamento de animais com afecções ortopédicas a fim de instituir o melhor tratamento para cada caso, almejando a recuperação adequada dos pacientes. Esses casos serviram para o aprendizado e crescimento de profissionais veterinários, assim como fonte de informação para a população. Os dados foram devidamente compilados, compondo posteriormente as porcentagens no estudo retrospectivo.

Ademais, foi confeccionado material didático para divulgação na comunidade acadêmica e não acadêmica da região, com o objetivo de familiarizá-las com as principais doenças do sistema osteomuscular, incluindo aquelas de importância zoonótica. Além de materiais para aulas de graduação e pós-graduação, produziu-se um *folder* (Figura 1) e pôster (Figura 2) com informações a respeito de como proceder perante um animal politraumatizado. Esses materiais tiveram como objetivo agregar conhecimento aos proprietários para promover um melhor atendimento aos animais e melhorar seus prognósticos.

Figura 1 – Modelo do *folder* confeccionado contendo informações a respeito dos primeiros socorros a um animal atropelado, utilizado como material informativo para distribuição

Fonte: Elaboração própria.

Figura 2 – Modelo do pôster confeccionado, contendo informações a respeito dos primeiros socorros a um animal atropelado, utilizado como material informativo de ampla divulgação

Fonte: Elaboração própria.

Para a realização do presente estudo, efetuou-se o levantamento dos casos clínico-cirúrgicos ortopédicos do Hospital Veterinário "Governador Laudo Natel", abrangendo o período de maio de 2014 a junho de 2015; totalizando 585 ocorrências. Foram pesquisados dados referentes ao diagnóstico e identificação do animal (espécie, raça, sexo e idade).

Resultados e discussão

De acordo com as atividades propostas, realizaram-se o atendimento clínico-cirúrgico dos pacientes portadores de afecções do sistema osteomuscular; reuniões clínicas para a discussão de casos; treinamento teórico-prático de alunos de graduação, residentes na área médico-veterinária, estagiários e pós-graduandos; assessoria a profissionais médicos veterinários da região de Jaboticabal e outras cidades; e coleta de dados para a produção de trabalhos acadêmicos e publicação dos resultados em congressos e revistas especializadas. Dessa forma, aumentou-se a precisão dos diagnósticos e constatou-se a elevação do índice de sucesso nos tratamentos instituídos para as afecções dessa natureza. Além disso, adotaram-se ações e programas de conscientização e prevenção dirigidos a proprietários e à população.

Durante o período total deste estudo foram acompanhados 585 animais, sendo 557 cães (95,21%) e 28 gatos (4,79%). Os dados relativos a esses atendimentos, referentes ao sexo, faixa etária, raça e afecção estão expostos nas tabelas 1 a 6. Como cada animal pode apresentar mais de uma enfermidade, o número final de casos clínicos acompanhados foi superior ao de animais.

Tabela 1 – Número absoluto (N) e frequência (F) de caninos e felinos acompanhados, de acordo com o sexo, no Hospital Veterinário "Governador Laudo Natel" de maio de 2014 a junho de 2015

Espécie	*Canina*		*Felina*	
Sexo	*N*	*F (%)*	*N*	*F (%)*
Fêmea	293	52,6	13	46,4
Macho	264	47,4	15	53,6
TOTAL	557	100	28	100

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 2 – Número absoluto (N) e frequência (F) de caninos e felinos acompanhados, de acordo com a faixa etária, no Hospital Veterinário "Governador Laudo Natel" de maio de 2014 a junho de 2015

Espécie	*Canina*		*Felina*	
Faixa etária	*N*	*F (%)*	*N*	*F (%)*
0-4 anos	253	45,4	26	92,8
4-8 anos	146	26,2	–	–
8-12 anos	119	21,4	2	7,2
> 12 anos	39	7,0	–	–
TOTAL	557	100	28	100

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 3 – Número absoluto (N) e frequência (F) de felinos acompanhados, de acordo com o padrão racial, no Hospital Veterinário "Governador Laudo Natel" de maio de 2014 a junho de 2015

Raças	*N*	*F (%)*
Sem Raça Definida (SRD)	22	78,57
Siamês	4	14,29
Persa	2	7,14
TOTAL	28	100

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 4 – Número absoluto (N) e frequência (F) de caninos acompanhados, de acordo com o padrão racial, no Hospital Veterinário "Governador Laudo Natel" de maio de 2014 a junho de 2015

Raças	*N*	*F (%)*
Sem Raça Definida (SRD)	229	41,11
Poodle	57	10,23
Pinscher	30	5,39
Rottweiler	29	5,21
American Pit Bull Terrier	24	4,31
Border Collie	21	3,77

Raças	*N*	*F (%)*
Basset Hound	20	3,59
Shih Tzu	19	3,41
Lhasa Apso	13	2,33
Fox Paulistinha	10	1,80
Pastor Alemão	10	1,80
Maltês	9	1,62
Boxer	8	1,44
Dachshund	8	1,44
Fila Brasileiro	8	1,44
Labrador Retriever	8	1,44
Spitz Alemão	6	1,08
Yorkshire Terrier	6	1,08
Australian Cattle Dog	4	0,72
Bulldog Inglês	4	0,72
Chow Chow	4	0,72
Dobermann	4	0,72
Akita Inu	3	0,54
Foxhound Americano	3	0,54
Bull Terrier	3	0,54
Cocker Spaniel	3	0,54
Dálmata	3	0,54
Golden Retriever	3	0,54
Mastim Napolitano	2	0,36
Beagle	1	0,18
Cane Corso	1	0,18
Pastor Belga	1	0,18
Pug	1	0,18
Weimaraner	1	0,18
Whippet	1	0,18
TOTAL	557	100

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 5 – Número absoluto (N) e frequência (F) de diagnósticos presuntivos/definitivos em caninos, relativos ao sistema osteomuscular, no Hospital Veterinário "Governador Laudo Natel" de maio de 2014 a junho de 2015

Diagnóstico	*Caninos*	
Presuntivo/Definitivo	*N*	*F (%)*
Fratura	190	33,69
Ruptura do ligamento cruzado cranial	95	16,84
Doença do disco intervertebral	75	13,30
Osteomielite	36	6,38
Luxação coxofemoral	32	5,67
Remoção de implante	31	5,50
Luxação de patela	26	4,61
Neoplasia em membro	21	3,72
Necrose asséptica da cabeça do fêmur	20	3,55
Luxação tibiotársica	8	1,42
Avaliação pré-operatória	6	1,06
Luxação/subluxação vertebral	6	1,06
Luxação escápulo-umeral	5	0,89
Neoplasia em dígito	3	0,53
Displasia coxofemoral	3	0,53
Disjunção sacro ilíaca	3	0,53
Luxação de cotovelo	3	0,53
Displasia de cotovelo	1	0,18
TOTAL	564	100

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 6 – Número absoluto (N) e frequência (F) de diagnósticos presuntivos/definitivos em felinos, relativos ao sistema osteomuscular, no Hospital Veterinário "Governador Laudo Natel" de maio de 2014 a junho de 2015

Diagnóstico	*Felinos*	
Presuntivo/Definitivo	*N*	*F (%)*
Fraturas	26	92,86
Osteomielite	1	3,57
Doença do disco intervertebral	1	3,57
TOTAL	28	100

Fonte: Elaboração própria.

As afecções mais prevalentes incluíam as fraturas, a ruptura do ligamento cruzado cranial e a doença do disco intervertebral (DDIV), representando, respectivamente, 33,69%, 16,84% e 13,30% dos casos.

As fraturas corresponderam à maior parte dos casos atendidos tanto em cães (33,69%) quanto em gatos (92,86%), sendo ocasionadas sobretudo por traumas diretos de atropelamentos ou quedas (Denny; Butterworth, 2000; Johnson, 2013). De acordo com Piermattei, Flo e DeCamp (2006), os traumas ocasionados por acidentes automobilísticos correspondem a 80% dos pacientes fraturados, sendo que, destes, 60% apresentam politraumatismo. Semelhante ao observado neste estudo, a literatura cita que os felinos entre 7 meses e 2 anos apresentam um risco maior de atropelamento, e essa taxa diminui 16% a cada ano acrescido (Voss, 2009). Vale ressaltar que grande parte dos animais atropelados sofre trauma cranioencefálico e morre rapidamente, o que não permite que seja conduzido para o serviço de emergência, portanto o número de atendimentos clínicos poderia ser ainda maior (Kolata; Johnston, 1975). Por essa razão, a realização de campanhas de conscientização da população em relação à posse responsável de seus animais é de extrema importância para a redução de tais casos. Além disso, o aumento crescente da população canina na zona urbana pode influenciar os dados obtidos (Piermattei; Flo; DeCamp, 2006).

A ruptura do ligamento cruzado cranial é uma das causas mais frequentes de claudicação em membros pélvicos e osteoartrite no joelho de cães (Wilke et al., 2005; Molsa et al., 2014). Apresenta um grande impacto econômico mundial; um estudo realizado nos Estados Unidos em 2003 por Wilke et al. (2005) estimou um gasto de 1,32 bilhão de dólares pelos proprietários no tratamento da doença. É descrita com maior prevalência nas raças Rottweiler, Terra Nova, Akita e São Bernardo, e em menor frequência nas raças Dachshund, Basset Hound e Sheepdog. Corroborando a literatura consultada, neste levantamento também foi relatada maior ocorrência em fêmeas do que em machos (72,63% e 27,37%, respectivamente) (Kowaleski; Boudrieau; Pozzi, 2012; Johnson, 2013).

De maneira similar, um estudo retrospectivo realizado por Souza et al. (2011) com 889 cães observou uma elevada casuística referente a fraturas e ruptura do ligamento cruzado cranial, representando 31,9% e 11,7% dos casos, respectivamente.

A DDIV é uma das causas mais comuns de alterações neurológicas em cães, sendo caracterizada pela protrusão do disco intervertebral ou extrusão do núcleo pulposo do disco em direção ao canal vertebral, resultando em graus variados de compressão medular (Brisson, 2010; Bergknut et al., 2013). É descrita com maior frequência em caninos, sendo mais rara em felinos. Os animais condrodistróficos e outras raças pequenas, como Poodle Toy, Pequinês, Cocker Spaniel e Beagle, são as mais acometidas (Brisson, 2010; Olby; Jeffery, 2012). De acordo com Brisson (2010), os Dachshunds apresentam 12,6 mais chances de desenvolver DDIV do que as demais raças. Pode ocorrer em menor grau em raças grandes, como Labrador Retriever, Rottweiler, Dálmata e Dobermann Pinscher (De Lahunta; Glass, 2008; Brisson, 2010; Olby; Jeffery, 2012). Não é relatada predileção sexual (Brisson, 2010). Concordando com os dados da literatura, observou-se neste estudo retrospectivo que as raças mais acometidas foram a Dachshund e a Basset Hound. A faixa etária de caninos com a doença do disco intervertebral é de 4 a 8 anos, sendo mais rara em animais com idade inferior a 2 anos (De Lahunta; Glass, 2008; Brisson, 2010). A maior incidência dessa afecção no

Hospital Veterinário da Unesp de Jaboticabal foi em caninos com faixa etária entre 8 a 12 anos, mas com prevalência em animais de 8 anos.

Gama et al. (2015) analisaram 1.250 fichas de pacientes com dificuldade de deambulação, constatando que 34,26% dos cães e 7,14% dos gatos apresentaram sinais clínicos decorrentes da DDIV.

Os traumatismos constituem uma importante causa de encaminhamento de pequenos animais aos centros de atendimento veterinário em todo o mundo (Fighera et al., 2008). Estudo realizado por Bentubo et al. (2007) que pesquisou as causas de morte de cães na área metropolitana de São Paulo constatou que os traumatismos foram responsáveis por aproximadamente 13% dos óbitos, sendo que, entre as causas de trauma, o atropelamento por veículos automotivos foi a mais prevalente.

Torna-se cada vez mais evidente a necessidade de a população ser educada e conscientizada a respeito da posse responsável de cães e gatos, uma vez que grande parte dos pacientes atendidos é constituída por animais abandonados. Diante desses fatos e visto como a falta de informação por parte dos cidadãos pode influenciar diretamente no prognóstico do animal politraumatizado, decidiu-se pela abordagem dessa temática no material informativo produzido e amplamente divulgado.

Conclusões

A realização do projeto de extensão permitiu a integração entre diversos profissionais, estudantes e população, resultando na propagação de informações e conhecimento a respeito da ortopedia veterinária. Além disso, contribuiu para o desenvolvimento e capacitação teórico-práticos de alunos de graduação e pós-graduação, estagiários e residentes, assim como de profissionais atuantes na iniciativa privada, no estado de São Paulo, especialmente na região de Jaboticabal.

Com base nos dados obtidos, foi possível concluir que, na população estudada, a doença ortopédica mais prevalente foram as fraturas, resultantes principalmente de acidentes automobilísticos (atropelamento). Sendo assim, esse projeto ainda colaborou para o esclarecimento da população sobre a problemática dos animais soltos na rua, buscando proporcionar programas de conscientização para sua solução.

Vale ressaltar que, a partir da detecção das afecções mais prevalentes, registrou-se a experiência por meio da confecção de material didático necessário para o aprimoramento de aulas de graduação e pós-graduação na área, e realizaram-se programas de prevenção das doenças dirigidos ao público do hospital veterinário. Com isso, tanto a comunidade acadêmica como a não acadêmica da região foram informadas sobre as principais doenças do sistema osteomuscular.

Referências bibliográficas

BENTUBO, H. D. L. et al. Expectativa de vida e causas de morte em cães na área metropolitana de São Paulo (Brasil). *Ciência Rural*, v.37, n.4, ago. 2007.

BERGKNUT, N. et al. Intervertebral Disc Disease in Dogs. Part 1: A New Histological Grading Scheme for Classification of Intervertebral Disc Degeneration in Dogs. *The Veterinary Journal*, v.195, n.2, fev. 2013.

BRISSON, B. A. Intervertebral Disc Disease in Dogs. *Vet. Clin. Small Anim.*, v.40, n.5, set. 2010.

DE LAHUNTA, A.; GLASS, E. Small Animal Spinal Cord Disease. In: *Veterinary Neuroanatomy and Clinical Neurology*. 3.ed. Saint Louis: Saunders, 2008. cap.10, p.243-84.

DENNY, H. R.; BUTTERWORTH, S. J. Tratamento das fraturas. In: *Cirurgia ortopédica em cães e gatos*. 4.ed. São Paulo: Roca, 2000. seç.3, p.64-125.

FIGHERA, R. A. et al. Aspectos patológicos de 155 casos fatais de cães atropelados por veículos automotivos. *Ciência Rural*, v.38, n.5, ago. 2008.

GAMA, E. J. D. et al. Estudo retrospectivo das doenças, raças e idades de cães e gatos com dificuldade de deambulação. *Veterinária e Zootecnia*, v.22, n.1, mar. 2015.

JOHNSON, A. L. Fundamentals of Orthopedic Surgery and Fracture Management. In: FOSSUM, T. W. *Small Animal Surgery*. 4.ed. Saint Louis: Elsevier, 2013. cap.32, p.1033-105.

KEMPER, B.; DIAMANTE, G. A. C. Estudo retrospectivo das fraturas do esqueleto apendicular de cães atendidos no Hospital Veterinário da Universidade Norte do Paraná (Unopar) no período de janeiro de 2007 a março de 2009. *Ciênc. Biol. Saúde*, v.12, n.2, 2010.

KOLATA, R. J.; JONHSTON, D. E. Motor Vehicle Accidents in Urban Dogs: a Study of 600 Cases. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, v.167, n.10, 1975.

KOWALESKI, M. P. et al. *Veterinary Surgery Small Animal*. 1.ed. Saint Louis: Saunders, 2012. cap.62, p.906-98.

MENDES, D. S.; ARIAS, M. V. B. Traumatismo da medula espinhal em cães e gatos: estudo prospectivo de 57 casos. *Revista de Pesquisa Veterinária Brasileira*, v.32, n.12, p.1304-12, dez. 2012.

MOLSA, S. H. et al. Long-Term Functional Outcome after Surgical Repair of Cranial Cruciate Ligament Disease in Dogs. *BMC Veterinary Research*, London, v.10, n.266, p.1-11, nov. 2014.

OLBY, N. J.; JEFFERY, N. D. Pathogenesis and Physiology of Central Nervous System Disease and Injury. In: TOBIAS, K. M.; JOHNSTON, S. A. *Veterinary Surgery Small Animal*. 1.ed. Saint Louis: Saunders, 2012. cap.29, p.374-87.

PIERMATTEI, D. L.; FLO, G. L., DECAMP, C. E. Fraturas: classificação, diagnóstico e tratamento. In: *Ortopedia e tratamento de fraturas de pequenos animais*. 4.ed. Saint Louis: Saunders, 2006. cap.2, p.29-179.

SOUZA, M. M. D. et al. Afecções ortopédicas dos membros pélvicos em cães: estudo retrospectivo. *Ciência Rural*, Santa Maria, v.41, n.5, mai. 2011.

VIDANE, A. S. et al. Incidência de fraturas em cães e gatos da cidade de Maputo (Moçambique) no período de 1998-2008. *Ciência Animal Brasileira*, v.15, n.4, p.490-4, 2014.

VOSS, K. Etiology and Severity of Polytrauma. In: MONTAVON, P. M.; VOSS, K.; LANGLEY-HOBBS, S. J. *Feline Orthopedic Surgery and Musculoskeletal Disease*. 1.ed. Saint Louis: Elsevier, 2009. cap.9, p.107-10.

WILKE, V. L. et al. Estimate of the Annual Economic Impact of Treatment of Cranial Cruciate Ligament Injury in Dogs in the United States. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, v.227, n.10, nov. 2005.

13
Projeto Hortaliças em benefício da comunidade

Arthur Bernardes Cecilio Filho[1]
João Vitor de Castro Souza[2]
Lucas Teodoro Costa Lizarelli[3]
Guilherme Rodrigues Vieira[4]
Vinicius Cazeloto Sparapani[5]
Amanda Manduca Rosa da Silva[6]
Nicole de Paula Souza[7]
Beatriz Bernardes Barcelos[8]

1. Professor doutor no Departamento de Produção Vegetal da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, Jaboticabal. *e-mail*: rutra@fcav.unesp.br.
2. Graduando do curso de Engenharia Agronômica da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, Jaboticabal. *e-mail*: joaovcastro2402@gmail.com.
3. Graduando do curso de Engenharia Agronômica da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, Jaboticabal. *e-mail*: lucas.lizarelli@hotmail.com.
4. Graduando do curso de Engenharia Agronômica da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, Jaboticabal. *e-mail*: claumorgui@hotmail.com.
5. Graduando do curso de Engenharia Agronômica da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, Jaboticabal. *e-mail*: vsparapani1@gmail.com.
6. Graduanda do curso de Engenharia Agronômica da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, Jaboticabal. *e-mail*: amanda.manduca@outlook.com.
7. Graduanda do curso de Engenharia Agronômica, da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, Jaboticabal. *e-mail*: nic_paula@hotmail.com.
8. Graduanda do curso de Engenharia Agronômica da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, Jaboticabal. *e-mail*: biazinhabarcelos@hotmail.com.

Introdução

O projeto de extensão universitária Programa Hortaliças Unesp, inicialmente com o nome "Atitude", teve outras denominações durante os seus catorze anos de existência.

Iniciado em 2003, mediante parceria consolidada em 2002 entre a Pró-Reitoria de Extensão da Unesp e a empresa Sodexo do Brasil, é um projeto reavaliado anualmente quanto à sua continuidade pelos benfeitores e financiadores do projeto.[9]

Figura 1 – Programa Hortaliças Unesp

Foto: Arthur Bernardes Cecilio Filho.

Além de um projeto assistencialista, também podemos entendê-lo como de *solidariedade*, pois tem como premissa o fornecimento

9. Agradecimentos: À Sodexo e seus servidores, em especial a Aparecida Kimie Ueta Sakotani, que desde o princípio acreditou na realização desse projeto. À Universidade Estadual Paulista (Unesp), em especial aos diretores do câmpus Jaboticabal, aos pró-reitores de Extensão e servidores que de alguma forma ajudaram a viabilizar a execução do projeto. Em especial, a todos os alunos da graduação e pós-graduação que efetivamente conduziram o projeto.

de hortaliças de boa qualidade à população carente do município de Jaboticabal/SP. Entretanto, há também outros objetivos:

- proporcionar ao estudante do curso de Engenharia Agronômica o desenvolvimento prático de teorias obtidas em sala de aula, em livros ou de outras formas. Os estudantes desenvolvem os cultivos de hortaliças em campo e em casa de vegetação, sendo responsáveis pela execução de todas as etapas do sistema de produção, colheita e entrega das hortaliças;
- integração ensino-pesquisa, uma vez que o estudante, realizando a prática e associando-a aos conhecimentos adquiridos, pode vislumbrar possibilidades de temas para pesquisa;
- socialização, realizada pelo trabalho em grupo com o objetivo de fornecer alimentos (hortaliças) às pessoas carentes, e também por vivenciar a hierarquia, uma vez que os graduandos, na execução das tarefas, além da orientação do docente, são coordenados, de maneira muito próxima, por pós-graduandos;
- contribuição à formação do ser humano, uma vez que o graduando, via prática de extensão universitária, está emprestando seu curto tempo disponível, entre aulas e tarefas escolares, para produzir hortaliças que irão possibilitar a melhoria da qualidade de vida de seus semelhantes, que, na grande maioria dos casos, têm nos produtos do projeto a única fonte desse tipo de alimento.

No período de março de 2003 a dezembro de 2017, foram assistidas oito entidades beneficentes, que receberam 252.653 kg de hortaliças, o que possibilitou a doação média anual de 16.843 kg, com a participação de 431 alunos de graduação e mais de 20 pós-graduandos. Semanalmente, cerca de 500 pessoas foram beneficiadas.

Fundamentação teórica

A boa alimentação como qualidade de vida e fator de inclusão social

Em geral, projetos assistencialistas não são muito bem vistos por nós da comunidade acadêmica ou do setor produtivo. O principal, todos dizem, é ensinar a "pescar", não dar o "peixe". Contudo, existe uma parcela da população que está com fome. O problema é real e atual. Ainda que concordemos com a ideia de ensinar a "pescar", é preciso alimentá-los hoje. Como podemos esperar que outras ações de inclusão social tenham sucesso se tais pessoas estão com fome ou carentes nutricionalmente?

A consciência da forte associação entre o que se come e a qualidade de vida do homem é crescente nos segmentos da sociedade. Essa relação direta é cada vez mais difundida pelos meios de comunicação, mas tal conhecimento já foi mencionado por Hipócrates, o pai da medicina ocidental, há centenas de anos, quando sugeriu: "Que seu remédio seja seu alimento e que seu alimento seja seu remédio".

O consumo de alimentos industrializados e ricos em gordura aumentou em detrimento da ingestão de alimentos não processados. Consequência: aumento de obesidade e "fome oculta" – deficiências nutricionais específicas, pouco evidentes clinicamente, mas prejudiciais à boa saúde (Paiva, 2010).

Dietas ricas em gordura, sal e açúcar, e pobres em carboidratos complexos, vitaminas e sais minerais, aliadas a um estilo de vida mais sedentário, são responsáveis pelo aumento de doenças ligadas a essa alimentação, tais como obesidade, diabetes, problemas cardiovasculares, hipertensão, osteoporose e câncer (Lajolo, 2002; Carvalho et al., 2006; Paiva, 2010). De acordo com Paiva (2010), cerca de 40% da população adulta brasileira, acima de 20 anos de idade, têm excesso de peso, e cerca de 30% dos indivíduos são portadores de doenças crônicas não transmissíveis. Essas doenças crônicas são

responsáveis por baixa expectativa de vida e elevados índices de mortalidade em crianças e adultos.

Para reverter o quadro, é necessária, antes de tudo, uma alimentação adequada desde o desmame. A prática de uma dieta balanceada e de hábitos alimentares saudáveis desde a infância proporcionará níveis ideais de saúde e favorecerá o perfeito desenvolvimento físico e intelectual, reduzindo os transtornos causados pelas deficiências nutricionais comuns a esse estágio de desenvolvimento, evitando a manifestação da obesidade e de outros distúrbios alimentares (Paiva, 2010).

As hortaliças como alimentos funcionais

Definir hortaliças não é fácil, pois correspondem a um enorme grupo de espécies cujo produto alimentar é, em algumas, as folhas, e em outras, a raiz, o bulbo, o tubérculo, o caule, o fruto ou a flor. Entretanto, Filgueira (2000) reuniu as seguintes características, quase sempre presentes em todas elas: consistência tenra, não lenhosa, ciclo biológico curto, exigência de tratos culturais intensivos, cultivo em pequenas áreas e utilização na alimentação humana sem exigir prévio preparo industrial. Popularmente, são conhecidas como verduras e legumes.

Segundo Pretti (2000), as hortaliças e as frutas deveriam ser a base da pirâmide alimentar da espécie humana, por várias razões:

1) Permitem ao ser humano consumir uma variedade imensa de espécies vegetais, possibilitando maior biodiversidade alimentar.
2) São alimentos naturais, podendo ser consumidos como encontrados na natureza.
3) São alimentos ricos em fibras, vitaminas e sais minerais, substâncias capazes de regular o organismo humano. O grupo das hortaliças e frutas, segundo o autor, possui uma boa densidade média de nutrientes quando comparado a

> outros grupos de alimentos, e pode nutrir sem sobrecarregar os nossos sistemas fisiológicos.

As hortaliças têm pouca gordura e calorias, relativamente pouca proteína, mas são ricas em carboidratos e fibras, e fornecem teores significativos de micronutrientes à dieta. Além disso, possuem compostos funcionais, que beneficiam uma ou mais funções orgânicas, além da nutrição básica, contribuindo para melhorar o estado de saúde e de bem-estar e/ou para reduzir o risco de doenças (Carvalho et al., 2006). Em Luengo et al. (2007) e Mambreu, Caracbolante e Reis (2007), pode-se encontrar uma extensa informação sobre a composição química de hortaliças em diferentes formas de preparo ou cruas.

A dieta mediterrânea, rica em hortaliças e frutas, tem sido associada à baixa incidência de doenças cardiovasculares e câncer, principalmente devido à elevada proporção de compostos bioativos, como vitaminas, flavonoides e polifenóis (Benavente-García et al., 2000; Salgado; Morzelle, 2016).

Há evidências científicas comprovando que os hábitos e comportamentos alimentares adquiridos na adolescência tendem a persistir na vida adulta e, quando inadequados, contribuem para o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis na maturidade (hipertensão arterial, dislipidemias, diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, entre outras). A prevenção dessas doenças pode ser feita pela adoção de estilo de vida e hábitos alimentares mais saudáveis, como o aumento do consumo de hortaliças, frutas, leguminosas e cereais integrais, associado à redução da ingestão de alimentos ricos em gorduras saturadas e trans, colesterol, sal e açúcar (Paiva, 2010; Salgado; Morzelle, 2016).

Além de possuir os adequados efeitos nutricionais, as hortaliças possuem outros compostos que as qualificam como alimentos funcionais. De acordo com Roberfroid (2002), alimentos funcionais são os que têm o poder de atuar sobre uma ou mais funções do organismo humano, de maneira que seja tanto relevante para o bem-estar e a saúde quanto para a redução do risco de uma doença. Em outras palavras, os alimentos funcionais caracterizam-se por oferecer vários

benefícios à saúde, além do valor nutritivo inerente à sua composição química, podendo desempenhar um papel potencialmente benéfico na redução do risco de doenças crônico-degenerativas (Neumann; Abreu; Torres, 2000; Taipina; Fonts; Cohen, 2002).

Estudos epidemiológicos foram realizados em todo o mundo para investigar o papel das hortaliças e frutas no risco de desenvolvimento de câncer. Constatou-se que o baixo consumo desses alimentos gera um risco duas vezes maior do que pessoas com alto consumo de hortaliças e frutas (Block Patterson; Subar, 1992). O Instituto Americano de Pesquisa do Câncer (2006) recomenda dieta rica em hortaliças e frutas variadas, preferencialmente cruas, para reduzir de 60% a 70% o risco de desenvolver alguma forma de câncer.

Várias são as substâncias funcionais presentes nas hortaliças.

Os alimentos sulfurados e nitrogenados são compostos orgânicos usados na proteção contra a carcinogênese e mutagênese, sendo ativadores de enzimas na detoxificação do fígado (Anjo, 2004). Nesse grupo de substâncias, encontram-se as alicinas (no alho) e os glucosinolatos (em brássicas – como repolho, brócolis, rabanete), que possuem propriedades anticarcinogênicas (Hasler, 1998; Kruger; Mann, 2003; Souza; Souza Neto; Maia, 2003).

O processo de envelhecimento é algo natural para o ser humano. Mas pode ser acelerado ou não conforme seus hábitos alimentares e não alimentares. A oxidação nos sistemas biológicos ocorre devido à ação de radicais livres no organismo, que podem ter sua origem endógena (metabolismo celular) ou exógena (tabaco, poluição do ar, solventes orgânicos, anestésicos, pesticidas e radiações) (Soares, 2002). As lesões causadas pelos radicais livres nas células podem ser prevenidas ou reduzidas pela atividade de antioxidantes, sendo estes encontrados em muitos alimentos. Dentre os antioxidantes, estão a vitamina C, a glutationa, o ácido úrico, a vitamina E e os carotenoides (Shami; Moreira, 2004). Os carotenoides (principalmente β-caroteno, licopeno, luteína e zeaxantina) estão presentes em alimentos com pigmentação amarela, laranja ou vermelha, como o tomate, a abóbora, o pimentão, a cenoura, o milho-doce, entre outros. O β-caroteno é também um potente antioxidante com ação protetora

contra doenças cardiovasculares, pois inibe a oxidação do LDL (*low density lipoprotein*), que é fator crucial para o desenvolvimento da aterosclerose (Ambrósio et al., 2006). Estudos apontam que a luteína e a zeaxantina, que são amplamente encontradas em hortaliças verde--escuras, parecem exercer ação protetora contra degeneração macular e catarata (Ambrósio; Campos; Faro, 2006).

Os flavonoides englobam uma classe importante de pigmentos naturais encontrados com frequência nas hortaliças. São as antocianinas (pigmentos azul-púrpura), as antoxantinas (amarelas), as catequinas e as leucoantocianinas, que são incolores (taninos). As antoxantinas e as flavonas são amarelo-claras ou incolores, estando presentes em polpas de frutas claras ou aquelas coloridas de verde com clorofila; as antocianinas se encontram em frutas e hortaliças vermelhas, azuis e púrpura (Ribeiro; Seravalli, 2004).

A fibra dietética não é digerida pelas enzimas do intestino humano, mas sofre fermentação no cólon por bactérias, o que produz substâncias capazes de reduzir o colesterol (Anjo, 2004; Carvalho et al., 2006) e diminuir os riscos de câncer devido: a) à capacidade de retenção de substâncias tóxicas ingeridas ou produzidas no trato gastrintestinal durante processos digestivos; b) à redução do tempo do trânsito intestinal, promovendo uma rápida eliminação do bolo fecal, com redução do tempo de contato do tecido intestinal com substâncias mutagênicas e carcinogênicas; e c) à formação de substâncias protetoras pela fermentação bacteriana dos compostos de alimentação. Além de atuar na prevenção de prisão de ventre e de hemorroidas, também pode auxiliar na prevenção da obesidade, diabetes, câncer de cólon, úlceras e doenças coronarianas (Vilas Boas, 1999). São boas fontes de fibras as hortaliças alface, brócolis, couve, couve-flor, repolho, cenoura, rabanete, chuchu, vagem e pepino (Pimentel; Francki; Gollücke, 2005).

A inulina é um carboidrato complexo pertencente à classe das frutanas, encontrada em raízes de chicória e almeirão (Cecílio Filho et al., 2014), e nas raízes de alho e cebola (Causey et al., 2000). Ela apresenta as mesmas propriedades das fibras solúveis, tais como a capacidade de reduzir os lipídeos circulantes e de estabilizar a glicose

sanguínea (Causey et al., 2000). Além disso, a inulina é um agente pré-biótico, influenciando positivamente a composição microbiana do trato gastrintestinal (Griffin et al., 2003).

Com relação ao fornecimento de micronutrientes (essenciais inorgânicos, os elementos-traço e orgânicos, as vitaminas), embora necessários em pequenas quantidades ao organismo, exercem função de vital importância, sendo cofatores e coenzimas no metabolismo, e componentes estruturais e antioxidantes (Paiva, 2010). A deficiência de micronutrientes, chamada fome oculta, é extremamente frequente em nosso meio. Estima-se que mais de 60% dos seis bilhões de pessoas do planeta estão deficientes em ferro, mais de 30% em zinco, 30% em iodo e 15% em selênio. Também são comuns deficiências em cálcio, magnésio e cobre (Frossard et al., 2000; Welch; Graham, 2002, 2005; Rude; Gruber, 2004; Grusak; Cakmak, 2005).

As deficiências de zinco e de vitamina A foram apontadas como responsáveis por 4,4% e 6,5%, respectivamente, das mortes de menores de 5 anos no mundo (Paiva, 2010). São boas fontes de vitamina A: cenoura, folhas de brócolis, de couve-folha e de espinafre, abóboras e tomate. A deficiência de zinco também pode ser "silenciosa", e, de acordo com Black (2003), prejudica uma gama de funções bioquímicas e fisiológicas, provocando diversos tipos de câncer, infertilidade (hipogonadismo), diminuição de massa, queda de cabelo, unhas deformadas, perda do paladar, atraso no desenvolvimento esquelético, mental e na maturidade sexual, diminuição da capacidade de aprendizagem, dermatites, diarreia persistente, diminuição da recuperação do sistema imunológico e alta suscetibilidade a doenças infecciosas e dificuldade na cicatrização de feridas. O zinco concentra-se na planta em ordem decrescente: raiz ≈ parte aérea > frutos, sementes e tubérculos (Broadley et al., 2012). Assim, as concentrações de zinco são, na maioria das vezes, maiores em culturas de raízes e hortaliças do que em grãos, sementes, frutas e tubérculos (White; Broadley, 2005, 2009; Pfeiffer; McClafferty, 2007).

A vitamina B_9 ou M, mais conhecida como ácido fólico, é imprescindível para mulheres antes da concepção e no primeiro mês da gravidez, a fim de evitar doenças congênitas da criança, como

anencefalia e espinha bífida. Dentre as hortaliças, as de folhas verde--escuras, cruas, são boas fontes da vitamina.

As cores das hortaliças e os benefícios à saúde

De acordo com Cecílio Filho (2009), algumas pessoas procuram em pílulas (suplementação vitamínica) o que as hortaliças frescas e/ou processadas podem fornecer. Ao adotar tal procedimento, em vez de seguir uma dieta variada em alimentos, incluindo as hortaliças como fonte de vitaminas, sais minerais e fibras, essas pessoas perdem duplamente. Primeiro, pelo fato de cápsulas e comprimidos não trazerem consigo o *flavor* das hortaliças. Ou seja, estão deixando de contar com o efeito do alimento nos sentidos do paladar (sabor, consistência e textura), olfato (cheiro) e visão (cores). Segundo, caso não seja acompanhada por um médico, a ingestão de suplementos vitamínicos pode causar desequilíbrios orgânicos de vitamínicos e/ou dos sais minerais, o que, eventualmente, é tão ou mais danoso que a deficiência.

Quanto mais diversificada a alimentação com hortaliças, melhor! Cada hortaliça, em função de sua cor, proporciona um benefício singular à alimentação. Oferece uma vantagem que, por vezes, concentra-se em uma determinada parte do corpo ou utiliza um caminho específico dentro do organismo, a fim de proporcionar efeitos benéficos à sua saúde. Trata-se da cromoterapia, que tem como objetivo restaurar e criar condições de recuperação das células debilitadas (Mambreu; Caracbolante; Reis, 2007).

Desenvolvimento do projeto

O Programa Hortaliças Unesp é desenvolvido no Setor de Olericultura e Plantas Aromático-Medicinais da universidade, câmpus de Jaboticabal, desde 2003.

De acordo com a parceria Unesp-Sodexo, a Unesp fornece o *know-how*, via docente da área de Olericultura, do Departamento de Produção Vegetal, estudantes para a condução dos cultivos, área para o desenvolvimento das culturas e infraestrutura de irrigação, e máquinas para a realização do trabalho. Também compete a ela entregar as hortaliças às entidades assistidas pelo projeto, que atualmente são sete. À Sodexo cabe a concessão de bolsas de amparo aos estudantes que atuam no projeto e financiamento dos cultivos, custeando calcário, fertilizantes orgânicos e inorgânicos, agrotóxicos, sementes, pequenos equipamentos, entre outros materiais necessários à condução das culturas de hortaliças.

O planejamento semanal, feito pelo docente responsável pelo projeto, é executado pelos alunos, que são coordenados e auxiliados nas tarefas pelos pós-graduandos. Todas as atividades inerentes à produção das hortaliças são executadas pelos estudantes, a saber: semeio em bandejas para formação de mudas ou diretamente no solo, transplante, adubações de plantio e de cobertura, tutoramento e amarrio, desbrota, desbaste, amontoa, capina, colheita e lavagem de hortaliças. São principalmente cultivadas: alface, cenoura, couve, repolho, batata-doce, abobrinha, abóbora, beterraba, berinjela, tomate e cebolinha. Eventualmente, outras hortaliças têm sido produzidas, como batata, pepino, melancia, rabanete, rúcula, almeirão.

Os cultivos das hortaliças acontecem em ambientes de campo (solo) ou protegido, em casas de vegetação. Nestas, os alunos têm oportunidade de trabalhar em solo, em hidroponia e em fibra de casca de coco.

Cada aluno dedica até quatro horas por semana ao projeto, pela baixa disponibilidade de horário livre na grade de aulas.

Resultados

No projeto, desde março de 2003 a dezembro de 2017, participaram 431 alunos, média de 28 alunos por ano, bolsistas ou voluntários. Há grande heterogeneidade no perfil dos estudantes que

participam do projeto, seja por questões econômicas, sociais, políticas e acadêmicas, seja pelo fato de serem de semestres diferentes (do primeiro ao nono).

Os resultados obtidos pelo projeto foram muito bons. Além da oportunidade dada a alunos do curso de Engenharia Agronômica de realizar estágio, vivenciar a prática do cultivo de hortaliças, o que inclusive contribuiu para diminuir a evasão universitária, de acordo com depoimentos de alguns deles, o projeto teve como principais resultados nesse período:

1) Treinamento de 431 alunos do curso de graduação em Engenharia Agronômica, no cultivo de hortaliças em horta comunitária.
2) Aprendizado em via dupla, para o responsável pelo projeto (docente), para os auxiliares da coordenação (pós-graduandos) e discentes da graduação.
3) Permanência de alunos carentes na Universidade, via concessão de bolsa de apoio a eles.
4) Doação média de 16.843 kg ao ano, com total de 252.653 kg desde 2003, a entidades de Jaboticabal (União Espírita Nosso Lar – Unenlar, Abrigo Recanto Menina, Casa da Criança (Creche-Escola), Orfanato Lar do Caminho, Orfanato Menor Aprendiz, Asilo Vila Vicentina e Paróquia Santa Tereza (Pastoral da Criança). Nessas entidades, a doação de hortaliças atendeu a mais de quinhentas pessoas, semanalmente.
5) Produção de um vídeo de divulgação do projeto.
6) Publicação de um livro: *Horta em casa*: saúde, prazer e economia.
7) Produção de reportagens em jornais, rádio e televisão, nacionais e internacionais.

Memórias fotográficas

Cerca de noventa a cem dias após início dos trabalhos. Cultivos de cenoura e repolho (primeiro plano), couve (canto superior direito) e abobrinha (ao fundo)

Cultivo de pimentão em fibra de casca de coco. Cultivo sem solo, em casa de vegetação

Alface em hidroponia, em casa de vegetação

Colheita e entrega das hortaliças

Figura 2 – Memórias fotográficas

Fotos: Arthur Bernardes Cecilio Filho.

Referências bibliográficas

AMBRÓSIO, C. L. B.; CAMPOS, F. A. C. S.; FARO, Z. P. Carotenoides como alternativa contra a hipovitaminose A. *Revista de Nutrição*, v.19, n.2, p.233-43, 2006.

AMERICAN INSTITUTE OF CANCER RESEARCH. Healthy and Wise: a Guide to the Simple Lifestyle Steps that Can Help Minimise Your and Your Loved Ones' Risk of Cancer. 2006. Disponível em: http://www.aicr.org.uk/Docs/HealthyWise.pdf.

ANJO, D. L. C. Alimentos funcionais em angiologia e cirurgia vascular. *Jornal Vascular Brasileiro*, v.3, n.2, p.145-54, 2004.

BENAVENTE-GARCÍA, O. et al. Antioxidant Activity of Phenolics Extracted from Olea Europaea L. Leaves. *Food Chemistry*, v.68, p.457-62, 2000.

BLACK, R. Zinc Deficiency, Infectious Disease and Mortality in the Developing World. *Journal of Nutrition*, v.133, p.1485-89, 2003.

BLOCK, G.; PATTERSON, B.; SUBAR, A. Fruit, Vegetables, and Cancer Prevention: a Review of the Epidemiological Evidence. *Nutrition and Cancer*, v.18, n.1, p.1-29, 1992.

BROADLEY, M. et al. Function of Nutrients Micronutrients. In: MARSCHNER, P. (Ed.). *Marschner's Mineral Nutrition of Higher Plants*. 3.ed., London: Academic Press, 2012. p.191-248.

CARVALHO, P. G. B. et al. Hortaliças como alimentos funcionais. *Horticultura Brasileira*, v.24, p.397-404, 2006.

CAUSEY, J. L. et al. Effects of Dietary Inulin on Serum Lipids, Blood Glucose and the Gastrointestinal Environment in Hypercholesterolemic Men. *Nutrition Research*, v.20, p.191-201, 2000.

CECÍLIO FILHO, A. B. *Horta em casa*: saúde, prazer e economia. Jaboticabal: Arthur Bernardes Cecílio Filho, 2009.

_____ et al. Common Chicory Performance as Influenced by Iron Concentration in the Nutrient Solution. *Journal of Plant Nutrition*, v.38, p.1489-94, 2014.

FILGUEIRA, F. A. dos R. *Novo manual de Olericultura*: agrotecnologia moderna na produção e comercialização de hortaliças. Viçosa: UFV, 2000.

FROSSARD, E. et al. Potential for Increasing the Content and Bioavailability of Fe, Zn and Ca in Plants for Human Nutrition. *Journal of the Science of Food and Agriculture*, v.80, p.861-79, 2000.

GRIFFIN, I. J. et al. Enriched Chicory Inulin Increases Calcium Absorption Mainly in Girls with Lower Calcium Absorption. *Nutrition Research*, v.23, p.901-9, 2003.

GRUSAK, M. A.; CAKMAK, I. Methods to Improve the Crop-Delivery of Minerals to Humans and Livestock. In: BROADLEY, M. R.; WHITE, P. J. (Eds.). *Plant Nutritional Genomics*. Oxford: Blackhall, 2005. p.265-86.

HASLER, C. M. Functional Foods: their Role in Disease in: Developing New Food Products for a Changing Prevention and Health Promotion. *Food Technology*, v.52, n.2, p.57-62, 1998.

KRUGER, C. L.; MANN, S. W. Safety Evaluation of Funcional Ingredients. *Food and Chemical Toxicology*, v.41, p.793-805, 2003.

LAJOLO, F. M. Functional Foods: Latin American Perspectives. *British Journal of Nutrition*, v.88, p.S145-S150, supl.2, 2002.

LUENGO, R. F. A. et al. *Tabela de composição das hortaliças*. 2007. Disponível em: http://www.cnph.embrapa.br/util/tabelahortaliças.htm. Acesso em: 21 jul. 2009.

MAMBREU, E.; CARACBOLANTE, M. H.; REIS, S. *Hortaliças*: valor nutritivo, medicinal e cromoterápico. Jaboticabal: Funep, 2007.

NEUMANN, A. I. C. P.; ABREU, E. S.; TORRES, E. A. F. S. Alimentos saudáveis, alimentos funcionais, fármaco alimentos, nutracêuticos... você já ouviu falar? *Revista Higiene Alimentar*, v.14, n.71, p.19-22, 2000.

PAIVA, M. R. de S. A. Q. A *importância da alimentação saudável na infância e na adolescência*, 2010. Disponível em: http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/3149/a_importancia_da_alimentacao_saudavel_na_infancia_e_na_adolescencia.htm. Acesso em: 20 ago. 2016.

PFEIFFER, W. H.; McCLAFFERTY, B. Harvest Plus: Breeding Crops for Better Nutrition. *Crop Science*, v.47, p.S88-S105, 2007.

PIMENTEL, B. M. V.; FRANCKI, M.; GOLLÜCKE, B. P. *Alimentos funcionais*: introdução às principais substâncias bioativas em alimentos. São Paulo: Varella, 2005.

PRETTI, F. Valor nutracêutico das hortaliças. *Horticultura Brasileira*, v.18, supl., p.16-20, 2000.

RIBEIRO, E. P.; SERAVALLI, E. A. G. *Química de alimentos*. São Paulo: Edgard Blucher; Instituto Mauá de Tecnologia, 2004.

ROBERFROID, M. Functional Food Concept and its Application to Prebiotics. *Digestive and Liver Disease*, v.34, supl.2, p.105-10, 2002.

RUDE, R. K.; GRUBER, H. E. Magnesium Deficiency and Osteoporosis: Animal and Human Observations. *Journal of Nutritional Biochemistry*, v.15, p.710-6, 2004.

SALGADO, J. M.; MORZELLE, M. C. Importância dos alimentos funcionais de origem vegetal na nutrição humana. In.: PRADO, R. de M.; CECÍLIO FILHO, A. B. *Nutrição e adubação de hortaliças*. Jaboticabal: Funep, 2016. p.75-101.

SHAMI, N. J. I. E.; MOREIRA, E. A. M. Licopeno como agente antioxidante. *Revista de Nutrição*, v.17, n.2, p.227-36, 2004.

SOARES, S. E. Ácidos fenólicos como antioxidantes. *Revista de Nutrição*, v.15, n.1, p.71-81, 2002.

SOUZA, P. H. M.; SOUZA NETO, M. H.; MAIA, G. A. Componentes funcionais nos alimentos. *Boletim da SBCTA*, v.37, n.2, p.127-35, 2003.

TAIPINA, M. S.; FONTS, M. A. S.; COHEN, V. H. Alimentos funcionais: nutracêuticos. *Higiene Alimentar*, v.16, n.100, p.28-9, 2002.

VILAS-BOAS, E. V. B. *Alimentos e nutrientes*. Lavras: UFLA; Faepe; DCA, 1999.

WELCH, R. M.; GRAHAM, R. D. Agriculture: the Real Nexus for Enhancing Bioavailable Micronutrients in Food Crops. *Journal of Trace Elements in Medicine and Biology*, v.18, p.299-307, 2005.

_____. Breeding Crops for Enhanced Micronutrient Content. *Plant and Soil*, v.245, p.205-14, 2002.

WHITE, P. J.; BROADLEY, M. R. Biofortification of Crops with Seven Mineral Elements Often Lacking in Human Diets-Iron, Zinc, Copper, Calcium, Magnesium, Selenium and Iodine. *The New Phytologist*, v.182, p.49-84, 2009.

_____. Biofortifying Crops with Essential Mineral Elements. *Trends in Plant Science*, v.10, p.586-93, 2005.

14
Programa de Atividade Física para Pacientes com Doença de Parkinson (Proparki): evolução no número de cadastros e mudanças na estrutura

Vinicius Cavassano Zampier[1]
Vinicius Alota Ignácio Pereira[2]
Ellen Lirani Silva[3]
Claudia Teixeira Arroyo[4]
Rodrigo Vitório[5]
Lilian Teresa Bucken Gobbi[6]

1. Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Motricidade da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Instituto de Biociências, Rio Claro. *e-mail*: zampiervc@gmail.com.
2. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Motricidade da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Instituto de Biociências, Rio Claro. *e-mail*: viniciusalota_dm@hotmail.com.
3. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação do Programa Ciências da Motricidade da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Instituto de Biociências, Rio Claro. *e-mail*: ellen.cindy@gmail.com.
4. Doutoranda em Ciências da Motricidade da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Instituto de Biociências, Rio Claro. *e-mail*: freearroyo@hotmail.com.
5. Pós-doutorando no Instituto de Neurociências da Newcastle University (Reino Unido) e na Universidade Estadual Paulista (Unesp), Instituto de Biociências, Rio Claro. *e-mail*: vitoriorodrigo@gmail.com.
6. Professora livre-docente na área de Educação Física, com ênfase em Comportamento Motor, da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Instituto de Biociências, Rio Claro. *e-mail*: ltbgobbi@rc.unesp.br.

Introdução

A doença de Parkinson (DP) é uma doença neurodegenerativa e progressiva, caracterizada pela morte de neurônios dopaminérgicos localizados na substância negra (parte compacta) dos núcleos da base (Saito et al., 2000; Shumway-Cook; Woollacott, 2003). Estudos mostram que essa morte neural decorre do estresse oxidativo em neurônios que apresentam menor quantidade de mielina nessa região (Braak et al., 2003, 2004; Rinaldi; Pereira; Batistela, 2013). Com a morte dos neurônios dopaminérgicos, os impulsos excitatórios que partem da substância negra para o putâmen são inibidos. Como consequência, os impulsos inibitórios que partem do putâmen para o globo pálido são inibidos. Assim, os impulsos inibitórios que partem do globo pálido para o tálamo são exacerbados, inibindo-o muito. Como consequência final do processo, o córtex cerebral é pouco excitado pelo tálamo (Takakusaki; Tomita; Yano, 2008). Essa circuitaria deficitária causa uma série de problemas motores característicos da DP, como bradicinesia, tremor, rigidez e instabilidade postural (Rinaldi; Pereira; Batistela, 2013). Além disso, os núcleos da base enviam projeções para estruturas presentes no tronco encefálico, chamadas de núcleo pedúnculo pontino e região locomotora mesencefálica que influenciam o controle da marcha e do tônus muscular (ibid.). Devido à reduzida atividade dopaminérgica, essas projeções, de características gabaérgicas, são superestimuladas, reduzindo a ação do núcleo pedúnculo pontino e da região locomotora mesencefálica sobre a formação reticular. Esse processo tem sido descrito como a fisiopatologia da hipertonia (rigidez muscular) e dos problemas de marcha dos pacientes com DP.

A DP é a segunda doença neurodegenerativa mais comum no mundo, afetando aproximadamente 0,3% da população mundial e de 1% a 2% da população acima de 60 anos, sendo que cerca de 5 milhões de pessoas no mundo têm o diagnóstico da doença. Já no Brasil, a DP afeta cerca de 3,3% da população acima de 64 anos. Além disso, as estimativas indicam que, em 2020, mais de 40 milhões de pessoas,

ao redor do mundo, terão esse diagnóstico. Depois que o indivíduo desenvolve a doença, os primeiros sinais e sintomas surgem, geralmente, após vinte anos. Porém sua progressão varia de indivíduo para indivíduo, sendo que, em alguns, ela progride de maneira mais rápida. Atualmente não há cura para a DP, mas, com o tratamento adequado, pacientes com DP podem viver com melhor qualidade de vida durante muitos anos após o diagnóstico.

Além da terapia medicamentosa, programas com o intuito de promover a prática de atividade física têm sido considerados estratégias eficazes na melhora da funcionalidade, do equilíbrio, da marcha e da qualidade de vida dos pacientes (Goodwin et al., 2008). A prática de atividade física tem um efeito protetor (Faherty et al., 2005) pela liberação de fatores neutróficos, maior oxigenação cerebral e aumento no número de células cerebrais (Fox et al., 2006). Assim, a degeneração neural e os déficits causados pelo envelhecimento e pela DP podem ter um desenvolvimento mais lento (Crizzle; Newhouse, 2006). Estudos revelam que a prática de exercícios físicos traz benefícios significativos aos pacientes com a doença e que pode ser considerada uma terapia não medicamentosa eficaz no tratamento dos sinais/sintomas motores e não motores da DP.

Partindo desse contexto, o Programa de Atividade Física para Pacientes com Doença de Parkinson (Proparki), pioneiro no Brasil na proposta de benefícios do exercício físico para pacientes com DP, vem explorando essa temática nos últimos nove anos. O programa foi formado em 2006, ainda vinculado ao Programa de Atividade Física para a Terceira Idade (Profit) na Unesp, no câmpus de Rio Claro. Em 2008, tornou-se um projeto de extensão independente, com o intuito de trabalhar os componentes da capacidade funcional (coordenação, equilíbrio e força), funções cognitivas e mobilidade funcional, visando à melhora na qualidade de vida dos pacientes com DP.

Objetivo

O objetivo deste trabalho é apresentar os principais avanços em nosso atendimento à população com DP e as mudanças no Proparki entre 2006 e 2015.

Materiais e método

Os dados utilizados para a elaboração do presente estudo foram coletados do banco de dados do Proparki, bem como em relatórios do projeto. O número de participantes foi levantado a partir dos cadastros dos pacientes feitos ao longo dos anos e os dados quanto à estrutura do programa e suas mudanças a partir de publicações e arquivos do projeto. Além disso, foi realizado um levantamento dos envolvidos no Proparki que são responsáveis pela elaboração, implementação e administração do projeto. É válido ressaltar que os estagiários atuantes no programa, geralmente, são alunos de graduação da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (Unesp), câmpus de Rio Claro, e os responsáveis pela elaboração das atividades do Proparki são alunos da pós-graduação da mesma instituição e membros do Laboratório de Estudos da Postura e da Locomoção (Leplo).

Resultados e discussão

Durante um período de nove anos, mais de duzentos pacientes foram cadastrados no banco de dados do Proparki. De 2006 até 2010, o número de participantes envolvidos no projeto era de 67 pacientes. De 2010 a 2015, o número passou de 67 para 202 (Tabela 1). Um dos fatores que contribuiu para esse aumento significativo foi a disponibilização de transporte gratuito até o local das atividades, fornecido pela prefeitura, e a ampla divulgação na mídia da cidade e da região. Anualmente, o Proparki tem atendido diretamente cerca

de oitenta pacientes com DP através dos grupos de intervenção propostos e avaliações de aspectos clínicos, cognitivos e motores da doença.

Tabela 1 – Cadastros de pacientes ao longo dos anos

Ano	*Número de pacientes cadastrados*
2006	11
2007	15
2008	25
2009	16
2010	26
2011	23
2012	31
2013	24
2014	13
2015	18

Fonte: Elaboração própria.

Além do número de participantes, o Proparki passou por mudanças estruturais ao longo dos anos. De 2006 até 2008, o programa possuía apenas um grupo, que tinha o objetivo de trabalhar os componentes da capacidade funcional dos pacientes de maneira geral. De 2008 até 2011, um segundo grupo foi criado, em virtude de um aumento significativo no número de pacientes, com o objetivo de adaptar os participantes à rotina de exercícios realizados no programa (Figura 1). Alterações foram feitas nos objetivos dos grupos a fim de abranger o maior número de componentes da capacidade funcional dos pacientes.

Figura 1 – Exercícios de familiarização
Fonte: Acervo pessoal dos autores.

De 2011 até 2013, os participantes foram distribuídos em três grupos: Mobilidade, Ativamente e Ginástica. O programa de intervenção do grupo Ginástica (GG) foi estruturado com exercícios multimodais, que visavam trabalhar de maneira ampla as capacidades funcionais, baseando-se nos critérios adotados pelo Colégio Americano de Medicina do Esporte para idoso (2009) e nos resultados das intervenções realizadas anteriormente no Proparki (Ferreira, 2008; Gobbi et al., 2009; Tanaka et al., 2009).

Ainda, visto que muitos programas de intervenção motora propostos para pacientes com DP utilizam-se de intervenções de curta duração, variando entre duas e doze semanas, e são realizados individualmente, sendo um paciente por seção (Miyai et al., 2002; Ridgel et al., 2010), o GG, assim como os outros grupos do Proparki, trouxe como diferencial atividades de longa duração, na tentativa de combater os efeitos degenerativos da doença, o que proporciona, além dos benefícios motores, benefícios psicossociais a essa população (Crizzle; Newhose, 2006).

Tendo em vista a população em questão, a intervenção do GG foi estruturada da seguinte forma: as seções ocorreram 2 vezes por semana, em dias não consecutivos, com sessões que duram 60 minutos, durante 32 semanas (8 meses consecutivos). A intervenção foi dividida em 2 etapas (macrociclos), cada etapa com 3 fases (mesociclos), cada fase com 4 ciclos (microciclos) e com 32 sessões em cada etapa, totalizando 64 sessões. Ao final de cada fase houve aumento progressivo da sobrecarga em âmbito motor. A duração de cada parte da sessão foi: 10 minutos de alongamento inicial, 40 minutos de parte principal e 10 minutos de alongamento final.

Os componentes da capacidade funcional explorados foram: resistência aeróbia, flexibilidade geral, força, coordenação motora e equilíbrio. A capacidade funcional foi trabalhada por componente na parte principal da sessão, por exemplo, exercícios de coordenação entre os membros ou associando um componente ao outro, como resistência aeróbia + coordenação, no qual pode ser trabalhada a caminhada em piso plano + coordenação intramembros.

O programa de intervenção do grupo Mobilidade teve 2 sessões por semana, com duração de 60 minutos por sessão. Estudos que utilizaram em suas intervenções as mesmas características de frequência e/ou duração foram capazes de observar benefícios nas condições gerais físicas e mentais dos pacientes, por exemplo, no controle do equilíbrio corporal e no andar (Vivas; Arias; Cudeiro, 2011; Hackney; Earhart, 2010).

As sessões do grupo Mobilidade eram compostas por: parte inicial, na qual eram realizados exercícios de alongamento (5 minutos); parte secundária da aula, na qual eram realizados exercícios com foco no trabalho dos componentes da capacidade funcional (20 minutos); parte principal, na qual eram trabalhados especificamente exercícios com o foco no andar e no controle do equilíbrio corporal (30 minutos); e parte final, com uma atividade de volta à calma (5 minutos).

O programa de intervenção também foi realizado em 64 sessões (8 meses), distribuídos em 2 etapas de 4 meses cada (32 sessões – macrociclo). Essas etapas foram divididas em 2 fases (2 meses cada,

contendo 16 sessões – mesociclo), sendo que cada fase apresentou 2 ciclos (um mês contendo 8 sessões cada – microciclos).

Em relação às atividades em cada ciclo e a progressão das atividades para o trabalho dos componentes da capacidade funcional (parte secundária das sessões), foram utilizadas as mesmas atividades propostas no grupo ginástica, com o trabalho combinando diferentes componentes, por exemplo, resistência e coordenação.

Para a parte principal das sessões, foram utilizadas atividades específicas para o andar e o controle do equilíbrio corporal. Inicialmente, foram propostos exercícios que focaram a reeducação dos componentes em questão. Já nas outras etapas, manipulação do terreno, dicas externas, bola suíça e manipulação sensorial foram utilizadas nos exercícios propostos. As progressões da intervenção ocorreram por aumento da complexidade das tarefas, como a realização de atividades em situação de tarefa dupla.

As atividades propostas no grupo Ativamente focaram o âmbito cognitivo e de lazer, baseadas em diferentes dimensões do lazer (Dumazedier, 1980) e jogos matemáticos. A proposta de trabalho com atividades cognitivas veio da necessidade de atingir os componentes cognitivos afetados pela DP, já que a intervenção específica é benéfica (Sammer et al., 2006).

Alguns estudos mostram que o estímulo cognitivo leva a uma melhora na atenção (Whitlock et al., 2012), melhora nas funções executivas (Sammer et al., 2006), na memória lógica e na fluência verbal (Sinforiani et al., 2004). Diante da importância de um programa de intervenção cognitiva, que atua em diversos aspectos cognitivos, um trabalho multidisciplinar é importante para atingir os diferentes comprometimentos não motores causados pela DP. Para essa proposta multidisciplinar, foi realizada uma parceria com um grupo de alunos do curso de Matemática da Unesp de Rio Claro a fim de complementar e contribuir com as atividades do grupo Ativamente. Dessa forma, os profissionais responsáveis pelas atividades variavam de acordo com as características destas. As atividades com características de jogos de lazer no âmbito físico eram ministradas por profissionais de Educação Física e fisioterapeutas, ao passo que

as atividades de características de cálculos e no âmbito matemático eram ministradas por profissionais da área.

Para mensurar e rastrear a condição inicial dos participantes, verificar se as atividades estavam surtindo efeitos benéficos, se adaptações no programa deveriam ser realizadas e analisar se, no final do programa, os objetivos foram alcançados, uma bateria de avaliações motoras e cognitivas foi proposta no Proparki. Em todo o projeto, os avaliadores foram treinados para a aplicação do teste de sua responsabilidade e ocorreu a participação de todos os professores e estagiários, seja como responsáveis por uma ou mais avaliações, seja no processamento dos dados, ou, então, na sugestão de novos modelos de avaliação. Durante os períodos de avaliação, os mesmos avaliadores foram responsáveis por analisar os mesmos parâmetros antes, no meio e após o programa, para que fosse mantido um só critério, garantindo a qualidade dos parâmetros mensurados. A bateria de avaliações realizada pelo Proparki nesse período abrangeu sintomas motores e não motores da doença, que incluem o comprometimento e severidade da DP, componentes cognitivos e neuropsiquiátricos (memória, funções executivas, atenção, habilidade visuoespacial, sintomas de depressão e ansiedade), parâmetros do andar e da postura e os componentes da capacidade funcional (agilidade, coordenação, equilíbrio, resistência e força).

No final de 2013, o programa fechou uma parceria com um grupo do curso de Fonoaudiologia da Unicamp, com o intuito de desenvolver atividades que promovam melhoras na fala e deglutição dos participantes, aspectos que comumente apresentam problemas na DP.

A partir de 2014, o Proparki passou a ser dividido em dois grupos: o grupo Ritmo e o grupo Convívio. As atividades do grupo Ritmo foram baseadas em diferentes estilos, tais como: balé, *jazz*, dança contemporânea, danças circulares e dança de salão, bem como atividades baseadas em exercícios de percussão corporal. As sessões foram adaptadas para as necessidades dos pacientes com DP e contavam sempre com um professor experiente na área e quatro estagiários supervisionando e auxiliando os pacientes.

As sessões foram realizadas semanalmente durante um período de 6 meses, 3 vezes por semana, com duração de 1h por sessão. A intervenção foi planejada em 4 diferentes fases: 1) fase I de adaptação: duração de 3 semanas – propostas de atividades diversificadas, focando a familiarização ao ritmo e movimentação coreográfica; 2) fases II, III e IV: duração de 7 semanas cada – composições coreográficas com mudanças no ambiente de realização (sentados, em pé com apoio, em pé sem apoio) (Figura 2).

Figura 2 – Atividades coreográficas realizadas nas aulas
Fonte: Acervo pessoal dos autores.

Na fase I (adaptação) foram propostas atividades lúdicas com o intuito de fazer que os pacientes aprendessem elementos básicos para uma sessão de dança, como a contagem do ritmo musical e o acompanhamento da música. As atividades propostas envolveram: 1) andar em diferentes ritmos; 2) sequências coreográficas curtas e básicas com e sem deslocamento; 3) brincadeiras de roda e cantadas; 4) trabalho base de percussão corporal. As fases II, III e IV foram

planejadas em cinco partes. No início da aula, os pacientes relembravam a coreografia ensaiada na aula anterior. Em seguida, um breve aquecimento era realizado com movimentos que seriam utilizados na aula. Após esse primeiro momento, uma nova sequência coreográfica era ensinada, na qual primeiramente eram feitos movimentos apenas com membros superiores (Figura 2); em seguida, apenas membros inferiores e, posteriormente, unindo todas as movimentações em uma mesma sequência. Depois de incluir todos os movimentos executados na aula na sequência coreográfica, havia mudança no estímulo musical, enfocando a velocidade de execução e, então, uma volta à calma era proposta.

O grupo Convívio, com o auxílio de duas fonoaudiólogas, teve suas atividades elaboradas em três fases: 1) atividades baseadas no convívio social, lazer e conscientização sobre a doença: eram fornecidas informações aos pacientes com o objetivo de facilitar suas atividades do dia a dia; além disso, eram realizadas atividades em grupo, sem sobrecarga motora e cognitiva. Essa fase teve duração de um mês (12 sessões); 2) atividades de voz: as atividades realizadas foram baseadas no *Lee Silverman Voice Treatment – Extended* (LSVT), um método de intervenção que tem o objetivo de melhora da voz de pacientes com DP. O foco das atividades era fazer os pacientes produzirem fonemas, sílabas, palavras, sentenças e conversação aumentando o nível de intensidade vocal, ou seja, falando alto e forte, mantendo a qualidade vocal. Essa fase teve duração de 2 meses (24 sessões); 3) atividades de disfagia: nessa fase, o foco era melhorar e padronizar a deglutição com esforço. Os pacientes trabalharam a musculatura da língua, face e lábios e realizaram a deglutição com esforço da saliva e água. Essa fase teve duração de 3 meses (36 sessões). É importante ressaltar que, durante as três fases, aspectos cognitivos e de linguagem não foram trabalhados, pois, durante o período das etapas que envolveram fonoaudiologia, os pacientes foram acompanhados por duas fonoaudiólogas capacitadas.

Assim como nos anos anteriores, os pacientes completaram baterias de avaliações com foco no comprometimento e severidade

da doença, aspectos cognitivos, parâmetros do andar e postura e componentes da capacidade funcional. Além disso, uma bateria complementar acerca dos aspectos da fala e da deglutição foi realizada pelas fonoaudiólogas participantes do projeto.

Em 2014, foi realizada uma parceria do programa com uma rádio AM de Rio Claro. Durante um período, foram realizados programas semanais, com a participação de um membro do Laboratório de Estudos da Postura e da Locomoção (Leplo), com o objetivo de levar conhecimento sobre a DP para a população de Rio Claro e divulgar o projeto na cidade. Nessas entrevistas, eram tratados aspectos da locomoção, postura, exercício físico, cognição e qualidade de vida dos pacientes.

Para que o projeto seja capaz de proporcionar atendimento aos pacientes e alcance uma visibilidade que extrapole os limites municipais, o Proparki conta com a colaboração de 14 profissionais de Educação Física formados, 2 fisioterapeutas, 2 fonoaudiólogas, 7 graduandos em Educação Física, além da coordenadora do projeto e 2 técnicos administrativos da instituição.

Conclusões

Como resultado dos dados apresentados, é possível concluir que a exposição constante do projeto na mídia e o crescimento do grupo têm contribuído para o aumento do número de participantes do programa. Dessa forma, o Proparki tem contribuído significativamente para a mudança da realidade da população atendida a partir da promoção da saúde e, consequentemente, para a melhora da qualidade de vida dos pacientes.

Além disso, esse aumento no número de participantes tem contribuído para o avanço não só de nossas pesquisas sobre exercício físico como de pesquisas sobre os comprometimentos motores e não motores da DP. Essas pesquisas contribuem diretamente para o entendimento das alterações provocadas pela doença, bem como para o aperfeiçoamento de estratégias de intervenção mais eficazes

para a população. Devido ao aumento da visibilidade do programa, mais profissionais e estudantes de diferentes áreas da saúde o têm procurado, facilitando um atendimento multiprofissional dos pacientes. Ainda, as mudanças propostas ao grupo têm contribuído para um melhor delineamento das estratégias de intervenção para os pacientes.

Referências bibliográficas

BRAAK, H. et al. Stages in the Development of Parkinson's Disease--Related Pathology. *Cell and Tissue Research*, v.318, p.121-34, 2004.

_____ et al. Staging of Brain Pathology Related to Sporadic Parkinson's Disease. *Neurobiology of Aging*, v.24, n.2, p.197-211, 2003.

CRIZZLE, A. M.; NEWHOUSE, I. J. Is Physical Exercise Beneficial for Persons with Parkinson's Disease? *Clinical Journal of Sport Medicine*, Calgary, v.16, p.422-5, 2006.

DUMAZEDIER, J. *Valores e conteúdos culturais do lazer*. São Paulo: Perspectiva, 1980.

FAHERTY, C. J. et al. Environmental Enrichment in Adulthood Eliminates Neuronal Death in Experimental Parkinsonism. *Molecular Brain Research*, Netherlands, v.134, p.170-9, 2005.

FERREIRA, M. D. T. O. *Efeito da atividade física nas atividades da vida diária em indivíduos com doenças de Parkinson*. Rio Claro, 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências da Motricidade) – Instituto de Biociências, Universidade Estadual Paulista.

FOX, C. M. et al. The Science and Practice of LSVT/LOUD: Neural Plasticity Principled Approach to Treating Individuals with Parkinson's Disease and other Neurological Disorders. *Seminars in Speech and Language*, v.27, n.4, p.283-99, 2006. [PubMed.]

GOBBI, L. T. B. et al. Envelhecimento, doença de Parkinson e exercício físico. In: FARINATTI, P. T. V. (Org.). *Envelhecimento, promoção da saúde e exercício*: bases teórico-metodológicas. v.2. Barueri: Manole, 2009. p.14-26.

GOODWIN, V. A. et al. The Effectiveness of Exercise Interventions for People with Parkinson's Disease: a Systematic Review and Meta--Analysis. *Movement Disorders*, v.23, n.5, p.631-40, 2008.

HACKNEY, M. E.; EARHART, G. M. Effects of Dance on Gait and Balance in Parkinson Disease: a Comparison of Partnered and Non--Partnered Dance Movement. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, New York, v.24, n.4, p.384-92, 2010.

MIYAI, I. et al. Long-Term Effect of Body Weight-Supported Treadmill Training in Parkinson's Disease: a Randomized Controlled Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, Philadelphia, v.83, p.1370-3, 2002.

RIDGEL, A. L. et al. Changes in Executive Function after Acute Bouts of Passive Cycling in Parkinson's Disease. *Journal of Aging and Physical Activity*, Champaign, p.1-12, 2010.

RINALDI, N. M.; PEREIRA, M. P.; BATISTELA, R. A. Fisiopatologia da doença de Parkinson e sinais/sintomas. In: MELO COELHO, F. G. de et al. *Exercício físico no envelhecimento saudável*: da teoría à prática. cap.18. Curitiba: CRV, 2013.

SAITO, M. et al. Autosomal Recessive Juvenil e Parkinsonism. *Brain & Development*, v.22, p.S115-S117, 2000.

SAMMER, G. et al. Training of Executive Functions in Parkinson's Disease. *Journal of the Neurological Sciences*, v.248, n.1, p.115-9, 2006.

SHUMWAY-COOK, A.; WOOLLACOTT, M. H. *Controle motor*: teoria e aplicações práticas. Barueri: Manole, 2003.

SINFORIANI, E. et al. Cognitive Rehabilitation in Parkinson's Disease. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, supl., n.9, p.387-91, 2004.

TAKAKUSAKI, K.; TOMITA, N.; YANO, M. Substrates for Normal Gait and Pathophysiology of Gait Disturbances with Respect to the Basal Ganglia Dysfunction. *Journal of Neurology*, v.255, p.19-29, 2008.

TANAKA, K. et al. Benefits of Physical Exercise on Executive Functions in older People with Parkinson's Disease. *Brain and Cognition*, v.69, p.435-41, 2009.

VIVAS, J.; ARIAS, P.; CUDEIRO, J. Aquatic Therapy *versus* Conventional Land-Based Therapy for Parkinson's Disease: an Open--Label Pilot Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, Philadelphia, v.92, p.1202-10, 2011.

WHITLOCK, L. A. et al. Individual Differences in Response to Cognitive Training: Using a Multi-Modal, Attentionally Demanding Game-Based Intervention for Older Adults. *Computers in Human Behavior*, v.28, n.4, p.1091-6, 2012.

15
Análise preliminar do desenvolvimento psicossocial da terceira idade no Curso de Gastronomia da Unati: câmpus de Rosana/SP

Bruno Padovês do Prado[1]
Abrahão Lincoln M. Carvalho[2]
Loraynne Lopes da Silva[3]
Samuel Gabriel Mendes[4]
Victor Ferreira M. Diniz[5]
Ivanir Azevedo Delvizio[6]
Andrea Cressoni de Conti[7]

1. Discente do Curso de Turismo da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Câmpus Experimental, Rosana e professor do curso de Gastronomia. *e-mail*: brunopadovesprado@gmail.com.
2. Discente do Curso de Turismo da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Câmpus Experimental, Rosana e professor do curso de Gastronomia. *e-mail*: abrahaolinconl31@gmail.com.
3. Discente do Curso de Turismo da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Câmpus Experimental, Rosana e professor do curso de Gastronomia. *e-mail*: loraynne_lopes@yahoo.com.br.
4. Discente do Curso de Turismo da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Câmpus Experimental, Rosana e professor do curso de Gastronomia. *e-mail*: saammendes@outlook.com.
5. Discente do Curso de Engenharia de Energia da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Câmpus Experimental, Rosana e professor do curso de Gastronomia. *e-mail*: victor.fdiniz@gmail.com.
6. Docente do Curso de Turismo da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Câmpus Experimental, Rosana e coordenadora da Unati. *e-mail*: ivanir@rosana.unesp.br.
7. Docente do curso de Engenharia de Energia da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Câmpus Experimental, Rosana e coordenadora do curso de Gastronomia da Unati. *e-mail*: andrea@rosana.unesp.br.

Introdução

O projeto Universidade Aberta à Terceira Idade (Unesp/Unati) desenvolve um conjunto de ações voltadas à integração social do idoso no convívio universitário por meio de atividades de ensino, pesquisa e extensão. Nesse sentido, contempla os anseios do público-alvo num ambiente culturalmente diversificado mediante um trabalho interdisciplinar com novas formas de relacionamento, estimulando grupos compostos por pessoas com interesses comuns. Assim, ocorre o fortalecimento de uma visão positiva do processo de envelhecimento daqueles que se beneficiam, direta ou indiretamente, das oportunidades oferecidas pela Universidade. O projeto de extensão Unati foi institucionalizado em 2001 (Portaria Unesp n.191) e hoje é desenvolvido em 21 câmpus da Unesp.

No câmpus de Rosana, o projeto foi implantado em 2007, oferecendo variados cursos. As atividades são desenvolvidas por bolsistas BAAE I e voluntários no projeto que cursam Turismo e Engenharia de Energia no câmpus, sempre com o objetivo de oferecer e proporcionar ao idoso a oportunidade de socialização e de uma educação contínua em cursos de sua preferência.

Atualmente, são oferecidos os seguintes cursos: Gastronomia, Fotografia, Informática, Vagonite, Violão, Canto, Dança de Salão e Zumba, que geram inúmeros benefícios ao grupo da terceira idade e à comunidade acadêmica envolvida. Neste artigo, especificamente, realizamos uma análise preliminar do desenvolvimento psicossocial da terceira idade no curso de Gastronomia. O objetivo das aulas é trabalhar com os cinco sentidos humanos, levando sempre em conta os aspectos psicológicos e a integração social. As refeições são preparadas com o objetivo de proporcionar ao idoso o conhecimento de uma alimentação saudável, da boa higienização dos alimentos e das mãos, visando à saúde do corpo humano, levando em conta a boa nutrição na terceira idade e a disciplina em uma alimentação saudável e regrada, criando pratos com alimentos alternativos, ensinando a dosar o sal e o açúcar com responsabilidade, explorando sempre a intensidade de sabor.

A definição do desenvolvimento psicossocial de Erikson (1976) nos fornece fundamento para compreender aspectos psicológicos dos idosos. Ao observar conflitos e expectativas relativos a essa etapa da vida, almejamos compreender de que forma a gastronomia pode contribuir qualitativamente na vida dos alunos. Um dos estágios do desenvolvimento psicossocial do ser humano referente ao idoso é caracterizada por Erikson pelo desacordo entre a integridade e o desespero.

A percepção de integridade procede da capacidade do idoso de apreciar em retrospecto toda a sua vida com alto grau de satisfação. De outro lado, fica o indivíduo que revê a própria vida como uma série de oportunidades e rumos perdidos. Então, esse grupo da terceira idade compreende que no ocaso da vida é tarde demais para começar de novo. O processo de envelhecimento é complicado e algumas pessoas nessa fase da vida acabam se isolando, acreditando que já perderam toda sua capacidade de aprendizagem e que não possuem mais nada para oferecer a si mesmas e aos outros. Diante disso, a Unati acredita que proporcionar ações como o curso de Gastronomia, voltadas para uma socialização e educação contínua, pode permitir a esses alunos a melhoria do senso de integridade definido por Erikson (1976).

Gerontologia, educação contínua, desafios e novas oportunidades na terceira idade

Cada indivíduo ou idoso encara a vida de acordo com o desenvolver da mesma, em que a história de cada um é construída ao longo de sua existência; então, cada idoso encara sua vida de acordo com o que foi o desenvolvimento dela.

> A realidade é que esse "novo" idoso tem disposição para viajar, exercitar-se, namorar, divertir-se e trabalhar. É mobile, conectado às redes sociais e busca se atualizar o tempo todo. Tem também mais tempo disponível para si, não só por conta da aposentadoria,

> visto que muitos ainda trabalham ou gostariam de estar trabalhando, mas por já terem criado os filhos e todas essas mudanças geraram novos hábitos que, por sua vez, mudam significativamente a forma como as empresas devem interagir com esse mercado. (Milnitzky, 2016)

Porém, algumas pessoas da terceira idade podem passar por quadros depressivos, sentindo-se solitárias, o que algumas vezes é resultado do próprio processo de envelhecimento, mas, outras vezes, decorre de etapas que o indivíduo viveu anteriormente, ou as duas coisas ao mesmo tempo, porque o envelhecimento em si mesmo trás novas situações, contextos, novas demandas e possibilidades, que facilitam o surgimento de quadros depressivos, angústia e transtorno de ansiedade. A velhice tem muitas características que tornam a pessoa passível de apresentar esses sintomas; como exemplo, as pessoas idosas lidam mais que as crianças e os jovens com perdas de entes queridos, de amigos, colegas, cônjuges, parceiros sexuais, limitações profissionais, dificuldades de se locomover, e isso favorece quadros depressivos. A reação a essas situações, no entanto, é influenciada pela história de vida, pelas crenças, pelas perspectivas que o indivíduo tem na velhice.

Ao longo do tempo, novos estudos foram desenvolvidos para a compreensão do grupo da terceira idade e para que suas novas necessidades sejam atendidas, sobretudo na área da gerontologia.

Pavarini (2005) define a gerontologia como a ciência que estuda o processo de envelhecimento em suas mais diversas dimensões, e na prática constitui, na ótica atual, uma especialidade de diferentes profissões. Ela é multidisciplinar, porque reúne conceitos teóricos provenientes de diferentes disciplinas em torno do seu objeto de estudo. É interdisciplinar em função da complexidade dos fenômenos da velhice, que exige não apenas a união de conhecimentos existentes em diversas áreas, mas também a construção de um novo corpo de conhecimento científico para orientar a sua prática.

Segundo o IBGE, em 2050 um quinto da população será de idosos; sendo assim, melhores estudos sobre essa etapa da vida se

tornam importantes, a fim de que as pessoas estejam mais preparadas para lidar com o aumento desse grupo.

Diante desse contexto, o estilo de vida ativo passou a ser considerado fundamental para a promoção da saúde e redução da mortalidade, sendo que o comportamento assumido pelo indivíduo torna-se um fator decisivo na conquista do envelhecimento saudável (Berlizi; Rosa, 2002).

Cachioni (2003) diz que ao longo do século XX, em praticamente todo o mundo, o aumento do contingente de idosos na população suscitou o aparecimento de novas maneiras de encarar a velhice. Sob a influência do progresso social que se refletiu em aumento da duração da vida e na melhoria de sua qualidade, aos poucos foi sendo revisto o conceito clássico segundo o qual o avanço da idade é algo negativo em si mesmo. Aos poucos, a velhice passou a ser vista também como um momento da vida no qual pode-se viver com prazer, satisfação, realização pessoal, de maneira mais madura e também produtiva. Em face dessa nova visão, passaram a serem buscadas novas posturas de atendimento e de oferta de serviços e de atividades ao idoso compatíveis com as novas imagens do envelhecimento.

Com esse aumento da qualidade de vida tornam-se importantes mudanças na mentalidade a respeito do modo de viver, entendendo a terceira idade como uma época de vitalidade, de uma vida mais ativa. No entanto, para que essa vitalidade exista, também são necessárias mudanças que direcionem a uma alimentação mais equilibrada. E o apoio institucional e o social podem ajudar o idoso para viver mais ativamente esse período.

Segundo Cachioni, a interdisciplinaridade deve ser a base da educação permanente, fundamento ideal da educação dirigida aos idosos. Esta deve considerá-los como donos de uma história pessoal e de uma bagagem de conhecimentos constituída ao longo da vida, a qual não deve ser preterida em favor de conteúdos formatados pela Universidade, e sim aproveitada e potencializada por ela. A nenhum sujeito da educação se aplica tão bem quanto aos idosos a noção de

que o ser humano é agente do seu próprio crescimento e da transformação da realidade.

A partir desse entendimento, o processo de educação deve buscar novas vias de aprendizagem para esse novo público, e que, de preferência, esse processo ofereça diferentes disciplinas da escola tradicional. Modificando objetivos, conteúdos e métodos de acordo com a necessidade do idoso, a Universidade pode tornar-se um dos grandes responsáveis por essa educação contínua da terceira idade, com programas que, além de passar novos conhecimentos, também promova o bem-estar por meio da união e troca de informações entre eles.

Unati, câmpus de Rosana

Hoje a Universidade pública procura cada vez mais inserir a comunidade no contexto acadêmico, e os projetos de extensão permitem essa aproximação. Como uma grande parte do público que procura as universidades é da terceira idade, cada vez mais elas oferecem diferentes cursos abertos à terceira idade.

Diante disso, a Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (Unesp) implantou, em 1993, o projeto Universidade Aberta à Terceira Idade com o objetivo de "proporcionar às pessoas de terceira idade oportunidades de sociabilização e aprendizado em diversos campos do saber". O projeto foi institucionalizado em 2001 (Portaria Unesp n.191) pela Pró-Reitoria de Extensão Universitária (Proex) e tem se fortalecido com a adesão de outras unidades.

Em Rosana, o projeto foi inaugurado em 2007, dispondo de salas e laboratórios de informática e gastronomia para a realização de diversos cursos destinados à comunidade da terceira idade, por exemplo de dança, artesanato, vagonite, canto, zumba, fotografia e gastronomia, com aulas ministradas por alunos de Turismo e de Engenharia de Energia sob a supervisão de uma coordenadora e uma vice-coordenadora.

As Unatis possibilitam ao público da terceira idade a aquisição de novos conhecimentos, além de promover a troca de experiências entre os alunos da Unesp e os participantes, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida destes e o aprimoramento profissional daqueles.

Qualidade de vida na terceira idade: aspectos físicos e psicológicos

No processo de envelhecimento, as funções cognitivas e os sentidos (visão, audição, visão, tato, paladar) vão diminuindo. No entanto, a capacidade de aprender é a mesma, com a diferença de que, às vezes, acontece de forma mais lenta.

Quanto mais ativo o idoso, maior sua satisfação com a vida e, consequentemente, melhor sua qualidade de vida.

Deve-se destacar também a inserção do idoso em atividades do dia a dia: a convivência com outros idosos pode oferecer benefícios, com uma interatividade social aprendendo algo novo e reduzindo seu isolamento.

O envelhecer é um processo de declínio do ritmo biológico, com o comprometimento da saúde que está diretamente relacionado à forma de se alimentar; nesse sentido, a nutrição e a gastronomia desempenham um papel importante na vida do idoso (Magnoni; Oliveira, 2005).

Embora o domínio psicológico tenha sido a contribuição mais significativa na qualidade de vida dos idosos estudados, há que se considerar as alterações físicas pelas quais passam os indivíduos, de forma a minimizar os efeitos dessas transformações na qualidade de vida desses sujeitos.

Segundo Santos et al., a qualidade de vida do idoso compreende a consideração de diversos critérios de natureza biológica, psicológica e socioestrutural, pois vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência

social, produtividade, eficácia cognitiva, *status* social, continuidade de papéis familiares e ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos.

O fator psicológico da individuação durante o curso do envelhecimento inclui, inevitavelmente, um convívio com nosso corpo físico atual, pois os dois fatores estão contidos no mesmo mundo e relacionados; são aspectos distintos, porém de uma mesma condição.

A cisão psique e corpo nos torna inconscientes das necessidades biológicas e, dessa forma, tendemos a negligenciar a energia vital e terrestre fundamental para uma vida plena (Schwarz, 2009).

Nesse sentido, a qualidade de vida reflete a percepção que têm os indivíduos de que suas necessidades estão sendo satisfeitas ou de que lhes estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a autorrealização, independente de seu estado de saúde física ou das condições sociais e econômicas (Pereira, 2006). O aspecto psicológico na terceira idade passa muito por processos e realizações pessoais, e atividades que promovam a qualidade de vida na forma de atividades físicas, socioeducativas, de interação social ou ambiental. Para atingir esse lado psicológico e ter essa qualidade de vida, são importantes atividades como a gastronomia, viajar, conhecer novos meios e buscar novos conhecimentos.

Uso de atividade de socialização na melhoria da qualidade de vida da terceira idade

Segundo Barros (2006), a nova concepção de velhice, como etapa particular do ciclo de vida e sujeita a limites e possibilidades, exige políticas específicas, com o objetivo de integrar o idoso ao seu meio. Trata-se também de sensibilizar a todos os segmentos da sociedade para a responsabilidade que têm de favorecer a autonomia dos idosos, no limite máximo de suas possibilidades, independente do grau de dificuldades particulares que possam apresentar. O idoso tem o direito de sentir-se bem e importante no ambiente em que vive.

Neri (2009) aponta que o ser humano, por natureza, tem necessidade de se relacionar, e o processo de socialização se dá através do convívio e da construção de vínculos, que são fundamentais ao desenvolvimento. A velhice, seja cronológica, biológica, social ou existencial, deve ser respeitada em seus aspectos singulares e diferenciados. Traços como determinação, flexibilidade, senso de responsabilidade, desejo de ajudar os outros, fé e confiança em si mesmo atrelados a atividades ajudam o idoso a enfrentar positivamente o desgaste do tempo, as frustrações da vida e a descobrir os segredos e possibilidades da nova situação.

Outras expressões, como "melhor idade" ou "idade do lazer", são usadas para designar também as populações envelhecidas. Trata-se de uma positivação da denominação, identificando a assimilação social do processo do envelhecimento, considerando-se também os ganhos que o avanço da idade nos traz e não somente as perdas. Além disso, o dinheiro dos aposentados hoje oferece um incremento para o mercado e o surgimento de novos horizontes profissionais para atender as demandas da população da terceira idade.

A terceira idade deixou de ser uma etapa de descanso e repouso individual para se tornar também uma idade ativa, seja profissional, seja no âmbito familiar. Um idoso ativo será necessariamente um idoso mais saudável. Sobretudo no caso das atividades físicas, ele encontrará sempre uma forma de se exercitar, combatendo muitas das doenças típicas da velhice, atuando não só como agente de prevenção, mas também terapêutico para eventuais problemas já sentidos (Moraes; Barros, 2006). Ao deixar-se envolver em uma ou várias atividades, o idoso poderá conhecer e conviver com diferentes pessoas, partilhar experiências e vivências comuns e, sobretudo, experimentar algo de novo.

Basta qualquer tipo de atividade intelectual, mesmo as mais simples, como responder palavras cruzadas ou lembrar os preços dos produtos no supermercado para exercitar a memória. Estudos comprovam que a mente, quando se depara com algo inesperado, trabalha mais intensamente e essa movimentação faz que a atividade dos neurônios aumente nas mais diversas áreas cerebrais. Assim como

os exercícios musculares são realizados para se manter a forma física, a atividade cerebral também deve ser realizada com frequência, sempre procurando estimular todos os sentidos, a memória e a inteligência.

Uso da gastronomia como atividade de integração

Com o aumento no ritmo de envelhecimento da população, torna-se fundamental planejar e desenvolver ações de saúde que possam contribuir com a melhoria da qualidade de vida dos idosos. Dentre essas ações, estão as orientações relacionadas a uma alimentação saudável, que os profissionais de saúde devem fornecer à pessoa idosa e sua família.

Aos 60 anos entramos em uma etapa diferente da nossa vida: a terceira idade. Nesse momento, o corpo se transforma, cessa o crescimento e o desenvolvimento. As estruturas orgânicas se modificam e fatores genéticos, nutricionais e o estilo de vida do idoso se tornam importantíssimos para que ele se mantenha saudável.

A gastronomia é um novo expoente da indústria da alimentação, despertando interesse em várias áreas do conhecimento, como o turismo e a nutrição. A gastronomia entra na vida do idoso para ajudá-lo com vitaminas e proteínas. O alimento, além de uma grande fonte de energia, pode ser visto também como uma forma de integração. Com os vários avanços em cursos de gastronomia, o público da terceira idade passou a frequentá-los, entrando em contato com outras pessoas e fazendo amizades.

A gastronomia, como todas as outras ciências, surgiu da experiência e curiosidade do ser humano. Segundo Savarin (1995),

> Pois, como se poderia rejeitar aquela que nos sustenta do nascimento ao túmulo, que faz crescer as delícias do amor e a confiança da amizade, que desarma o ódio, facilita os negócios e nos oferece, na curta trajetória da vida, o único prazer que não é acompanhado de fadiga e ainda nos descansa de todos os outros.

Iniciando no ambiente familiar, a gastronomia é uma transferência de receitas de famílias, dadas, trocadas ou até mesmo copiadas. A socialização de uma criança compreende as mais variadas noções sobre alimentação. Desse processo advém a valorização ou rejeição de certos alimentos, princípios higiênicos e dietéticos e, evidentemente, preconceitos e tabus (Franco, 2001).

Sabendo que o idoso precisa de atenção, a integração por intermédio do alimento torna-se importante em primeiro momento. Isso acontece desde os tempos do descobrimento do Brasil, entre portugueses e os índios. Por isso, os vários projetos que têm o intuito da inclusão social procuram utilizar a gastronomia.

Na cozinha, as pessoas se sentem bem mais à vontade. Muitas vezes, até a comunicação melhora, em decorrência do contato e da confiança que se adquire no local. Tornar o ambiente da cozinha o mais adequado e agradável ao preparo das refeições e ao prazer à mesa, conferindo maior conforto, segurança e autonomia no cotidiano das pessoas idosas, é um incentivo que impacta positivamente a autoestima.

Material e metodologia

Primeiramente foi realizado um levantamento bibliográfico a respeito das teorias e outros conteúdos para aprofundar os conhecimentos sobre o tema.

Em seguida, foram utilizadas as percepções obtidas na aula pelos professores de Gastronomia I e II.

Foi necessária também a aplicação de questionário para analisar a percepção dos alunos do curso de Gastronomia composto por 8 alunos de Gastronomia I e 22 de Gastronomia II. Foram feitas as seguintes perguntas:

1. O que a Unati-Gastronomia I mudou na sua vida?
2. O que a Unati-Gastronomia II mudou na sua vida?
3. O que o levou a buscar a Unati?

4. Participar da Unati melhorou sua vida psicológica?
5. O que o levou a continuar na Unati-Gastronomia II?
6. A Unati-Gastronomia II permite que você troque seus conhecimentos culinários?

Resultados e discussões

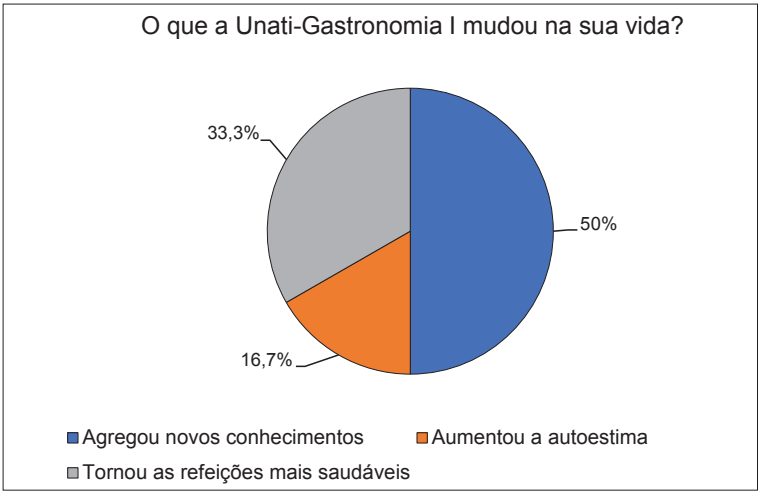

Figura 1 – Descrição de como o curso de Gastronomia I da Unati mudou a vida do participante

Fonte: Elaboração própria.

Em virtude da integração sociocultural dos alunos durante o curso de Gastronomia I, percebe-se que há uma melhora da autoestima dos idosos que está vinculada aos conhecimentos incorporados durante as aulas, tornando suas rotinas mais agradáveis, prazerosas e saudáveis, pois 50% dos entrevistados declaram que houve uma melhora dos seus conhecimentos, demonstrando assim que o curso tem proporcionado, além da integração social, uma possibilidade de aprendizado na vida do idoso. Verifica-se também que 16,7% dos entrevistados relatam que houve uma melhora na autoestima. Acredita-se que isso se deva ao fato de que, como dito anteriormente, o

idoso passa a ter maior conhecimento e maior interação com o grupo, fazendo que se sinta aceito na sociedade e valorizado em relação a sua idade e condição de idoso. Acrescente-se a isso, o fato de 33,3% dos entrevistados afirmarem que suas refeições ficaram mais saudáveis, por terem adquirido no curso de Gastronomia um conhecimento sobre os tipos de alimentos e a importância de cada um para a sua saúde.

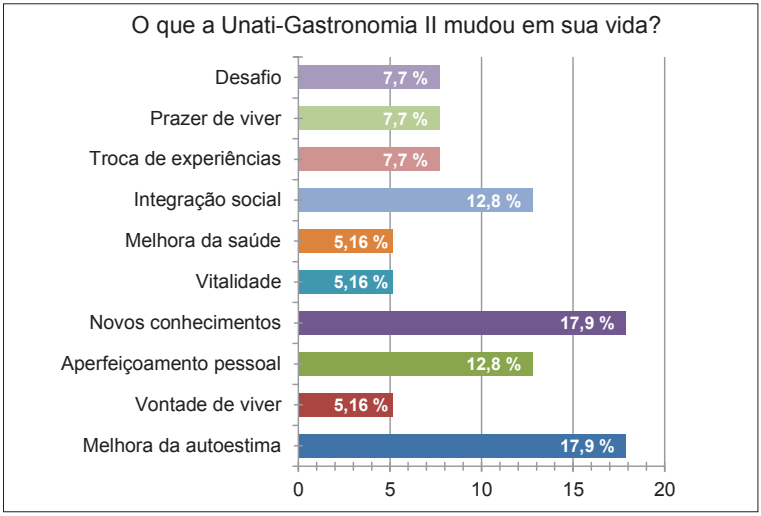

Figura 2 – Descrição de como o curso de Gastronomia II mudou a vida do aluno

Fonte: Elaboração própria.

Na transição de Gastronomia I para o nível II, a concepção de mudança de vida se transforma, pois, além de alegarem a melhora da autoestima, acrescentam outros benefícios, como a troca de experiências. Isso vem comprovar o que Neri (2009) e Moraes e Barros (2006) estudaram. Para Neri (2009), como já mostramos, o ser humano é por natureza um ser com necessidade de se relacionar e esse processo de socialização se dá através do convívio e da construção de vínculos, que são fundamentais ao desenvolvimento. Moraes e Barros (2006, p.35) afirmam que, "quando o idoso deixa-se envolver em

uma ou várias atividades, ele poderá conhecer e conviver com diferentes pessoas, partilhar experiências e vivências comuns e, sobretudo, experimentar algo de novo". Todos esses aspectos são percebidos e comprovados na pergunta realizada: "O que a Unati--Gastronomia II mudou na sua vida", que é esboçada graficamente na Figura 2. Assim, todas as melhoras elencadas pelos entrevistados vêm ao encontro do que Neri (2009) e Moraes e Barros (2006) dizem e verifica-se que todas essas melhoras colaboram para que um ponto primordial seja destacado, isto é, o prazer e a vontade de viver, pois as aulas de Gastronomia da Unati proporcionaram aos idosos esse contato social e desafios que os levaram a descobrir uma nova faceta da terceira idade e, assim, perceberem-se novamente como pessoas, como seres integrais e atuantes da sociedade, melhorando sua autoestima e fazendo-os redescobrir o prazer que a vida em sociedade lhes proporciona e transferindo esse prazer social para a sua vida pessoal. Além disso, essa melhora do autoestima proporcionada pelo curso de Gastronomia da Unati, faz os alunos redescobrirem a vontade e o prazer de viver mesmo após grandes perdas, que afetam psicologicamente a muitos deles, gerando até depressões. Em razão da integração social que a Unati proporciona aos idosos, eles conseguem enfrentar essas perdas e seguir em frente.

É possível dizer que o objetivo das aulas de Gastronomia também tem consequências biológicas, pois parte das alunas buscam as aulas para se aperfeiçoar, conhecer os beneficios de vários alimentos que possam ser incluídos no seus cardápios tornando seus hábitos e refeições mais saudáveis.

Assim, esse espaço surge como possibilidade de um envelhecer mais saudável, onde o idoso tem a oportunidade de interagir com outros idosos e desenvolver aspectos físicos, cognitivos, sociais, emocionais e espirituais. Por isso o trabalho é feito "com o idoso" e não "para o idoso", por entender-se que este é o agente do processo e assim possa trazer a (vontade de viver) ressignificação de sua existência (Webber; Celich; Sedrez, 2007).

Em um primeiro momento, 60% dos entrevistados disseram que buscaram a Unati porque possuem grande disponibilidade de

tempo por estarem aposentados, ao passo que 20% buscam a Gastronomia por curiosidade sobre o curso, dispondo-se a uma nova experiência ou a aprimorar seus conhecimentos; os 20% restantes buscam a gastronomia por desejarem aprender as noções básicas da cozinha.

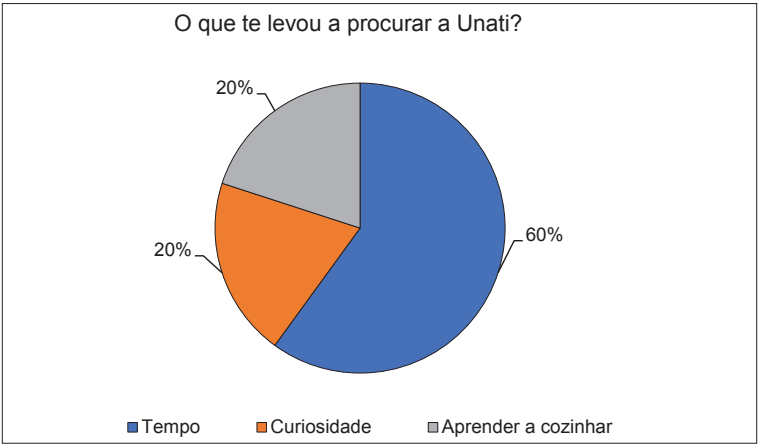

Figura 3 – Questionamento sobre as circunstâncias que levaram o aluno a procurar a Unati

Fonte: Elaboração própria.

Ao serem questionados sobre se participar da Unati melhorou sua vida psicológica, verifica-se que 80% do entrevistados responderam positivamente. Acredita-se que isso ocorre pelo fato de terem responsabilidades enquanto alunos do curso de Gastronomia, como provas de fim de ano e precisarem manter certa frequência, além de, em aulas mais práticas se sentirem mais solicitados e desafiados. Esse sentimento de melhora é transpassado para seus lares.

O desejo pelo aperfeiçoamento pessoal, declarados por 33,3% dos entrevistados, e os desafios encontrados, afirmados por 35,7%, a cada aula gera nos alunos da Unati a vontade cada vez maior de permanecer no curso para melhorar e vencer esses desafios. Antes, o tempo livre era o fator primordial para frequentar as aulas, mas, agora, o aperfeiçoamento, o desafio e as amizades notabilizam-se

como principais elementos. Percebe-se também que 19% dos alunos procuram a Unati por causa das amizades, seja para estar com os amigos atuais, seja para fazer novas amizades, enquanto 9,5% procuram a Unati por ter tempo para realizar suas atividades e uma pequena porcentagem, 2,5%, procuraram a Unati por solidão, o que demonstra mais uma vez que esse programa tem um apelo grande ao inserir o idoso no âmbito social e promover a formação de amizades.

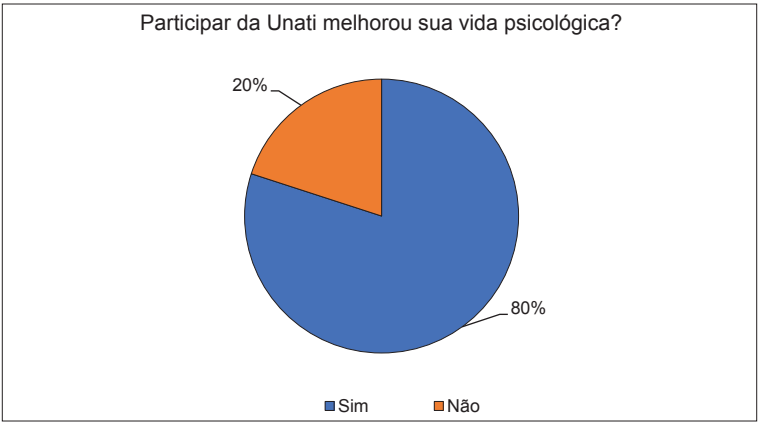

Figura 4 – Questionamento sobre a melhora na vida psicológica do aluno
Fonte: Elaboração própria.

Estudos paralelos mostraram que as atividades da Universidade Sem Limites facultaram às idosas a possibilidade de conhecer outras pessoas, redescobrir-se, trocar e partilhar vivências e sonhos, estabelecer ajuda mútua, vislumbrar novos horizontes, vencer algumas barreiras e desafios do passado, assim como aguçar a sua independência física, mental e social, aperfeiçoamento de técnicas, facilitar a socialização com pessoas estranhas, aprender a lidar com perdas que vêm com o envelhecimento, usufruir do prazer encontrado nas pequenas coisas, promovendo assim uma velhice prazerosa, e isso faz que as alunas continuem no projeto (Webber; Celich; Sedrez, 2007).

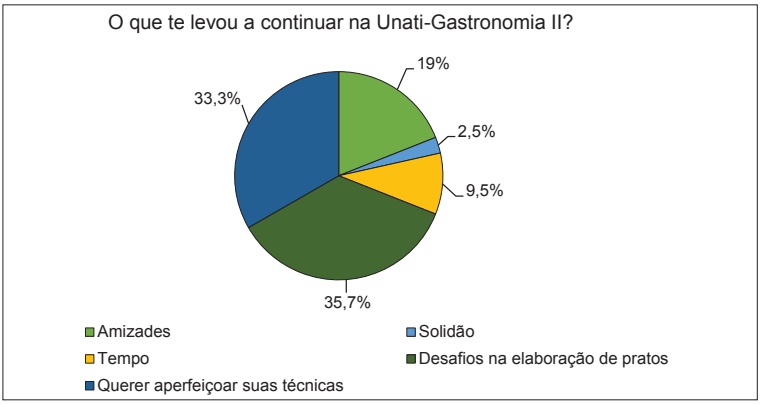

Figura 5 – Questionamento sobre o que faz o aluno permanecer na Unati

Fonte: Elaboração própria.

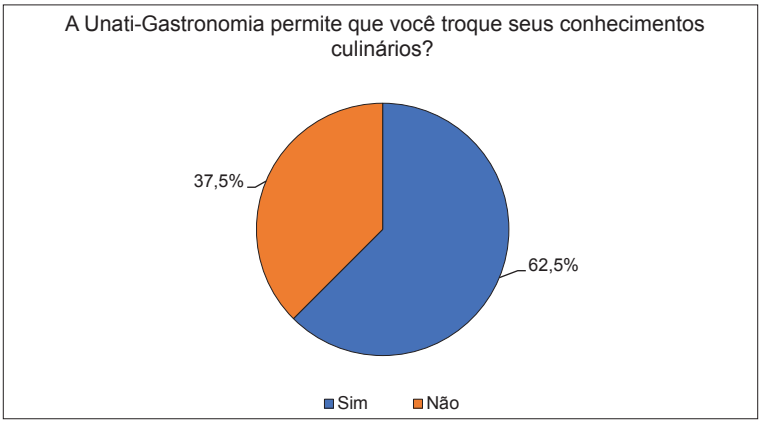

Figura 6 – Análise de trocas de experiência promovida pela Unati

Fonte: Elaboração própria.

As aulas da Unati-Gastronomia, buscam sempre o entrosamento aluno-professor, aluno-aluno e principalmente professor-aluno; por estes e outros motivos é que a Gastronomia procura ter aulas as mais dinâmicas possíveis, com grande troca de informações e técnicas; assim, verifica-se que, para 62,5% dos entrevistados, essas aulas têm proporcionado uma troca de conhecimentos, ao passo que 37,5% relatam que isso não acontece. Foi verificado com os

professores, em uma análise mais pontual, que o motivo pelo qual alguns alunos entrevistados relataram que não conseguem fazer essa troca de experiências está ligado à dificuldade que esses alunos têm de expor suas ideias e opiniões, o que significa para a Unati um novo desafio a ser trabalhado, ou seja, conseguir fazer que os que não consiguem se expressar possam ser mais trabalhados e incentivados a isso, de forma a ter um melhor convívio social.

Conclusão

O trabalho aqui proposto teve como enfoque analisar a melhora da qualidade de vida do idoso por meio de seus desenvolvimentos psicossociais. Houve relatos de uma melhora da parte psicológica dos entrevistados, e uma das alunas entrevistada mencionou que a Unati a fez redescobrir a "vontade de viver".

É possível dizer que, a partir da integração dos alunos, houve uma melhora na sua autoestima, o que fez também que a rotina dos mesmos se tornasse mais agradável, prazerosa e saudável, além de, com o tempo, ao lado da autoestima, outros benefícios também fossem adquiridos, como a troca de experiências.

De acordo com Webber, Celich e Sedrez, a inserção dos idosos nos programas de educação permanente permite a ressignificação das experiências de vida anteriores à velhice e, principalmente, das vivências experimentadas e sentidas durante o envelhecimento que ora acontece. Assim, a terceira idade assume um significado diferente, com os participantes do estudo fazendo referência a um rejuvenescimento, que pode ser muito bem compreendido como uma renovação do próprio projeto de vida, dos ideais, das perspectivas e expectativas. É, na verdade, um rever de sonhos e objetivos, o assumir um compromisso consigo mesmo e com a vida em busca da felicidade.

Analisou-se que grande parte dos alunos buscaram, de início, a Unati pela disposição de tempo e, depois, disseram que a gastronomia

os fez querer buscar novos conhecimentos e que continuam na Unati por causas das amizades feitas e do bem-estar.

O resultado permitirá dizer que houve uma melhora psicológica dos alunos, pois acredita-se que o curso gerou responsabilidades, por exemplo a dedicação em provas e a assiduidade nas aulas, fazendo que eles se sentissem de certa forma desafiados a dar o melhor de si, além de que esse desafio e aperfeiçoamento os fez almejar cada vez mais continuar no curso.

Dessa forma, pode-se confirmar a relevância da Unati como um programa voltado para o segmento da terceira idade e uma forma de suprir e auxiliar os idosos nessa nova fase da vida.

Referências bibliográficas

BARROS, M. M. L. *Trajetória dos estudos de velhice no Brasil*: sociologia, problemas e práticas. São Paulo: Hucitec, 2006.

BERLIZI, E. M.; ROSA, P. V. da. Estilo de vida ativo e envelhecimento. In: TERRA, N. L.; DORNELLES, B. (Orgs.). *Envelhecimento bem-sucedido*. Porto Alegre: Edipucrs, 2002. p.91-6.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Viver mais e melhor*: um guia completo para você melhorar sua saúde e qualidade de vida. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CACHIONI, M. *Quem educa os idosos*: um estudo sobre professores de universidades da terceira idade. Campinas: Alinea, 2003.

CAMPOS, M. T. F. S.; COELHO, A. I. M. *Alimentação saudável na terceira idade*: estratégias úteis. 2.ed. Viçosa: Editora UFV, 2005. [Série Soluções.]

CAMPOS, P. C. A visibilidade do idoso nos meios de comunicação. (Estudo de Caso: Jornais *El País* e *ABC* – 2007). *Textual & Visual Media – Revista de La Sociedad Española de Periodística*, Madrid, v.1, p.161-90, 2008.

ERIKSON, E. H. *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

FRANCO, A. *De caçador a gourmet*: uma história da gastronomia. 2.ed. São Paulo: Senac, 2001.

GOMES, I. S. (Org.). A busca da socialização de idosos por meio de atividades de recreação e lazer. CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO, 2. Belo Horizonte, 2004. *Anais*... Disponível em: https://www.ufmg.br/congrext/Saude/Saude1.pdf. Acesso em: 16 dez. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Síntese de indicadores sociais 2004*. Rio de Janeiro: IBGE; 2005. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/senso. Acesso em: 10 ago. 2015.

MAGNONI, D. C. C.; OLIVEIRA, P. A. de. *Nutrição na terceira idade*. 2.ed. São Paulo: Sarvier, 2010.

MILNITZKY, F. *Instituto Longevidade*: a nova terceira idade. Disponível em: http://institutomongeralaegon.org/artigos-em-destaque/nova-terceira-idade. Acesso em: 11 ago. 2016.

MORAES, M.; BARROS, L. *Velhice ou terceira idade?* 4.ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

NERI, A. L. *Idosos no Brasil*: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2009.

PAVARINI, S. C. I. (Org.). *A arte de cuidar do idoso*: gerontologia como profissão? São Carlos, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a11.pdf. Acesso em: 11 ago. 2016.

PEREIRA, R. J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev. Psiquiatria*, RS, jan.-abr. 2006.

SANTOS, S. R. et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Rev Latino-Am Enfermagem*, v.10, n.6, p.757-64, 2002.

SAVARIN, B. *A filosofia do gosto*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

SCHWARZ, L. R. *EnvelheSer*: a busca do sentido da vida na terceira idade. São Paulo: Vetor, 2009.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO" (Unesp). Pró-Reitoria de Extensão Universitária (Proex). Portaria Unesp n.191. Núcleo Universidade Aberta à

Terceira Idade – Unesp/Unati. 2001. Disponível em: http://www.unesp.br/proex/programas/pisc_unati.php. Acesso em: 25 jan. 2018.

WEBBER, F.; CELICH, K.; SEDREZ, L. S. As contribuições da Universidade Aberta para a Terceira Idade no envelhecimento saudável. *Revista Envelhecer*, Porto Alegre, v.12, p.127-42, 2007. Disponível em: http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/viewFile/4983/2852. Acesso em: 16 dez. 2016.

SOBRE O LIVRO

Formato: 14 x 21 cm
Mancha: 23,7 x 42,10 paicas
Tipologia: Horley Old Style 10,5/14
1ª Edição Cultura Acadêmica: 2018

EQUIPE DE REALIZAÇÃO

Coordenação Geral
Tulio Kawata

CULTURA
ACADÊMICA
Editora