

er cultures. These activities were related to political and social participation in councils, associations, and governmental body, in addition to the trade of fruits collected, students of high school and undergraduate and teacher in another village.

The sanitary conditions in villages were distinct. In one of them, where there was no supply of drinking water from artesian well, the wheel of water was placed in the nearby river. With respect to the garbage, there was not observed daily collection, or even an appropriate location for the destination of the residue produced. Thus, the waste was deposited into holes next to houses and burned to reduce the volume, with the exception of the Village Wazarethat performed daily collection and buried in the garbage deposit located 400 meters away from the houses.

With regard to the destination of waste, half of the native indigenous people kept the habit to eliminate them at 100 meters from the village into a nonspecific location. The other half used communal toilets that had outlets for septic (75%) or outdoors (25%). The habit of washing hands is still a challenge to be overcome to become everyday life in the community.

The nutritional habits reflected the integration with the surroundings, since 72.1% practiced mixed feeding, with consumption of indigenous and traditional foods purchased in monthly shopping at a supermarket. Rice, beans, native fruit, fish, meat, and ema were the most frequently used food. Only 7% of cases, predominantly elderly, are those who preserve the culture in all its essence, and reported ingesting exclusively traditional foods.

In relation to the actions of ethno-development, it observed that the path followed by Haliti-Paresí is in line with the increasing pursuit of financial support by means of the agricultural partnership, the organization of the association for toll collection, the insertion of members in governmental bodies and the incentive for the professional training of their descendants. The impacts of this expansionist process were more evident in the areas of economic, political and educational and few incipient in health.

With the examination of stool samples, it was possible to identify 46.6% (20/43) of parasitized individuals,

and of these, half with polyparasitism. Of the nine species were identified, six were pathogenic species: *Giardia duodenalis*, *Entamoebahistolytica*, *Ancilostomídeo*, *Blastocystishominis*, *Hymenolepis nana*, and *Rodentolepis nana*. The other three were non-pathogenic: *Iodamoeba babutschlii*, *Entamoeba coli*, and *Endolimax nana* (Table 2).

Table 2. Distribution of intestinal parasites in 43 indigenous Haliti-Paresí. Indigenous land Utariti, Campo Novo do Parecis, Brazil, 2017

Variables N	Total Population (N=43)		
	%		
Number of parasites per sample	0	23	53,4%
	1	10	23,2%
	2	8	18,6%
	3	2	4,7%
Parasites	<i>Entamoeba coli</i> **	13	30,2%
	<i>Giardia duodenalis</i> *	4	9,3%
	<i>Endolimax nana</i> **	3	7,0%
	<i>Entamoeba histolytica</i> *	3	7,0%
	<i>Rodentolepis nana</i> *	2	4,7%
	<i>Hymenolepis nana</i> *	2	4,7%
	<i>Iodamoeba butschlii</i> **	1	2,3%
	<i>Ancilostomídeo</i> *	1	2,3%
	<i>Blastocystis hominis</i> *	1	2,3%

* Pathogenic species

** Not pathogenic species

DISCUSSION

The results obtained in this study confirm the information available in medical literature on intestinal parasites in indigenous communities in Brazil, in which the prevalence is higher than the observed in the general population^{14,15}. The intestinal parasites have a cosmopolitan distribution, and the prevalence vary, among other factors, the dependence of economic conditions of the population, with the highest rates in developing countries, especially in areas where the conditions of sanitation and health education are disabled.

As to the participation of Haliti-Paresí, 43 (36.4%) gave the analysis sample rate similar to that reported by Assis *et al.* (2013), who also obtained low return of sam-

ples of feces for a total 37, 1% in the indigenous community in Minas Gerais.

There was a predominance of indigenous participation of females, a result similar to that observed in the studies by Rios et al. and Silva, but inconsistent with the research developed by researchers in other ethnic groups¹⁵⁻¹⁸. The distribution of parasitism by age was observed with a higher incidence among adolescents (13-18 years, 100%), followed by children from 0 to 12 years, given that differs from similar studies by presenting the adolescents as the most infected¹⁸⁻²⁰.

The schooling showed no relevance as a determinant factor in the reduction of infection by intestinal parasites, since in this study including the indigenous people with a higher level showed 100% intestinal parasites. The historical process of schooling of Haliti-Paresí began with the foundation of the first educational institution in 1920 by Marshal Rondon. It aimed to train indigenous to the conviviality with the "civilized society". Subsequently under the responsibility of the Jesuits in education in the decade of 1930, the municipality assumed the indigenous education only at the end of year 80. 21In this context, currently in the state of Mato Grosso, there are 176 indigenous schools, 661 teachers and 11,162 students enrolled in 2005 and following the national profile, the great majority of these students (91.9%) is studying the basic education. 10Although education is a decisive factor for the understanding of the importance of adequate sanitation and personal and collective hygiene, it is also one of the main means of integration of the indigenous population in society. The persistence of poor health, a result of the maintenance of sanitation conditions, has been observed with the growing indigenous migration to the outskirts of cities close to the villages²².

The high prevalence of intestinal parasitism in population groups living in areas deprived of minimum conditions of sanitation prove their correlation with environmental issues and the economic differences, an event that can be observed among indigenous peoples, such as the findings of this study with the Haliti-Paresí. Moved and seated, in their majority, in different places of its origin, the indigenous population resides in locations with

impoverished soils to practice subsistence agriculture, where hunting and fishing are becoming increasingly scarce²³.

This difficulty of mobility imposed by limiting the geographic space causes the population density and promotes a relationship of increasing dependence with the non-indigenous community. In this scenario, this population is sedentary and subjected to a situation in which the sanitation is non-existent, factors that contribute to an increase in environmental pollution from fecal wastes which, consequently, provides a quick and efficient movement of eggs, cysts and larvae of parasites²³.

Thus, the enteroparasitosis in indigenous communities have high rates and become a challenge to promote the health and quality of life of those communities^{16, 20, 23, 24}. In addition to the behavioral risks as precarious personal hygiene habits, cultural and menus, observed in populations of low socioeconomic level. In the indigenous communities, other factors contribute to the increase of these indexes as the practice of eating with hands, to defecate in the environment, do not wear shoes, drinking untreated water in association with the lack of basic sanitation^{16, 18, 19, 20, 25}.

Despite being a still incipient process, one needs to register a growing processing. The academic formation of indigenous people to return to the villages after completing their studies, they act as multipliers of knowledge acquired, mainly in what he said about the health-disease process. This knowledge obtained in a non-indigenous context, not only stimulates the formation of other peoples, but also and mainly the implementation of actions that enable the reduction of risks and continued improvement in health aspects²⁶.

Therefore, with a growing presence, the indigenous people with technical training can help in the operationalization of programs that occur with greater effectiveness within communities developed, from the district councils and local health, with subsequent approval in the district plan taking into consideration the problems of their daily lives. These actions enable the quest for resources and the realization of projects of research to

ensure a better quality of life for their community, as well as the recognition of one's own culture and language, which contributes to a greater adherence of the community in projects⁸.

Until contact with Rondon, the Haliti-Paresí community was composed exclusively by co-opted members of this ethnic group; however, the coexistence with the religious missions forced marriage with other ethnic groups. A strategy that was used for commercial purposes in subsequent years by farmers who sent the supervisors to marry with the indigenous peoples and thus, entering the land Paresí to build farms, houses and appropriating the territory⁹. Therefore, until the moment the interethnic marriage is a reality in this population and evidenced in this study.

The interethnic marriage causes negative impact. From the perspective of the more traditional indigenous, they believe that this relationship may cause a risk of cultural loss, i.e., the devaluation of the tradition and knowledge, on departure; another portion of the community believes that this union can facilitate access to public services offered in the city²⁷.

The impact of marriage with non-Indians has two aspects, when the marriage of a man with an indigenous woman not indigenous, this is accepted as the woman continues with her household chores and does not get involved in political relations of the community. The marriage of an indigenous woman with a man not outsider can cause several conflicts, because this new part cannot give opinion in political decisions and organization of the village^{21,27}. Since the marriage between Indians from other ethnic groups do not have the distinctions above, because they are fully incorporated by the community as occur with ethnic Manoki, Nambikwara and Rikbaktsa.

The insertion of non-Indians in the community may even hinder the ethno-development projects, because the fragility of culture with the insertion of new members negatively influences in approval and funding of these projects by government agencies, thus constituting a barrier to the sustainability of indigenous communities under this perspective of enterprises in their territories. Silveira emphasizes that it is crucial for the Haliti-Paresí keep the pursuit of political autonomy and

support of their material and symbolic needs to be firm in their territories⁵.

The predominance of traditional houses is related with cultural preservation, to represent the myth of origin and the spiritual passage in this world¹⁰. It also expresses a project of ethno-development of the tourist area where the communities have resumed the traditional architecture as a strategy to provide the visitor the experience of indigenous culture, which has led not only to an improvement in economic conditions, but also to the restoration of cultural ethnicity⁵.

The traditional houses have an oval shape always with your entries directed to sunrise and sunset, are made of raw wood frame collected in the woods nearby, its interior is spacious with dirt, do not have divisions and contain a large amount of inhabitants⁹. The presence of dirt can magnify the risk of enteroparasitosis, since the presence of domestic animals, surface cleaning, moisture and mild temperature becomes the means conducive to the permanence of the parasites in the soil^{18,28}.

Over the years the traditional houses have gone through modifications, the Haliti-Paresí are incorporating increasingly industrialized tools and materials, such as wires, nails, cement floor and tiled floors. These new adaptations are justified by the greater durability, protection against insects, rodents, and poisonous animals, in addition to the ease of cleaning.

In the study the number of residents per household ranged from 1 to 9 with an average of 5 people, also influences the increase in the risk of transmission of diseases the fecal-oral route, and among the indigenous communities, the high densities in the same household are well reported. 9 This coexistence next, coupled with the absence of adequate sanitation and the bad habits of hygiene, especially hand washing, contribute greatly to the spread of these diseases among residents in the same housing. 16Cunha and Amichi added that there are several types of parasitic pathogens agents those survive the period of 5 minutes in the hands and 45 minutes under the fingernails, thus enhancing the chances of home contamination by constant contact²⁹.

Furthermore, it should be noted that in the majority of the villages there is weakness in infrastructure, because the water supply is

present, however without treatment. The water is collected directly from artesian wells or rivers, stored in a water box, and then distributed directly to the houses that do not have filters. Terças *et al.* describes that the construction of the villages is next to rivers, but with the reduction of the mesh hydropower projects, reduction of vulnerability propitiated the presence of artesian wells in communities Haliti-Paresí¹⁰. However, it is necessary to the implementation of educational measures those aim to improve the quality of water for consumption, such as the use of filters, application of hypochlorite, etc.

In the Haliti-Paresí's village where ethno-tourism has been deployed, it is possible to observe the presence of clays filters in homes, in addition to housing with male and female toilets with pipeline for septic, demonstrating that these actions have brought significant improvements to the reorganization of the community, but it is reality in other villages in the study^{5,10}.

Another important risk of environmental contamination that can result in enteroparasitosis in indigenous areas is the disposal of human waste and solid waste in per domestic areas or close to sources of water for human consumption¹⁰. The sanitation and the evacuation approximately the village cause soil contamination and risk of water contamination that can provide the maintenance of parasitic cycles and the presence in abundance of infective forms in soil and water for human consumption. Thus, the individuals susceptible to parasitism are in constant exposure, with persistent infections that ensures the cycle of transmission of intestinal parasites^{4,26}.

Is necessary to add the fact that the eliminations of slurry remain close to Haliti-Paresí's homes, event that perpetuates the fecal-oral transmission, in which water is the main vehicle for transmission, once the period of rain the digestion which are in the soil can seep into the rivers^{5,10}. It should be emphasized that the rivers are also a source of irrigation of crops, required for personal hygiene, washing machine, and leisure activities especially for children who often use them for entertainment.

The same context can be observed regarding the garbage, whose accumulation and

improper disposal on the outskirts of the houses favor the proliferation of vectors, reservoirs and parasites, with subsequent transmission of the infection principally in indigenous children who develop their everyday activities like playing in direct contact with the contaminated soil⁵.

Escobar-Pardo *et al.* and Pena and Heller add that due to changes in food habits as the consumption of industrialized foods among the indigenous people, has been observed with the increase in the production of garbage, whose disposal has been conducted in holes next to homes or in its surroundings^{9,20}. The effective waste collection and disposal in appropriate places would be a factor of paramount importance for preventing health; however, there is only one village that holds your discard in distant location of headquarters, the only one who has the ethno-tourism project in progress.

Although the habits observed in Haliti-Paresí proving that the introduction of industrialized foods is gradually being replaced by traditional nutritional habits and that the epidemiological profile of indigenous peoples has presented an improvement, still there is the occurrence of anemia and malnutrition, often associated with intestinal parasites and weaknesses^{14,23}. Other factors can be highlighted in addition to the inadequacy of food, such as the difficulty of access and food production, inadequate use of available foods and other situations of food insecurity³⁰.

The improper handling of food should also be highlighted once the enteroparasitosis are transmitted in their great majority through vegetables, fruits and vegetables contaminated²⁹. Responsible for the preparation of food for the family, can contaminate, by means of hands, the food they manipulated and thus spread the disease among all those who consume the food, so it is paramount to adoption of actions that prioritize the proper hygiene.

In this context, it is necessary to include the increased production of garbage due to industrialized food, as a consequence of ethno-development. 8 There is the importance to establish educational actions on appropriate habits of hygiene and correct handling of food; the habit of improper handling of food and cooking can be the main causes of transmission of enteroparasitosis^{9,28}

As for the prevalence of enteroparasitosis in Haliti-Paresí, the overall prevalence was 46.6%, with a predominance of species *Giardia duodenalis* and *Entamoeba histolytica* that contributed to the occurrence of polyparasitism in 23.3% of individuals. This result is similar to that found by Simões et al. in the XukuruKari-ri ethnicity in the municipality of Caldas, in the state of Minas Gerais, where the prevalence was 55.5% with a polyparasitism of 8.3%, a result lower than that observed in the present study²².

Positive samples, 16.6% and 6.7% of the parasites were found *Giardia duodenalis* and *Entamoeba histolytica*, respectively. A study conducted in the Xavante reservation, in the state of Mato Grosso by Silva found that 61.2% of the Indians showed positivity for parasitism, 6.1% for *Giardia duodenalis* and 7.7% for *Entamoeba histolytica* and polyparasitism in 25.5% of individuals. In a third study conducted with ethnicity Maxacali in the Minas Gerais, detected a high prevalence (84.3%), predominantly related to *Entamoeba histolytica* (48.9%) and *Ancilostomideo* (37.9%) results different from those identified in this study¹⁸.

In the State of Paraná, Toledo et al. studied the Kaingang population found that 65.8% of the indigenous peoples had *Entamoeba coli* and 34.9% of *Endolimax nana*¹⁷. More recently in Alagoas, in a study developed with the indigenous Xucurukariri it was possible to identify a prevalence of 60% and 1.8% for *Entamoeba coli* and *Endolimax nana*, respectively, whose result discrepancy can be explained by environmental factors not favorable to the proliferation of these agents in these areas²².

The high rates of polyparasitism described here are similar to other findings involving indigenous communities^{16,17,18,19,20,22,25}. Similar environmental conditions, in respect to precarious sanitation and life habits, conduct to maintenance of the biological cycle of parasitic agents.

Habits commonplace in villages favors the contamination of the environment, making it more conducive to the proliferation of several pathogens those justify the high rates of polyparasitism in the villages²⁵. However, it is pertinent to note that, with the conception of knowledge about the health-disease process to increase the ability of the individual to acquire a holistic vision

about the issues that surround it, to change their behavior in such a way that continue to seek ways to ensure an improvement in the quality of life³¹.

Therefore, there is a clear need for a greater attention to the enteroparasitosis, whereas the lack of adequate sanitation and hygiene can directly influence the quality of life of the population, particularly the indigenous population^{18,20,22,25}.

Finally, it is possible to check the great challenge of proposing an integration between the control of enteroparasitosis and sanitation with the ethno-development, considering the different aspects, social, political, economic and cultural rights, with exploitation of indigenous traditional knowledge and respect to the forms chosen for the construction of its future projects implemented in the definition of ethno-development⁸.

The main limitation of this study was the low adherence in the delivery of collectors with stool samples. It was noticeable that, in accordance with the engagement of local leaders, the frequency of participation on the part of the village was greater, as observed in the village Waz-are.

CONCLUSION

The study conducted in Utiariti indigenous land, where reside the Haliti-Paresí, identified high rates of intestinal parasitoses (46,6%) and although it has confirmed the existence of problems in sanitation, difficulty to access to treated water, inadequate destination to waste and garbage enabled the identification of innovative initiatives guided by the ethno-development as an important path to overcome the difficulties and challenges associated with the culture.

Pass through innovation that will boost the change and at the same time preserves the culture, values, beliefs, myths and rites is a new step that is implemented. Even because some actions focused on the economic ethno-development these communities are already affecting improvements in health and sanitation, as for example, the structure of the village to ethno-tourism that provides access to toilets, water filters and dispose of garbage away from the houses. This is the beginning of a discussion to be inserted into the daily lives of indigenous leaders

and paved in order to raise the standard of living of these communities.

All individuals infected with pathogenic parasites were treated in accordance with the protocols recommended by the Ministry of Health, being met by the health team of the DSEI-Cuiabá, is also a partner in this study.

The periodic coproparasitological investigations, including the determination of the parasitic load, it is necessary for the control of enteroparasitosis in indigenous communities, as well as for the evaluation of strategies and measures to combat this form of parasitism.

REFERENCES

1. Basta PC, Orellana JDY, Arantes R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. Brasília: MEC-SECADI; 2012.
2. Garnelo L, Pontes AL. Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI; 2012
3. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Os indígenas no censo demográfico de 2010. Rio de Janeiro; 2012. Available from: https://ww2.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf
4. Canova L. Doces bárbaros – imagens dos índios Paresi no contexto da conquista portuguesa em Mato Grosso (1719-1757). Dissertação (Mestrado em História). Universidade Federal de Mato Grosso; 2001. Available from: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp000214.pdf>
5. Silveira EMS. Cultura Como Desenvolvimento Entre Os ParesiKozarini. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Universidade Federal Rio Grande do Norte; 2011.
6. Verdum R. Etnodesenvolvimento e mecanismos de fomento do desenvolvimento dos povos indígenas. In: Lima ACL, Barroso-Hoffmann M. (org.). Etnodesenvolvimento e Políticas Públicas: Bases para uma Nova Política Indigenista. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2002.
7. Palenzuela P. 2009. Mitificación del desarrollo y mistificación de la cultura: el etnodesarrollo como alternativa, Iconos Rev de ciencias sociales [internet] 2009 [acesso em 2017 Jun 16]; 33: 127-140. Available from: <http://www.flacso.org.ec/docs/i33palenzuela.pdf>
8. Ministério da Saúde (Brasil). Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Programa Saúde Indígena: Etnodesenvolvimento Desenvolvimento das Sociedades Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena.pdf
9. Pena JP, Heller L. Saneamento e Saúde Indígena: Uma Avaliação na População Xakriabá, Minas Gerais. EngSanitAmbient. [internet] 2008 [acesso em 2018 Jan 13];13: 63-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/esa/v13n1/a09v13n1.pdf>
10. Terças ACP, Nascimento VF, Hattori TY, Zenazokenae LE, Atanaka M Lemos ERS. Os *Haliti-Paresi*: uma reflexão sobre saúde e demografia da população residente nas terras indígenas Paresi. Rev Ameríndio. [internet] 2016 [acesso em 2018 Jan 22];10: 226-253. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/EspacoAmerindio/article/view/60301>
11. Terças ACP, Nascimento VF, Hattori TY, Zenazokenae LE, Atanaka M Lemos ERS. Clinical research production in indigenous area: experience report with the Haliti-Paresi. Revenferm UFPE online [internet] 2016 [acesso em 2018 Jan 22]; 10: 2253-2261. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11241/12847>
12. 12 – Ritchie, L.S. An ether sedimentation technique for routine stool examinations. Bull. U.S. Army Med. Dept., 8: 326, 1948.
13. Young, K.H. et al. Ethyl Acetate as a substitute for diethyl ether in the formalin-ether sedimentation technique. J. Clin. Microbiol., 10: 852-3, 1979.
14. Santo SRV, Coimbra Júnior CEA. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: ABRASCO/ Fiocruz; 2003. Available from: <http://books.scielo.org/id/bsmtd/pdf/coimbra-9788575412619-02.pdf>
15. Marucci MFN. Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil. Cad Saúde Publica 2004; 20: 871-72.
16. Rios L, Cutolo SA, Giatti LL, Castro M, Rocha AA, Toledo RF et al. Prevalência de parasitoses intestinais e aspectos socioambientais em comunidade indígena no distrito de Iauaretê, município de São Gabriel da Cachoeira (AM), Brasil. Saúde Soc. [in-

- ternet] 2007 [acesso em 2018 Mar 05]; 16: 76-86. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902007000200008&script=sci_abstract&tlng=pt
17. Silva GMV. "Parasitos intestinais na comunidade indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil". Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro; 2010. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/24558/1/1064.pdf>
 18. Assis EM, Oliviera RC, Moreira LE, Pena JL, Rodrigues LC, Machado-Coelho GLL. Prevalência de parasitoses intestinais na comunidade indígena Maxakali, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* [internet] 2013 [acesso em 2018 Mar 05];4: 681-690. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000400006&script=sci_abstract&tlng=pt
 19. Toledo MJO, Paludetto AW, Moura FT, Nascimento ES, Chaves M, Araújo SM et al. Avaliação de atividades de controle para enteroparasitose em uma aldeia Kaingáng do Paraná. *Rev Saúde Pública*. [internet] 2013 [acesso em 2018 Mar 05];43: 981-990. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000600009&script=sci_abstract&tlng=pt
 20. Escobar-Pardo ML, Godoy APO, Machado RS, Rodrigues D, Neto Ulysses F, Kawakami E. Parasitoses em crianças indígenas do Xingu. *Jornal da pediatria*[internet] 2010 [acesso em 2018 Jan 22];86: 493-496. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000600008&lng=en.
 21. Paes MHR. A questão da língua na escola indígena em aldeias Paresi de Tangará da Serra-MT. *Rev Brasileira de Educação*[internet] 2002 [acesso em 2018 Jan 22];21: 52-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n21/n21a04.pdf>
 22. Simões BS, George LLMC, Pena JL, Freitas SN. Condições ambientais e prevalência de infecções parasitárias em indígenas Xukuru-Kariri, Caldas, Brasil. *Rev panam salud publica*[internet] 2015 [acesso em 2018 Jan 22];38: 42-48. Available from: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2015.v38n1/42-48/>
 23. Coimbra Júnior CEA, Santos RV. Parasitismo intestinal entre o grupo indígena Zoró, Estado de Mato Grosso (Brasil). *Cad Saúde Pública*. [internet] 1991 [acesso em 2018 Jan 22];7: 100-103. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000100009&lng=en
 24. Bóia MN, Carvalho-Costa FA, Sodré FC, Porras-Pedroza BE, Faria EC, Magalhães GAPinto et al. Tuberculose e parasitismo intestinal em população indígena na Amazônia brasileira. *Rev Saúde Pública*[internet] 2009 [acesso em 2018 Fev 13];43: 176-178. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100023&lng=en
 25. Oliveira RB, Fernandes PC, Nascimento BWL, Fernandes FV, Castro CLF et al. Fatores associados a ocorrência de parasitoses intestinais em uma população de crianças e adolescentes. *Rev Paul Pediatr*. [internet] 2012 [acesso em 2018 Fev 13];30: 195-201. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822012000200007&lng=en
 26. Salgado CAB. Segurança alimentar e nutricional em terras indígenas. *Rev Estudos e Pesquisas*[internet] 2007 [acesso em 2018 Fev 13]; 4: 131-186. Available from: http://www.funai.gov.br/arquivos/conteudo/cogedi/pdf/revista_estudos_pesquisas_v4_n1/04-Carlos_Antonio_Bezerra_Salgado-Seguranca_alimentar_e_nutricional_em_terras_indigenas.pdf
 27. Lasmar C. Irmã de índio, mulher de branco: Perspectivas feministas do Alto Rio Negro. *Mana*[internet] 2008 [acesso em 2018 Fev 13];14: 429-454. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-93132008000200006>
 28. Cutolo AS, Matté MH, Rocha AA. 2006. Monitoring of parasitological contamination in treated wastewater from activated sludge system. *Management of Environmental Quality*[internet] 2006 [acesso em 2018 Fev 13];17:43-56. Available from: <https://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/14777830610639431>
 29. Cunha LF, Amichi KR. Relação entre a ocorrência de enteroparasitoses e práticas de higiene de manipuladores de alimentos: revisão da literatura. *Revista Saúde e Pesquisa*[internet] 2014 [acesso em 2018 Mar 05];7: 147-157. Available from: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/2634>
 30. Leite MS, Santos RV, Coimbra Júnior CEA, Gugelmin SA. Alimentação e Nutrição dos Povos Indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/ Atheneu; 2007.

31. Souza TJ. O processo saúde-doença em indígenas. Periódicos Univag[internet] 2017 [acesso em 2018 Mar05];2: 03-05. Available from: <http://www.periodicos.univag.com.br/index.php/CONNECTIONLINE/article/viewFile/386/598>

Recebido em: 25/10/2018

Aceito em: 21/05/2019

CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Luciane Peter Grillo

Doutora em Ciências Aplicadas à Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Pós-doutora em Epidemiologia, pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Docente do Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí, SC, Brasil.

Leonardo Sartório Ibarra

Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho, pela Universidade do Vale do Itajaí (Univali), Itajaí (SC), Brasil.

Tatiana Mezdri

Doutora em Ciências dos Alimentos, Sevilha, Espanha. Docente do Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho, pela Universidade do Vale do Itajaí (Univali), Itajaí (SC), Brasil.

RESUMO: O estudo teve como objetivo avaliar 81 profissionais de educação física egressos de uma universidade comunitária sobre o conhecimento do conceito ampliado de saúde na sua formação. Trata-se de uma pesquisa quantitativa por meio da aplicação de um questionário *online*. Os resultados mostraram a predominância de profissionais do sexo masculino (56%), faixa etária de 20 a 25 anos (55%), carga horária de trabalho semanal de mais de 20 horas (67%), renda de até R\$2.000,00 mensais (78%), dos quais 14% não apresentavam conhecimento do conceito ampliado de saúde. Além disso, verificou-se uma associação significativa entre a modalidade de formação e o conceito ampliado de saúde. Em vista dos achados observados, torna-se necessário consolidar a formação deste profissional na saúde coletiva para inserção nas equipes multiprofissionais.

PALAVRAS-CHAVE: Educação física e treinamento; Educação profissional em saúde pública; Saúde pública.

EXTENDED HEALTH CONCEPT IN THE FORMATION OF PHYSICAL EDUCATION PROFESSIONALS

ABSTRACT: Current analysis aimed at evaluating 81 professionals in physical education recently graduated with regard to their knowledge on extended health concept in their formation, by means of a quantitative research with an online questionnaire. Results revealed the predominance of male professionals (56%), age bracket 20-25 years (55%), weekly work load of more than 20 h (67%), and an monthly income of R\$2,000 (78%) Fourteen percent did not know anything on extended health concept. There was a significant association between training modality and extended health concept. Results showed the need for the consolidation in the formation of professionals in community health for insertion in multiprofessional teams.

KEY WORDS: Physical education and training; Professional education in public health; Public health.

INTRODUÇÃO

Com a implantação das diretrizes curriculares para os cursos de graduação, os currículos da área da saúde deveriam procurar uma articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS), utilizando uma concepção ampliada de saúde. Entende-se, no presente estudo, como conceito ampliado de saúde: “A saúde resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos

Autor correspondente:

Luciane Peter Grillo
grillo@univali.br

serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida¹. Desta forma, a integralidade passa a ter importância fundamental, uma vez que favorece a ampliação e o desenvolvimento da dimensão cuidadora e propicia maior comprometimento dos profissionais com o seu trabalho, favorecendo práticas inovadoras, fortalecendo os processos de educação permanente².

A formação do profissional de educação física (EF), conforme resolução nº 07/2004, de 31 de março de 2004, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de graduação em EF, em nível superior de graduação plena, deve ser concebida, planejada, operacionalizada e avaliada, visando à aquisição e o desenvolvimento de competências e habilidades específicas que contemplem a perspectiva da promoção da saúde nas diferentes esferas de atuação destes profissionais. Propõem, ainda, a formação de um perfil profissional voltado ao entendimento do contexto social dos indivíduos e comunidades para nele intervir profissionalmente com a sua especialidade acadêmica e com a ampliação do conhecimento, adotar hábitos saudáveis³.

Na saúde, o profissional de EF está inserido no Serviço de Atenção Básica ao compor as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde Família (NASF), de acordo com as ações específicas priorizadas pela Política Nacional de Promoção da Saúde⁴, criada em 2006, que inclui a prática corporal e a atividade física nas ações da rede básica de saúde e da comunidade. Os profissionais que compõem o NASF, entre eles o profissional de EF, devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e da Atenção Básica, compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, na atenção básica, que ampliem o seu escopo de ofertas^{5,6}.

Para auxiliar na implementação das DCN com relação às necessidades do SUS, o governo federal publicou os editais do PRÓ-Saúde e PET-Saúde que incluíram diferentes universidades brasileiras em projetos interprofissionais e interdisciplinares^{7,8}. O Pró-Saúde tem como objetivo a reorientação da formação profissional,

assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população⁷; o PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde), considerado uma inovação pedagógica, que agrega os cursos de graduação da área da saúde e fortalece a prática acadêmica que integra a universidade, em atividades de ensino, pesquisa e extensão, com demandas sociais de forma compartilhada⁸.

O PRÓ-Saúde, articulado ao PET-Saúde, é desenvolvido nas redes de Atenção à Saúde, com a participação de docentes, estudantes, equipes de saúde do serviço e usuários do SUS. Os projetos são acompanhados por comissões gestoras locais, constituídas por representantes dos docentes, gestores municipais de saúde, discentes e membros dos conselhos locais. Estes programas têm possibilitado vivências que ampliam a visão de professores, estudantes e profissionais do serviço, sobre o cuidado ao sujeito que adocece no contexto de sua existência, colaborando para a escuta permeada por dúvidas, encantamentos e descobertas do imprevisível, qualificando a atenção à saúde que valoriza a relação entre humanos^{7,8}.

Portanto, o perfil dos profissionais da rede de Atenção Básica, entre os quais o da EF, deve contemplar posturas que superem a perspectiva individualizante e fragmentária que tradicionalmente abordam os modos de viver. Colocam assim, os sujeitos e as comunidades como responsáveis únicos pelas várias mudanças e arranjos ocorridos no processo saúde-doença ao longo da vida⁹.

Uma vez que os profissionais de EF fazem parte da área da saúde, o objetivo do presente estudo foi avaliar se estes profissionais apresentam conhecimento sobre o conceito ampliado de saúde na sua formação acadêmica, pois verifica-se que existem incipientes estudos publicados⁹⁻¹² a respeito deste profissional no ambiente da saúde, do mesmo modo são insuficientes as publicações sobre a atuação de tais profissionais no Sistema Único de Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal de natureza quantitativa. A população do estudo foi composta por profissionais de EF egressos de uma universidade comunitária localizada em Itajaí, no Estado de Santa Catarina, tendo 394 egressos até o ano de 2017/I. Os contatos com os egressos foram realizados por meio de correio eletrônico, sendo os endereços obtidos na Coordenação do Curso após autorização prévia da Vice-reitoria de Graduação da referida universidade.

Para a coleta dos dados, aplicou-se no segundo semestre de 2017 um questionário especialmente construído para a pesquisa com auxílio de uma ferramenta para a criação de formulários “online” do *Google Docs*. Este instrumento foi fechado, de múltipla escolha, variáveis categorizadas, contendo nove questões referentes a dados sociodemográficos: faixa etária (20 a 25, 26 a 30, 31 a 35, 36 a 40, 41 a 45, 46 a 50 e mais de 50 anos), sexo (masculino, feminino), renda (menor que R\$1.000,00, de R\$1.000,00 a menor que R\$2.000,00, de R\$2.000,00 a R\$3.000,00 e maior que R\$3.000,00); de formação profissional: carga horária (até 20h, mais de 20h/semanais), anos de formado (até 10 anos, mais de 10 anos), titulação (graduação, especialização, mestrado, doutorado, pós-doutorado), modalidade (licenciatura, bacharelado, licenciatura e bacharelado, licenciatura plena), área de atuação (ensino, condicionamento físico, grupos especiais, performance, saúde e qualidade de vida) e de conhecimento do conceito ampliado de saúde. Esta última questão envolvia três conceitos: o ampliado de saúde¹, o de promoção da saúde “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo”¹³ e o biomédico “A saúde constitui a liberdade de doença, dor, ou defeito, o que torna a condição humana normal saudável”¹⁴.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí, sob o parecer 1.713.302 de 05 de setembro de 2016.

Os dados foram armazenados e tabulados pelo programa Excel e posteriormente as análises realizadas no programa Stata, versão 13.0. As variáveis estudadas foram apresentadas por meio de frequências absolutas e re-

lativas. As associações entre o conceito ampliado de saúde e a modalidade de formação foram realizadas utilizando o teste do χ^2 de Pearson com nível de significância de 5%. Na modalidade formação, separou-se em três grupos: a) licenciatura; b) bacharelado; e; c) cursaram os dois juntos (licenciatura mais bacharelado) e licenciatura plena.

RESULTADOS

Dos 394 egressos de uma universidade comunitária no Estado de Santa Catarina, 21% (n=81) retornaram o questionário *online* preenchido.

A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico dos profissionais de EF egressos. Observa-se a predominância de sexo masculino (56%), faixa etária entre 20 a 25 anos (55%), carga horária de trabalho semanal de mais de 20 horas (67%) e renda de até R\$ 2.000,00 (2 mil reais) mensais (78%).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos profissionais egressos do curso de educação física, Itajaí, 2017

Variáveis sociodemográficas	N	%
Sexo		
Masculino	45	56
Feminino	36	44
Faixa etária		
20 – 25 anos	45	55
26 – 30 anos	25	31
31 – 35 anos	11	14
Carga horária de trabalho		
Até 20 horas	14	33
Mais de 20 horas	67	67
Renda		
Até R\$1.000,00	18	22
De R\$1.000,00 a 2.000,00	45	56
De R\$2.000,00 a 3.000,00	10	12
Mais 3.000,00	08	10

A Tabela 2 mostra a formação dos profissionais de EF egressos. Verifica-se a predominância de até dez anos de formação (86%), com a modalidade licenciatura (37%), somente graduação (44%) e atuando no ensino (43%). Somente 9% da amostra atuam na saúde coletiva.

Tabela 2. Perfil da formação dos profissionais egressos do curso de educação física, Itajaí, 2017

Formação	N	(%)
Anos de formado		
Até 10 anos	70	86
Mais de 10 anos	11	14
Modalidade		
Licenciatura	30	37
Bacharelado	24	30
Licenciatura + bacharelado	16	20
Licenciatura plena	11	13
Grau de escolaridade		
Graduação	38	47
Especialização	36	44
Mestrado	7	09
Área de atuação		
Ensino	35	43
Condicionamento físico	22	27
Grupos especiais ^a	09	11
Performance	08	10
Saúde e qualidade de vida	07	09

Nota: ^adiabéticos, hipertensos e idosos

Com relação ao conceito de saúde, verificou-se que 74% (n=60) dos entrevistados demonstraram conhecimento do conceito ampliado de saúde, 19% (n=15) optaram pelo da promoção da saúde, 5% (n=4) pelo modelo biomédico e 2% (n=2) não quiseram responder. Quando se avaliaram os profissionais de EF atuantes na área da saúde coletiva, observou-se que 14% não apresentavam conhecimento do conceito ampliado de saúde. Com relação aos atuantes em outras áreas, 24% não possuíam este conhecimento (Tabela 3).

Tabela 3. Conceito ampliado de saúde dos profissionais egressos do curso de educação física, Itajaí, 2017

Conceito ampliado de saúde	Área de atuação	
	Saúde coletiva N (%)	Outras N (%)
Correto	6 (86)	54 (73)
Incorreto	1 (14)	18 (24)
Sem informação	0 (0)	02 (3)
Total	7 (100)	74 (100)

Foi realizada a associação entre as variáveis conceito ampliado de saúde e modalidade de formação, nas quais foi observado que os egressos dos cursos de bacha-

relado, licenciatura mais bacharelado e plena têm maior conhecimento do conceito ampliado de saúde do que somente os licenciados (TABELA 4).

Tabela 4. Modalidade de formação e o conceito ampliado de saúde dos profissionais egressos do curso de educação física, Itajaí, 2017

Conceito	Modalidade		
	Licenciatura	Bacharelado	licenciatura/Bacharelado + Plena
	N (%)	N (%)	N (%)
Correto	16 (53%) ^a	21 (88%) ^b	23 (89%) ^b
Incorreto	14 (47%) ^a	03 (12%) ^b	04 (11%) ^b
Total	30 (100%)	24 (100%)	27 (100%)

Teste X² de Pearson. Letras diferentes diferenças estatísticas com p<0,05.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo verificar se o conceito ampliado de saúde é reconhecido pelos profissionais de EF formados em uma universidade comunitária, bem como descrever o perfil sociodemográfico e de formação destes profissionais.

Com relação ao perfil sociodemográfico dos profissionais egressos de EF da universidade comunitária investigada, observa-se a predominância de sexo masculino, contrário ao encontrado em outro estudo realizado no mesmo Estado com o objetivo de analisar os aspectos de formação continuada de egressos dos cursos de EF da Universidade Federal de Santa Catarina¹⁰ e em Sobral, no Ceará, que avaliou a inserção de egressos dos Programas Multiprofissionais em Saúde da Família¹¹ com predominância do sexo feminino, 58% e 86%, respectivamente.

Quanto à faixa etária, os participantes deste estudo apresentaram predominância de 20 a 25 anos, resultado semelhante aos egressos da universidade pública de Santa Catarina¹⁰. Em Sobral (CE), esta faixa etária foi ampliada, até 30 anos, mostrando ser um grupo de adultos jovens¹¹.

Em relação à carga horária de trabalho semanal e renda mensal, os resultados foram semelhantes ao estudo realizado em Santa Catarina¹⁰ em que os egressos investigados atuavam mais de 20 horas semanais (67%), com predominância de até três salários mínimos (70%).

Na formação dos profissionais de EF egressos verifica-se a predominância de até dez anos de formação, mostrando um público com pouco tempo de formação, grau de escolaridade predominantemente somente a graduação e apenas 9% da amostra atuava na saúde coletiva. Em uma revisão da literatura sobre estudos produzidos no Brasil entre 1997 e 2013, investigando características de formação profissional, perfil e competências do profissional de EF para atuação na área da saúde, os autores encontraram importantes avanços na formação em saúde, visando a integralidade e a superação do modelo biomédico¹². Entretanto, ao abordarem sobre a intervenção do profissional de EF no Sistema Único de Saúde, os mesmos autores apontaram divergências entre o perfil necessário e a formação no ensino superior, demandando o domínio de conteúdos teóricos, técnicas e vivências no campo da saúde coletiva, bem como a integração das instituições formadoras com os serviços de saúde, sobretudo por meio de canais permanentes de retroalimentação e discussão de problemas, avanços e necessidades¹².

As pesquisas produzidas nos meios científicos, nos últimos anos, a respeito da educação para a saúde, têm mostrado a sua reconhecida importância na formação docente¹⁵. Considerando a relevância do tema, um estudo identificou e analisou as abordagens de saúde contidas em 55 trabalhos científicos em periódicos, dissertações e teses contidas no Portal da Capes, no período de 2005 a 2015, que discutiram a educação para a saúde nos currículos de formação dos professores¹⁵. A análise do referido estudo possibilitou identificar que as matrizes curriculares que discutem a temática da saúde apresentam uma visão contraditória ao descrito nos documentos oficiais do ensino e de caráter fortemente biologista, o que leva a formação de profissionais com concepções mais individualistas e sem fazer reflexão sobre a importância de coletivos de modo a estabelecer relações com o social e o cultural¹⁵.

Em relação ao grau de escolaridade, um trabalho que aborda o perfil de estudantes de pós-graduação na área da EF apontou que as expectativas destes se centram na atuação docente no ensino superior, o que implica uma não adesão à formação continuada específica para a atuação profissional na área da saúde pública¹⁶, embora os egressos aqui investigados possuam cursos de pós-gra-

duação, sendo 44% de especialização e 9% mestrado.

No que se refere à área de atuação do egresso no mercado de trabalho, predominou o ensino, na modalidade licenciatura. Percebe-se que os que concluem o curso nessa modalidade se inserem com mais facilidade nesta área de atuação. Diferentemente do estudo que constatou baixo interesse em atuar no ensino (16%), em função das dificuldades encontradas, tais como as estruturas precárias das escolas, a baixa renda oferecida ao profissional, bem como a falta de valorização econômica e social¹⁰.

A ampliação das possibilidades de atuação do profissional de EF para ambientes não tradicionais, como hospitais, equipes multiprofissionais, tais como os Núcleos de Atenção à Saúde da Família, clínicas de reabilitação, grupos de terceira idade, são recentes, mas tem sido muito bem recebida pelos profissionais da área de EF como forma de expansão nas suas atuações. Esta ampliação de possibilidades de atuação profissional pode interferir nas escolhas profissionais, na medida em que muitos profissionais relatam insatisfação com as condições de trabalho, tais como remuneração, integração social nos ambientes de trabalho, entre outros fatores¹⁷, embora elementos como progressão na carreira, autonomia no trabalho e relevância social das ações impliquem em escolhas e manutenção de atividades laborais.

Em um estudo sobre a importância de equipes multiprofissionais na Estratégia Saúde da Família, com enfoque no papel do profissional de EF, os resultados apontaram que a atuação deste profissional no NASF é reconhecida, entretanto, sua inserção nas equipes multiprofissionais precisa ser consolidada, uma vez constatado seu papel fundamental na prevenção de doenças e promoção da saúde¹⁸.

Verificou-se o interesse dos egressos dos cursos de bacharelado e licenciatura em EF pela realização de atividades de formação continuada em EF, com destaque comum para cursos de especialização e/ou de mestrado nas áreas de atividade física direcionada à promoção da saúde¹⁰.

Com relação ao conceito de saúde, objeto principal investigado neste estudo, verificou-se que 24% dos egressos que não atuavam na área da saúde não têm conhecimento do conceito ampliado de saúde e quando se

avaliaram os atuantes na área da saúde coletiva foram encontrados 14%. Desse modo, observa-se maior conhecimento sobre o conceito ampliado de saúde por parte dos profissionais atuantes na área da saúde. Tal fato pode ser explicado pela participação profissional ativa no campo da saúde pública, em que as diretrizes e preceitos que regem o SUS se fazem presentes no cotidiano desses profissionais. Outro trabalho aponta que diante das políticas de saúde e da própria inserção da EF, neste campo, houve implicações em mudanças e adequações do perfil deste profissional, incluindo alterações de práticas e, especialmente, de forma de compreensão de saúde condizentes com o que se preconiza no SUS, neste caso, o conceito ampliado de saúde⁹.

O atual conceito ampliado de saúde diferencia do campo biológico, pois é pensado não apenas do ponto de vista da doença, mas dos aspectos econômicos, políticos e histórico-sociais, da qualidade de vida e das necessidades básicas do ser humano, seus valores, crenças, direitos, deveres e das suas relações dinâmicas e construídas ao longo de todo ciclo da vida e do meio em que convive. É imprescindível, nesse contexto, entender saúde por meio das relações históricas e socioculturais que o indivíduo mantém com o outro e com a comunidade e nas suas formas de convivência com o meio ambiente¹.

A reformulação do Sistema Único de Saúde está em constante construção, pois este sistema é aberto a novos programas e projetos e, nesse contexto, marcado pela promoção da saúde, abre um campo para atuação do profissional de EF nos serviços de saúde pública, implicando no desenvolvimento de novos conceitos e concepções. Dessa forma, o profissional dessa área, inserido no serviço de Atenção Básica do SUS, deve ter formação em saúde coletiva para que possa agir adequadamente no espaço profissional, levando em consideração as necessidades da população e o contexto na qual está inserido, o que remete à noção ampliada de saúde. Pesquisas realizadas acerca do fazer e pensar do profissional de EF no SUS indicam que a atuação deste profissional nesse campo tem sido, ao longo dos últimos anos, ao menos desde a implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2006, cada vez mais alinhada ao que se preconiza na saúde coletiva¹⁹.

O processo de trabalho do profissional de EF deve

ser caracterizado por ações compartilhadas, procurando intervir de forma interdisciplinar, visando à ampliação e ao fortalecimento das intervenções junto das equipes de saúde. Sendo assim, a importância desse profissional na saúde coletiva ainda precisa ser fortalecida, para isso é necessário consolidar sua formação e sua atuação na saúde pública. É nesse contexto que a concepção de saúde ampliada deve ser compreendida por esses profissionais para que sua ação profissional seja voltada para a promoção da saúde.

Os dados aqui apresentados, referentes à compreensão de saúde ampliada dos egressos investigados, sugerem que os mesmos possuem condições conceituais para atuar no campo da saúde pública com conceitos pertinentes da saúde coletiva. No entanto, há que se registrar as diferenças nesta compreensão em relação aos que atuam no campo da saúde pública e coletiva e os que não atuam.

Outro aspecto considerado neste estudo diz respeito ao tipo de formação e o conceito ampliado de saúde. Evidenciou-se que os formados em bacharel tinham compreensão do conceito ampliado de saúde seguido pelos com formação em licenciatura mais bacharelado e licenciatura plena e por fim, os licenciados. Destaca-se que a formação profissional em EF para o campo da saúde pública e coletiva tem sido objeto de estudos e investimentos teóricos^{19,20}. Independente da modalidade de formação, tem-se argumentado que, para atuação neste campo profissional, são necessários conhecimentos específicos desta área como, por exemplo, o conceito ampliado de saúde. Embora nas Diretrizes Curriculares Nacionais existam especificidades na formação dos licenciados e bacharéis como, por exemplo, relacionadas à carga horária de determinados conteúdos e estágios curriculares obrigatórios, não é possível sugerir, segundo a literatura consultada, ausência de discussões acerca das concepções de saúde ampliada em qualquer modalidade de formação²⁰.

É pertinente observar, no caso específico dos sujeitos investigados, que a maior parte dos egressos (86%) tem até dez anos de formação o que coincide com o tempo da publicação da PNPS, documento que insere legalmente o profissional de EF na saúde pública. Além do mais, as últimas DCNs para formação na área foram

publicadas há 15 anos, fato que implica em reorganização curricular para o campo da saúde pública, por exemplo. Tal fato aliado às ações propostas pelos Ministérios da Saúde e da Educação de reorientação da formação das profissões da saúde, como o Pet GraduaSus, podem ter ocasionado conhecimento maior por parte do bacharelado, na medida em que tal programa faz parte dos processos formativos de todos os cursos do Centro de Ciências da Saúde da universidade onde foram formados. O curso de licenciatura desta universidade, na medida em que está vinculado ao Núcleo das Licenciaturas, não participa desses processos formativos, como o Pet GraduaSus.

O Pet GraduaSus é um programa que promove a inserção de graduandos no cenário das Unidades Básicas de Saúde, incitando saberes e vivências neste campo de atuação. É importante destacar que tais ações são fruto de orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde, que buscam “efetivar a formação acadêmica e profissional com competências, habilidades e conteúdos contemporâneos, capazes de atuarem, com qualidade e resolutividade no Sistema Único de Saúde”²¹.

Por fim é possível inferir que a presente pesquisa encontrou associação significativa entre a modalidade de formação e o conceito ampliado de saúde. Os egressos dos cursos de bacharelado, licenciatura mais bacharelado e plena têm maior conhecimento do conceito ampliado de saúde do que somente os licenciados. Estes resultados podem ser explicados e justificados a partir das diferenças entre as DCNs e respectivas organizações curriculares de ambos os cursos.

As principais limitações do presente estudo foram o número reduzido de questionários *on line* preenchidos e a ausência de literatura sobre o tema proposto, visto que se trata de um assunto nacional, não sendo possível comparar com a literatura internacional.

CONCLUSÃO

O perfil sociodemográfico do profissional de EF egresso do presente estudo mostra um público jovem, predominantemente masculino, empregado e com baixa remuneração, tendo uma formação recente, somente graduação e atuando principalmente no ensino.

Com relação à concepção de saúde apresentada pelos profissionais egressos, 74% apresentaram adequação ao conceito de saúde ampliado, sendo 86% atuantes na saúde coletiva. Os dados mostraram ainda que os egressos dos cursos de bacharelado, licenciatura mais bacharelado e plena têm maior conhecimento do conceito ampliado de saúde do que somente os licenciados. Os resultados foram encaminhados ao referido curso para discussão, salientando a importância da atuação do profissional de EF na saúde coletiva e a consolidação da sua formação nesta área para inserção nas equipes multiprofissionais, visto que apesar de ser um campo recente de atuação, a amostra do presente estudo verificou que 14% dos profissionais que atuam na área da saúde coletiva não possuem o conhecimento do conceito ampliado de saúde.

AGRADECIMENTOS

Ao ProBIC/Univali.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm [2018 set 26].
2. Ceccim RB, Feuerwerker L. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saude Publica*, Rio de Janeiro, set/out 2004; 20(5); 34.
3. Brasil. Resolução nº 7/2004, de 31 de março de 2004. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física em nível superior de graduação plena. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cnearquivos/pdf/ces0704edfísica.pdf> [2018 jun 26].
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNAPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília (DF): 2014.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica nº 39. Brasília (DF): 2014.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 256, de 11 de março de 2013. Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Brasília (DF): 2013.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 3.019, de 26 de novembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação da área da saúde. Brasília (DF): 2007.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde.
9. Scabar TG, Pelicioni AF, Pelicioni MCF. Atuação do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF. *Journal Health Sci. Inst.* 2012; 30(4): 411-418.
10. Salles WN, Farias GO, Nascimento JV. Inserção profissional e formação continuada de egressos de cursos de graduação em Educação Física. *Rev Bras Educ Fis Esporte.* 2015; 29(3): 475-486.
11. Melo CNM, Chagas MIO, Feijão JRP, Dias MSA. Programa de residência multiprofissional em saúde da família de Sobral: uma avaliação de egressos a partir da inserção no mercado de trabalho. *SANARE.* jan/jun 2012; 11(1): 18-25.
12. Guarda FRB, Silva RN, Correia Junior JLA, Freitas MIF, Santos Neto PM. Intervenção do profissional de educação física: formação, perfil e competências para atuar no Programa Academia da Saúde. *Rev Panamazonica Saude.* 2014; 5(4): 63-74.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário Temático: promoção da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 48 p. (Séria A. Normas e Manuais Técnicos).
14. Annandale E. *The Sociology of Health and Medicine: A Critical Introduction*, Polity Press, 1998.
15. Schwingel TCPG, Araújo MCP, Boff ETO. A educação em saúde nos currículos de formação de professores. *Transmutare.* 2016; 1(1): 126-140.
16. Gentil N. Situação profissional de doutores egressos dos programas de pós-graduação em educação física. 2016. [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Mestrado em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina; 2016.
17. Both J, Nascimento JV, Sonoo CN, Lemos CAF, Borgatto AF. Bem-estar do trabalhador docente de educação física da região sul do Brasil de acordo com os ciclos vitais. *Rev Bras Educ Fis. Esporte.* jan/mar 2014; 28(1): 77-93.
18. Schuh LX, Brand C, Krug SBF, Garcia EL, Gaya AR, Roth MA. Inserção do profissional de educação física nas equipes multiprofissionais da estratégia saúde da família. *Saúde.* 2015; 41(1): 29-36.
19. Wachs F, Almeida UR, Brandão FFF, organizadores. *Educação Física e Saúde Coletiva: cenários, experiências e artefatos culturais*. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2016. 379 p.
20. Gomes IMG, Fraga AB, Carvalho YM, organizadores. *Práticas Corporais no Campo da Saúde: uma política em formação*. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2015. p. 258.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Brasília (DF): 2010. Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html [2018 jun 26].

Recebido em:

Aceito em:

Anexo 1**QUESTIONÁRIO**

1. Qual a sua faixa etária?

- a () 20 a 25 anos
- b () 26 a 30 anos
- c () 31 a 35 anos
- d () 36 a 40 anos
- e () 41 a 45 anos
- f () 46 a 50 anos
- g () mais de 51 anos

2. Qual seu sexo?

- a () Masculino
- b () Feminino

3. Em qual ano você se formou?

4. Você se formou em:

- a () Licenciatura
- b () Bacharelado
- c () Licenciatura e bacharelado
- d () Licenciatura plena

5. Qual a sua formação em educação física?

Assinale com um X a resposta que corresponder a sua realidade.

- a () graduado superior
- b () pós-graduado - especializado
- c () pós-graduado - mestrado
- d () pós-graduado - doutorado
- e () pós-graduado - pós-doutorado

6. Qual a sua carga horária semanal de trabalho em atividade de educação física?

- a () até 20 horas
- b () mais de 20 horas

7. Sua renda mensal:

- a () menos de R\$1.000,00
- b () de R\$1.000,00 a menos de R\$ 2.000,00
- c () de R\$ 2.000,00 a R\$ 3.000,00
- d () > R\$3.000,00

8. Qual sua área de atuação atual:

- a () ensino
- b () condicionamento físico
- c () grupos especiais
- d () performance
- e () saúde e qualidade de vida

9. Dentro das alternativas abaixo assinale a que se refere ao conceito ampliado de saúde:

- a () A saúde constitui a liberdade de doença, dor, ou defeito, o que torna a condição humana normal “saudável”.
- b () A saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.
- c () É o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo”.

ASPECTOS COMPORTAMENTAIS DA MULHER MASTECTOMIZADA E A OCORRÊNCIA DE COMPLICAÇÕES NO PÓS-OPERATÓRIO

Fernanda Santos Diniz

Enfermeira Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Sergipe -UFS, Lagarto, SE, Brasil.

Ândria Silveira Almeida

Mestranda pela Universidade Federal de Sergipe - UFS, Lagarto, SE, Brasil.

Maria Pontes de Aguiar Campo

Doutorado pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, FMRP/USP, Brasil.

Thialla Andrade de Carvalho

Mestrado pela Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, Brasil.

Quezia Santos do Nascimento

Enfermeira, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, Brasil.

RESUMO: Verificar o comportamento da mulher mastectomizada e as complicações mais frequentes no pós-operatório tardio. Pesquisa transversal do tipo descritiva de natureza quantitativa em uma organização não governamental. A população foi constituída por 40 mulheres. Dos 87,50% receberam orientações sobre os cuidados pós-operatórios e 67,50% orientações de enfermagem. Além disso, 27,50% não realizaram a mamografia após a cirurgia, 15,00% não tinham o hábito de palpar a mama e 55,00% não realizaram automassagem no pós-operatório. Quanto à realização de movimentos simples como pentear os cabelos com o membro do lado operado, 57,50% não realizaram. O comportamento das mulheres submetidas à mastectomia foi em maioria de acordo com o que é recomendado. No entanto, ainda há necessidade de aumentar a qualidade das orientações, visto que apesar de existir seguimento recomendado entre as mulheres pesquisadas, o percentual de complicações foi considerável e a redução da ADM do ombro, dor crônica e ISC foram as mais prevalentes.

PALAVRAS-CHAVE: Mastectomia; Reabilitação; Câncer de mama.

BEHAVIOR ASPECTS IN MASTECTOMIZED FEMALES AND THE OCCURRENCE OF POST-OPERATION COMPLICATIONS

ABSTRACT: To assess the behavior of mastectomized females and the most frequent post-operation complications. Current transversal and descriptive research was undertaken in a non-governmental organization, with 40 females. 87.5% received monitoring on post-operation care and 67.5% received nursing guidelines. Further, 27.50% failed to have a mammography after surgery; 15.00% were not accustomed to touch their breasts; 55.00% failed to self-massage during the post-operation period; 57.5% did not undertake simple movements such as combing hair with the hand on the side of the operated side. Behavior of females with mastectomy complied with recommended habits. However, quality of monitoring should increase. Although most females followed guidelines, the perception of complications was significant and reduction of ADM of the shoulder, chronic pain and ISC were prevalent.

KEY WORDS: Mastectomy; Rehabilitation; Breast cancer.

INTRODUÇÃO

O câncer é a segunda principal causa de morte no mundo, responsável por 9,6 milhões de mortes em 2018, sendo o de mama o tipo que mais atinge o sexo feminino no Brasil e no mundo. Neste mesmo ano foram registrados 2,09 milhões de casos de câncer de mama¹.

No Brasil, esse cenário não muda, e a incidência também é alta, com estimativas de 59.700 novos casos para 2018². Em 2015, foram 15.593 mortes relacionadas ao câncer de mama, 187 em homens e 15.403 em mulheres³. Analisando a região Nordeste, 11.860 casos de câncer de mama foram estimados para o ano de 2018, destes 550 novos casos para o Estado de Sergipe².

Diante destes números alarmantes, nas últimas duas décadas houve grandes avanços nas pesquisas para disponibilizar tratamentos eficazes para os pacientes oncológicos, sobretudo o câncer de mama^{4 5}. Uma vez que existem mais de 2,8 milhões de sobreviventes desta neoplasia, estes necessitam de intervenções, acompanhamento profissional e apoio familiar, que possam amenizar as consequências secundárias oriundas do tratamento^{4 6}.

O tratamento das mulheres acometidas pela neoplasia mamária consiste em intervenção cirúrgica, associada a terapêuticas adjuvantes, tais como quimioterapia, radioterapia e terapia hormonal⁷. A mastectomia continua a ser o tratamento de primeira escolha para muitos tipos de câncer de mama⁸, entretanto não é potencialmente curativa, pois efeitos colaterais e complicações podem surgir após o procedimento com consequências nas atividades da vida diária dessas mulheres⁷.

Dentre as possíveis consequências após a retirada da mama estão a redução da amplitude de movimento (ADM) do ombro, a linfedema, a infecção do sítio cirúrgico (ISC), a dor, a necrose tecidual e deiscência^{9 10}. A incidência de mulheres sobreviventes ao câncer de mama é alta¹¹ e estas necessitam de orientações quanto aos aspectos comportamentais que proporcionam conhecimento sobre o seguimento pós-cirurgia para a continuidade dos cuidados no domicílio e assim reduzir as possibilidades de complicações no pós-operatório da mastectomia⁶.

Nesta perspectiva, este estudo tem por objetivo verificar o comportamento da mulher mastectomizada e as complicações mais frequentes no pós-operatório tar-

dio. Neste sentido, conhecer o comportamento da mulher mastectomizada e as possíveis complicações da cirurgia auxilia no norteamo das dúvidas, falhas e fragilidades deste público no seguimento do tratamento, o que poderá servir como base para as orientações e cuidados necessários no período de recuperação destas mulheres.

Além disso, o trabalho justifica-se frente à necessidade de o enfermeiro procurar estratégias, a fim de promover a saúde da pessoa com câncer o que contribui para uma melhor recuperação e evolução na reinserção dessas mulheres no ambiente social, profissional e pessoal^{6 12}.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa transversal do tipo descritiva de natureza quantitativa. Realizada em uma organização não governamental, que presta serviços humanos e sociais a pessoas carentes portadoras de câncer de todo o Estado de Sergipe, além do sul de Alagoas e norte da Bahia. A associação dispõe de uma equipe multidisciplinar que oferece serviços de fisioterapia, nutrição, psicologia, assistência social, comunicação, telemarketing e de enfermagem, que contribuem para uma assistência completa e humanizada a pessoas que enfrentam o câncer.

O serviço dispõe de 40 pacientes que realizaram mastectomia e fazem acompanhamento com a equipe multiprofissional. Foram utilizados como critérios de inclusão: mulheres mastectomizadas, com idade igual ou superior a 18 anos, que fazem acompanhamento na instituição, e aceitaram participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Vale ressaltar, que todas as pacientes que fazem acompanhamento com os profissionais da instituição estavam dentro dos critérios de inclusão. Assim, por se tratar de uma população pequena e todas aceitaram participar da pesquisa, a pesquisadora coletou dados com as 40 mulheres que foram convidadas a participar do estudo antes ou após as consultas disponibilizadas no serviço.

A coleta de dados foi realizada no período entre 21 de outubro e 15 de dezembro de 2015, em ambiente reservado, por meio de entrevistas estruturadas. Estas foram realizadas pelas próprias pesquisadoras previamente treinadas, nos dias em que os sujeitos da pesquisa com-

pareciam à instituição para as consultas com a equipe multidisciplinar.

O roteiro de entrevista foi composto por duas partes. A primeira com seis questões relativas à caracterização dos participantes: identificação da paciente (iniciais), idade, grau de escolaridade, profissão, data da realização da mastectomia e histórico familiar de câncer de mama. A segunda com 30 questões relativas às complicações ocorridas e condutas seguidas pelas mulheres após o procedimento de mastectomia.

Os dados coletados foram tabulados e analisados no banco de dados do programa Epi Info versão 7. Para a variável idade foi calculada a média e para as demais variáveis foram utilizadas as frequências absoluta e relativa. Posteriormente os dados foram distribuídos em tabelas (EXCEL).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com o certificado de apresentação para apreciação ética número 1.282.194 e seguiu a resolução 466/2012. Mantendo preservada a identidade de todas as participantes e a livre escolha a participar ou deixar de participar em qualquer momento da entrevista.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 40 mulheres mastectomizadas com idade média de 50 anos variando de 27 a 79 anos; 70,00% relataram não possuir histórico familiar de câncer de mama; 7,50% eram analfabetas; 65,00% possuíam ensino fundamental completo ou incompleto; 20,00% ensino médio e 7,50% ensino superior. Quanto à profissão 25,00% do lar, 20,00% aposentada, 10,00% agricultora e 45,00% outros.

Os resultados desta pesquisa trouxeram dados referentes aos aspectos: presença nas consultas médicas, realização de exames preventivos e atitudes preventivas de complicações pós-operatórias. Em relação ao acompanhamento após a cirurgia; 27,50% das mulheres não realizaram a mamografia; sendo que 54,50% o motivo foi cirurgia recente; 18,18% relataram que não foi solicitado; 9,09% aguardavam o atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e o mesmo percentual não realizou o procedimento por impossibilidade por clínica. Quanto

à periodicidade de realização do exame mamográfico, das 72,50% que fizeram o exame, 65,52% referiram realizar anualmente e 34,48% semestralmente (Tabela 1).

Das mulheres entrevistadas 87,50% receberam orientações sobre os cuidados pós-operatórios realizados pela equipe multiprofissional e 67,50% as orientações foram transmitidas pela equipe de enfermagem (Tabela 1).

Tabela 1. Acompanhamento pós-operatório, Aracaju/SE, Brasil, 2015

Acompanhamentos	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
Mamografia	29	72,50	11	27,50
Orientações dos cuidados pós-mastectomia	35	87,50	05	12,50
Orientações da equipe de enfermagem	27	67,50	13	32,50
Ultrassonografia	31	77,50	09	22,50
Acompanhamento médico	40	100,00	---	---
Fisioterapia	36	90,00	04	10,00

Fonte: Dados da Pesquisa

Conforme demonstrado na Tabela 2 que analisa o comportamento da mulher mastectomizada; 15,00% não tinham o hábito de palpar a mama e 55,00% não realizaram automassagem no pós-operatório. Os principais motivos relatados foram falta de hábito e orientação, receio e não achar necessário.

O dreno foi mantido pelas mulheres abaixo do local de inserção em quase totalidade da população (97,44%) e 2,56% não mantiveram (Tabela 2).

No que diz respeito ao uso de prótese, 85,00% (34) referiram usar, sendo que 79,41% (27) eram do tipo externa. Quando questionadas em relação ao motivo de não fazer uso da interna, 36,36% (12) referiram medo da cirurgia, 21,21% (7) não tinham interesse, 15,15% (5) por impossibilidade clínica e as demais por falta de orientação ou aguardando cirurgia.

Quanto à realização de movimentos simples, como pentear os cabelos e escovar os dentes com o membro do lado operado 57,50% e 52,50% não realizaram, respectivamente (Tabela 2). O principal motivo foi a cirurgia ter sido realizada no lado não dominante, seguidos de dificuldade de elevar o membro, medo e dor.

Tabela 2. Comportamento da mulher mastectomizada, Aracaju/SE, Brasil, 2015

Comportamentos	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
Hábito de palpar a mama não operada e o local da cirurgia	34	85,00	06	15,00
Realização da automassagem	18	45,00	22	55,00
Uso do dreno abaixo do local da inserção cirúrgica (n=39)	38	97,44	01	2,56
Uso de prótese mamária	34	85,00	06	15,00
Pentear os cabelos com a mão do lado operado	17	42,50	23	57,50
Escovar os dentes com a mão do lado operado	19	47,50	21	52,50
Na ocorrência de linfedema utilizou braçadeira elástica (N=5)	02	40,00	03	60,00
Inspecciona a ferida operatória	27	67,50	13	32,50
Evita machucados e queimaduras no lado operado	40	100,00	----	----
Usa luvas para mexer com a terra ou forno	08	20,00	32	80,00
Costuma carregar peso	16	40,00	24	60,00
Evita retirar cutículas	28	70,00	12	30,00
Costura com o dedal (n=19)	03	15,79	16	84,21
Realização de exercícios em domicílio	33	82,50	07	17,50
Uso do sutiã apropriado	21	52,50	19	47,50
Usou o lado do membro operado para aferir pressão arterial	02	5,00	38	95,00
Recebeu injeções no lado operado	01	2,50	39	97,50
Evita dormir em cima do lado do membro operado	28	70,00	12	30,00
Evita roupas apertadas	38	95,00	02	5,00
Evita roer as unhas	34	85,00	06	15,00
Higienização diária da ferida operatória	40	100,00	----	----
Hábito de lavar as mãos antes de tocar a ferida	38	95,00	02	5,00

Fonte: Dados da Pesquisa

A respeito da variável “complicações pós-operatórias” foram mais prevalentes nesta população a redução da ADM do ombro 45,0%, seguido de dor crônica 22,50%, ISC 15,00%, obstrução do dreno 12,50% e linfedema 12,50% (Tabela 3). Quando analisado o uso da braçadeira elástica na ocorrência desta última complicação, 60,0% (3) não a utilizaram (Tabela 2). Destas, 66,67% (2) foram por falta de orientação e

desconhecimento do material e 33,33% (1) por estarem em falta na instituição.

Tabela 3. Complicações no pós-operatório das mulheres mastectomizadas. Aracaju/SE, Brasil, 2015

Complicações	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
Redução da amplitude de movimentos do ombro	18	45,00	22	55,00
Dor crônica	09	22,50	31	77,50
ISC	06	15,00	34	85,00
Obstrução do dreno	05	12,50	35	87,50
Linfedema	05	12,50	35	87,50
Seroma	01	2,50	39	97,50
Deiscência	02	5,00	38	95,00
Necrose	04	10,00	36	90,00

Fonte: Dados da Pesquisa.

DISCUSSÃO

Estudos mostram o impacto que o diagnóstico de câncer de mama e a mastectomia podem causar entre as mulheres^{10 13 14}. Tanto o diagnóstico da doença como a cirurgia são considerados dois momentos marcantes, cercados pelo sentimento do medo da morte, e no período pós-retirada da mama estas precisam de apoio familiar e de cuidados de uma equipe multiprofissional para uma recuperação com menos riscos e danos¹³.

O risco de desenvolver esta doença é maior a partir dos 50 anos de idade³ e o envelhecer aumenta esta possibilidade, sendo a maioria dos casos encontrados na faixa etária igual ou superior a 55 anos,¹⁵ o que está compatível com a idade média, 50 anos, das mulheres entrevistadas neste estudo. Outro fator de risco importante é o histórico familiar de câncer de mama³, nesta pesquisa, aproximadamente dois terços negaram possuir histórico familiar da doença.

Tal resultado coincide com pesquisas que referem apenas 5-10% dos casos ocorrer em mulheres com predisposição genética^{3 15}. No entanto, estes mesmos estudos afirmam que o histórico familiar constitui-se um dos principais fatores de risco, especialmente quando atinge parente de primeiro grau^{3 15}.

O baixo nível de escolaridade também pode implicar no aumento das chances do desenvolvimento do

câncer pela busca tardia do rastreamento, tratamento e diagnóstico, além da dificuldade do conhecimento acerca deste problema de saúde^{16 17}. Sendo o baixo grau de escolaridade o mais citado nesta pesquisa, assim como em outras literaturas^{17 18}, desta forma, há necessidade de melhores esclarecimentos acerca dos tipos de prevenções a este público, além de melhor acesso aos serviços de saúde.

Após a cirurgia a mulher precisa ser orientada a respeito dos cuidados necessários para uma boa recuperação, e o seguimento da mulher mastectomizada pode influenciar no seu processo de recuperação. Ao conhecer o comportamento seguido por estas pacientes o enfermeiro poderá analisar as negligências, os erros, a falta de conhecimento e trabalhar na melhoria dos cuidados prestados a estas mulheres.

Dentre os cuidados recomendados à mulher mastectomizada estão: não exposição solar; não possibilidade de apertar o braço do lado operado; evitar movimentos bruscos, repetidos e de longa duração; evitar queimaduras, arranhões e cortes; deve evitar injeções, vacinas e retirada de sangue no membro superior homolateral a cirurgia; evitar retirar cutícula com alicate e roer unha; costurar sem dedal; evitar picadas de inseto e mordida de animais; carregar bolsas ou pacotes pesados e usar roupas e objetos que apertem o membro afetado; entre outros¹⁹.

Quando as mulheres avaliadas quanto à adesão aos cuidados recomendados no pós-operatório da mastectomia, como palpar o local operado e a mama, inspecionar a ferida operatória e realizar as atividades em domicílio, grande parte das entrevistadas aderiu às recomendações. O que pode estar relacionado com as orientações que receberam, que são importantes e indispensáveis, pois diminuem o receio, as dúvidas e proporcionam melhor recuperação. Esta afirmativa é comprovada por pesquisas, cita-se a realizada em um Estado do sudeste brasileiro onde mostrou que após esclarecimentos a 79 pacientes sobre cuidados com o dreno; 85,40% realizaram a técnica corretamente.²⁰

Desta forma, é importante que os profissionais de saúde desenvolvam cada vez mais atividades educativas a fim de disseminar informações acerca dos cuidados necessário desta cirurgia^{21 22}. Nesse sentido, ressalta-se o

papel do enfermeiro, enquanto forte agente de educação em saúde e potencializador do autocuidado²¹.

Entre os motivos relatados, por aquelas que não aderiram às orientações, de palpar a mama ou o local da cirurgia destaca-se o receio de tocar o local, que pode ser justificado por alterações psicossociais como depressão, medo sobre a imagem corporal, alteração do humor, redução da autoestima e da sexualidade e ansiedade apontados pela literatura como possíveis consequências da mastectomia^{13 21}.

Ainda quanto às recomendações para o pós-operatório desta cirurgia, observa-se que o total da população desse estudo relatou evitar ferimentos e queimaduras no membro, no entanto, muitas relataram carregar peso, retirar cutícula, não se proteger ao mexer no forno e não usar o dedal enquanto costuram. Estas são em grande parte dona do lar e agricultora, ou seja, desenvolvem atividades que exigem esforço físico, o que é preocupante, pois essas atitudes podem trazer consequências como linfedema e dor.^{19 22}

Estudos referem que a realização de exercícios nos membros superiores após a cirurgia é importante para promover mobilidade no membro e evitar o linfedema, considerado uma das complicações mais frequentes da mastectomia^{11 22 23}. A maioria das mulheres entrevistadas, neste estudo, relatou realizar exercícios na mama em seus domicílios frequentemente, estes podem ser de flexão, abdução e rotação do ombro^{23 24}, e o enfermeiro pode orientar essas pacientes, visto que quanto mais precoce as intervenções, maiores as chances de prevenção de complicações no pós-operatório²³.

No entanto, apesar de evidências científicas afirmarem que a realização de exercícios nos membros superiores após a cirurgia contribui para a redução de complicações no membro^{11 22 23}, ainda há controvérsias sobre qual programa de exercício é capaz de minimizar as disfunções no ombro, volume de secreção drenada, incidência de seroma, deiscências e o desenvolvimento de linfedema²⁵.

Ao avaliar as complicações relatadas pelas participantes da pesquisa, observou-se realidade semelhante à descrita na literatura, visto que apesar do aumento significativo na taxa de sobrevivência das mulheres diagnosticadas com neoplasia mamária, muitas

complicações precoces e tardias podem surgir ao longo do tratamento, ocasionando novos transtornos para essas mulheres^{11 25 26}.

Algumas sugestões podem ser indicadas a estas pacientes no intuito de construir formas de reorganizar sua vida ocupacional. Existem estratégias utilizadas para superar dificuldades trazidas pelas mastectomizadas. Dentre estas estão: dividir as tarefas domésticas ao longo da semana, aprender atividades novas e participação dos familiares nas atividades. Em relação ao processo doloroso, buscar realizar atividades que permita a “distração” (entendida como processo de deslocar a atenção do processo doloroso para uma atividade significativa) para lidar melhor e suportar a dor: mexer com plantas, ouvir músicas e orações. Já no processo doloroso, do ponto de vista psicológico, é necessária aceitação do diagnóstico²⁷.

Estas consequências podem afetar diretamente a qualidade de vida destas mulheres, dificultando a reinserção na realização das atividades de vida diárias, problema muito temido entre pacientes quando se deparam com o diagnóstico da neoplasia. Desta forma, estas precisam ser estimuladas quanto à prevenção, visto que quando encaminhadas de modo preventivo, os riscos de alterações diminuem, como mostra estudo realizado sobre qualidade de vida pós-mastectomia²⁸.

A adesão à movimentação do braço por mulheres mastectomizadas foi maior em pesquisa que explicou de forma detalhada a essas pacientes sobre a importância destes na prevenção do linfedema e na melhoria da amplitude de movimentos do membro superior²⁵. O que reforça a necessidade de qualificação dos profissionais que lidam com este público para prestação de uma melhor assistência contribuindo assim para a qualidade de vida e recuperação destas mulheres²⁸.

CONCLUSÃO

O comportamento das mulheres submetidas à mastectomia, nesta pesquisa, a maioria foi de acordo com o que é recomendado. No entanto, há necessidade de aumentar a qualidade das orientações, visto que apesar de existir seguimento recomendado entre as mulheres pesquisadas o percentual de complicações foi considerável

e, redução da ADM do ombro, dor crônica e ISC foram as mais prevalentes.

Assim, é necessário que as mulheres mastectomizadas sejam orientadas de forma sistematizada e, conseqüentemente, mais eficaz quanto aos cuidados necessários no pós-operatório.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Folha informativa – Câncer 2018. [Internet]. [cited 2019 abr 22]. Available from: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094
2. Brasil. Ministério da saúde. INCA [Internet]. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): Ministério da saúde; 2017. [cited 2018 dez 20]. Available from: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>
3. Brasil. Ministério da saúde. INCA [Internet]. Tipos de câncer: mama. Rio de Janeiro (RJ): Ministério da saúde; 2019. [cited 2019 abr 20]. Available from: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>
4. Conwright CMD, Orozco BZ. Exercise after breast cancer treatment: current perspectives. Breast Cancer: Targetes and Teraphy. [Internet]. 2015. [cited 2018 dez 20];7 353–362. Available from: <https://www.dovepress.com/exercise-after-breast-cancer-treatment-current-perspectives-peer-reviewed-fulltext-article-BCTT>
5. Kaliks RA. Avanços em oncologia para o não oncologista. Einstein [Internet]. 2016. [cited 2019 abr 23];14(2):294-299. Available from: http://www.scielo.br/pdf/eins/v14n2/pt_1679-4508-eins-14-2-0294.pdf
6. Costa AMN, Pereira ER, Vasconcelos TB, Farias MSQ, Praça LR, Vasco PDB. Mulheres e a mastectomia: revisão literária. Revista de Atenção à Saúde [Internet]. 2015. [cited 2018 Fev 22];13(44):58-63. Available from: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/2713/1739
7. Coriddi M, Khansa I, Stephens J, Miller M, Boehmler

- J, Tiwari P. Analysis of factors contributing to severity of breast cancer related lymphedema. *Ann Plast Surg* [Internet]. 2015 Jan. [cited 2018 Fev 22];74(1):22–25. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4259855/>
8. Puscas DM, Tache S. The importance of an exercise program in breast cancer related lymphedema. *Palestrica of the third millennium—Civilization and Sport*. [Internet]. 2015. [cited 2018 Fev 22];16(2):172–175. Available from: <http://www.pm3.ro/pdf/60/ro/19%20-%20puscas%20%20%20%20172-175.pdf>
 9. Souza AS, Neves PO. Complicações pós-cirúrgicas em mulheres submetidas à mastectomia. Monografia. [Internet]. Bragança Paulista: Universidade São Francisco; 2016. 56 p. [cited 2019 Abr 23]. Available from: <http://lyceumonline.usf.edu.br/salavirtual/documentos/2730.pdf>
 10. Alves GML, Prado PL, Sene TP, Lima FPS, Lima MO, Mendes IS. Câncer de mama e suas complicações clínicas e funcionais: revisão de literatura. In: *Anais do XX Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, XVI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação e VI Encontro de Iniciação à Docência – Universidade do Vale do Paraíba*; 2016 out. 27-28; Paraíba. Available from: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2016/anais/arquivos/RE_0246_0778_01.pdf
 11. Musa AN, Loh SY. Methods to improve rehabilitation of patients following breast cancer surgery: a review of systematic reviews. *Breast Cancer: Targets and Therapy* [Internet]. 2015. [cited 2018 Fev 23];7:81–98. Available from: <https://www.dovepress.com/methods-to-improve-rehabilitation-of-patients-following-breast-cancer-peer-reviewed-fulltext-article-BCTT#>
 12. Luz KR, Vargas OAM, Barlem ELD, Schmitt PH, Ramos FRS, Meirelles BHS. Estratégia de enfrentamento por enfermeiros da oncologia na alta complexidade. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2019 Abr 24];69(1):59-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0067.pdf>
 13. Oliveira FBM, Silva FS, Prazeres ASB dos. Impacto do câncer de mama e da mastectomia na sexualidade feminina. *Rev enferm UFPE* [Internet]. 2017 [cited 2019 Abr 25];11(6):2533-40. Available from: [file:///C:/Users/cliente/Downloads/23421-45550-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/cliente/Downloads/23421-45550-1-PB%20(2).pdf)
 14. Browne JP et al. The association between complications and quality of life after mastectomy and breast reconstruction for breast cancer. *Cancer* [Internet]. 2017 Mai. [cited 2019 Abr 23];123(18):3460-3467. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cncr.30788>
 15. American Cancer Society. Breast Cancer Risk and Prevention. [Internet]. The United States: American Cancer Society; 2016. [cited 2016 mar 19]. Available from: <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8578.00.pdf>
 16. Ohl ICB, Ohl RIB, Chavaglia SRR, Goldman RE. Public actions for control of breast cancer in Brazil: integrative review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2019 Abr 27];69(4):746-55. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0793.pdf>
 17. Azevedo DB, Moreira JC, Gouveia PA, Tobias GC, Neto OLM de. Perfil das mulheres com câncer de mama. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2017 [cited 2019 Abr 27];11(6):2264-72. Available from: [file:///C:/Users/cliente/Downloads/23386-45377-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/cliente/Downloads/23386-45377-1-PB%20(1).pdf)
 18. Borges ZS da, Wehrmeister FC, Gomes AP, Gonçalves H. Exame clínico das mamas e mamografia: desigualdades nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Rev bras epidemiol* [Internet]. 2016 [cited 2019 Abr 27];19(1):1-13. Available from: <https://www.scielo.org/pdf/rbepid/2016.v19n1/1-13/pt>
 19. Brasil. Ministério da Saúde. INCA [Internet]. Orientações às pacientes mastectomizadas. Rio de Janeiro (RJ): Ministério da Saúde; 2016. [cited 2018 Dez 15]; Available from: <https://www.inca.gov.br/videos/orientacoes-de-alta-para-mulheres-mastectomizadas>
 20. Esteves MT, Domenico EBL, Petito EL, Gutiérrez MGR. Intervenção educativa para o automonitoramento da drenagem contínua no pós-operatório de

- mastectomia. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2013. [cited 2018 Dez 15];34(4):75-83. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-14472013000400010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
21. Nascimento KTS et al. Sentimentos e fontes de apoio emocional de mulheres em pré-operatório de mastectomia em um hospital-escola. Rev enferm UERJ [Internet]. 2015. [cited 2019 Abr 27];23(1):108-14. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a18.pdf>
22. Santana CS. Poderosas reflexões sobre o câncer de mama: oficinas dialógicas educativas e problematizadoras como estratégia para a construção de conhecimento. Dissertação. [Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2017. 109 p. [cited 2019 Abr 27]. Available from: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/26211/2/clarice_santana_ioc_mest_2017.pdf
23. Rodrigues HSCM. Cuidados de enfermagem no linfedema pós-mastectomia: revisão integrativa. Monografia. [Internet]. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba; 2016. 25 p. [cited 2019 Abr 28]. Available from: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/10734/1/PDF%20-%20Hewellyn%20Souto%20Carvalho%20de%20Medeiros%20Rodrigues.pdf>
24. Hamaji MP, Sousa FH, Oliveira JVA, Sousa CAP, Oliveira FR, Valenti VE. O cuidado à mastectomizada com linfadenectomia axilar, prevenção de linfedema: revisão integrativa. Revenferm UFPE. [Internet]. 2014;8(4):1064-71. [cited 2018 Dez 10]. Available from: <file:///C:/Users/cliente/Downloads/9779-18298-1-PB.pdf>
25. Cruz LAP da, Prado MAS, Ferreira SMA et al. Ocorrência de seroma pós-mastectomia e o cuidado com o dreno aspirativo no domicílio. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2017. [cited 2019 Abr 27];11(1):179-87. Available from: <file:///C:/Users/cliente/Downloads/11892-28558-1-PB.pdf>
26. Verbelen H, Gebruers N, Tjalma W. Late effects of cancer treatment in breast cancer survivors. South Asian J Cancer [Internet]. 2015. [cited 2019 Abr 27];4:182. Available from: https://www.researchgate.net/publication/293649682_Late_effects_of_cancer_treatment_in_breast_cancer_survivors
27. Perruci LG, Carlo MMRP. Qualidade de vida após a mastectomia. In: Anais do Simpósio de Câncer de Mama e V Jornada de Câncer de Mama da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2014 mai 29-31; Ribeirão Preto. Available from: <http://www.eerp.usp.br/rema/index1.html>
28. Silva SH da, Koetz1 LCE, Sehnem E, Grave MTQ. Qualidade de vida pós-mastectomia e sua relação com a força muscular de membro superior. Fisioter Pesq [Internet]. 2014. [cited 2019 Abr 27];21(2):180-185. Available from: http://www.scielo.br/pdf/fp/v21n2/pt_1809-2950-fp-21-02-00180.pdf

Recebido em: 11/02/2019

Aceito em: 21/05/2019