

Daniel Fernando Ribeiro  
Adriano Mesquita Soares  
(Organizadores)

# SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.

desafios e  
perspectivas  
Volume VI



AYA EDITORA  
2024



**SAÚDE DA CRIANÇA  
E DO ADOLESCENTE:**  
desafios e perspectivas  
Vol. VI

Daniel Fernando Ribeiro  
Adriano Mesquita Soares  
(Organizadores)

# SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: desafios e perspectivas Vol. VI

---

## Direção Editorial

Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares

## Organizadores

Prof.º Esp. Daniel Fernando Ribeiro

Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares

## Capa

AYA Editora©

## Revisão

Os Autores

## Executiva de Negócios

Ana Lucia Ribeiro Soares

## Produção Editorial

AYA Editora©

## Imagens de Capa

br.freepik.com

## Área do Conhecimento

Ciências da Saúde

---

## Conselho Editorial

Prof.º Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva

*Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí*

Prof.º Dr. Aknaton Toczek Souza

*Centro Universitário Santa Amélia*

Prof.ª Dr.ª Andreia Antunes da Luz

*Faculdade Sagrada Família*

Prof.º Dr. Argemiro Midonês Bastos

*Instituto Federal do Amapá*

Prof.º Dr. Carlos López Noriega

*Universidade São Judas Tadeu e Lab. Biomecatrônica - Poli - USP*

Prof.º Dr. Clécio Danilo Dias da Silva

*Centro Universitário FACEX*

Prof.ª Dr.ª Daiane Maria de Genaro Chiroli

*Universidade Tecnológica Federal do Paraná*

Prof.ª Dr.ª Danyelle Andrade Mota

*Universidade Federal de Sergipe*

Prof.ª Dr.ª Déborah Aparecida Souza dos Reis

*Universidade do Estado de Minas Gerais*

Prof.ª Ma. Denise Pereira

*Faculdade Sudoeste – FASU*

Prof.ª Dr.ª Eliana Leal Ferreira Hellvig

*Universidade Federal do Paraná*

Prof.º Dr. Emerson Monteiro dos Santos

*Universidade Federal do Amapá*

Prof.º Dr. Fabio José Antonio da Silva

*Universidade Estadual de Londrina*

Prof.º Dr. Gilberto Zammar

*Universidade Tecnológica Federal do Paraná*

Prof.ª Dr.ª Helenadja Santos Mota

*Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano, IF Baiano - Campus Valença*

Prof.ª Dr.ª Heloísa Thaís Rodrigues de Souza

*Universidade Federal de Sergipe*

Prof.ª Dr.ª Ingridi Vargas Bortolaso

*Universidade de Santa Cruz do Sul*

Prof.ª Ma. Jaqueline Fonseca Rodrigues

*Faculdade Sagrada Família*

Prof.ª Dr.ª Jéssyka Maria Nunes Galvão

*Faculdade Santa Helena*

Prof.º Dr. João Luiz Kovaleski

*Universidade Tecnológica Federal do Paraná*

Prof.º Dr. João Paulo Roberti Junior

*Universidade Federal de Roraima*

Prof.º Me. Jorge Soistak

*Faculdade Sagrada Família*

Prof.º Dr. José Enildo Elias Bezerra

*Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Ceará, Campus Ubajara*

Prof.ª Dr.ª Karen Fernanda Bortoloti

*Universidade Federal do Paraná*

Prof.ª Dr.ª Leozenir Mendes Betim

*Faculdade Sagrada Família e Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais*

Prof.ª Ma. Lucimara Glap

*Faculdade Santana*

Prof.º Dr. Luiz Flávio Arreguy Maia-Filho

*Universidade Federal Rural de Pernambuco*

---

---

**Prof.º Me. Luiz Henrique Domingues**

*Universidade Norte do Paraná*

**Prof.º Dr. Milson dos Santos Barbosa**

*Instituto de Tecnologia e Pesquisa, ITP*

**Prof.º Dr. Myller Augusto Santos Gomes**

*Universidade Estadual do Centro-Oeste*

**Prof.ª Dr.ª Pauline Balabuch**

*Faculdade Sagrada Família*

**Prof.º Dr. Pedro Fauth Manhães Miranda**

*Universidade Estadual de Ponta Grossa*

**Prof.º Dr. Rafael da Silva Fernandes**

*Universidade Federal Rural da Amazônia, Campus Parauapebas*

**Prof.ª Dr.ª Regina Negri Pagani**

*Universidade Tecnológica Federal do Paraná*

**Prof.º Dr. Ricardo dos Santos Pereira**

*Instituto Federal do Acre*

**Prof.º Dr. Rômulo Damasclin Chaves dos Santos**

*Instituto Tecnológico de Aeronáutica - ITA*

**Prof.ª Dr.ª Rosângela de França Bail**

*Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais*

**Prof.º Dr. Rudy de Barros Ahrens**

*Faculdade Sagrada Família*

**Prof.º Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares**

*Universidade Federal do Piauí*

**Prof.ª Dr.ª Silvia Aparecida Medeiros Rodrigues**

*Faculdade Sagrada Família*

**Prof.ª Dr.ª Silvia Gaia**

*Universidade Tecnológica Federal do Paraná*

**Prof.ª Dr.ª Sueli de Fátima de Oliveira Miranda Santos**

*Universidade Tecnológica Federal do Paraná*

**Prof.ª Dr.ª Thaisa Rodrigues**

*Instituto Federal de Santa Catarina*

O conteúdo deste livro foi enviado pelos autores para publicação de acesso aberto, sob os termos e condições da Licença de Atribuição Creative Commons 4.0 Internacional (CC BY 4.0). Este livro, incluindo todas as ilustrações, informações e opiniões nele contidas, é resultado da criação intelectual exclusiva dos autores, que detêm total responsabilidade pelo conteúdo apresentado, o qual reflete única e inteiramente sua perspectiva e interpretação pessoal. É importante salientar que o conteúdo deste livro não representa, necessariamente, a visão ou opinião da editora. A função da editora foi estritamente técnica, limitando-se ao serviço de diagramação e registro da obra, sem qualquer influência sobre o conteúdo apresentado ou as opiniões expressas. Portanto, quaisquer questionamentos, interpretações ou inferências decorrentes do conteúdo deste livro devem ser direcionados exclusivamente aos autores.

---

S9436 Saúde da criança e do adolescente: desafios e perspectivas [recurso eletrônico]. / Daniel Fernando Ribeiro, Adriano Mesquita Soares (organizadores) -- Ponta Grossa: Aya, 2024. 131 p.

v.6

Inclui biografia

Inclui índice

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

ISBN: 978-65-5379-636-2

DOI: 10.47573/aya.5379.2.380

1. Promoção da saúde. 2. Dieta cetogênica. 3. Epilepsia. 4. Saúde mental. 5. Jovens - Efeito das inovações tecnológicas. 6. Autismo. 7. Transtornos do espectro autista. 8. Morte - Aspectos psicológicos. 9. Luto - Aspectos psicológicos. 10. Crianças – Nutrição. 11. Doenças imunológicas em crianças. 12. Alergia em crianças. 13. Asma em crianças. 14. Vacinação de crianças I. Ribeiro, Daniel Fernando Soares. II. Adriano Mesquita. III. Título

CDD: 613

---

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Bruna Cristina Bonini - CRB 9/1347

---

## **International Scientific Journals Publicações de Periódicos e Editora LTDA**

### **AYA Editora©**

CNPJ: 36.140.631/0001-53

Fone: +55 42 3086-3131

WhatsApp: +55 42 99906-0630

E-mail: contato@ayaeditora.com.br

Site: <https://ayaeditora.com.br>

Endereço: Rua João Rabello Coutinho, 557  
Ponta Grossa - Paraná - Brasil  
84.071-150

# SUMÁRIO

Apresentação..... 10

## 01

**Estudo Epidemiológico da Obesidade em Crianças na Faixa Etária de 2 a 5 Anos Ocorridos no Município de Cascavel - Paraná entre 2021 e 2023..... 11**

Bruna Patrícia Ricardo Pasinato  
Marise Vilas Boas Pescador  
João Guilherme Moroczka Biazi  
Anna Victória de Matos Sicchieri Rosa  
Bárbara Lennert Jimenez  
Eduarda França  
Emily Wiebelling  
Bruna Lenhardt Soares

DOI: 10.47573/aya.5379.2.380.1

## 02

**Análise das Internações por Asma em Crianças de 1 a 4 anos na Região Sul do Brasil nos Últimos 5 anos ..... 24**

Isabela Vargas Dezan  
James Albiero  
Érico de Araujo  
Michelle Cristine Herrmann

DOI: 10.47573/aya.5379.2.380.2

## 03

**Impacto da Intervenção Precoce do Pediatra na Redução da Mortalidade Neonatal..... 38**

Lucas Alves de Oliveira Sampaio  
Luiz Felipe Santa Rosa Leão

DOI: 10.47573/aya.5379.2.380.3

# 04

## **Práticas de Saúde em Atenção Básica: Educação Acerca do Calendário Vacinal de Crianças..... 45**

Otávio Rodrigues de Camargo  
Ezequiel Arouche Serra  
Renata Cristina Bezerra Rocha Mendes  
Jasmim Leite Póvoas  
Yule Rodrigues de Sousa  
Erielle Marques de Lima  
Maria Aparecida Silva Freitas  
Lívia Alessandra Gomes Aroucha

**DOI: 10.47573/aya.5379.2.380.4**

# 05

## **Desafios do uso de Tecnologia Digital em Crianças e Adolescentes com TEA: um Estudo sobre Telas e Saúde Mental ..... 56**

Danilo Gualtieri

**DOI: 10.47573/aya.5379.2.380.5**

# 06

## **Os Prêmios da Excelência: Um Protocolo Psicanalítico de Hipnose com Base em Metáfora Cinematográfica para Estímulo ao Desempenho Escolar e Acadêmico. 66**

Luiz Henrique Busatto

**DOI: 10.47573/aya.5379.2.380.6**

# 07

## **A Função Materna e sua Relevância para a Nossa Vida Psíquica ..... 73**

Alana Amâncio Moreira  
Amanda Caroline Francisco  
Bruna Luzia Garcia de Oliveira



Isadora Frigo  
Polliana Ferreira Paula Leite  
DOI: 10.47573/aya.5379.2.380.7

# 08

## **Infância e o Enfrentamento/Privamento do Luto..... 88**

Ana Paula Delarisse de Sousa  
Isabela Martins Peres  
Lethicia Santos Franchini  
Luiz Ricardo de Goes  
Melina Chiquetti  
Stefane Soaigher de Souza  
Valéria Fabiane Comini da Silva  
Melina Chiquetti

DOI: 10.47573/aya.5379.2.380.8

# 09

## **O Uso da Dieta Cetogênica na Epilepsia: uma Revisão Bibliográfica..... 106**

Camila Alexandre Cavalieri  
Maria Carolina Sarmento Campelo

DOI: 10.47573/aya.5379.2.380.9

# 10

## **Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica: Fatores de Risco e Prevenção..... 116**

Jaqueline Basso Stivanin

DOI: 10.47573/aya.5379.2.380.10

**Organizadores..... 125**

**Índice Remissivo..... 126**

---

# Apresentação

---

O Volume 6 de ***Saúde da Criança e do Adolescente: Desafios e Perspectivas*** reúne estudos que abordam questões relevantes para a promoção da saúde infantil e adolescente, com foco em desafios epidemiológicos, práticas preventivas, saúde mental e intervenções clínicas.

A análise da obesidade em crianças pequenas e o estudo sobre internações por asma trazem dados importantes sobre problemas de saúde prevalentes na infância, contribuindo para a discussão sobre prevenção e manejo de doenças crônicas.

A mortalidade neonatal é explorada sob o impacto da intervenção pediátrica precoce, enquanto a atenção básica é fortalecida com práticas educativas que incentivam a adesão ao calendário vacinal, destacando a relevância de ações comunitárias.

A saúde mental ganha espaço com discussões sobre os efeitos das tecnologias digitais em crianças com transtorno do espectro autista e o uso de abordagens psicoterapêuticas para estimular o desempenho acadêmico, abordando aspectos emocionais e cognitivos.

O suporte emocional é discutido a partir do papel da função materna no desenvolvimento psíquico e das implicações do luto na infância, trazendo reflexões sobre o impacto das experiências emocionais na saúde infantil.

Intervenções clínicas também são apresentadas, como o uso da dieta cetogênica no controle da epilepsia e estratégias de prevenção para pneumonia associada à ventilação mecânica, evidenciando avanços científicos aplicados à prática médica.

Ao integrar diferentes abordagens teóricas e práticas, este volume oferece subsídios valiosos para compreender os desafios contemporâneos da saúde infantil e adolescente, ao mesmo tempo em que aponta caminhos para a construção de soluções fundamentadas em pesquisa e experiência interdisciplinar.

Boa Leitura!

# Estudo Epidemiológico da Obesidade em Crianças na Faixa Etária de 2 a 5 Anos Ocorridos no Município de Cascavel - Paraná entre 2021 e 2023

## *Epidemiological Study of Obesity in Children in the Age Group of 2 to 5 Years Occurred in the Municipality of Cascavel - Paraná Between 2021 and 2023*

**Bruna Pathrícia Ricardo Pasinato**

*Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz*

**Marise Vilas Boas Pescador**

*Doutora. Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz*

**João Guilherme Moroczka Biazzi**

*Acadêmico do Curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz*

**Anna Victória de Matos Sicchieri Rosa**

*Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz*

**Bárbara Lennert Jimenez**

*Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz*

**Eduarda França**

*Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz*

**Emily Wiebelling**

*Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz*

**Bruna Lenhardt Soares**

*Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz*

### RESUMO

A obesidade é, por definição, uma doença crônica e de causa multifatorial. O aumento de sua prevalência nas faixas etárias infantis é tido como importante pauta de saúde pública, já que sua ocorrência está diretamente relacionada com o desenvolvimento de afecções metabólicas e aumento do risco cardiovascular. Nos últimos anos, no Brasil, observou-se prevalência nos indicadores do excesso de peso na população infantil, estiman-



do-se que 9,4% das meninas e 12,4% dos meninos, foram considerados obesos em 2020. Na etiologia desses problemas, destaca-se a influência da interação de fatores biológicos, ambientais, comportamentais, sociais, econômicos e políticos. Portanto, é indispensável que se adotem estratégias eficazes de vigilância epidemiológica, preconizando a individualização dos comportamentos etiológico, epidemiológico e evolutivo da obesidade infantil em esfera municipal. Objetivo: Fornecer uma análise epidemiológica da obesidade infantil, em crianças entre dois e cinco anos de idade, no município de Cascavel-PR. Da mesma maneira que visa perquirir acerca dos indicadores de estado nutricional e dos marcadores do consumo alimentar do mesmo grupo, durante os anos de 2021-2023. Métodos: Se tratará de um estudo transversal descritivo, longitudinal, de base populacional, referente aos anos de 2021 a 2023, com dados do estado nutricional e marcadores do consumo nutricional em crianças entre 2 e 5 anos, atendidas pela Atenção Básica no município de Cascavel-PR, obtidos através dos relatórios de acesso público disponibilizados na plataforma online do SISVAN (internet).

**Palavras-chave:** obesidade infantil; SISVAN; estado alimentar.

## ABSTRACT

Obesity is, by definition, a chronic disease with a multifactorial cause. The increase in its prevalence in children is considered an important public health issue, as its occurrence is directly related to the development of metabolic disorders and increased cardiovascular risk. In recent years, in Brazil, there has been a prevalence of overweight indicators in the child population, estimating that 9.4% of girls and 12.4% of boys were considered obese in 2020. In the etiology of these problems, the influence of the interaction of biological, environmental, behavioral, social, economic and political factors stands out. Therefore, it is essential to adopt effective epidemiological surveillance strategies, advocating the individualization of the etiological, epidemiological and evolutionary behaviors of childhood obesity at the municipal level. Objective: To provide an epidemiological analysis of childhood obesity, in children between two and five years of age, in the city of Cascavel-PR. In the same way, it aims to investigate nutritional status indicators and markers of food consumption in the same group, during the years 2021-2023. Methods: This will be a descriptive, longitudinal, population-based cross-sectional study, covering the years 2021 to 2023, with data on nutritional status and markers of nutritional consumption in children between 2 and 5 years old, attended by Primary Care in the municipality of Cascavel -PR, obtained through publicly accessible reports made available on the SISVAN online platform (internet).

**Keywords:** childhood obesity; SISVAN; dietary status.

## INTRODUÇÃO

O excesso de gordura corporal, outrora considerado um privilégio dos ricos, atualmente não tem sido associado, não somente, a um problema estético, em desacordo com o padrão social, mas também relacionado a graves problemas de saúde. A obesidade é uma síndrome de grande incidência no século XXI que tomou proporções epidêmicas ao longo das últimas décadas. Segundo a Organização Mundial da Saúde, pessoas com

sobrepeso ultrapassam a marca de um bilhão e ainda dentro dessa quantia, cerca de 30% são obesas <sup>1,6</sup>.

Tais condições são caracterizadas pelo acúmulo de gordura corporal, excedendo os padrões aceitáveis de normalidade antropométrica em diferentes graus e integram o grupo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) <sup>2</sup>. A adiposidade é tão importante que compromete a saúde dos indivíduos, acarretando prejuízos tais como alterações metabólicas, dificuldades respiratórias e do aparelho locomotor <sup>3</sup>. Além de estar associada com aumento de morbimortalidade, incluindo de risco de eventos cardiovasculares, diabetes, doenças musculoesqueléticas e de algumas neoplasias <sup>4</sup>.

A métrica mais frequentemente utilizada para a classificação do sobrepeso e obesidade tem sido a utilização do Índice de Massa Corporal (IMC) tendo em vista suas vantagens e fácil aplicabilidade em estudos epidemiológicos com grandes amostras. Nesse sentido, considera-se como obesidade o IMC maior ou igual a 30 Kg/m<sup>2</sup>. A classificação da obesidade é feita da seguinte forma: Grau I: IMC entre 30 e 34,9; Grau II: IMC entre 35 e 39,9 e Grau III: (obesidade mórbida): IMC acima de 40 <sup>5</sup>.

No que concerne à obesidade, é indiscutível tratá-la como uma doença complexa que apresenta graves dimensões sociais e psicológicas, além de afetar praticamente todas as faixas etárias e grupos socioeconômicos. Na literatura, existe um consenso de que sua etiologia é bastante complexa, apresentando um caráter multifatorial. Envolve, portanto, uma gama de fatores, incluindo os históricos, ecológicos, políticos, socioeconômicos, psicossociais, biológicos e culturais <sup>7</sup>.

Para ilustrar alguns destes elementos pode-se citar: a influência midiática que estimula uma alimentação inadequada ao mesmo tempo em que se cobra um padrão ideal de magreza, a economia/política que estimula o consumismo, os interesses da indústria da alimentação não saudável, a complexidade das relações familiares envolvidas, a discriminação social sofrida, a dificuldades subjetivas de cada um, entre outros <sup>8</sup>.

O tratamento da obesidade é complexo, multiprofissional e demanda múltiplas intervenções e envolvimento ativo do paciente. O objetivo é a perda sustentada de peso para obter benefícios em relação às comorbidades associadas e diminuição da mortalidade por todas as causas. A perda de 5 a 10% do peso está associada com benefícios à saúde, apresentando melhorias em níveis pressóricos e glicêmicos, bem como melhora na qualidade de vida, funcionamento físico e mobilidade, redução de incontinência urinária, apneia do sono e depressão <sup>9</sup>.

O tratamento farmacológico pode ser considerado para aqueles pacientes que não alcançarem redução de pelo menos 5% do peso em 3 a 6 meses com as modificações comportamentais e que apresentem IMC >30 kg/m<sup>2</sup> ou entre 27 e 29,9 kg/m<sup>2</sup> com umas das comorbidades: risco cardiovascular maior que 20% em 10 anos, doença cardiovascular, hipertensão arterial de difícil controle, diabetes mellitus de difícil controle, síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono (apneia do sono), doença articular degenerativa. A decisão de iniciar o tratamento medicamentoso deve ser baseada no perfil de risco e benefícios de acordo com as características individuais dos pacientes <sup>10,11</sup>.

## REFERENCIAL TEÓRICO

A obesidade está configurada como uma pandemia <sup>12</sup>. Essa classificação se dá principalmente pela crescimento exponencial, causando uma enorme preocupação de saúde pública <sup>13</sup>. Na infância, a obesidade tem sua classificação pautada sob duas vertentes: a primária, relacionada ao consumo puro e excessivo de alimentos; e a secundária a pré-existência de alguma doença promotora, como por exemplo, hipertensão, diabetes tipo II e dislipidemias <sup>14</sup>.

A etiologia da obesidade infantil envolve fatores externos socioambientais (“obesidade exógena”) e fatores neuroendócrinos ou genéticos (“obesidade endógena”). Apenas 5% aproximadamente dos casos de obesidade em crianças e adolescentes são decorrentes de fatores endógenos. Os 95% restantes correspondem à obesidade exógena<sup>15</sup>.

A obesidade exógena é distúrbio nutricional multifatorial. O desmame precoce, a existência de sobrepeso na família, a alimentação excessiva e distúrbio na dinâmica familiar, além da redução da prática de atividades físicas, são fatores comumente associados à sua etiologia. Já é bem estabelecida a importância do ambiente social, acesso à alimentação saudável e a práticas de exercício físico, em que o indivíduo se insere na gênese da obesidade exógena, sendo que este fator se sobrepõe a todos os demais <sup>16</sup>.

No ano de 2019, em uma perspectiva mundial, cerca de 38 milhões de crianças menores de 5 anos apresentam sobrepeso ou obesidade <sup>17</sup>. Nessa faixa etária essa comorbidade representa pior estado de saúde, comprometimento emocional e baixo desempenho escolar. Crianças obesas são mais suscetíveis a ansiedade, depressão, dismorfismo corporal e bullying, infelizmente esse problema acompanha a vida adulta. Associada a isso, hipertensão (30% dos casos), diabetes mellitus 2, doenças cardíacas, acidente vascular encefálico (AVE) e câncer são as principais doenças. Nesse ínterim, a idade pré-escolar (2-5 anos) apresenta-se a melhor faixa etária para intervir, onde os cuidados primários de saúde são cruciais para tratamento e prevenção da obesidade <sup>18</sup>.

O desenvolvimento de tal comorbidade tem íntima relação com os hábitos de vida que tanto a criança quanto seus progenitores possuem e fatores genéticos (cursando com obesidade em crianças menores de 2 anos e hiperfagia, como também filhos de pais obesos têm maior tendência de ter sobrepeso ou obesidade) <sup>19</sup>. Dentre esses destacam-se: o excesso de ingestão calórica, o número insuficiente de refeições, não tomar café da manhã, comer em frente à TV, o tempo de exposição a telas (aumento de 66% para 88% durante a pandemia da COVID-19), a ingestão de bebidas com alto teor de açúcar, as refeições fora de casa, alimentar-se sem fome, os comportamentos sedentários e o sono inadequado.

O sobrepeso e a obesidade na infância trazem consequências de natureza física e psicológica. Apresentam uma maior probabilidade de permanecerem obesos até a idade adulta e mais propensos a desenvolver DCNT. Porém algumas doenças relacionadas à obesidade já estão presentes na infância e adolescência como a HAS, dislipidemias, sofrimento mental, apertamento sociais, dores articulares, entre outras. Crianças e adolescentes com obesidade sofrem com consequências a curto, médio e longo prazo <sup>20</sup>.

Dada a prevalência da obesidade e suas graves consequências, é importante a implementação de medidas de prevenção e promoção de saúde ainda na infância, como ampliação de políticas de saúde com educação nutricional, desenvolvimento e infraestrutura apropriada para práticas recreativas e de exercícios físicos, legislação específica para a rotulagem de alimentos e publicidade e propaganda de alimentos. Além disso, é fundamental a atuação do pediatra, por meio de atendimento individualizado, especialmente se a criança ou adolescente já apresenta excesso de peso.

O atual cenário do estado nutricional da população brasileira, caracterizado pelo processo de transição nutricional, reflete as mudanças vivenciadas no perfil demográfico e epidemiológico do país ao longo das últimas três décadas<sup>21</sup>. Embora se evidencie que a prevalência global da desnutrição esteja diminuindo tanto em crianças quanto em mulheres, nos países de baixa e média renda, como o Brasil, observa-se a coexistência da baixa estatura com o sobrepeso e/ou obesidade<sup>22</sup>.

Nos últimos anos, no Brasil, observou-se prevalência nos indicadores do excesso de peso na população infantil, estimando-se que 9,4% das meninas e 12,4% dos meninos, foram considerados obesos em 2020<sup>23</sup>, sendo que o número de crianças obesas de 5 a 9 anos cresceu mais de 300% entre os anos de 1989 e 2009 (24). O Ministério da Saúde e a Organização Panamericana da Saúde apontam que 12,9% das crianças brasileiras entre 5 e 9 anos de idade têm obesidade, assim como 7% dos adolescentes na faixa etária de 12 a 17 anos<sup>25</sup>.

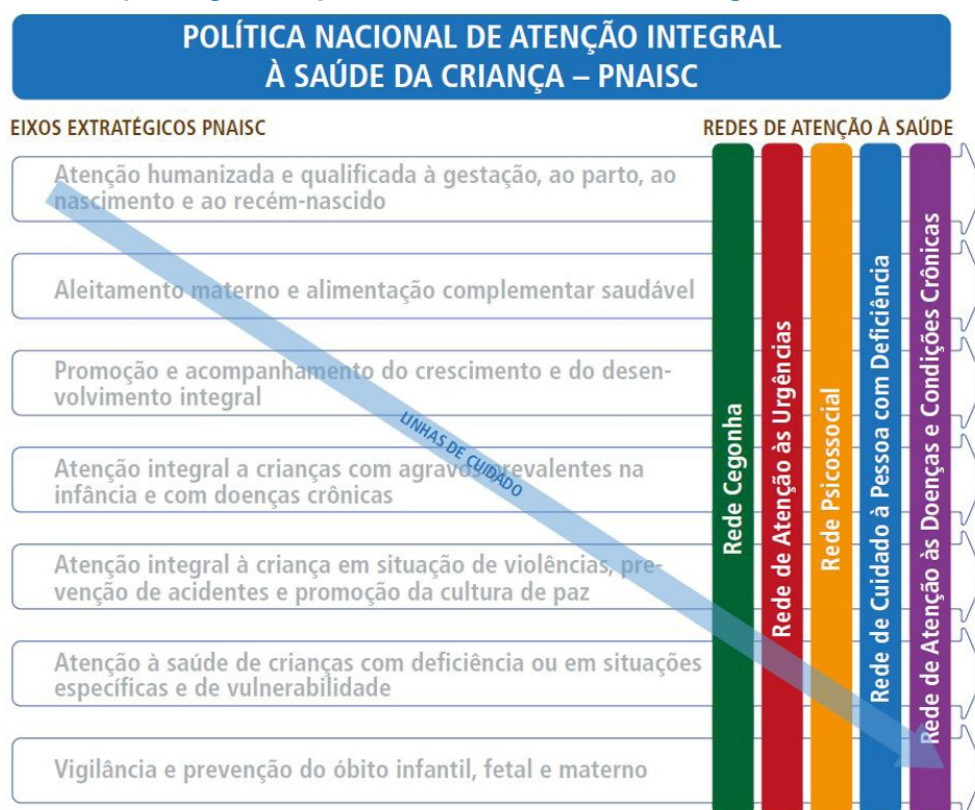
Segundo dados da SBP, quatro em cada cinco crianças obesas permanecerão obesas quando adultas<sup>26</sup>. A literatura também refere a idade próxima dos seis anos como um dos períodos mais críticos no desenvolvimento de mais acúmulo de gordura corporal e formação dos hábitos de vida<sup>27</sup>.

Na etiologia desses problemas, destaca-se a influência da interação de fatores biológicos, ambientais, comportamentais, sociais, econômicos e políticos. Assim, o estado nutricional infantil resulta da sinergia de determinantes que incluem o estado nutricional materno, o peso ao nascer, o estado de saúde e as práticas alimentares da criança, os cuidados com a criança, a segurança alimentar e nutricional (SAN) da família, o acesso aos serviços de saúde e o status socioeconômico<sup>28</sup>.

Nesse contexto, o ambiente familiar se sobressai como meio no qual os múltiplos fatores de risco podem se manifestar e influenciar a situação de saúde<sup>29</sup> com as características maternas representando uma importante interface entre a criança e o meio ambiente<sup>30</sup>. Além disso, não se deve descartar a possibilidade de influência dos cuidados prestados pelos serviços de saúde no estado nutricional, como constatado em uma revisão da literatura que apontou maiores chances de déficit de estatura entre crianças usuárias de serviços públicos de saúde ou de programas sociais<sup>31</sup>.

No Brasil, desde a criação do SUS, vários esforços têm sido empregados no sentido de diminuir a obesidade infantil. Com recursos limitados e baixa força política, estas ações vem demonstrando resultados lentos. Neste momento está em vigor a política nacional de atenção integral da saúde da criança, cujo objetivo é promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno principalmente na primeira infância (Brasil, 2018). Um esquema desta política é demonstrado na figura 1.

Figura 1 - Esquema geral da política nacional de atenção integral da saúde da criança.



Fonte: Brasil, 2018.

## METODOLOGIA

Estudo observacional transversal, de abordagem quantitativa e de natureza descritiva (Mazucato, 2018), realizado mediante análise dos dados de notificação depositados no SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional). Se tratará de base populacional, referente aos anos de 2021 a 2023, com dados do estado nutricional e marcadores do consumo nutricional em crianças entre 2 e 5 anos, atendidas pela Atenção Básica no município de Cascavel-PR, obtidos através dos relatórios de acesso público disponibilizados na plataforma online do SISVAN (internet).

Para a geração dos relatórios anuais do estado nutricional e dos marcadores de consumo alimentar serão utilizadas as seguintes variáveis para cada ano da série pesquisada (2021 a 2023): ano de referência; mês de referência (todos), agrupar por município; região Sul, estado Paraná; cidade Cascavel; e na categoria outros filtros serão adicionadas região de cobertura (todas), acompanhamentos registrados (todos) - que incluem SISVAN-Web, Sistema de Gestão do Bolsa Família (DATASUS) e e-SUS AB. Na aba fase da vida criança será selecionado “Criança”, idade “2 anos” a “5 anos”.

Além disso, para as variáveis povo e comunidade (todos); sexo (todos, que inclui masculino e feminino - posteriormente serão gerados em separado relatórios por sexo afim de se ter a composição percentual de atendimentos por gênero); escolaridade (todas); raça/cor (todas). O módulo gerador de relatórios pode ser acessado pelo site <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvanV2/relatoriopublico/index>



Para avaliação antropométrica em “Índice” será selecionado “IMC x Idade”. IMC refere-se ao peso dividido pela estatura ao quadrado ( $IMC = \text{peso em quilograma} / \text{estatura}^2$  em metro). O IMC/I foi classificado de acordo com os seguintes valores críticos do escore z:  $< -3$  (magreza acentuada),  $\geq -3$  e  $< -2$  (magreza),  $\geq -2$  e  $\leq +1$  (eutrofia),  $> +1$  e  $\leq +2$  (sobrepeso),  $> +2$  e  $\leq +3$  (obesidade),  $> +3$  (obesidade grave). Para E/I foram considerados nos seguintes valores críticos do escore z:  $< -3$  (estatura muito baixa para a idade),  $\geq -3$  e  $< -2$  (estatura baixa para a idade),  $\geq -2$  (estatura adequada para a idade).

Quanto à alimentação, serão analisados os marcadores de consumo alimentar contidos no relatório público do SISVAN. Os dados alimentares são relativos à realização de refeições assistindo à televisão, número de refeições realizadas, consumo de feijão, frutas, verduras e/ou legumes, alimentos embutidos, bebidas adoçadas, biscoitos recheados/doces/guloseimas e macarrão instantâneo/salgadinho de pacote/biscoito salgado. O SISVAN gera os relatórios com o número e as respectivas porcentagens de consumo de cada grupo de alimentos no dia anterior.

Por fim, os resultados obtidos serão segmentados de acordo com o estabelecimento de saúde em que o foram coletados. Assim, será possível individualizar o perfil do paciente pediátrico que se apresenta com obesidade infantil, conforme as regiões adscritas por cada unidade.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período estudado foram registrados 883 casos determinados de obesidade de crianças de 2 a 5 anos no município de Cascavel no estado do Paraná. Comparando 2021 com 2023 houve um aumento de 26,03% nestes registros em crianças com obesidade. Com relação aos dados demográficos, as informações contidas na tabela 1 revelam que, 88,24% (3194) dos casos relatam um aumento no risco de sobrepeso para atingir tal patologia em comparação aos anos, enquanto o sobrepeso teve um aumento de 88,21%. Ainda em análise dos dados tabulados a prevalência na obesidade está no sexo masculino, enquanto nas meninas se manteve nos dois últimos anos configurando uma diminuição de -1,85%.

**Tabela 1 - Características de obesidade infantil em crianças de 2 a 5 anos no município de Cascavel entre 2021 e 2023.**

Dados	2021	2022	2023	Média	Varição	Total
Risco de Sobrepeso	696	1.197	1.301	1.065	+88,24%	3.194
Sobrepeso	263	418	495	392	+88,21%	1.176
Obesidade	261	293	329	294	+26,03%	883
Meninos	153	187	223	188	+45,75%	563
Meninas	108	106	106	107	-1,85%	320

**Fonte: os autores. Dados do SISVAN.; Varição – percentual de 2021 com relação a 2023. + acréscimo; - diminuição.**

A educação parental superior muitas vezes se traduz em saúde de qualidade e comportamento de busca de cuidados de saúde, alfabetização em saúde e práticas de alimentação saudável que melhoram a saúde e o bem-estar das crianças <sup>29</sup>.

O aumento do financiamento público para saúde e assistência médica também é conhecido por reduzir a incidência de sobrepeso infantil. Quando os investimentos em saúde e serviços são feitos de forma justa e equitativa, eles melhoram o acesso a serviços de cuidados vitais, incluindo cuidados pediátricos, para as populações carentes e vulneráveis<sup>33</sup>.

**Tabela 2 - Características da alimentação em crianças de 2 a 5 anos no município de Cascavel entre 2021 e 2023.**

Forma	2021	2022	2023	
Assistindo a TV	38%	42%	54%	
Número de refeições diárias	5	3	3	
Consumo de feijão	22%	32%	29%	
Consumo de vegetais/legumes	31%	35%	26%	
Consumo de embutidos		45%	52%	49%
Consumo de bebidas adoçadas		52%	55%	57%
Consumo de salgadinho		47%	42%	39%
Consumo de guloseimas		26%	29%	34%

**Fonte: os autores. Dados do SISVAN. Percentual em relação a quantidade de crianças na faixa etária de 2 a 5 anos na cidade de Cascavel. % em relação ao total de pacientes do relativo estudo.**

Diversos fatores influenciam o comportamento alimentar, incluindo aspectos externos, como o ambiente familiar, atitudes de pais e amigos, normas sociais e culturais, a mídia, a oferta de fast food, o conhecimento nutricional e hábitos alimentares, bem como fatores internos, como necessidades psicológicas, imagem corporal, autoestima, preferências alimentares, saúde e desenvolvimento mental. A dificuldade em regular a sensação de saciedade é um fator de risco tanto para a obesidade infantil quanto para a adulta. Quando as crianças são forçadas a comer tudo o que está no prato, podem perder a capacidade de reconhecer sua saciedade natural. A sensação de saciedade ocorre após a ingestão de alimentos, inibindo a fome por um período determinado. Esse processo começa antes mesmo de o alimento ser consumido, com estímulos sensoriais como visão, audição e olfato, que ativam mecanismos fisiológicos complexos envolvendo neurotransmissores e outros sinais químicos. A distensão do estômago é um dos sinais mecânicos importantes de saciedade, enquanto neurotransmissores e peptídeos, como colecistocinina, glucagon e somatostatina, também desempenham papéis importantes. No sistema nervoso central, o controle do apetite envolve sistemas serotoninérgicos, principalmente no hipotálamo, com outros peptídeos, como beta-endorfina e galanina, também influenciando a ingestão e saciedade. O neuropeptídeo Y é o mais potente estimulador do apetite conhecido, e a leptina, produzida no tecido adiposo, desempenha um papel fundamental no controle energético, possivelmente interagindo com o neuropeptídeo Y no controle da fome e da saciedade. Assim, o tamanho da porção servida não é o fator determinante da saciedade; a criança pode já estar satisfeita antes de terminar a refeição ou, em outros casos, querer comer mais.

Estudos sobre os hábitos alimentares associados à obesidade sugerem que o aleitamento materno pode atuar como um fator protetor importante contra o desenvolvimento da condição. Por outro lado, práticas como não tomar café da manhã, consumir refeições noturnas com alto valor calórico, ingerir uma variedade limitada de alimentos em porções

grandes, beber líquidos calóricos em excesso e seguir práticas inadequadas de alimentação precoce são prejudiciais e podem contribuir para a obesidade. O índice de massa corporal (IMC) e a incidência de obesidade aumentavam com o consumo adicional de bebidas açucaradas. O hábito de fazer lanches mudou significativamente nas últimas décadas, com um aumento na ingestão calórica média proveniente de lanches, que passou de 450 para 600 calorias por dia, representando agora cerca de 25% da ingestão energética diária. A densidade calórica dos lanches também aumentou, o que pode contribuir para uma ingestão calórica total maior, resultando em um maior risco de obesidade infantil. O consumo excessivo de açúcar adicionado, por exemplo, pode representar até um terço das calorias diárias.

Os pais têm uma forte influência sobre os hábitos alimentares dos filhos. No entanto, quanto mais insistem para que a criança consuma certos alimentos, menos provável é que ela o faça. Da mesma forma, restrições alimentares podem ter efeitos negativos. Na primeira infância, recomenda-se que os pais ofereçam refeições e lanches saudáveis e equilibrados, permitindo que as crianças escolham a qualidade e quantidade de alimentos que desejam consumir, dentro dessas opções saudáveis.

**Tabela 3 - Complicações da obesidade.**

<b>Articulares</b>	Maior predisposição a artroses, osteoartrite Epifisiólise da cabeça femoral Genu valgum, coxa vara <sup>1</sup>
<b>Cardiovasculares</b>	Hipertensão arterial sistêmica; Hipertrofia cardíaca
<b>Cirúrgicas</b>	Aumento do risco cirúrgico
<b>Crescimento</b>	Idade óssea avançada, aumento da altura/ Menarca precoce
<b>Cutâneas</b>	Maior predisposição a micoses, dermatites e piodermites
<b>Endócrino-metabólicas</b>	Resistência à insulina e maior, predisposição ao diabetes, Hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia
<b>Gastrointestinais</b>	Aumento da frequência de litíase biliar, Esteatose hepática e esteatohepatite
<b>Mortalidade</b>	Aumento do risco de mortalidade
<b>Neoplásicas</b>	Maior frequência de câncer de endométrio, mama, vesícula biliar, cólon/ reto, próstata
<b>Psicossociais</b>	Discriminação social e isolamento Afastamento de atividades sociais Dificuldade de expressar seus sentimentos
<b>Respiratórias</b>	Tendência à hipóxia, devido a aumento da demanda ventilatória, aumento do esforço respiratório, diminuição da eficiência muscular, diminuição da reserva funcional, micro ectasias, apneia do sono, síndrome de Pickwick Infecções Asma

**Fonte: Obesidade infantil de Mello ED et al.**

A quantidade total de gordura corporal, especialmente no tronco, região abdominal e gordura visceral, está associada a doenças crônicas. O aumento do colesterol é um fator de risco para doenças coronarianas, especialmente quando combinado com a obesidade. O sobrepeso triplica o risco de diabetes tipo 2. Outros fatores de risco para doenças coronarianas incluem colesterol elevado, tabagismo, hipertensão, diabetes e sedentarismo. A obesidade também contribui para dislipidemia, aumentando colesterol e triglicerídeos, enquanto reduz o HDL. A perda de peso melhora o perfil lipídico e reduz o risco cardiovascular. A alimentação das crianças está fortemente ligada à dos pais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Wright *et al.* (n.d.) conduziram um estudo para investigar a relação entre a obesidade na infância e o risco de obesidade na vida adulta, além de identificar os fatores de risco associados. Os resultados indicaram que, de fato, existe um risco elevado, mas destacaram que a magreza na infância não atua como um fator protetor contra a obesidade futura. O Índice de Massa Corporal (IMC) infantil tem uma correlação positiva com o IMC na vida adulta, e crianças obesas enfrentam um risco maior de mortalidade na idade adulta. No entanto, é importante notar que o IMC não reflete diretamente a porcentagem de gordura corporal, e que, a partir dos 13 anos, a probabilidade de crianças obesas se tornarem adultos obesos aumenta significativamente.

Além disso, a relação entre baixo peso ao nascer e resistência à insulina ainda é incerta. Um estudo recente não encontrou correlação significativa, embora o peso atual continue a ser um fator que contribui para esse desfecho. Por isso, é fundamental focar no manejo e na prevenção da obesidade infantil, uma vez que essa condição é mais facilmente corrigível e evitável do que o baixo peso gestacional, além de ter consequências mais severas para a saúde.

A obesidade pode ser classificada em duas categorias: exógena, que é a mais comum, e endógena. A obesidade endógena requer a identificação e tratamento da doença subjacente. Já a obesidade exógena resulta de um desequilíbrio entre a ingestão e o gasto calórico, necessitando de intervenções através de orientações alimentares, mudanças de hábitos e aumento da atividade física.

É fundamental avaliar aspectos como a disponibilidade de alimentos, preferências alimentares, hábitos de consumo, locais e responsáveis pelas refeições, atividades da criança, ingestão de líquidos e crenças alimentares. Reduzir o consumo de alimentos hipercalóricos pode ser suficiente para promover a perda de peso.

Obesidade infantil está associada a diversas complicações de saúde, como diabetes tipo 2, hipertensão, colesterol elevado e até problemas ortopédicos devido à pressão excessiva nas articulações. Além disso, o impacto psicológico também é significativo, já que muitas crianças obesas enfrentam estigmatização, bullying e problemas de autoestima. A duração da obesidade também influencia a ocorrência dessas complicações: quanto mais tempo o indivíduo permanece com sobrepeso, maior a probabilidade de desenvolver problemas de saúde, muitas vezes de forma precoce.

Uma abordagem multidisciplinar e integral é fundamental para encarar este problema de saúde pública. É importante levar em consideração que medidas de prevenção relacionadas a atenção primária devem ser executadas durante todas as fases da idade adulta. Desta forma, as informações mencionadas podem ser utilizadas por equipes multidisciplinares ou profissionais de saúde, a fim de projetarem ações ou novas pesquisas que visem a evitar a obesidade infantil.

## REFERÊNCIAS

1. JACOBSEN BB, LEOPOLDO APL, CORDEIRO JP, CAMPOS DHS de, NASCIMENTO AF do, SUGIZAKI MM, *et al.* **Cardiac, Metabolic and Molecular** Profiles of Sedentary Rats in the Initial Moment of Obesity. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2017Nov;109(5):432–9. Available from: <https://doi.org/10.5935/abc.20170151>;
2. OLIVEIRA LPM, ASSIS AMO, SILVA MCM, SANTANA MLP, SANTOS NS, PINHEIRO SMC, *et al.* **Fatores associados a excesso de peso e concentração de gordura abdominal em adultos** na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(3): 570-82. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000300012h>;
3. PEREIRA LO, FRANCISCHI RP, LANCHÁ-Junior HA. **Obesidade:** hábitos nutricionais, sedentarismo e resistência à insulina. *Arq Bras Endocrinol Metabol* [periódico na Internet] 2003 [acessado 2007 jan 19];47(2): [cerca de 17 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v47n2/a03v47n2.pdf>;
4. DYNAMED. **Obesity in Adults**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 2022. Disponível em <https://www.dynamed.com/condition/obesity-in-adults>. Acesso em 30 dez. 2021;
5. SOUZA CR, CECCATO MD, SANTOS SF, MOL MP, SILVEIRA MR. **Alterações no índice de massa corporal:** Coorte em indivíduos em uso de dolutegravir. *Res Soc Dev* [Internet]. 6 dez 2021 [citado 16 jun 2023];10(16):e65101623189. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i16.23189>
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity and overweight**. Geneva, 9 jun. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em 30 dez. 2021;
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006;
8. FRONTZEK LG, FERNANDES MM, GOMES ME. **A Multidisciplinary Treatment for Morbid Obesity:** Therapeutic Experience with Groups. *Psychology* [Internet]. 2014 [citado 16 jun 2023];05(08):875-85. Disponível em: <https://doi.org/10.4236/psych.2014.58099>;
9. KUSHNER RF, RYAN DH. **Assessment and lifestyle management of patients with obesity:** clinical recommendations from systematic reviews. *JAMA*. 2014 Sep 3;312(9):943-52. doi: 10.1001/jama.2014.10432. Erratum in: *JAMA*. 2014 Oct 15;312(15):1593. PMID: 25182103.
10. PERRAUT L. **Obesity in adults:** Drug therapy. Waltham (MA): UpToDate, 5 jul. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-drug-therapy>;
11. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016**. 4a ed. São Paulo: ABESO, 2016. Disponível em: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>;
12. ROCHA NP, MILAGRES LC, FILGUEIRAS MDS, SUHETT LG, SILVA MA, ALBUQUERQUE FM de, *et al.* **Association of Dietary Patterns with Excess Weight and Body Adiposity in Brazilian Children:** The Pase-Brasil Study. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2019Jul;113(1):52–9. Available from: <https://doi.org/10.5935/abc.20190113>
13. MARTINS APB. **É PRECISO TRATAR A OBESIDADE COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA**. *Rev adm empres* [Internet]. 2018May;58(3):337–41. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-759020180312>;

14. NOGUEIRA-DE-ALMEIDA CA, MELLO ED de. **Correlation of body mass index Z-scores with glucose and lipid profiles among overweight and obese children and adolescents.** J Pediatr (Rio J) [Internet]. 2018May;94(3):308–12. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.06.012>.
15. ESCRIVÃO MAMS, OLIVEIRA FLC, TADDEI JAAC, LOPEZ FA. **OBESIDADE EXÓGENA NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA.** J Pediatr (Rio J). 2000; 76 (Suppl 3):S305-10;
16. GLANZ K, SALLI JF, SAELENS BE, FRANK LD. **Healthy Nutrition Environments:** concepts and measures. Am J Health Promot. 2005; 19(5):330-3.;
17. HENRIKSSON H, ALEXANDROU C, HENRIKSSON P, HENSTRÖM M, BENDTSEN M, THOMAS K, MÜSSENER U, NILSEN P, LÖF M. **MINISTOP 2.0:** a smartphone app integrated in primary child health care to promote healthy diet and physical activity behaviours and prevent obesity in preschool-aged children: protocol for a hybrid design effectiveness-implementation study. BMC Public Health [Internet]. 23 nov 2020 [citado 16 jun 2023];20(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09808-w>
18. TUCKER KM, INGRAM M, DOUBLEDAY K, PIPER R, CARVAJAL SC. **La Vida Buena (The Good Life) evaluation:** a quasi-experimental intervention of a community health worker-led family-based childhood obesity program for Latino children 5–8 years of age on the US-Mexico border. BMC Public Health [Internet]. 14 jun 2019 [citado 16 jun 2023];19(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7081-x>
19. MAZUR A, ZACHURZOK A, BARAN J, DEREŃ K, ŁUSZCZKI E, WERES A, WYSZYŃSKA J, DYLCZYK J, SZCZUDLIK E, DROŹDŹ D, METELSKA P, BRZEZIŃSKI M, KOZIOŁ-KOZAKOWSKAA, MATUSIK P, SOCHA P, OLSZANECKA-GILIANOWICZ M, JACKOWSKA T, WALCZAK M, PEREGUD-POGORZELSKI J, TOMIAK E, WÓJCIK M. **Childhood Obesity:** Position Statement of Polish Society of Pediatrics, Polish Society for Pediatric Obesity, Polish Society of Pediatric Endocrinology and Diabetes, the College of Family Physicians in Poland and Polish Association for Study on Obesity. Nutrients [Internet]. 15 set 2022 [citado 16 jun 2023];14(18):3806. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu14183806>
20. GINANI, J. BORTOLINI, G. FELDENHEIMER, A.C. **Principais Questões sobre Sobrepeso e Obesidade na Infância.** [S. l.], 12 fev. 2021. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/principais-questoes-sobre-sobrepeso-e-obesidade-na-infancia/>>. Acesso em: 17 dez. 2021;
21. PEREIRA IFS, ANDRADE LMB, SPYRIDES MHC, LYRA CO. **Estado nutricional de menores de 5 anos de idade no Brasil:** evidências da polarização epidemiológica nutricional. Cien Saude Colet 2017; 22(10):3341-3352;
22. MIA MN, RAHMAN MS, ROY PK. **Sociodemographic and geographical inequalities in under and overnutrition among children and mothers in Bangladesh:** a spatial modelling approach to a nationally representative survey. Public Health Nut 2018; 21(13):2471-2481;
23. SBC - SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **O que acontece com nossas crianças e jovens obesos?.** 2020. Disponível em: <<https://www.portal.cardiol.br/post/o-que-acontece-com-nossas-criancas-e-jovens-obesos>>. Acesso em: 16 dez. de 2021;
24. CRESCENTE CL, RIZZARDI KF, INDIANI CM, RODRIGUES LK, PARISOTTO TM. **Prevalência de obesidade infantil:** há motivo de preocupação? Saude Pesqui [Internet]. 11 jun 2021 [citado 16 jun 2023];14(3):1-11. Disponível em: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2021v14n3e8606>

25. ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Mapa da Obesidade**. São Paulo: ABESO, 2019. Disponível em: <www.abeso.org.br>. Acesso em 21 de janeiro de 2022;
26. SBP - SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Nutrologia. **Obesidade na infância e adolescência**: manual de orientação. 2. ed. rev. ampl. São Paulo: SBP, 2012; 142 p;
27. ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade** – Associação Brasileira para estudo da obesidade e síndrome metabólica. 4.ed. - Itapevi, SP, 2016;
28. AKOMBI BJ, AGHO KE, HALL JJ, WALI N, RENZAHO AMN. **Stunting, wasting and underweight in Sub-Saharan Africa**: a systematic review. Int J Environ Res Public Health 2017; 4(8):863;
29. WANG Y, MIN J, KHURI J, LIU M. A **Systematic examination of the association between parental and child obesity across countries**. Adv Nutr 2017; 8(3):436-448;
30. FIGUEROA Pedraza D. **Preditores de riscos nutricionais de crianças assistidas em creches em município de porte médio do Brasil**. Cad Saude Colet 2017; 25(1):14-23.;
31. SOUSA, CPC, OLINDA, RA, FIGUEROA, Pedraza D. **Prevalence of stunting and overweight/obesity among Brazilian children according to different epidemiological scenarios**: systematic review and metaanalysis. Sao Paulo Med J 2016; 34(3):251-262.
32. WRIGHT CM, Parker L, Lamont D, Craft AW. **Implications of childhood obesity for adult health**: findings from thousand families cohort study. BMJ. 2001;323(7324):1280-4.
33. BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**: orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
34. MAZUCATO, T. **Metodologia da pesquisa e do trabalho científico**. Penápolis: FUNEPE, 2018

# Análise das Internações por Asma em Crianças de 1 a 4 anos na Região Sul do Brasil nos Últimos 5 anos

## *Analysis of Asthma Hospitalizations in Children Aged 0 to 5 Years in the Southern Region of Brazil over the Last 5 Years*

Isabela Vargas Dezan  
James Albiero  
Érico de Araujo  
Michelle Cristine Herrmann

### RESUMO

A asma é uma doença respiratória crônica que acomete frequentemente crianças, sendo a 3ª principal causa de procura ao atendimento de urgência e hospitalização e a principal doença respiratória crônica da infância. Seu principal sintoma é a dificuldade para respirar que pode gerar incapacitação frente à situações potencialmente motivadoras, como a exposição à alérgenos, mudanças climáticas e prática de exercícios físicos. Dessa forma, a Asma pode impactar significativamente a qualidade de vida do paciente, gerando prejuízo ao seu desenvolvimento físico e social. Este estudo utilizará o método de obtenção de dados através do DATASUS/TABNET, a partir das informações do Sistema de Informações Hospitalares sobre as internações por asma em crianças de 1 a 4 anos na região Sul do Brasil, nos últimos 5 anos. Assim, busca destacar a importância do conhecimento da patologia e das diferentes formas de manejo da doença, visando a melhora da qualidade de vida da criança.

**Palavras-chave:** asma; qualidade de vida; manejo.

### ABSTRACT

Asthma is a chronic respiratory disease that frequently affects children, being the 3rd leading cause of emergency care visits and hospitalizations,





as well as the main chronic respiratory disease in childhood. Its primary symptom is difficulty breathing, which can cause disability in response to potentially triggering situations, such as exposure to allergens, climate changes, and physical exercise. Thus, asthma can significantly impact the patient's quality of life, hindering their physical and social development. This study will utilize data obtained from DATASUS/TABNET, based on information from the Hospital Information System regarding asthma hospitalizations in children aged 1 to 4 years in the southern region of Brazil over the past five years. It aims to highlight the importance of understanding the pathology and the various approaches to managing the disease, with the goal of improving the child's quality of life.

**Keywords:** asthma; pediatrics; respiratory disease; hospitalization.

## INTRODUÇÃO

A asma é uma doença crônica das vias aéreas de condução, geralmente causada por uma reação imunológica, marcada por broncoconstrição episódica devido ao aumento da sensibilidade das vias aéreas a uma variedade de estímulos, inflamação das paredes brônquicas e aumento da secreção mucosa (Kumar, Abbas, & Aster, 2018).

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que mais de 339 milhões de pessoas tenham asma em todo o mundo e houve 417.918 mortes dela decorrentes, em nível global, em 2016. Estima-se que no Brasil, muitas mortes decorrentes de asma, poderiam ser evitadas apenas com o tratamento adequado. Sendo que, pode se desenvolver em qualquer idade, porém, nos primeiros cinco anos de vida se torna mais frequente.

A asma é uma doença que afeta de forma ampla a vida de crianças e adolescentes, já que, seus sintomas afetam diretamente o desempenho físico do paciente. Ademais, pode também afetar a vida dos pacientes em aspectos emocionais, já que, comprometendo seu desempenho em atividades físicas, pode afetar sua autoestima e sua qualidade de vida (Sousa, 2023).

É uma doença que geralmente se exacerba à noite ou no início da manhã com sintomas como: falta de ar, sibilância, tosse intensificada, sensação de “aperto no peito”. Seus fatores desencadeantes, podem ser: infecções virais, exposição à alérgenos, ar frio, mudanças climáticas, estresse, fármacos e exercício físico (Kumar, Abbas, & Aster, 2018).

Sabendo que, no Brasil, a região Sul, formada por três estados: Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, tem um clima predominantemente subtropical, onde há grandes variações de temperatura e é a região mais fria do país, fica claro que a ocorrência de diagnósticos de asma seja mais frequente, visto que, a patologia tem predileção por temperaturas mais baixas (EMBRAPA, s.d.)

Por fim, o objetivo da pesquisa é utilizar o método de obtenção de dados através do DATASUS/TABNET, por meio da análise de informações a partir do Sistema de Informações Hospitalares sobre as Internações por asma em crianças de 1 a 4 anos na região Sul do Brasil, nos últimos 5 anos. Os dados serão tabulados em uma planilha do Microsoft Excel

e gráficos, com o objetivo de realizar um estudo estatístico. A apresentação dos resultados visa responder ao problema proposto, identificando os encaminhamentos e tratamentos disponíveis aos profissionais de saúde para melhoria da qualidade de vida e otimização do tratamento dos pacientes.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### Asma

A asma configura-se como a doença respiratória crônica que mais acomete crianças nos 5 primeiros anos de vida e uma das principais causas de hospitalização de crianças (March, Camargo, Mocelin, & Amantéia, 2002).

É também grande motivo de acometimento em meninos antes da puberdade e meninas após a puberdade. Sendo assim, pode-se afirmar que algumas crianças continuam a sofrer com a asma mesmo após a infância, porém, em outras pode se resolver.

A doença pode prejudicar de forma significativa o modo de vida do paciente e desencadear outras patologias quando mal controlada, como: infecções respiratórias repetitivas, atelectasia, insuficiência respiratória, refluxo gastroesofágico, distúrbios do sono e ansiedade. Geralmente, pode estar associada com a rinite alérgica e eczema, pela suscetibilidade genética e por influenciarem nas respostas imunes do organismo (Kumar, Abbas, & Aster, 2018).

A asma atópica é causada pela resposta exagerada de células Th2, secreção de citocinas que promovem a inflamação e estimulam a resposta de IgE aos alérgenos ambientais em indivíduos geneticamente pré-dispostos. Gerando, broncoconstrição, exsudação de plasma, produção de muco e hiper responsividade (Kumar, Abbas, & Aster, 2018).

Ainda assim, os fatores desencadeantes da asma podem variar de indivíduo para indivíduo. Quanto maior a exposição ao fator sensibilizador do paciente, mais agravante.

Diante desse contexto, crianças que apresentem sintomas respiratórios agudizados, principalmente quando em crises alérgicas e falta de ar, devem ter a asma como uma das hipóteses diagnósticas do médico clínico.

### Etiopatogenia e Fatores de Risco

A fisiopatologia da asma foi elucidada por meio de exames de necrópsia em pulmões de pacientes que faleceram da doença e biópsias brônquicas de pacientes com manifestações mais leves. Na asma, a mucosa das vias respiratórias apresenta infiltração por eosinófilos, linfócitos T ativados e mastócitos. Além disso, observa-se infiltração eosinofílica com espessamento da membrana basal devido à deposição subepitelial de colágeno. O epitélio frequentemente se apresenta descamado ou friável, e há aumento na quantidade de células epiteliais na luz das vias aéreas. Pode haver também vasodilatação e angiogênese, com edema e eritema local, causando estreitamento das vias respiratórias. Esse estreitamento pode ser agravado pela presença de muco e tampões glicoproteicos decorrentes das células caliciformes (Harrington & Rodrigues, 2024).

Dentre as principais células responsáveis por toda essa fisiopatologia, temos os mastócitos, que principalmente causam a broncoconstrição após o contato com os alérgenos, os macrófagos que iniciam a resposta inflamatória por meio da liberação de citocinas, e as células dendríticas, que são responsáveis pela apresentação dos antígenos, participando do processo de programação e produção de células T específicas para esses alérgenos (Harrington & Rodrigues, 2024).

Além disso, temos os eosinófilos, que são associados a hiperresponsividade das vias respiratórias através da liberação de radicais livres derivados do oxigênio e liberação de proteínas básicas além de se aderirem ao endotélio vascular da circulação sanguínea dessas vias, enquanto que os neutrófilos, estão aumentados geralmente no escarro dos pacientes com asma grave durante as exacerbações, causando resistência aos corticosteroides (Harrington & Rodrigues, 2024).

Ao mesmo tempo, temos ainda os Linfócitos T, causando a liberação de citocinas, perpetuando a presença de eosinófilos e mastócitos nas vias aéreas, com tendência ao aumento de IgE através da liberação principalmente da IL-5, IL4 e IL13, através da reposta imunológico do tipo Th2. Esse tipo de resposta acentua a inflamação e tem grande ação nas formas mais graves da doença (Harrington & Rodrigues, 2024).

Além disso, na asma crônica, a inflamação e a reparação contínuas ocorrem simultaneamente, causando alterações fisiopatológicas características da doença, como o desprendimento do epitélio das vias respiratórias, destruição do epitélio, fibroses na membrana basal, anormalidades da musculatura lisa das vias respiratórias, fluxo sanguíneo das vias aéreas aumentado, hipersecreção de muco e remodelação das vias respiratórias (Harrington & Rodrigues, 2024).

Portanto, fatores como redução do fluxo ventilatório, em grande parte pela broncoconstrição, a congestão vascular, com edema de vias aéreas e a obstrução intraluminal, causa redução do volume expiratório forçado em 1 segundo (VEF1), a relação VEF1/capacidade vital forçada (CVF) e o fluxo expiratório de pico (FEP), além de aumentar a resistência nas vias aéreas. Sendo assim, o fechamento precoce das vias respiratórias origina a hiperinsuflação pulmonar e aumenta o volume residual, principalmente nas exacerbações agudas. Por isso, na asma grave, há uma desproporção entre ventilação e perfusão e hiperemia brônquica (Harrington & Rodrigues, 2024).

Estudos apontam que durante o primeiro ano de vida, entre 50% a 65% das crianças já manifestaram seus primeiros sintomas e apontam que entre 30% a 50% das crianças asmáticas apresentaram o desaparecimento dos sintomas na fase puberal ou adulta. No entanto, apesar da regressão da doença, a função pulmonar tende a permanecer alterada.

Na asma, a criança geralmente apresenta sensibilidade de ao menos um alérgeno ambiental comum, sendo que aquelas sensibilizadas precocemente têm maior propensão a desenvolver a enfermidade. Dentre os fatores desencadeantes, podemos citar os ácaros domiciliares, animais de estimação e fungos (Kumar, Abbas, & Aster, 2018).

Por outro lado, temos o aleitamento materno que pode atuar como fator protetor, por isso, crianças que são amamentadas através do aleitamento natural, podem receber efeitos benéficos, como a prevenção do aparecimento de infecções respiratórias. No entanto, não

se sabe até quando esse “efeito protetor” continua atuando e se ele é persistente ou não (Poysa & K, 1992).

Foi observado nos primeiros anos de vida, a prevalência de crianças do sexo masculino, nos casos de asma na pediatria. Além disso, constatou-se que meninos apresentam crises mais frequentes, graves e necessitam de hospitalizações com maior frequência. Essa diferença pode ser equilibrada a partir dos 10 anos de idade, quando as estruturas das vias aéreas se igualam entre os dois gêneros.

A asma tende a se manifestar com maior frequência em ambientes com alta concentração de alérgenos, como em grandes cidades onde a poluição é significativa. Mas pode surgir mais facilmente em crianças que vivem em ambientes excessivamente protegidos do contato com antígenos. Muitos pais adotam medidas extremas para evitar a exposição de patógenos de seus filhos, todavia essa exposição é, na verdade, benéfica para o desenvolvimento do sistema imunológico, atuando como fator protetor contra a atopia e a asma (Kumar, Abbas, & Aster, 2018).

Climas úmidos e frios estão associados a uma maior probabilidade de descompensação asmática devido à combinação de fatores como a alta umidade, que favorece a proliferação de alérgenos, e ao efeito do ar frio, que pode intensificar a resposta inflamatória nas vias respiratórias.

## Classificação

A classificação da asma pode ser feita avaliando a frequência e a intensidade dos sintomas, quantidade de exacerbações e pela análise da função pulmonar. Onde podemos classificá-la em intermitente ou persistente leve, moderada e grave (Stirbulov, 2006).

A apresentação de sintomas no máximo duas vezes por semana, limitados a esforços físicos e facilmente aliviados com o uso de broncodilatadores, pode ser classificada como asma leve. Nesse caso, a asma leve raramente interfere no cotidiano da criança ou leva à necessidade de atendimento hospitalar.

Em crianças com 6 anos ou mais, que conseguem realizar exames de função pulmonar, os resultados da espirometria, como o pico de fluxo expiratório (PFE) ou o volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1), antes do uso de broncodilatadores, geralmente apresentam valores superiores a 90% do melhor valor pessoal (MVP).

Diferente da classificação leve da doença, na asma moderada é observada a presença de sintomas mais de duas vezes na semana, embora não de forma contínua. Geralmente, as crianças apresentam sintomas noturnos e perda da qualidade de vida. Além disso, o uso de medicações de alívio pode ocorrer três vezes ou mais ao longo da semana (March, Augusto, & Mocelin, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2021)

Na fase grave da doença, os sintomas são contínuos e persistentes. Nessa etapa, as atividades diárias são gravemente comprometidas, com frequentes atendimentos hospitalares e necessidade de uso diário de corticosteroides sistêmicos (Solé, Nunes, Rizzo, & Naspitz, 1998). Em crianças com 6 anos ou mais, a espirometria geralmente revela valores de PFE ou VEF1 abaixo de 90% do melhor valor pessoal (MVP) ou inferiores ao

limite previsto após o uso de broncodilatadores. Além disso, o valor mínimo do PFE, durante o monitoramento de três semanas, costuma estar abaixo de 75% do MVP (March, Augusto, & Mocelin, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2021).

## Diagnóstico

O diagnóstico da asma na infância pode ser desafiador para os profissionais de saúde, pois a doença frequentemente apresenta sintomas semelhantes a outras condições respiratórias, como bronquiolite, refluxo gastroesofágico e laringotraqueobronquite. Nesse contexto, a anamnese torna-se fundamental para identificar sinais característicos da enfermidade, como falta de ar, tosse persistente, sibilos (March, Augusto, & Mocelin, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2021).

Além da história clínica do paciente, o profissional pode usar de exames que auxiliem no diagnóstico da doença. A constatação de limitação variável do fluxo aéreo expiratório pode ser realizada por meio da espirometria com prova broncodilatadora, pico de fluxo expiratório (PFE) e provas de atopia. Entretanto, é importante salientar que os exames citados são solicitados preferencialmente para o diagnóstico de crianças maiores de 6 anos (March, Augusto, & Mocelin, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2021).

Exames para excluir diagnósticos diferenciais em crianças de 1 a 4 anos são de suma importância para o manejo adequado da doença (Lima *et al.*, 2024). Após uma história clínica detalhada e uma avaliação física criteriosa, pode-se solicitar exames como radiografia de tórax e hemograma, dependendo das principais diagnósticas do profissional. Esses exames são fundamentais para evitar tratamentos desnecessários e contribuem para a melhora da qualidade de vida dos pacientes.

## Tratamento

O principal objetivo do tratamento da asma é melhorar a qualidade de vida do paciente, diminuindo o número e gravidade das crises focando na redução ao máximo do uso de medicações de resgate, na minimização dos efeitos colaterais dos medicamentos e na prevenção da mortalidade (ginasthma.org, 2024).

A identificação dos fatores envolvidos na gênese e/ou agravamento da asma é o primeiro passo para o estabelecimento de um plano de tratamento eficaz. Para os pacientes alérgicos, a redução da carga alérgica intradomiciliar constitui-se na primeira linha anti-inflamatória no tratamento da asma (ginasthma.org, 2024).

Já sobre as medicações, é fundamental destacar alguns pontos: A combinação de corticoesteroides de baixa dosagem com agonistas Beta adrenergicos, como budesonida com formoterol continua sendo a mais indicada, quando comparada à associação de beclometasona com formoterol. As doses máximas recomendadas são: Budesonida + formoterol: dose máxima diária de formoterol de 72 mcg (54 mcg por dose) para adultos e adolescentes; – Beclometasona + formoterol 100/6: a mesma dose máxima de formoterol, o que equivale a 12 inalações dessa formulação. Para crianças de 6 a 11 anos: dose diária de 48 mcg (36 mcg de dose efetiva) (ginasthma.org, 2024).

Em relação aos Antagonistas de Receptores de Leucotrienos, o GINA 2024 reforça o risco importante e potencial de eventos adversos neuropsiquiátricos, como pesadelos, alterações de comportamento e ideação com tendências suicidas. Se houver necessidade de uso de doses elevadas de corticosteroides inalatórios, recomenda-se que isso seja feito por um período curto de 3 a 6 meses, devido aos riscos de efeitos adversos (ginasthma.org, 2024).

Quanto ao uso de Antagonistas Muscarínicos de Longa Ação (LAMA), algumas análises em subgrupos indicam uma redução significativa de exacerbações graves com a terapia tripla (ICS + LABA + LAMA), especialmente em pacientes que apresentaram exacerbações no último ano. (ginasthma.org, 2024). Houve também boa resposta ao tratamento da asma grave em pacientes com o fenótipo Th2 (eosinofílica) através do uso de imunobiológicos.

Por fim, o diagnóstico e tratamento da asma em crianças abaixo de 6 anos é um tema bastante desafiador, trazendo para o profissional da saúde uma maior necessidade de atenção para o quadro em cada paciente. Deve-se considerar que as infecções respiratórias são frequentes, causando sintomas semelhantes, como sibilância e tosse, além de trazer descompensações da asma pré-existente. Além disso, nesta fase, é bem mais complicado analisar, avaliar com maior precisão as limitações das vias aéreas e a resposta a broncodilatadores. Os principais sinais de que uma criança pode ter asma incluem: sintomas que duram mais de 10 dias, mais de 3 episódios de sibilância por ano, com piora noturna, sintomas persistentes após infecções respiratórias, com limitação das atividades diárias, sensibilização alérgica, dermatite atópica, alergias alimentares ou histórico familiar de asma (ginasthma.org, 2024).

É preciso lembrar que na faixa etária antes dos 5 anos não se utiliza LABA, e há apenas 4 etapas de tratamento. O **Step 1** é indicado para crianças que apresentam sibilos principalmente associados a infecções virais ou sintomas muito raros, não necessitando de tratamento de manutenção. A partir da **Etapa II**, o tratamento baseia-se no uso de corticoide inalatório (CI), e o medicamento de resgate é o SABA. O dispositivo preferido para administração é o aerossol, sempre associado ao espaçador. Para crianças menores de 3 anos, utiliza-se a máscara orofacial, enquanto entre 3 e 5 anos, é recomendado, quando possível, utilizar o bocal do espaçador em vez da máscara (ginasthma.org, 2024).

As etapas são: Etapa I: Sibilos relacionados a infecções virais ou sintomas infrequentes. Utiliza-se SABA conforme o necessário. Etapa II: Sibilância  $\geq 3$  vezes por ano ou sintomas compatíveis com asma. CI em dose baixa diariamente: Indicado para crianças com sibilância  $\geq 3$  vezes por ano ou sintomas claros de asma. Etapa III: Diagnóstico estabelecido de asma e falta de controle com os medicamentos da Etapa II. Usa-se CI em dose baixa “dobrada”. Etapa IV: Manter o tratamento de manutenção e encaminhar ao especialista (ginasthma.org, 2024).

Nas exacerbações graves, o objetivo do manejo é aliviar rapidamente a obstrução do fluxo de ar nos brônquios e a hipoxemia, com intuito de prevenir as recaídas. Os seguintes procedimentos devem ser seguidos em todos os ambientes de emergência: Avaliar a gravidade da exacerbação com base na dispneia, frequência respiratória e saturação de oxigênio; iniciar tratamento com  $\beta 2$ -agonista de curta duração (SABA) e oxigenoterapia;

descartar e/ou tratar infecções quando associadas (uso de antibióticos, se indicados); Administrar SABA repetidamente; para a maioria dos pacientes, por meio de inalador dosimetrado pressurizado com espaçador. O paciente deve ser monitorado quanto à resposta clínica e à saturação de oxigênio após 1 hora; Deve-se prescrever corticosteroides sistêmicos em exacerbações graves e considerar o uso do sulfato de magnésio intravenoso em pacientes graves que não respondem ao tratamento inicial; caso o paciente apresente sinais de gravidade como sonolência, confusão mental, ou tórax silencioso, transfira-o imediatamente para cuidados agudos emergenciais ou UTI. Durante o transporte, utilizar SABA inalatório, brometo de ipratrópio, oxigenoterapia e corticoide sistêmico (ginasthma.org, 2024).

Para terapia de manutenção, os principais objetivos são controlar os sintomas diários a fim de minimizar o risco de exacerbações e melhorar a função pulmonar, oferecendo uma resposta positiva no quadro do paciente. A avaliação dessas questões deve ser feita de forma objetiva e periódica, utilizando ferramentas clínicas como o questionário de controle da asma da GINA ou o teste de controle da asma, que avalia retrospectivamente o controle da asma nas últimas quatro semanas, a cada consulta médica, além de testes de função pulmonar uma ou duas vezes por ano. As terapias de manutenção seguem recomendações nacionais e internacionais baseadas em etapas, as quais devem ser cuidadosamente cumpridas (ginasthma.org, 2024).

Para crianças com 6 anos ou menos, aquelas que não apresentam sintomas frequentes de asma que justifiquem o uso diário de medicação de controle geralmente estão na etapa 1. A partir da etapa 2, recomenda-se o uso de corticosteroides inalatórios (CI), e a dose de CI aumenta à medida que as etapas progredem. A partir da etapa 4, uma avaliação especializada se torna necessária, atentando sempre para as peculiaridades de cada caso (ginasthma.org, 2024).

Ao considerar a interrupção ou a redução do tratamento, é aconselhável fazê-lo quando os sintomas da asma e a função pulmonar permanecerem estáveis por pelo menos três meses. Além disso, a educação dos pacientes é um dos pilares, envolvendo o uso adequado de medicamentos inalatórios, adesão ao tratamento, reconhecimento de sinais de alerta e modificações no estilo de vida. Por isso a importância de uma avaliação detalhada, além de fornecer treinamento sobre a técnica de inalação ao paciente e seus familiares. Deve-se revisar a técnica utilizada em todas as consultas médicas, chamando atenção da família e envolvendo o próprio paciente nessas etapas, explicando a relevância do tratamento para a melhora dos sintomas (ginasthma.org, 2024).

## **METODOLOGIA**

O presente estudo adota o método de pesquisa de dados no DATASUS/TABNET, com base na coleta de informações do Sistema de Informações Hospitalares sobre as internações por asma em crianças de 1 a 4 anos na região Sul do Brasil, nos últimos 5 anos, avaliando também por sexo. O objetivo do estudo é realizar o levantamento de dados para posterior tabulação em planilha e avaliação dos marcadores de causas para tal patologia.

A população recrutada para a pesquisa foi composta de crianças com idade de 1 a 4 anos, portadores de asma, que tenham sido atendidas em hospitais na região Sul do Brasil que incluem os seguintes estados: Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina nos últimos 5 anos.

## ANÁLISES E DISCUSSÕES

Os anos propostos no presente artigo (2019-2023) na região Sul do Brasil teve uma apresentação de aproximadamente 19.009 casos de internamentos por asma em crianças de 1 a 4 anos. No Brasil, as crianças de 1 a 4 anos representaram cerca de 45,2% de todas as internações pediátricas por asma entre 2019 e 2023. Na região Sul, essa tendência se mantém, com essa faixa etária sendo a mais acometida. Aproximadamente 113.306 internações de crianças nessa faixa etária foram registradas em todo o Brasil nos últimos cinco anos.

Tais internamentos por tal patologia tem demonstrado variações, porém em uma crescente tendência nacional de aumento dos casos nos últimos 2 anos. A região Sul, embora com uma menor prevalência em relação às demais regiões avaliadas, ainda requer atenção para melhorar a prevenção e o manejo da doença.

A pesquisa utilizou o Código Internacional de Doenças (CID-10), especificamente o código J45, para identificar e avaliar os pacientes que foram submetidos a internação para tratamento da Asma. A pesquisa basea-se no contexto hospitalar, e não representa unidades de atendimento primário. No estudo, foi possível identificar uma diminuição de casos registrados nos anos de 2020 e 2021, podendo ser associado ao fato da instalação da Pandemia do covid-19. Os resultados identificados na pesquisa foram os seguintes: No estado do Paraná, em 2019 foram registrados 1299 casos de internação por asma, em 2020 foram registrados 651 casos, em 2021 foram registrados 891 casos, em 2022 foram registrados 1603 casos e em 2023 foram registrados 1606 casos. No estado de Santa Catarina, em 2019 foram registrados 504 casos de internação por asma, em 2020 foram registrados 200 casos, em 2021 foram registrados 505 casos, em 2022 foram registrados 791 casos e em 2023 foram registrados 789 casos. No estado do Rio Grande do Sul, em 2019 foram registrados 2239 casos de internação por asma, em 2020 foram registrados 791 casos, em 2021 foram registrados 1706 casos, em 2022 foram registrados 2717 e em 2023 foram registrados 2717 casos igualmente a 2022. O levantamento de dados foram tabulados na seguinte planilha:

**Tabela 1- Internamentos de crianças de 1 a 4 anos nos estados da região sul do Brasil.**

ESTADO	2019	2020	2021	2022	2023
Paraná	1299	651	891	1603	1606
Santa Catarina	504	200	505	791	789
Rio Grande do Sul	2239	791	1706	2717	2717

Fonte: Autor.

Nesta pesquisa, foi observado um número significativo de internações nos três estados que compõem o Sul do Brasil, totalizando 6.050 casos no Paraná, 2.759 casos em Santa Catarina e 10.170 casos no Rio Grande do Sul.



De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população existente no Paraná é de 11.444.380 habitantes, em Santa Catarina é de 7.610.361 habitantes e no Rio Grande do sul é de 10.882.965 habitantes. De acordo com esses dados, pode-se avaliar que a quantidade de internações de crianças de 1 a 4 anos pode ser considerada baixa se comparada com a população habitacional de cada estado, porém, não deve ser menosprezada, já que é uma doença que é extremamente prevalente na população infantil.

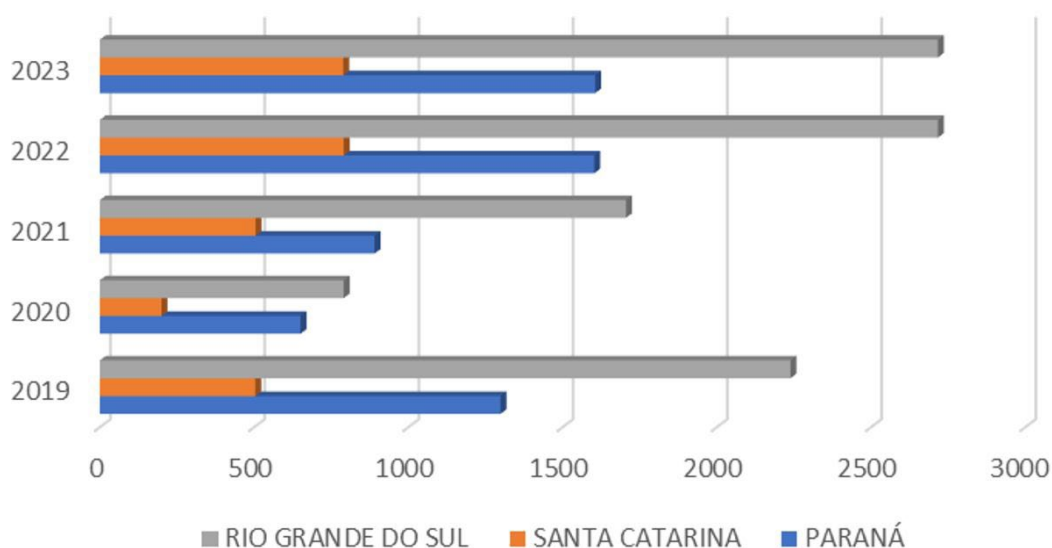
Na análise dos dados, outra coisa que pode ser vista é que entre os anos de 2020 e 2021, em toda a região Sul, houve grande queda nas internações de crianças de 1 a 4 anos por asma. Este fato pode ser associado à instalação da Pandemia do covid-19, onde houve grande período de isolamento social, o que contribuiu para um melhor controle da asma em crianças (Oreskovic, 2020).

Ademais, alguns estudos demonstram que as crianças com asma foram menos impactadas na pandemia.

O que pode ser associado também a diminuição da procura por atendimento hospitalar para crianças asmáticas. Visto que, por conta do isolamento social, se tornaram menos expostas aos fatores desencadeantes de suas crises. Deve-se ressaltar também que, existem poucos dados sobre a asma infantil constituir fator de risco para infecção por SARS-CoV-2 ou gravidade da covid-19.

O gráfico abaixo demonstra a relação entre a quantidade de internações em cada estado e os anos:

**Gráfico 1 - Relação entre a quantidade de internações por asma em cada estado do sul do Brasil.**



Fonte: Autor.

Pode-se notar que após o período de pandemia, onde o isolamento social deixou de ser necessário, a busca por atendimentos hospitalares voltou a crescer. Podendo ser relacionado à volta da exposição aos alérgenos e fatores sensibilizadores das crianças asmáticas, onde voltaram a sair mais vezes de casa, sendo expostos a fatores ambientais e também a alérgenos em lugares sem cuidados de rotina com a propagação de fatores pré-disponentes a crises fora do seu ambiente familiar.

Através desta coleta de dados, também foi possível quantificar por categoria de sexo as crianças entre 1 a 4 anos, a quantidade de internamentos por asma em cada estado do Sul do Brasil. No Paraná, no ano de 2019: 689 meninos e 610 meninas, no ano de 2020: 377 meninos e 274 meninas, no ano de 2021: 524 meninos e 367 meninas, no ano de 2022: 880 meninos e 723 meninas e no ano de 2023: 884 meninos e 722 meninas. Em Santa Catarina, no ano de 2019: 293 meninos e 211 meninas, no ano de 2020: 112 meninos e 88 meninas, no ano de 2021: 297 meninos e 208 meninas, no ano de 2022: 429 meninos e 362 meninas e no ano de 2023: 411 meninos e 378 meninas. No Rio Grande do Sul, no ano de 2019: 1291 meninos e 948 meninas, no ano de 2020: 468 meninos e 323 meninas, no ano de 2021: 987 meninos e 719 meninas, no ano de 2022: 1517 meninos e 1200 meninas e no ano de 2023: 1404 meninos e 1313 meninas.

**Tabela 2 - Referente aos resultados por sexo.**

SEXO	ESTADO	2019	2020	2021	2022	2023
MASC	PR	689	377	524	880	884
MASC	SC	293	112	297	429	411
MASC	RS	1291	468	987	1517	1404
FEM	PR	610	274	367	723	722
FEM	SC	211	88	208	362	378
FEM	RS	948	323	719	1200	1313

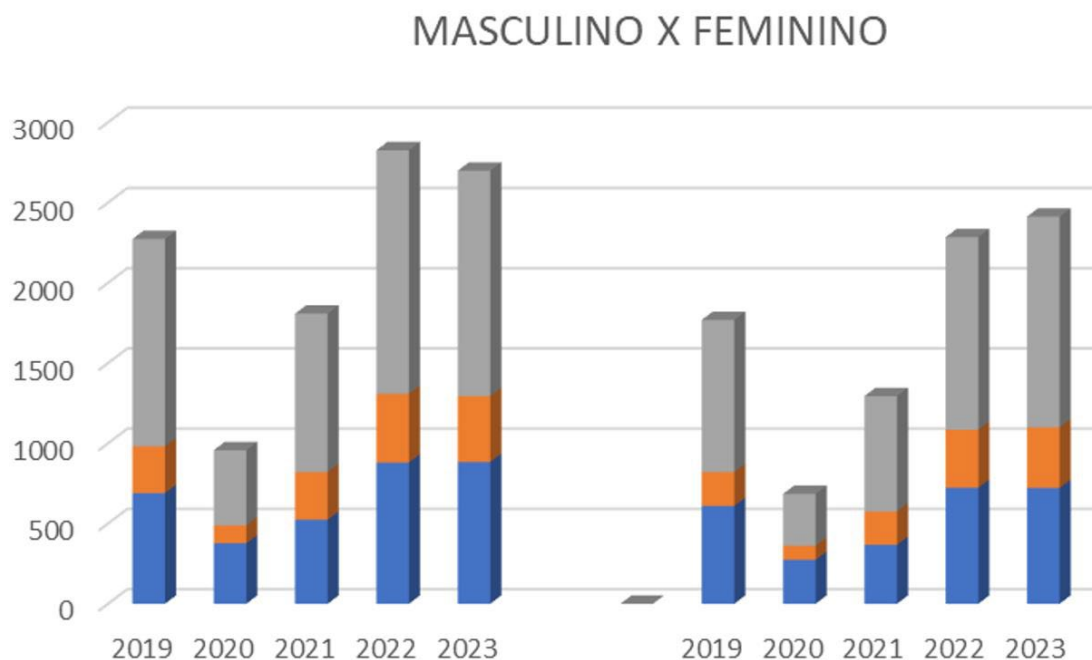
**Fonte: Autor.**

Pode-se observar que, há uma prevalência unânime nos números de casos de internação por asma na população do sexo masculino, isso pode ser explicado pelo fato de que o sexo masculino é considerado um dos fatores de risco para o desenvolvimento da asma na infância, podendo ser elevado em um risco até duas vezes maior (March, Augusto, & Mocelin, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2021).

Deve-se levar em consideração também que, ao nascer, os pulmões das meninas geralmente são menores que os dos meninos e podem ter menos bronquíolos respiratórios. Apesar de menores, os pulmões de recém-nascidos meninas tem menos chance de desenvolver problemas de insuficiência respiratória neste período neonatal.

Outras evidências para essa situação são as associações genéticas nos sexos. Um exemplo é a associação de polimorfismos de nucleotídeo único (SNPs) no endoperóxido prostaglandina H sintase da ciclooxigenase-2 (COX-2) (-165 G / C), um mediador da inflamação brônquica, presente principalmente no sexo feminino (Kuschnir, 2023).

Outro estudo demonstrava uma associação entre o genótipo do receptor citotóxico T4 (CTLA-4) e a concentração de IgE no sangue do cordão umbilical no sexo feminino de uma população de 644 recém-nascidos chineses. Este receptor, está envolvido no desenvolvimento de atopia e asma por uma via coestimulatória que regula a ativação das células T e a subsequente produção de IgE (Kuschnir, 2023).

**Gráfico 2 - Associação entre o genótipo do receptor citotóxico.**

**Fonte: Autor.**

Pode-se concluir que, as diferenças entre os sexos têm um impacto significativo na prevalência e gravidade da asma. O conhecimento dessas disparidades deve melhorar a capacidade dos profissionais de saúde de oferecer atendimento e educação de qualidade para pacientes com asma.

Os resultados obtidos apontam para a importância de estratégias terapêuticas individualizadas para cada paciente, de acordo com a classificação da sua doença. Onde deve ser orientado um plano de ação elaborado juntamente com o responsável pela criança para buscar formas de manter a qualidade de vida da criança, manter o ambiente de convívio da criança o mais satisfatório possível para a criança, otimização do tratamento com manutenção e orientação sobre o reconhecimento precoce da exacerbação com tratamento à domicílio das crises leves e sinalização de quando procurar atendimento de urgência e emergência (ginasthma.org, 2024).

Ademais, também se faz necessário, em todas as consultas de reavaliação da criança e sua patologia, conferir a adesão, a forma da administração do medicamento e também a técnica inalatória que está sendo utilizada. Isto porque, aproximadamente 50% dos asmáticos em tratamento intercrise, não fazem o uso correto da medicação regularmente e muitos possuem vícios errôneos no manejo da técnica inalatória. A exemplo, um estudo feito com alguns adolescentes, identificou uma adesão de 53%, quando indagados longe dos seus responsáveis, contra 89% de adesão, quando questionados na frente de seus responsáveis, assim como também evidenciou erros na técnica inalatória em 89% desses adolescentes. (Analysis of asthmatic adolescents by GINA (2016) Logo, se em adolescentes que já possuem certa autonomia para administração de suas medicações e capacidade de entendimento sobre seu quadro clínico e a necessidade do seu tratamento, não é satisfatório o resultado sobre a aderência do manejo necessário, podemos concluir que ao examinar crianças, deve existir profundo e minucioso cuidado com todos os fatores que possam

interferir na adesão ao tratamento e êxito nos resultados, gerando boa qualidade de vida, controle dos sintomas, grande diminuição nos episódios de crise e busca ao atendimento hospitalar (ginasthma.org, 2024).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos dados do DATASUS, é possível a análise das internações por asma em crianças de 1 a 4 anos na região Sul do Brasil, incluindo os estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul no período de 2019 e 2023.

A região Sul registrou aproximadamente 19.009 internações pediátricas por asma, o que representa 15,6% do total de internações nacionais no período analisado.

Embora tenha uma participação menor em comparação com o Sudeste e Nordeste, o número de internações continua relevante.

Vale ressaltar as infecções respiratórias que são agravantes para o paciente portador de asma, bem como alterações climáticas e fatores socioeconômicos e histórico familiar.

Para uma análise observacional do contexto é importante estratégias para reduzir a taxa de internamentos. Campanhas, promoções e conscientização ajudam a controlar e identificar casos potenciais de agravamento.

Ampliação do diagnóstico precoce do diagnóstico, como programas de saúde pública para avaliação e tratamento antecipado podem reduzir as internações, especialmente em populações vulneráveis.

A adoção de políticas mais alinhadas às necessidades específicas da região Sul pode melhorar e contribuir para o controle da asma infantil e reduzir as internações hospitalares.

Esse panorama evidencia que, embora a região analisada não seja a mais afetada, a patologia em estudo continua sendo um problema significativo. A necessidade de políticas de prevenção e controle dos agravos adequados é urgente para garantir que a população infantil tenha menos episódios de asma graves e hospitalização.

## REFERÊNCIAS

Analysis of asthmatic adolescents by GINA . (2016, Abril 16). *Pediatric Pumonology*, pp. S7-S64.

*embrapa*. (n.d.). Retrieved 09 15, 2024, from *embrapa.br*: <https://www.embrapa.br/contando-ciencia/regiao-sul#:~:text=O%20clima%20predominante%20%C3%A9%20o,at%C3%A9%20neve%20em%20alguns%20lugares> *ginasthma.org*. (2024). Retrieved 15 03, 2024, from Global Initiative For Asthma: <https://ginasthma.org/>

Harrington, R. A., & Rodrigues, F. (2024). *heartofcardio.com*. Retrieved Junho 15, 05, from Medscape: [https://www.heartofcardio.com/?utm\\_campaign=410760.01\\_edu%2FIbu\\_heart\\_of\\_cardio\\_01\\_2025\\_cme\\_google&utm\\_source=ibu&utm\\_source\\_type=prop&utm\\_](https://www.heartofcardio.com/?utm_campaign=410760.01_edu%2FIbu_heart_of_cardio_01_2025_cme_google&utm_source=ibu&utm_source_type=prop&utm_)

medium=ban&utm\_driver\_type=co&gad\_source=1&gclid=CjwKCAjwg-24BhB\_EiwA1ZOx8ndOUIIToSCjONL\_1itk6JcfP74IPRhaDmwR\_eBcaVn

Harrington, R. A., & Rodrigues, F. (2024). *heartofcardio.com*. Retrieved 05 21, 2024, from Medscap: [https://www.heartofcardio.com/?utm\\_campaign=410760.01\\_edu%2Fibu\\_heart\\_of\\_cardio\\_01\\_2025\\_cme\\_google&utm\\_source=lbu&utm\\_source\\_type=prop&utm\\_medium=ban&utm\\_driver\\_type=co&gad\\_source=1&gclid=CjwKCAjwg-24BhB\\_EiwA1ZOx8nZN18rN\\_0GsS9Gq2mYqv8cli0FRf8vRDPIrSNjnX\\_m](https://www.heartofcardio.com/?utm_campaign=410760.01_edu%2Fibu_heart_of_cardio_01_2025_cme_google&utm_source=lbu&utm_source_type=prop&utm_medium=ban&utm_driver_type=co&gad_source=1&gclid=CjwKCAjwg-24BhB_EiwA1ZOx8nZN18rN_0GsS9Gq2mYqv8cli0FRf8vRDPIrSNjnX_m)

Kumar, V., Abbas, A. K., & Aster, J. C. (2018). *Robbins Patologia Básica* (1ª ed.). Espanha: Elsevier España.

Kuschnir, F. C. (2023). *asbai.org.br*. Retrieved 03 Agosto, 2024, from ASBAI: <https://asbai.org.br/wp-content/uploads/2023/08/ALERGIA-ALIMENTAR-ASBAI-2023.pdf>

Loscalzo, J., Falcci, A., Kasper, D., & Hauser, S. (2023). *Medicina Interna de Harrison* (21ª ed.). Artmed.

March, M. d., Augusto, P. C., & Mocelin, H. (2021). *Sociedade Brasileira de Pediatria*. Retrieved Março 20, 2024, from sbp.com.br: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/img/cursos/asma/asma\\_pediatria03.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/img/cursos/asma/asma_pediatria03.pdf)

March, M. d., Camargo, P. A., Mocelin, H., & Amantéia, S. L. (2002). *www.sbp.com.br*. Retrieved 04 21, 2024, from sbp: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/img/cursos/asma/asma\\_pediatria03.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/img/cursos/asma/asma_pediatria03.pdf)

Oreskovic, N. M. (2020). *jaci-inpractice.org*. Retrieved Março 15, 2024, from Jaci in Practice: [https://www.jaci-inpractice.org/article/S2213-2198\(20\)30523-7/fulltext](https://www.jaci-inpractice.org/article/S2213-2198(20)30523-7/fulltext)

Papadopoulos, N. G. (2020). *jaci-inpractice.org*. Retrieved 03 15, 2024, from Jaci in Practice: [https://www.jaci-inpractice.org/article/S2213-2198\(20\)30599-7/fulltext](https://www.jaci-inpractice.org/article/S2213-2198(20)30599-7/fulltext)

Poysa, L., M., K., & K, R. (1992). *onlinelibrary.wiley.com*. Retrieved 02 15, 2024, from Pediatric Pulmonology: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ppul.1950130408>

Solé, D., Nunes, I. C., Rizzo, M. C., & Naspitz, C. (1998). *edisciplinas.usp.br*. Retrieved 01 30, 2024, from Universidade de São Paulo: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4658974/mod\\_folder/content/0/ASMA.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4658974/mod_folder/content/0/ASMA.pdf)

SOUSA, S. F. (2023). *ri.ufs.br*. Retrieved 04 15, 2024, from Universidade Federal de Sergipe: [https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/18676/2/Samuel\\_Felipe\\_%20Barbosa\\_de\\_Sousa\\_TCC.pdf](https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/18676/2/Samuel_Felipe_%20Barbosa_de_Sousa_TCC.pdf)

Stirbulov, R. (2006). *scielo.br*. Retrieved 07 2024, 15, from Scielo Brasil: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/i/2006.v32suppl7/>

# Impacto da Intervenção Precoce do Pediatra na Redução da Mortalidade Neonatal

**Lucas Alves de Oliveira Sampaio**

*Residente Médico em Pediatria, pela UFPA e pós-graduação em Ressuscitação Neonatal. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5961214627321135> e ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1559-6815>*

**Luiz Felipe Santa Rosa Leão**

*Orientador, especialista em Pediatria Neonatal*

## RESUMO

A mortalidade neonatal é um indicador crítico da qualidade do cuidado perinatal e representa um desafio persistente para a saúde pública brasileira, especialmente na região Norte. Este estudo investiga o impacto da intervenção precoce do pediatra na redução dessa taxa, com foco no estado do Pará e na cidade de Belém. Utilizou-se um método observacional descritivo baseado exclusivamente em dados secundários, sem trabalho de campo, provenientes do Ministério da Saúde, das Secretarias de Saúde do Estado do Pará e Municipal de Belém, além de literatura médica especializada. Dados retrospectivos de mortalidade neonatal entre 2010 e 2022 foram analisados, revelando uma redução significativa na taxa de mortalidade neonatal em Belém, de 11,2 para 8,7 óbitos por mil nascidos vivos, uma diminuição de 22,3%. Estudos revisados demonstram uma associação positiva entre a intervenção precoce do pediatra e a redução da mortalidade neonatal, com evidências que indicam uma redução de até 28% no risco de óbito neonatal quando há presença de pediatras nas primeiras 24 horas após o nascimento. Conclui-se que a atuação precoce do pediatra é fortemente associada à melhoria dos desfechos neonatais, especialmente em regiões com maiores índices de mortalidade. Recomenda-se a expansão de programas de intervenção precoce e investimentos em infraestrutura e capacitação profissional para reduzir disparidades regionais e melhorar os indicadores de saúde neonatal.

**Palavras-chave:** mortalidade neonatal; pediatria; intervenção precoce; neonatologia; saúde pública.

## ABSTRACT

Neonatal mortality is a crucial indicator of perinatal care quality and a persistent challenge for Brazilian public health, especially in the Northern region. This study analyzes the impact of early pediatrician intervention on reducing this rate, no field work, focusing on the state of Pará and the city



of Belém. A descriptive observational method was used, based on secondary data from the Ministry of Health, Pará State and Belém Municipal Health Departments, as well as specialized medical literature. Retrospective data on neonatal mortality between 2010 and 2022 were analyzed, including records from the Mortality Information System (SIM). Results indicate a significant reduction in the neonatal mortality rate in Belém, from 11.2 to 8.7 deaths per thousand live births between 2010 and 2022, representing a 22.3% decrease. Analyzed studies demonstrate a positive association between early pediatrician intervention and reduced neonatal mortality, with one study indicating up to a 28% reduction in neonatal death risk when pediatricians are present in the first 24 hours after birth. It is concluded that early pediatrician intervention is strongly associated with improved neonatal outcomes, especially in regions with higher mortality rates. The expansion of early intervention programs and investments in infrastructure and professional training are recommended to reduce regional disparities and improve neonatal health indicators.

**Keywords:** neonatal mortality; pediatrics; early intervention; neonatology; public health.

## INTRODUÇÃO

A mortalidade neonatal, que refere-se aos óbitos ocorridos nos primeiros 28 dias de vida, é um indicador crítico da qualidade da assistência perinatal e representa um desafio persistente para a saúde pública no Brasil. As taxas de mortalidade neonatal no Brasil, e especialmente na região Norte e no estado do Pará, permanecem alarmantes, evidenciando a necessidade urgente de intervenções eficazes. A atuação precoce do pediatra, particularmente nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), é fundamental para a redução desses índices.

A hipótese central deste estudo propõe que a presença e a atuação rápida do pediatra durante o período neonatal podem reduzir significativamente a mortalidade, corroborada por evidências observacionais e relatórios de saúde pública. Este trabalho também contextualiza a mortalidade neonatal no Brasil, destacando avanços e desafios históricos e comparando dados nacionais e regionais, e visa compreender o impacto da intervenção precoce do pediatra para embasar políticas públicas eficazes.

## MÉTODOS

### Desenho do Estudo

Este estudo utilizou uma abordagem observacional descritiva, com foco em dados secundários provenientes de fontes confiáveis, como o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde do Pará e a Secretaria Municipal de Belém, além de literatura médica especializada.

### Coleta e Análise de Dados

Os dados retrospectivos de mortalidade neonatal entre 2010 e 2022 foram coletados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre

Nascidos Vivos (SINASC). O critério de inclusão abrangeu neonatos com gestação superior a 24 semanas e atendimento hospitalar registrado. A análise focou na taxa de mortalidade neonatal e na presença de pediatras nas primeiras 24 horas de vida.

## Procedimentos Estatísticos

A análise incluiu cálculos de frequências, médias e desvios-padrão. O teste qui-quadrado foi utilizado para avaliar a associação entre a intervenção precoce do pediatra e a redução da mortalidade neonatal, com um nível de significância de 5%.

## RESULTADOS

Os dados demonstraram uma correlação significativa entre a presença de pediatras nas primeiras horas de vida e a redução da mortalidade neonatal. Em Belém, a taxa de mortalidade neonatal caiu de 11,2 óbitos por mil nascidos vivos em 2010 para 8,7 em 2022, uma redução de 22,3% (Secretaria Municipal de Saúde de Belém, 2023).

Estudos revisados confirmam a associação positiva entre a intervenção precoce do pediatra e a diminuição da mortalidade neonatal. Lansky *et al.* (2014) destacam a importância da avaliação contínua da assistência à gestante e ao recém-nascido para reduzir a mortalidade neonatal. Prezotto *et al.* (2023) identificaram causas evitáveis e tendências na mortalidade neonatal precoce e tardia, oferecendo insights sobre a eficácia das intervenções pediátricas.

## Comparação Regional

Comparações entre diferentes regiões do Pará e de outras partes do Brasil revelaram variações na taxa de mortalidade neonatal, destacando a importância de intervenções locais adaptadas às necessidades específicas de cada área. Em áreas rurais do Pará, a mortalidade neonatal ainda é significativamente mais alta, sublinhando a necessidade de políticas direcionadas e programas de capacitação para pediatras.

## Dados Adicionais

Foi observada uma redução significativa na mortalidade neonatal em regiões com maior presença de pediatras e melhor infraestrutura hospitalar. As análises estatísticas mostram que a presença de pediatras nas primeiras horas após o nascimento pode reduzir o risco de mortalidade neonatal em até 28% (Lansky *et al.*, 2014).

## Taxa de Mortalidade Neonatal

**Tabela 1 - Taxa de Mortalidade Neonatal em Belém e no Estado do Pará (2010-2022). Dados finais disponíveis até 2022 e preliminares referentes a 2023. Data da atualização dos dados 08/2024.**

Ano	Belém (óbitos por mil nascidos vivos)	Estado do Pará (óbitos por mil nascidos vivos)
2010	11,2	13,0
2011	10,9	12,8
2012	10,6	12,5
2013	10,1	12,3



Ano	Belém (óbitos por mil nascidos vivos)	Estado do Pará (óbitos por mil nascidos vivos)
2014	10,2	12,1
2015	10,0	11,9
2016	9,8	11,7
2017	9,5	11,5
2018	9,3	11,3
2019	9,0	11,1
2020	8,9	11,0
2021	8,8	10,8
2022	8,7	10,5

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belém, 2023; Secretaria Estadual de Saúde do Pará, 2023.

## Comparação entre Períodos

Tabela 2 - Comparação das Taxas de Mortalidade Neonatal Antes e Depois da Implementação de Intervenções Pediátricas.

Período	Taxa de Mortalidade Neonatal (óbitos por mil nascidos vivos)	Diferença (%)
Antes da Intervenção (2010-2015)	10,6	-
Depois da Intervenção (2016-2022)	8,9	16,0

Fonte: Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 2024.

## Associação entre Intervenção Precoce do Pediatra e Mortalidade Neonatal

Tabela 3 - Associação entre Intervenção Precoce do Pediatra e Redução da Mortalidade Neonatal.

Estudo	Redução do Risco de Mortalidade Neonatal (%)	Significância
Lansky <i>et al.</i>	28%	p < 0,05
Prezotto <i>et al.</i> (2023)	22%	p < 0,05

Fonte: Lansky *et al.* 2014; Prezotto *et al.* 2023.

## Estratégias para Reduzir a Mortalidade Neonatal com Intervenção Precoce do Pediatra

A redução da mortalidade neonatal é uma prioridade fundamental na saúde pública e pode ser significativamente influenciada pela presença e atuação precoce dos pediatras. Dados recentes indicam que a presença de pediatras nas primeiras horas após o nascimento pode reduzir o risco de mortalidade neonatal em até 28% (Lansky *et al.*, 2014). Esse impacto positivo é ainda mais pronunciado em regiões com infraestrutura hospitalar adequada e alta concentração de pediatras.

Para maximizar a redução da mortalidade neonatal, é crucial implementar uma série de estratégias que envolvem a melhoria da infraestrutura hospitalar, a capacitação dos profissionais de saúde e a otimização dos processos de atendimento. A seguir, são apresentadas algumas abordagens eficazes:

**Fortalecimento da Infraestrutura Hospitalar:** É fundamental garantir que os hospitais disponham de equipamentos modernos e adequados para a assistência neonatal. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) bem equipadas, com incubadoras, ventiladores e equipamentos de monitoramento, são essenciais para a gestão eficaz dos recém-nascidos em situações críticas.

**Aumento da Presença de Pediatras nas Unidades Neonatais:** Investir na formação e na contratação de pediatras especializados pode assegurar que cada recém-nascido receba cuidados imediatos e adequados. A presença constante de pediatras durante as primeiras horas de vida pode fazer uma diferença significativa na identificação e manejo precoce de condições críticas.

**Capacitação e Atualização Contínua dos Profissionais de Saúde:** É crucial que os pediatras e outros profissionais de saúde envolvidos na assistência neonatal recebam treinamento contínuo sobre as melhores práticas e avanços na área. Programas de educação continuada podem melhorar a capacidade dos profissionais de identificar e tratar rapidamente condições que ameaçam a vida.

**Implementação de Protocolos Clínicos Eficientes:** O desenvolvimento e a adoção de protocolos clínicos baseados em evidências para a avaliação e manejo de condições neonatais podem ajudar a padronizar a qualidade do atendimento. Protocolos bem estabelecidos garantem que todos os recém-nascidos recebam cuidados consistentes e baseados em melhores práticas.

**Fortalecimento da Comunicação e Coordenação entre Equipes:** A comunicação eficaz entre pediatras, enfermeiros e outros membros da equipe de saúde é crucial para a coordenação do atendimento. A implementação de sistemas de comunicação eficientes e a realização de reuniões regulares de equipe podem melhorar a integração dos cuidados e a resposta a emergências.

**Promoção da Saúde Materno-Infantil:** Medidas preventivas durante a gestação, como acompanhamento pré-natal adequado e intervenções para condições maternas, também desempenham um papel importante na redução da mortalidade neonatal. Garantir que as gestantes recebam cuidados adequados pode reduzir a incidência de complicações neonatais.

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo corroboram a literatura existente sobre o impacto positivo da intervenção precoce do pediatra na mortalidade neonatal. A atuação do pediatra durante o período neonatal, particularmente em situações de alto risco, é essencial para a implementação de intervenções imediatas que salvam vidas.

A análise dos dados do Pará reforça a necessidade de políticas públicas que garantam a presença de pediatras em todas as unidades de parto e UTINs adequadas (Pará, 2022). Em Belém, o sucesso na redução da mortalidade neonatal está intimamente ligado ao investimento em infraestrutura e à capacitação contínua dos profissionais de saúde, incluindo pediatras nas maternidades e unidades de saúde.

Ademais, ao adotar as estratégias, é possível melhorar significativamente a qualidade dos cuidados neonatais e reduzir a mortalidade neonatal, por isso, a integração de pediatras nas primeiras horas após o nascimento, combinada com uma infraestrutura hospitalar robusta e práticas baseadas em evidências, pode transformar o cenário da mortalidade neonatal e promover melhores desfechos para os recém-nascidos.

## Desigualdades Regionais

É importante destacar que, apesar dos avanços, as taxas de mortalidade neonatal em Belém e no Estado do Pará ainda estão acima da média nacional. As disparidades regionais, especialmente nas áreas rurais, exigem atenção especial e a formulação de políticas de equidade no acesso ao atendimento neonatal.

Programas de capacitação de pediatras e a melhoria da infraestrutura das unidades de saúde são fundamentais para abordar essas desigualdades. O investimento em tecnologias de suporte à vida e ventilação neonatal também pode contribuir significativamente para a redução da mortalidade neonatal.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo fornece evidências claras do impacto positivo da intervenção precoce do pediatra na redução da mortalidade neonatal em Belém e no estado do Pará. A promoção da presença de pediatras nas primeiras horas de vida é fundamental para a melhoria dos indicadores de saúde neonatal.

Recomenda-se a expansão de programas de intervenção precoce e investimentos em capacitação profissional e infraestrutura. Futuros estudos devem focar na avaliação de longo prazo dessas intervenções e na análise de custo-efetividade, a fim de fundamentar decisões em políticas de saúde pública.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mortalidade Infantil e Neonatal**. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/sim>. Acesso em: 12 set. 2024.

LANSKY, Sônia *et al.* **Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, p. S192-S207, 2014. Suplemento 1. DOI: 10.1590/0102-311X00133213. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/zr6rJtZWtzwqcXfCftcHRYm/?lang=pt>. Acesso em: 12 ago. 2024.

PARÁ. Secretaria de Estado de Saúde Pública. **Relatório Anual de Mortalidade Infantil e Neonatal 2021**. Belém: SESPA, 2022. Disponível em: <http://www.saude.pa.gov.br/relatorio-anual>. Acesso em: 12 set. 2024.

PREZOTTO, Karina Harumi *et al.* **Mortalidade neonatal precoce e tardia: causas evitáveis e tendências nas regiões brasileiras**. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 36, e02322,

2023. DOI: 10.37689/acta-ape/2023ao02322. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/VJY5gb3hhSMGsv5YPWKJHLg/?lang=pt>. Acesso em: 12 ago. 2024.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELÉM. **Boletim Epidemiológico de Mortalidade Neonatal 2023**. Belém: Secretaria Municipal de Saúde, 2023. Disponível em: <http://www.belem.pa.gov.br/boletins-epidemiologicos>. Acesso em: 12 set. 2024.

# Práticas de Saúde em Atenção Básica: Educação Acerca do Calendário Vacinal de Crianças

## *Health Practices in Primary Care: Education About the Childhood Vaccination Schedule*

**Otávio Rodrigues de Camargo**

*Graduando em Enfermagem pela Faculdade EDUFOR – São Luís – MA*

**Ezequiel Arouche Serra**

*Graduando em Enfermagem pela Faculdade EDUFOR – São Luís – MA*

**Renata Cristina Bezerra Rocha Mendes**

*Graduando em Enfermagem pela Faculdade EDUFOR – São Luís – MA*

**Jasmim Leite Póvoas**

*Graduando em Enfermagem pela Faculdade EDUFOR – São Luís – MA*

**Yule Rodrigues de Sousa**

*Graduando em Enfermagem pela Faculdade EDUFOR – São Luís – MA*

**Erielle Marques de Lima**

*Graduando em Enfermagem pela Faculdade EDUFOR – São Luís – MA*

**Maria Aparecida Silva Freitas**

*Graduando em Enfermagem pela Faculdade EDUFOR – São Luís – MA*

**Lívia Alessandra Gomes Aroucha**

*Orientadora do Curso de Enfermagem pela Faculdade EDUFOR – São Luís – MA*

### RESUMO

Introdução: a vacinação é essencial para prevenção de doenças imunopreveníveis e, conseqüentemente, redução da mortalidade infantil, sendo fortalecida pelo Programa Nacional de Imunizações. A Estratégia de Saúde da Família facilitou o acesso da população ao sistema de saúde e contribuiu para a redução dos atrasos no calendário vacinal, especialmente com acompanhamento da enfermagem. Contudo, desafios como a hesitação vacinal e a desinformação ainda persistem, reforçando a importância do papel da enfermagem e dos profissionais de saúde frente à educação em saúde da população. Objetivo: caracterizar o funcionamento da educação em saúde acerca do calendário vacinal de crianças. Material e Métodos: trata-se de um artigo de revisão integrativa da literatura de caráter exploratório e abordagem qualitativa. Resultados e Discussão: a amostra desta revisão foi composta por 7 artigos, ressaltou a importância da Atenção Básica através da cobertura vacinal, identificação de áreas de risco e resposta rápida a surtos, além do impacto na educação em saúde,



que mostrou-se vital nesse processo. Identificou-se como o Programa Nacional de Imunizações é o alicerce quando trata-se de imunização, pois organiza o acesso às vacinas para todas as faixas etárias. Considerações finais: a vacinação infantil é essencial para a saúde pública, destacando-se o papel do enfermeiro na Atenção Básica e na educação em saúde para promover o calendário vacinal. A estratégia de saúde da família contribui para aumentar a cobertura vacinal e reduzir a mortalidade infantil, portanto é notório que educação em saúde e conscientização são fundamentais para combater a desinformação e promover a saúde coletiva.

**Palavras-chave:** atenção básica; calendário vacinal; educação em saúde.

## ABSTRACT

Introduction: vaccination is essential for preventing vaccine-preventable diseases and, consequently, for reducing child mortality, and is reinforced by the National Immunization Program. The Family Health Strategy facilitated the population's access to the health system and contributed to reducing delays in the vaccination schedule, mainly with nursing monitoring. However, challenges such as vaccine hesitancy and misinformation still persist, reinforcing the importance of the role of nursing and health professionals in the population's health education. Objective: characterize how health education works regarding the childhood vaccination schedule. Material and Methods: this is an integrative literature review article, exploratory in nature and with a qualitative approach. Results and Discussion: the sample in this collection was made up of 7 articles, highlighting the importance of Primary Care through vaccination coverage, identification of risk areas and rapid response to outbreaks, in addition to the impact on health education, which proved to be vital in this process. Identifying yourself as the National Immunization Program is the basis when it comes to immunization, as it organizes access to vaccines for all age groups. Conclusion: childhood vaccination is essential for public health, highlighting the role of nurses in Primary Care and health education to promote the vaccination schedule. The family health strategy contributes to increasing vaccination coverage and reducing child mortality, so it is clear that health education and awareness are fundamental to combating misinformation and promoting collective health.

**Keywords:** basic care; vaccination calendar; health education.

## INTRODUÇÃO

A vacinação se consolida com o passar do tempo, ganhando reconhecimento significativo pela prevenção de doenças imunopreveníveis e da mortalidade infantil. O calendário de vacinação e as campanhas realizadas pelos profissionais da Atenção Primária em Saúde, hoje composta por um médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, tornou mais fácil o controle e a certeza de que a criança seja imunizada no período certo (Pereira *et al.*, 2024).

No ano de 1994 foi implementada no Brasil a Estratégia de Saúde da Família, ESF, que tem como objetivo facilitar o acesso da população ao sistema de saúde, fazendo

então a prevenção, detecção e proporcionando o tratamento através de uma equipe que é composta por multiprofissionais (Brasil, 2024a). Com a criação desse programa observou-se a redução nos atrasos do calendário vacinal, e quando ocorre é devido alguns fatores de distribuição para as unidades (Sousa *et al.*, 2020).

Com isso, essas práticas facilitam a diminuição de índice entre mortalidade na infância que muitas vezes ocorrem de maneira prematura, para isso acompanhamento da enfermagem na primeira infância tem como grande impacto ajudando a detecção e evitar diversas questões no crescimento e desenvolvimento infantil, estimulando e informando os pais ou pessoas responsáveis por esta criança sobre a importância do calendário vacinal (Brasil, 2024b).

Manter o calendário vacinal atualizado é uma grande problemática que acomete a maioria das cidades brasileiras, tendo em vista dentre os cuidados primários de saúde, é a que propicia respostas quase que imediatas na prevenção de doenças, mas, para que seja de qualidade, tendo eficácia, é importante que indivíduo receba todas as doses necessárias, seguindo corretamente o calendário vacinal e realizando as imunizações nas datas apropriadas, e com cobertura 100% da população infantil, são fatores que influenciam na redução da taxa de mortalidade. Visto que por falta de orientação adequada e falta de atenção dos responsáveis, algumas crianças chegam a atingir até 6 meses de atraso do calendário, sendo facilmente evitadas (Zeber *et al.*, 2024).

O processo de imunização é um dos feitos cuja a enfermagem protagoniza, visto que contempla desde o armazenamento das doses até a orientação e acolhimento dos pacientes e família, com isso se torna muito importante durante a triagem o enfermeiro orientá-los sobre possíveis reações que as causam, sobre as vacinas que estão por vir e anotar no sistema e na caderneta de vacinação da criança, para ela não fique com algum atraso vacinal (Pereira *et al.*, 2022).

A pandemia de covid-19 revelou a importância crucial da vacinação na proteção da saúde pública, mas a baixa adesão à imunização teve consequências graves no Brasil. A recusa ou hesitação em se vacinar resultou em um aumento significativo de casos graves, internações e mortes, especialmente entre grupos vulneráveis, como idosos e pessoas com comorbidades. Estudos demonstram que regiões com cobertura vacinal inadequada enfrentaram uma pressão exacerbada sobre os sistemas de saúde, o que evidenciou a necessidade de campanhas efetivas de educação em saúde para combater a desinformação e promover a adesão à vacinação (Procianoy, 2022).

Apesar da eficácia comprovada das vacinas, a hesitação vacinal tem se tornado uma preocupação crescente. Fatores como desinformação, preocupações sobre efeitos colaterais e influências sociais podem levar algumas famílias a hesitar em vacinar seus filhos. É nesse contexto que o papel dos profissionais de saúde se torna ainda mais importante. Eles são essenciais para fornecer informações claras e precisas sobre os benefícios das vacinas, esclarecendo dúvidas e abordando mitos comuns. Em resumo, a vacinação infantil é uma ferramenta vital para garantir a saúde das crianças e da sociedade como um todo (Igreja *et al.*, 2020).

Tendo em vista o exposto, o objetivo deste trabalho foi direcionado em caracterizar como funciona a educação em saúde acerca do calendário vacinal de crianças nas unidades básicas de saúde. Quanto aos objetivos específicos, optou-se em descrever de forma sucinta a finalidade da Atenção Primária à Saúde, APS, além de detalhar o Programa Nacional de Imunização, PNI, devido à relação direta que ambos possuem para um melhor entendimento da temática proposta.

## MATERIAL E MÉTODOS

Segundo Minayo (1992), a escolha do método qualitativo é relevante para a área de saúde, pois permite uma visão abrangente e mais complexa do tema proposto. Portanto, trata-se de um artigo de revisão integrativa da literatura, de caráter exploratório, que utiliza o método qualitativo.

O período da pesquisa foi realizado entre os meses de agosto a outubro de 2024. Quanto à amostra, a estratégia escolhida foi a busca de artigos científicos publicados principalmente nas plataformas do Google Acadêmico, Biblioteca Virtual em Saúde- BVS e *Scientific Electronic Library Online* Brasil- Scielo Br.

Diante a importância do enfermeiro no que tange educação acerca do calendário vacinal de crianças, que objetiva a garantia que a criança cresça e se desenvolva de maneira adequada e os parâmetros estabelecidos no Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, PNAISC, foi utilizado como questão norteadora o seguinte questionamento: Através de qual ferramenta o enfermeiro consegue realizar uma educação em saúde satisfatória acerca da imunização correta, principalmente de crianças?

Os descritores utilizados foram Educação em Saúde, Calendário Vacinal Infantil, Programa Nacional de Imunização e Atenção Básica. Quanto aos critérios de inclusão, foram considerados artigos ou literaturas que possuíssem em sua totalidade ou de forma parcial a temática abordada respeitando os objetivos, publicações escritas em língua portuguesa entre os anos de 2020 e 2023, além de artigos, publicações e manuais elaborados diretamente pelo Ministério da Saúde.

Os critérios de exclusão foram monografias, dissertações de mestrado e teses de doutorado, artigos de revisão, editoriais e textos não científicos.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

No presente estudo a amostra foi composta por 7 artigos, selecionados para discutir a temática desta revisão. O quadro 1 apresenta uma distribuição detalhada dos estudos, incluindo informações sobre os autores, o ano de publicação, os títulos das pesquisas e as principais conclusões a que cada uma chegou.



**Quadro 1- Distribuição dos principais estudos dentre os selecionados para análise segundo autor/ano, título e principais conclusões.**

Autor/ano	Título	Principais Conclusões
Brasil, Ministério da Saúde, 2024b	Programa Nacional de Imunizações.	O Programa Nacional de Imunização deve ser incentivado por profissionais de saúde na Atenção Primária, educando pais e crianças sobre a importância da imunização desde a primeira infância.
Brasil, Ministério da Saúde, 2024f	Dia da Infância: coberturas vacinais de crianças em 2024 superam 2023 no Maranhão.	Dados que exemplificam no estado Maranhão um aumento significativo da cobertura vacinal ao combate das doenças imunopreveníveis, beneficiando assim, não só as crianças, bem como as demais faixas etárias.
Campos <i>et al.</i> 2023.	Modelos De Agendamento e o Acesso a Imunização na Atenção Primária à Saúde.	A relação dos possíveis motivos da não aceitação do Programa Nacional de Imunizações por parte de pais e o impacto do acesso da população às vacinas.
Carvalho; Akerman; Cohen, 2023.	A Promoção da Saúde na Atenção Básica: o papel do setor Saúde, a mudança comportamental e a abordagem individual.	A educação em saúde direcionada à imunização pode ser uma das principais, e melhores, estratégias assertivas no que tange promoção da saúde, repercutindo diretamente na relação da promoção de políticas públicas de saúde.
Costa <i>et al.</i> 2023.	Experiências sobre Imunização e o Papel da Atenção Primária à Saúde: Vacina Salva Vidas.	A Atenção Primária em Saúde, APS, organiza ações de vacinação como estratégia crucial para prevenir doenças, contando com profissionais que promovem educação em saúde e trabalham na eliminação e controle de enfermidades.
Brasil, Ministério da Saúde, 2024f	Dia da Infância: coberturas vacinais de crianças em 2024 superam 2023 no Maranhão.	Dados que exemplificam no estado Maranhão um aumento significativo da cobertura vacinal ao combate das doenças imunopreveníveis, beneficiando assim, não só as crianças, bem como as demais faixas etárias.
Brasil, Ministério da Saúde, 2024h	Programa Nacional de Imunizações.	O Programa Nacional de Imunização deve ser incentivado por profissionais de saúde na Atenção Primária, educando pais e crianças sobre a importância da imunização desde a primeira infância.
Pereira <i>et al.</i> 2022.	Acolhimento às famílias durante a vacinação infantil na Atenção Primária à Saúde no Brasil.	A vacinação infantil é fundamental para a prevenção de doenças, além da visualização de como a equipe de enfermagem é vital para esse processo.
Zeber <i>et al.</i> 2024.	Situação vacinal infantil: motivos que contribuem para o atraso no calendário recomendado.	O calendário vacinal deve ser tratado como prioritário para evitar doenças imunopreveníveis e os motivos acerca do atraso vacinal de crianças.

**Fonte: Próprios Autores, 2024.**

Como por exemplo, trabalho de Campos *et al.* (2023), investiga os fatores que influenciam a aceitação do PNI pelos pais, destacando o impacto do acesso às vacinas. Outros estudos, como os de Carvalho, Akerman e Cohen (2023), e Costa *et al.* (2023), ressaltam a importância da educação em saúde e das estratégias de vacinação na prevenção de doenças. Assim, o quadro fornece uma visão abrangente das contribuições dos diferentes autores para a discussão sobre a promoção da saúde e a imunização, evidenciando a relevância da atenção primária e da educação em saúde nesse contexto.

## Atenção Primária à Saúde

Atenção básica é a porta de entrada para a saúde, que tem o objetivo principal de prevenir doenças, funcionando de forma eficaz e organizada fazendo que os cuidados sejam direcionados de acordo com sua necessidade. vários programas já foram realizados relacionados à atenção básica como por exemplo estratégia da saúde da família e as Unidade Básica De Saúde, UBS. Sendo uma das principais onde leva serviços e cuidados para as comunidades como exemplos realização de exames e vacinas sendo ela fundamental para prevenir doenças (Fiocruz, 2024).

Um dos principais âmbitos de atenção é a APS que trabalha de forma organizada para assim atender e fornecer cuidados de acordo com cada necessidade, sendo uma grande influência em ações voltadas à vacinação pois seu objetivo principal é trabalhar com estratégias para promoção de prevenção de doenças e agravos. Assim surge o controle e eliminação de doenças, pois a imunização é a chave principal para diminuir taxas e agravos voltadas a doenças, contando com ajuda de profissionais que atuam na educação em saúde para manter um trabalho de forma preventiva (Costa *et al.*, 2023).

A vacinação é essencial na APS devido garantir o acesso universal a vacinas, especialmente para grupos vulneráveis. Ela não apenas previne doenças, mas também reduz a carga sobre os serviços de saúde, permitindo um uso mais eficiente dos recursos. Além disso, a APS monitora as coberturas vacinais, identificando áreas que precisam de atenção e em situações de surto, por exemplo, rapidamente mobiliza campanhas de vacinação. Assim, a vacinação na APS é crucial para promover a saúde individual e coletiva, contribuindo para um futuro mais saudável para todos (Stankowich *et al.*, 2023).

## Educação em Saúde

A educação em saúde é um processo pedagógico que visa desenvolver a conscientização da população sobre questões de saúde, facilitando a adoção de práticas preventivas e de autocuidado. Segundo Carvalho, Akerman e Cohen (2023), ela se baseia na troca de saberes entre profissionais de saúde e a comunidade, promovendo o diálogo e o aprendizado mútuo.

Dentro da atenção básica, a educação em saúde tem como objetivo promover conhecimentos voltados à promoção do bem-estar e das prevenções de doenças, podendo ser utilizados pela equipe multidisciplinar do local, tendo em vista levar informações em forma de palestras, oficinas, campanhas de conscientização em escolas e comunidades e materiais educativos diversificados e fácil de compreensão (De Araújo, 2020).

A educação em saúde voltada para a vacinação é uma estratégia crucial na promoção de políticas públicas de saúde, uma vez que envolve não apenas a disseminação de informações, mas também o fortalecimento da autonomia dos indivíduos e comunidades, ao garantir que informações claras e acessíveis sejam transmitidas por diversos meios e adaptadas às realidades locais (Carvalho; Akerman; Cohen, 2023).

A educação de pais e crianças sobre a vacinação é um aspecto essencial das campanhas de saúde pública, pois os pais frequentemente desempenham o papel de

principais tomadores de decisão sobre a saúde de seus filhos. Programas de educação em saúde que envolvem os pais podem fornecer informações cruciais sobre o calendário vacinal infantil, a segurança e eficácia das vacinas, e a importância de seguir o esquema recomendado. Para as crianças, a educação pode ser adaptada de forma lúdica e visual, de modo que elas compreendam a importância da vacinação desde cedo. Campanhas que incluem esses grupos familiares promovem uma compreensão compartilhada sobre os benefícios da vacinação, fortalecendo a proteção coletiva contra doenças preveníveis (Brasil, 2024b).

## Medidas de Vacinação Acerca de Crianças

As medidas de vacinação são fundamentais para o controle e a erradicação de doenças infecciosas, como a poliomielite e o sarampo. A implementação dessas medidas requer uma abordagem coordenada entre diferentes áreas da saúde e ciências sociais, com a criação de programas de imunização que sejam eficazes e acessíveis. Além da logística envolvida na distribuição das vacinas, é necessário o engajamento da educação em saúde para garantir que a população compreenda a relevância da imunização em massa e os benefícios a longo prazo. Estudos interdisciplinares mostram que campanhas de vacinação que incluem estratégias de comunicação social e o uso de tecnologias de informação para o monitoramento das coberturas vacinais são mais eficazes na prevenção de surtos (Belém *et al.*, 2024).

## Programa Nacional de Imunização

A imunização é uma ação prioritária, especialmente contida na Atenção Primária à Saúde. Destacam-se tais serviços de imunização que vêm-se transformando, desde a criação do Programa Nacional de Imunizações, PNI, na década de 1970, cujo o objetivo é a normatização, supervisão e elaboração de políticas, pretendendo a garantia e acesso facilitador de toda população em território nacional, garantido ao público geral e suas respectivas faixas etárias diferentes, visando cobertura total e integral do quadro de vacinas (Zeber *et al.*, 2024).

O programa também possui como objetivo o incentivo da população acerca da importância da vacinação e que através da vacina pode ser realizado o controle de doenças infectocontagiosas, que nos dias atuais, uma grande parte já foram erradicadas do Brasil como varíola e poliomielite (Brasil, 2024i). Feito somente possível, através do Calendário Nacional de Vacinação, criado em 1997 pelo Ministério da Saúde, MS. Essas vacinas são oferecidas ainda na primeira infância, logo após o nascimento, com objetivo de prevenir doenças mais graves durante os primeiros meses de vida e ao longo da vida, conforme os itens 3.4.1, 3.4.2, 3.4.3 e 3.4.4 neste artigo (Brasil, 2024g).

## Calendário Nacional de Vacinação da Criança

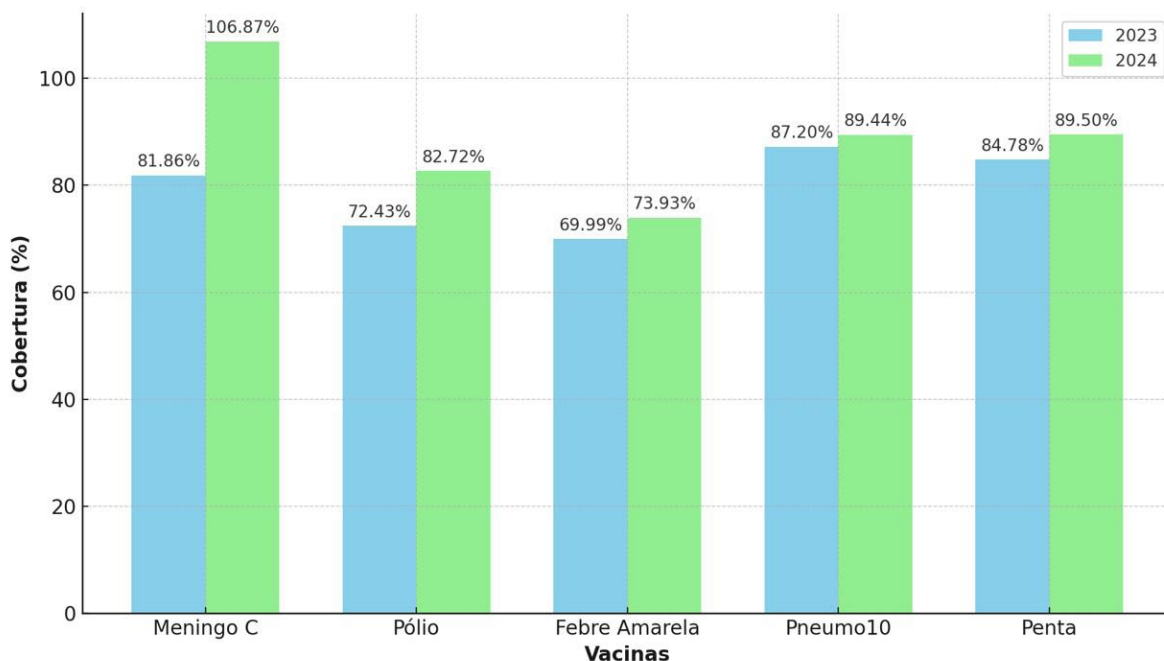
São muitas as patologias combatidas com o uso dos imunizantes utilizados no aprazamento correto, evitando diversos agentes etiológicos. Assim, as vacinas se mostram como principais medidas de combate, e mesmo que se contraia, ela auxilia a evitar as formas graves das doenças, proporcionando assim, uma melhor qualidade de vida e um

bom crescimento e desenvolvimento para as crianças. Conforme Calendário Técnico Nacional de Vacinação da Criança, é possível observar os aprazamentos corretos, quais agentes combatidos, especificidades inerentes de cada imunizante e quantidade de doses e sua composição (Brasil, 2024d).

### Dados de Vacinação no Maranhão

O Maranhão alcançou uma evolução na cobertura vacinal no ano de 2024, superando o ano de 2023 com abrangência de 12 dos 16 imunizantes do calendário infantil. Destaca-se a vacina Meningo C, cujo alcance subiu de 81,86% em 2023 para 106,87%. Outros aumentos significativos foram observados com a Pólio que passou de 72,43% para 82,72%; com a Febre Amarela, que subiu de 69,99% para 73,93%; na Pneumo10, que passou de 87,20% para 89,44%; e na Penta, que cresceu de 84,78% para 89,50%, conforme gráfico 1 (Brasil, 2024f).

Gráfico 1- Evolução da Cobertura Vacinal No Maranhão.



Fonte: Ministério da Saúde, 2024.

### Aceitação por Parte dos Pais

Apesar de grandes avanços com a imunização, alguns pais acabam criando receios pela falta de informação e as “fake news” que ocorre nos dias atuais, para isso é importante se criar um meio de comunicação e confiança entre os profissionais de saúde e os pais, levando em consideração a importância das vacinas para as crianças ainda nos primeiros meses de vida, sempre através de informações claras e verdadeiras que ocorre ainda na Atenção Primária em Saúde (APS), que tem facilitado o acesso à saúde (Campos *et al.*, 2023).

## Calendário Nacional de Vacinação do Adolescente

Com a correta utilização do calendário vacinal, são muitas as patologias combatidas, e este compreende os adolescentes. Conforme Calendário Técnico Nacional de Vacinação do Adolescente, é possível visualizar as patologias combatidas, as particularidades de cada imunizante, qual o aprazamento correto, sua composição e qual a quantidade de doses (Brasil, 2024h).

## Calendário Nacional de Vacinação do Adulto e Idoso

Vacinar adultos e idosos é essencial para prevenir doenças que podem ser graves nessa faixa etária. Principalmente em idosos, reforçar a imunização é importante para manter o sistema imunológico ativo e reduzir complicações, hospitalizações e mortalidade. Esse grupo deve ser orientado sobre a vacinação ser também um ato de autocuidado. O calendário de imunização para essa faixa etária, está descrito no Calendário Técnico Nacional de Vacinação do Adulto e do Idoso (Brasil, 2024c).

## Calendário Nacional de Vacinação da Gestante

Incentivar a vacinação durante o período gestacional é essencial devido ao alto risco de complicações que está vinculado a possíveis quadros como o de infecção provenientes do vírus SARS-CoV-2 e influenza. Além de assegurar também a proteção passiva do recém-nascido. Conforme Calendário Técnico Nacional de Vacinação da Gestante, é possível visualizar as patologias combatidas, as particularidades de cada imunizante, qual o aprazamento correto, sua composição e qual a quantidade de doses (Brasil, 2024e).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante o exposto, é possível determinar a extrema importância da vacinação infantil no contexto da saúde pública, ressaltando o papel do enfermeiro na APS e da educação em saúde como promoção e manutenção do calendário vacinal, estabelecendo assim, uma estratégia essencial para a prevenção de doenças imunopreveníveis e fundamental para garantir que as crianças recebam todas as doses necessárias. Evidenciando que a estrutura adotada do Sistema Único de Saúde, SUS, com a implementação da Estratégia de Saúde da Família, ESF, contribui para o aumento da cobertura vacinal e a redução das taxas de mortalidade infantil, mesmo diante de diversos desafios como desinformação e hesitação vacinal.

Observa-se que as campanhas de educação em saúde e a conscientização dos responsáveis pela imunização são fundamentais para o aumento da adesão às vacinas, assim, o enfermeiro detém uma enorme responsabilidade como arauto do conhecimento para desmistificar informações erradas e reforçar a importância da vacinação no geral, conscientizando não apenas com a finalidade de proteção individual do imunizado, mas também para a saúde coletiva.

Portanto, conforme os objetivos propostos, é possível entender como a educação em saúde está intrinsecamente relacionada ao calendário vacinal de crianças, e da população

geral. Além de visualizar a importância da APS e o PNI. Logo, a articulação entre teoria e prática, exemplificada através do profissional enfermeiro, fortalece que o conhecimento é a chave para uma educação em saúde adequada e a conscientização são ferramentas indispensáveis para a promoção da saúde infantil e coletiva, e a assertividade das políticas de vacinação.

## REFERÊNCIAS

BELÉM, Clemilde Silva *et al.* Estratégias para o controle de desempenho da cobertura vacinal infantil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 10, p. e17282-e17282, 2024.

CAMPOS, Daniela Silva. *et al.* Modelos de agendamento e o acesso a imunização na atenção primária à saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 28, n. 1, p. 188-203, 2023.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de; AKERMAN, Marco; COHEN, Simone Cynamon. A Promoção da Saúde na Atenção Básica: o papel do setor Saúde, a mudança comportamental e abordagem individual. **Estudos Avançados**, v. 37, n. 109, p. 89-104, 2023.

COSTA, Dayana De La Fuente; *et al.* Experiências Sobre Imunização E O Papel Da Atenção Primária à Saúde: Vacina Salva Vidas. **Ideia SUS Fiocruz**, 2023. Disponível em: <<https://ideiasus.fiocruz.br/praticas/experiencias-sobre-imunizacao-e-o-papel-da-atencao-primaria-a-saude-vacina-salva-vidas/>>. Acesso em: 24, Out. de 2024.

DE ARAÚJO, Tallys lury. *et al.* Educação em Saúde: um olhar da equipe multidisciplinar na atenção primária. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 4, p. 16845-16858, 2020.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. **Atenção Básica**. 2024. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>>. Acesso em: 22 Out. 2024.

IGREJA, Patrick Nery *et al.* Percepção das mães acerca da vacinação infantil em uma estratégia de saúde da família de Tucuruí-PA. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 3, p. 9731-9745, 2020.

BRASIL(a), Ministério da Saúde. **Manual - Normas e Procedimentos para Vacinação**. 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/manual-de-normas-e-procedimentos-para-vacinacao.pdf/view>>. Acesso em: 19 Set. 2024.

BRASIL(b), Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações**. 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pni>>. Acesso em: 12 Out. 2024.

BRASIL(c), Ministério da Saúde. **Calendário Técnico Nacional de Vacinação do Adulto e do Idoso**. 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/calendario-tecnico/calendario-tecnico-nacional-de-vacinacao-do-adulto-e-do-idoso/view>>. Acesso em: 14 Out. 2024.

BRASIL(d), Ministério da Saúde. **Calendário Técnico Nacional de Vacinação da Criança**. 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/calendario-tecnico/calendario-tecnico-nacional-de-vacinacao-da-crianca/view>>. Acesso em: 14 Out. 2024.

BRASIL(e), Ministério da Saúde. **Calendário Técnico Nacional de Vacinação da Gestante**. 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/calendario-tecnico/calendario-tecnico-nacional-de-vacinacao-da-gestante/view>>. Acesso em: 14 Out. 2024.

BRASIL(f), Ministério da Saúde. **Dia da Infância: coberturas vacinais de crianças em 2024 superam 2023 no Maranhão**. 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias-para-os-estados/maranhao/2024/agosto/dia-da-infancia-coberturas-vaciniais-de-criancas-em-2024-superam-2023-no-maranhao>>. Acesso em: 19 Out. 2024.

BRASIL(g), Ministério da Saúde. **Calendário Técnico Nacional de Vacinação**. 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/calendario-tecnico>>. Acesso em: 14 Out. 2024.

BRASIL(h), Ministério da Saúde. **Calendário Técnico Nacional de Vacinação do Adolescente**. 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/calendario-tecnico>>. Acesso em: 14 Out. 2024.

BRASIL(i), Ministério da Saúde. **Vacinação**. 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao>>. Acesso em: 29 Set. 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. **Saúde em Debate**, e. 46, p. 269-269. 1992.

PEREIRA, Simone Candido. *et al.* Acolhimento às famílias durante a vacinação infantil na Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 16, p2-6, n. 2, 2022.

PROCIANOY, Guilherme Silveira *et al.* Impacto da pandemia do COVID-19 na vacinação de crianças de até um ano de idade: um estudo ecológico. **Ciência & saúde coletiva**, v. 27, p. 969-978, 2022.

SOUSA, Walana Erika Amancio. *et al.* Estratégia de acompanhamento de crianças menores de dois anos na atenção primária à saúde. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 9, p. 69443-69453, 2020.

STANKOWICH, Patrícia Alessandra *et al.* **Educação permanente: atenção básica: manejo do protocolo IRDI**. 2023.

ZEBER, Josiane Carrilho. *et al.* Situação vacinal infantil: motivos que contribuem para o atraso no calendário recomendado. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 7, n. 1, p. 3059-3075, 2024.

## Desafios do uso de Tecnologia Digital em Crianças e Adolescentes com TEA: um Estudo sobre Telas e Saúde Mental

### *Challenges of Digital Technology use in Children and Adolescents with ASD: a Study on Screens and Mental Health*

**Danilo Gualtieri**

*Psicólogo Clínico intitulado pelo conselho como especialista em Neuropsicologia.  
UCES- Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, <https://lattes.cnpq.br/9660776413387258>*

#### RESUMO

Este estudo analisa os impactos do uso excessivo de dispositivos digitais em jovens com Transtorno do Espectro Autista (TEA), com foco em como o tempo de tela afeta o desenvolvimento cognitivo, emocional e social. A revisão de literatura identificou fatores que tornam crianças e adolescentes com TEA mais vulneráveis à dependência digital, associada ao agravamento de sintomas como ansiedade, isolamento social e rigidez comportamental. Os resultados indicam que, embora a tecnologia possa ser uma ferramenta educativa e de suporte, o uso desregulado intensifica sintomas de estresse e dificulta a aquisição de habilidades de interação social. A dependência digital afeta a capacidade de engajamento em outras atividades, reduz a motivação para interações sociais e interfere no desenvolvimento de estratégias de regulação emocional. A mediação ativa por pais e educadores é essencial para equilibrar o uso de dispositivos e promover o desenvolvimento saudável. A pesquisa possui limitações por ser baseada em revisão de literatura e não incluir análises empíricas, sugerindo a necessidade de novos estudos que investiguem o impacto a longo prazo do uso de dispositivos e a eficácia de intervenções específicas para regular o uso de telas em crianças e adolescentes com TEA.

**Palavras-chave:** transtorno do espectro autista; dependência digital; saúde mental; tecnologias digitais; desenvolvimento social.





## ABSTRACT

This study analyzes the impact of excessive use of digital devices on young people with Autism Spectrum Disorder (ASD), focusing on how screen time affects cognitive, emotional, and social development. The literature review identified factors that make children and adolescents with ASD more vulnerable to digital dependency, which is associated with worsening symptoms such as anxiety, social isolation, and behavioral rigidity. The results indicate that, although technology can be an educational and supportive tool, unregulated use intensifies stress symptoms and hinders the acquisition of social interaction skills. Digital dependency affects the ability to engage in other activities, reduces motivation for social interactions, and interferes with the development of emotional regulation strategies. Active mediation by parents and educators is essential to balance the use of devices and promote healthy development. The research has limitations due to its reliance on literature review and lack of empirical analyses, suggesting the need for further studies that investigate the long-term impact of digital device use and the effectiveness of specific interventions to regulate screen use in children and adolescents with ASD.

**Keywords:** autism spectrum disorder; digital dependency; mental health; digital technologies; social development.

## INTRODUÇÃO

O estudo sobre os desafios do uso de tecnologia digital em crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) abordará as implicações do uso excessivo de dispositivos eletrônicos na saúde mental e no desenvolvimento cognitivo e emocional desse público. A crescente utilização de telas no cotidiano de jovens tem gerado impactos significativos, tanto positivos quanto negativos, em suas interações sociais, comportamento e habilidades de comunicação. No contexto do TEA, o uso de dispositivos digitais pode representar uma ferramenta de suporte para aprendizado e desenvolvimento de habilidades específicas, como a comunicação alternativa e a prática de atividades que estimulam a memória visual. No entanto, há um aumento das preocupações quanto aos riscos associados ao uso indiscriminado, especialmente quando se trata de atividades passivas, como assistir vídeos repetidamente ou jogar por longos períodos. A exposição prolongada a essas práticas pode contribuir para a intensificação de características relacionadas ao espectro autista, como a dificuldade de manter o foco, o isolamento social e o aumento da ansiedade.

A problemática se estabelece na medida em que o tempo de tela, quando não regulado, pode agravar comportamentos repetitivos e ocasionar uma maior dependência tecnológica, resultando em uma piora na capacidade de interação social e na regulação emocional. Embora a tecnologia tenha seu valor como ferramenta educacional e de suporte terapêutico, surge a questão de como garantir um uso equilibrado que não comprometa o desenvolvimento global da criança ou adolescente com TEA. Nesse contexto, é relevante questionar de que maneira o uso excessivo de dispositivos digitais influencia a saúde mental e as habilidades comportamentais desse público específico. A hipótese subjacente a este estudo é que o uso excessivo de dispositivos digitais tende a agravar sintomas

comportamentais e emocionais, como ansiedade e isolamento, em crianças e adolescentes com TEA. Em contrapartida, um acompanhamento adequado, com estratégias de controle de tempo de tela, pode promover um uso mais saudável e produtivo, evitando a intensificação de comportamentos disfuncionais.

A justificativa para a realização deste estudo reside na necessidade de compreender os limites e as melhores práticas para o uso de tecnologia digital por crianças e adolescentes com TEA, dada a complexidade das suas interações com dispositivos eletrônicos. O estudo é relevante não apenas para auxiliar pais e profissionais de saúde, mas também para contribuir com informações que podem ser utilizadas por educadores e terapeutas na elaboração de programas e intervenções que promovam um uso consciente da tecnologia, respeitando as particularidades e necessidades desse grupo. Compreender como o uso excessivo de telas afeta o desenvolvimento de jovens com TEA é essencial para a formulação de orientações práticas e políticas educacionais que valorizem a inclusão e o bem-estar.

O objetivo deste estudo é investigar como o uso excessivo de dispositivos digitais impacta o desenvolvimento de habilidades cognitivas e emocionais em crianças e adolescentes com TEA, além de propor estratégias para um uso mais saudável e equilibrado. Para alcançar esse propósito, será realizada uma revisão de literatura que aborde as diferentes dimensões envolvidas, analisando como o tempo de tela pode interferir no comportamento e na saúde mental de indivíduos com TEA e quais medidas podem ser adotadas para regular seu uso de forma benéfica. A metodologia será baseada em uma análise qualitativa de estudos que discutem o uso de tecnologia digital, incluindo pesquisas que exploram as correlações entre o tempo de tela e a intensificação de sintomas comportamentais e emocionais no contexto do TEA. Espera-se, assim, compilar informações que demonstrem tanto os riscos como os benefícios do uso controlado da tecnologia para esse público.

Ao final, espera-se que o estudo contribua para o entendimento das dinâmicas que envolvem o uso de dispositivos digitais por crianças e adolescentes com TEA, evidenciando as principais preocupações e oportunidades. A pesquisa visa propor diretrizes que orientem o uso mais equilibrado de dispositivos digitais, fornecendo subsídios para pais, educadores e profissionais de saúde desenvolverem práticas que mitiguem os efeitos negativos, como a ansiedade e o isolamento, e potencializem os benefícios de um uso consciente e estruturado, respeitando as características e necessidades de desenvolvimento de cada indivíduo com TEA. Dessa forma, busca-se contribuir para a melhoria da qualidade de vida e inclusão social desse público, promovendo um desenvolvimento mais harmonioso e um maior suporte ao seu bem-estar.

## **EFEITOS DO USO EXCESSIVO DE TELAS NO DESENVOLVIMENTO COGNITIVO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TEA**

O uso excessivo de dispositivos digitais por crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) tem se tornado uma preocupação crescente, principalmente no que tange ao impacto sobre o desenvolvimento cognitivo. Estudos indicam que o tempo prolongado de exposição às telas pode comprometer funções essenciais, como a atenção e a memória, que são áreas frequentemente afetadas em indivíduos com TEA. A atenção

sustentada, crucial para o aprendizado e para o controle de impulsos, tende a ser reduzida em ambientes onde o estímulo digital é constante e altamente atrativo. Isso ocorre porque a exposição contínua a imagens e sons de rápida sucessão interfere na capacidade de foco, tornando mais difícil a concentração em tarefas que exigem esforço mental contínuo (Paiva *et al.*, 2023).

Em crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA), a exposição prolongada a dispositivos digitais pode prejudicar funções essenciais, como a atenção e a memória de curto prazo, comprometendo o desenvolvimento de habilidades cognitivas e interferindo na forma como as informações são processadas e armazenadas. O estímulo visual e auditivo constante, característico das tecnologias digitais, impacta negativamente a capacidade de concentração e aumenta a propensão a comportamentos repetitivos (Paiva *et al.*, 2023, p. 45).

Além disso, a memória, especialmente a de curto prazo, também é afetada negativamente pelo uso indiscriminado de dispositivos eletrônicos. Crianças e adolescentes com TEA já apresentam desafios nessa área, e o uso de telas, principalmente em atividades de baixo engajamento, como assistir a vídeos repetitivos, pode reduzir a capacidade de retenção de informações. Essa sobrecarga de estímulos digitais impacta diretamente na forma como as informações são processadas e armazenadas no cérebro, prejudicando o desenvolvimento de habilidades cognitivas que dependem de processos de memorização, como a resolução de problemas e o desenvolvimento de linguagem (Mourão, 2022).

Outro ponto relevante é a interferência no desenvolvimento das funções executivas, que envolvem a capacidade de planejamento, organização e regulação de comportamentos. Crianças e adolescentes com TEA frequentemente apresentam déficits nessas funções, e o uso excessivo de dispositivos digitais pode agravar essas dificuldades. Atividades digitais que não exigem a tomada de decisões complexas, como jogos simples ou vídeos repetitivos, tendem a reforçar comportamentos de resposta imediata, em detrimento de habilidades como a flexibilidade cognitiva e o controle inibitório. Assim, o uso prolongado de telas não apenas dificulta o desenvolvimento das funções executivas, mas também potencializa dificuldades pré-existentes, tornando o processo de intervenção terapêutica mais complexo e demorado (Paiva *et al.*, 2023).

Por fim, é essencial destacar que o uso controlado e direcionado de tecnologias, sob supervisão e com objetivos terapêuticos claros, pode ter benefícios, como a promoção de habilidades de comunicação e a prática de atividades estruturadas. Contudo, o desafio reside em equilibrar o uso de tecnologias para que estas não comprometam o desenvolvimento cognitivo, mas sim sirvam como ferramentas complementares. Nesse sentido, estabelecer limites de tempo de tela e priorizar conteúdos que estimulem o engajamento ativo é fundamental para garantir que as crianças e adolescentes com TEA possam desenvolver plenamente suas capacidades cognitivas, sociais e emocionais (Mourão, 2022).

## **Impacto do Tempo de Tela nas Habilidades Sociais de Jovens com TEA**

O impacto do tempo de tela nas habilidades sociais de crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um aspecto que vem sendo cada vez mais investigado, considerando a crescente exposição a dispositivos digitais nessa população. A interação prolongada com dispositivos eletrônicos, como tablets e smartphones, pode comprometer a capacidade de desenvolver habilidades sociais essenciais, como a

comunicação e a empatia. Crianças e adolescentes com TEA, que já possuem dificuldades intrínsecas nesses aspectos, podem experimentar uma intensificação dessas limitações, principalmente quando o uso de telas substitui atividades interativas que promovem contato social e desenvolvimento emocional. Assim, a exposição excessiva a atividades passivas, como assistir vídeos e jogar sozinho, tende a reduzir as oportunidades de interação significativa, prejudicando o aprendizado de comportamentos sociais adequados (Silva, 2023).

Outro fator relevante é a interferência no desenvolvimento da empatia e no reconhecimento de emoções, que são áreas críticas para o estabelecimento de vínculos e interações saudáveis. A falta de contato direto com outras pessoas limita a compreensão de pistas sociais, como expressões faciais e variações no tom de voz, tornando a leitura de emoções e a resposta apropriada a esses estímulos ainda mais desafiadora para jovens com TEA. Dessa forma, o tempo de tela não supervisionado e sem objetivos terapêuticos pode agravar dificuldades de compreensão e resposta a situações sociais, levando a um isolamento ainda maior. É importante que o uso de tecnologias digitais seja mediado por estratégias que incentivem a interação e a construção de habilidades socioemocionais, evitando que as telas se tornem uma barreira adicional ao desenvolvimento social (Gonçalves *et al.*, 2023).

Além disso, o uso prolongado de telas pode afetar a capacidade de comunicação verbal e não verbal. Crianças e adolescentes com TEA, ao se engajarem em atividades digitais sem supervisão, têm menos oportunidades de praticar habilidades comunicativas e de lidar com situações sociais complexas. Isso pode levar a uma diminuição no repertório de comportamentos de comunicação e na capacidade de adaptação em ambientes sociais variados. A ausência de interação face a face e a predominância de comportamentos repetitivos, como a visualização de vídeos de forma obsessiva, reforçam padrões de isolamento e podem reduzir ainda mais a capacidade de compreender contextos sociais e responder a eles de maneira adequada. Portanto, é fundamental que o tempo de tela seja equilibrado com atividades que promovam a interação social e a troca emocional, possibilitando um ambiente que favoreça o desenvolvimento de habilidades sociais (Silva, 2023).

Para mitigar esses efeitos, é necessário que a tecnologia seja utilizada de maneira a complementar o desenvolvimento social, por meio de atividades digitais que promovam interações e aprendizado de habilidades sociais. Aplicativos e jogos voltados para o ensino de habilidades comunicativas, quando utilizados de forma supervisionada e direcionada, podem auxiliar na construção de um repertório social mais amplo. Entretanto, o desafio está em encontrar um equilíbrio entre o uso terapêutico e o uso recreativo, garantindo que as ferramentas digitais não substituam, mas sim complementem, as interações presenciais e as práticas sociais que são essenciais para o desenvolvimento emocional e social dos jovens com TEA. Assim, é importante que pais, educadores e terapeutas tenham um papel ativo na mediação desse uso, promovendo práticas que incentivem o aprendizado social por meio de tecnologias (Gonçalves *et al.*, 2023).

## Relação entre Uso de Tecnologia Digital e Aumento de Sintomas de Ansiedade em Crianças com TEA

O uso de tecnologia digital, especialmente em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), tem sido associado ao aumento de sintomas de ansiedade e ao agravamento de comportamentos estressantes. A exposição prolongada a dispositivos eletrônicos, como tablets e smartphones, tende a aumentar a sobrecarga sensorial e a dificultar a autorregulação emocional, fatores que são particularmente sensíveis em crianças com TEA. A natureza altamente estimulante das atividades digitais, com imagens em rápida sucessão e sons intensos, pode levar a uma sensação de desconforto e agitação, contribuindo para o aumento de níveis de estresse e ansiedade. Esses estímulos constantes reduzem a capacidade de tolerância à frustração e amplificam as respostas ansiosas em situações de contrariedade, tornando mais difícil o manejo de comportamentos em contextos cotidianos (Siqueira; Lins; Fachin, 2024).

Outro ponto a ser considerado é o caráter repetitivo de muitas atividades digitais, como jogos e vídeos que se repetem de maneira automática. Embora a repetição possa ter um efeito calmante para alguns indivíduos com TEA, em outros casos ela pode desencadear um ciclo de dependência tecnológica que aumenta a rigidez comportamental e a intolerância a mudanças. Dessa forma, o uso contínuo de dispositivos digitais sem regulação pode levar a uma intensificação de comportamentos compulsivos e, conseqüentemente, a um aumento da ansiedade quando há interrupções inesperadas no uso das tecnologias. A interrupção repentina de um vídeo ou a indisponibilidade de um dispositivo, por exemplo, podem desencadear crises de estresse que refletem a dificuldade em lidar com a ausência do estímulo digital, aumentando a tensão emocional e os comportamentos disruptivos (Ramadan *et al.*, 2024).

Além disso, a utilização excessiva de tecnologia digital pode reduzir o tempo dedicado a atividades que promovem a regulação emocional e o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento, como jogos físicos e interações sociais diretas. A substituição de interações face a face por experiências digitais empobrece a capacidade de desenvolver estratégias adequadas para lidar com situações que causam ansiedade. Em crianças e adolescentes com TEA, essa substituição pode levar à intensificação de sentimentos de isolamento e inadequação, fatores que estão diretamente ligados ao aumento da ansiedade e à propensão a crises emocionais. Por esse motivo, é essencial que o uso de dispositivos seja equilibrado com atividades que promovam o desenvolvimento de habilidades sociais e emocionais, a fim de evitar que o tempo de tela se torne um fator desencadeador de ansiedade (Siqueira; Lins; Fachin, 2024).

O aumento dos sintomas de ansiedade também está relacionado à natureza imprevisível de algumas atividades digitais, como jogos que exigem respostas rápidas e apresentam recompensas de maneira aleatória. Essas características geram um estado de alerta constante, que impede a criança de relaxar e pode, a longo prazo, aumentar a tendência a comportamentos ansiosos. Crianças com TEA, que já apresentam dificuldades em lidar com mudanças e situações inesperadas, podem sentir um aumento do estresse e da ansiedade quando expostas a esse tipo de estímulo digital. A repetição de padrões de jogo que envolvem pressão de tempo e resultados incertos pode desencadear um

aumento nos comportamentos obsessivos, reforçando reações de ansiedade em situações semelhantes no mundo real (Ramadan *et al.*, 2024).

Portanto, o uso de tecnologia digital, especialmente em ambientes sem supervisão e sem estratégias de manejo, pode ter um efeito significativo no aumento dos níveis de ansiedade e na intensificação de comportamentos estressantes em crianças e adolescentes com TEA. É essencial que o tempo de tela seja cuidadosamente monitorado e que se priorize o uso de atividades digitais que incentivem o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento e a autorregulação emocional. Dessa forma, será possível minimizar os impactos negativos da tecnologia no bem-estar emocional e comportamental, garantindo que os dispositivos sejam utilizados como ferramentas de suporte, e não como fatores desencadeadores de ansiedade (Siqueira; Lins; Fachin, 2024).

## Dependência Digital em Crianças e Adolescentes com TEA

A dependência digital em crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um fenômeno que vem ganhando destaque nos estudos sobre saúde mental, dado o impacto significativo que o uso excessivo de dispositivos eletrônicos pode ter nesse público. Indivíduos com TEA apresentam uma predisposição para desenvolver comportamentos repetitivos e um alto interesse por padrões previsíveis e atividades estruturadas, características que tornam a interação com dispositivos digitais especialmente atrativa. Essas atividades, como assistir a vídeos repetitivos ou jogar videogames por longos períodos, oferecem um ambiente controlado e previsível, o que reduz a ansiedade momentânea, mas pode levar ao desenvolvimento de um comportamento dependente. A dependência digital, nesses casos, não se caracteriza apenas pelo uso excessivo de tecnologia, mas também pela dificuldade de transição para atividades que exigem flexibilidade cognitiva e interação social, essenciais para o desenvolvimento equilibrado de habilidades emocionais e sociais (Vale Barbosa; Rocha; Lopes, 2023).

Outro fator que contribui para a vulnerabilidade à dependência digital em crianças e adolescentes com TEA é a busca por reforços imediatos e previsíveis que dispositivos digitais oferecem. A maioria das plataformas digitais é projetada para proporcionar estímulos constantes, recompensas rápidas e ciclos repetitivos de engajamento, que são altamente atrativos para indivíduos com TEA. Essa estrutura de reforço contínuo tende a intensificar o comportamento de busca por atividades digitais, o que, por sua vez, reduz a motivação para engajar-se em outras formas de interação e aprendizado. Assim, o uso excessivo de tecnologia pode interferir no desenvolvimento de habilidades sociais e na capacidade de adaptação a ambientes menos previsíveis, o que é particularmente problemático em contextos escolares e sociais. A dificuldade em desligar-se de dispositivos, acompanhada por reações emocionais intensas quando esse acesso é restringido, evidencia um padrão de dependência que afeta não apenas o comportamento, mas também o bem-estar emocional e a qualidade de vida dos jovens com TEA (ASNIS *et al.*, 2023).

Além disso, a dependência digital em crianças e adolescentes com TEA está frequentemente associada ao isolamento social e à intensificação de comportamentos estereotipados. A natureza solitária do uso de dispositivos digitais, quando não mediada por um contexto social, pode aumentar o distanciamento de interações face a face e reduzir as

oportunidades de aprendizado social. Crianças e adolescentes com TEA, que já enfrentam dificuldades em compreender regras sociais e em interpretar a linguagem não verbal, podem encontrar na tecnologia um meio de escapar de situações sociais complexas. Esse comportamento de esquiva, embora alivie momentaneamente o desconforto social, impede o desenvolvimento de estratégias adequadas para lidar com interações no mundo real. Consequentemente, quanto maior a dependência digital, maior o risco de agravamento de sintomas como o isolamento social e a redução do engajamento em atividades que promovam habilidades sociais e comunicativas (Vale Barbosa; Rocha; Lopes, 2023).

A dependência digital em crianças com TEA é caracterizada por uma dificuldade acentuada em interromper o uso de dispositivos, acompanhada por reações emocionais intensas, como irritabilidade e crises de comportamento. Esses sinais indicam não apenas um uso excessivo, mas um estado de dependência psicológica que interfere diretamente no bem-estar e na qualidade de vida, limitando o desenvolvimento de estratégias de regulação emocional (Vale Barbosa; Rocha; Lopes, 2023, p. 27).

A dependência digital também pode impactar negativamente a saúde mental de crianças e adolescentes com TEA, contribuindo para o aumento de sintomas de ansiedade e depressão. A ausência de regulação emocional e a falta de limites claros para o uso de tecnologia podem levar a um ciclo de dependência que afeta o humor e o comportamento de maneira profunda. O uso contínuo de dispositivos digitais como forma de lidar com o estresse e a ansiedade impede o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento que são essenciais para o bem-estar psicológico. Assim, a incapacidade de desconectar-se de atividades digitais, somada à dificuldade de encontrar prazer e conforto em interações não digitais, intensifica o risco de dependência e leva a um estado de desequilíbrio emocional, comprometendo a qualidade de vida e o desenvolvimento global desses jovens (ASNIS *et al.*, 2023).

Portanto, a dependência digital em crianças e adolescentes com TEA não é apenas um problema relacionado ao tempo de uso, mas um reflexo das dificuldades intrínsecas de regulação emocional e de socialização que caracterizam o transtorno. A intervenção precoce, com foco na mediação parental e em práticas terapêuticas que promovam o uso saudável e equilibrado de tecnologias, é fundamental para reduzir os riscos associados à dependência digital. É necessário estabelecer um equilíbrio entre o uso de dispositivos digitais e a realização de atividades que promovam a interação social e o desenvolvimento de habilidades cognitivas e emocionais, garantindo que a tecnologia seja utilizada como uma ferramenta de suporte, e não como uma fonte de dependência que prejudica o desenvolvimento saudável e a qualidade de vida dos jovens com TEA (Vale Barbosa; Rocha; Lopes; 2023).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa investigou como o uso excessivo de dispositivos digitais influencia a saúde mental e o desenvolvimento de habilidades sociais em crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA), levantando a seguinte questão: de que maneira o tempo de tela afeta o comportamento, a comunicação e a interação social desse público específico? Os resultados sugerem que o uso prolongado e desregulado de dispositivos

eletrônicos intensifica sintomas comportamentais, como ansiedade e isolamento, além de prejudicar o desenvolvimento de habilidades sociais e de comunicação. A dependência digital foi identificada como um fator de risco que interfere na capacidade de jovens com TEA de interagir adequadamente em contextos sociais e de desenvolver estratégias de regulação emocional, evidenciando um ciclo de reforço negativo entre o uso excessivo de telas e a piora dos sintomas do transtorno.

Os achados deste estudo possuem implicações importantes tanto para a sociedade quanto para a academia. No âmbito social, a pesquisa oferece orientações para pais, educadores e profissionais de saúde sobre a necessidade de controle e mediação do tempo de tela, promovendo o uso equilibrado de dispositivos eletrônicos para evitar prejuízos no desenvolvimento emocional e social de jovens com TEA. A regulação adequada do uso de tecnologias pode contribuir para a redução de comportamentos ansiosos e para a melhoria das interações sociais, favorecendo a qualidade de vida e a inclusão desses indivíduos. Para a academia, os resultados fornecem uma base teórica e prática para o desenvolvimento de novos estudos que abordem a relação entre tecnologia digital e saúde mental, sugerindo caminhos para investigações futuras sobre intervenções específicas que potencializem os benefícios da tecnologia sem agravar os sintomas do TEA.

Apesar das contribuições, a pesquisa apresenta algumas limitações. O estudo foi baseado em revisão de literatura, o que limita a possibilidade de análise empírica direta dos impactos observados. Além disso, a ausência de uma abordagem longitudinal impede uma compreensão mais aprofundada sobre os efeitos a longo prazo do uso de dispositivos digitais no desenvolvimento de crianças e adolescentes com TEA. Como recomendação para trabalhos futuros, sugere-se a realização de pesquisas empíricas que considerem diferentes contextos familiares e sociais, além de investigações que analisem intervenções específicas voltadas para o controle do tempo de tela e seu impacto no bem-estar emocional e comportamental de jovens com TEA. Tais estudos poderão contribuir para o aprimoramento das diretrizes de uso de tecnologia, garantindo que ela seja uma aliada no desenvolvimento e inclusão de crianças e adolescentes com o transtorno.

## REFERÊNCIAS

ASNIS, Valéria Peres *et al.* **Musicalização e socialização para crianças e adolescentes com autismo.** Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/valeria-asnis-2/publication/366957489\\_musicalizacao\\_e\\_socializacao\\_para\\_crianças\\_e\\_adolescentes\\_com\\_autismo/links/63bb0b15097c7832ca9edffa/musicalizacao-e-socializacao-para-criancas-e-adolescentes-com-autismo.pdf](https://www.researchgate.net/profile/valeria-asnis-2/publication/366957489_musicalizacao_e_socializacao_para_crianças_e_adolescentes_com_autismo/links/63bb0b15097c7832ca9edffa/musicalizacao-e-socializacao-para-criancas-e-adolescentes-com-autismo.pdf) Acesso em: 29.set.2024.

DO VALE BARBOSA, Carolinny Sousa; ROCHA, João Gabriel Pereira; LOPES, Heloísa Amorim Teixeira. **Os efeitos do uso de telas na saúde de crianças e adolescentes: Uma revisão integrativa.** *Facit Business and Technology Journal*, v. 1, n. 43, 2023. Disponível em: <http://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT/article/view/2281> Acesso em:30.set.2024.

GONÇALVES, Meridiane Schessoff Nunes *et al.* **Aplicativo para auxiliar no desenvolvimento de habilidades sociais e ensino de atividades de vida diária utilizando Histórias Sociais para crianças com autismo.** 2023. Disponível em: <https://repositorio.ifrs.edu.br/handle/123456789/985> Acesso em: 28.set.2024.



MOURÃO, Maria Ludmila Antunes de Oliveira. **Do politicamente correto ao infantil da infância.** 2022. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/48/48138/tde-31052022-105648/en.php> Acesso em: 30.set.2024.

PAIVA, Raquel Cardozo *et al.* **Contribuições da prática artística da Pedagogia Waldorf para a educação do sentir em crianças do Ensino Fundamental I.** 2023. Disponível em: <https://bdtd.uftm.edu.br/handle/123456789/1621> Acesso em: 29.set.2024.

RAMADAN, Sáfia Barbosa *et al.* **Autismo virtual: Como o uso das telas traz malefícios ao desenvolvimento motor.** Epitaya E-books, v. 1, n. 76, p. 09-24, 2024. Disponível em: <https://portal.epitaya.com.br/index.php/ebooks/article/view/1080> Acesso em: 28.set.2024.

SILVA, Letícia Thays Bessa. **Intervenção Online sobre Habilidades Sociais para mães de crianças com TEA.** 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/19878> Acesso em: 28.set.2024.

SIQUEIRA, Eliege; LINS, Igor; FACHIN, Laércio Pol. **A relação entre TDAH e o tempo de tela na infância: um protocolo de revisão de escopo.** Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 6, n. 8, p. 5124-5147, 2024. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/3202> Acesso em: 30.set.2024.

## Os Prêmios da Excelência: Um Protocolo Psicanalítico de Hipnose com Base em Metáfora Cinematográfica para Estímulo ao Desempenho Escolar e Acadêmico

Luiz Henrique Busatto

### RESUMO

O trabalho a seguir apresenta e fala sobre um protocolo psicanalítico de hipnose Os Prêmios da Excelência, que foi desenvolvido para estimular o desempenho escolar e acadêmico de uma menina de 12 anos; o que é? Para que serve? E qual seu objetivo? Os Prêmios da Excelência é um procedimento que utiliza metáforas e técnicas de visualização hipnóticas. Serve para promover a confiança e o foco nos estudos, com o objetivo de melhorar o rendimento escolar e acadêmico reforçando a autoestima do paciente, podendo ser aplicado na faixa etária de 10 a 18 anos. A fundamentação teórica do protocolo baseia-se nos princípios da psicanálise infantil, conforme propostos por Melanie Klein, e nos processos mentais e neurológicos propostos por Luiz H. Busatto no artigo “O Evento Psiconeuroplasmático”.

**Palavras-chave:** hipnose; psicanálise; psique; neurológico; cognitivo; fisiológico; desempenho escolar; metáfora cinematográfica; neuroplasticidade.

### ABSTRACT

The following work presents and talks about a psychoanalytic hypnosis protocol The Awards of Excellence, which was developed to stimulate the school and academic performance of a 12-year-old girl; what is it? What is it for? And what is your objective? The procedure uses metaphors and visualization techniques to promote confidence and focus on studies, with the aim of improving school and academic performance and reinforcing the patient's self-esteem, and can be applied in the age group of 10 to 18 years. The theoretical foundation of the protocol is based on the principles of child psychoanalysis, as proposed by Melanie Klein, and on the mental and neurological processes proposed by Luiz H. Busatto in the article “The Psychoneuroplasmatic Event”.

**Keywords:** hypnosis; psychoanalysis; psyche; neurological; cognitive; physiological; school performance; cinematic metaphor; neuroplasticity.

### INTRODUÇÃO

No campo da hipnose, uma abordagem inovadora que envolve o uso de temas cinematográficos pode estimular o desenvolvimento



emocional e cognitivo de crianças e adolescentes. Este artigo apresenta um protocolo de hipnose focado em jovens e adolescentes, usando como metáfora um filme que ilustra suas conquistas acadêmicas e crescimento pessoal.

O desempenho escolar e acadêmico de crianças e adolescentes é influenciado não apenas por suas habilidades cognitivas, mas também por fatores emocionais e psicológicos. A psicanálise oferece uma abordagem valiosa para explorar e trabalhar essas questões. Melanie Klein (1926) enfatiza o papel dos objetos internos na formação da psique infantil, sugerindo que as experiências inconscientes impactam diretamente a forma como a criança lida com desafios no mundo externo, como o ambiente escolar.

O uso da hipnose no contexto da psicologia infantil, embora recente, vem ganhando relevância com o avanço das neurociências e a compreensão dos processos psicológicos subjacentes (Hawkins, 2015). As contribuições de Melanie Klein (1926) são particularmente relevantes, destacando a importância dos objetos internos na psique infantil e seu impacto nas interações com o mundo externo. O protocolo aqui descrito também se baseia nas teorias de neuroplasticidade descritas por Busatto (2024), oferecendo um entendimento mais profundo da relação entre hipnose, neuroplasticidade e reorganização neural.

## **Teoria de Melanie Klein e o Desenvolvimento Infantil**

Melanie Klein, uma das pioneiras na psicanálise infantil, trouxe uma nova maneira de compreender o desenvolvimento das crianças, centrada nas experiências inconscientes e nas relações que elas estabelecem com o mundo ao seu redor desde muito cedo. Sua ideia de objetos internos sugere que os bebês, mesmo antes de serem capazes de expressar suas emoções verbalmente, começam a construir imagens e sensações sobre o mundo, baseadas em suas primeiras interações, principalmente com os pais ou cuidadores.

Klein via o desenvolvimento emocional como uma jornada marcada por conflitos internos. No início da vida, a criança vive uma fase de separação entre o “bom” e o “mau”, o que ela chamou de posição esquizoparanóide. Nesse estágio, o bebê tende a dividir o mundo de maneira radical: experiências boas são vistas como totalmente boas, enquanto as ruins são vistas como ameaçadoras. Com o tempo, essa visão começa a se integrar em algo mais complexo, um processo que Klein chamou de posição depressiva, onde a criança aprende a lidar com a ambiguidade, aceitando que uma pessoa pode ser tanto fonte de prazer quanto de frustração.

Essas teorias se aplicam diretamente ao trabalho terapêutico com crianças. A brincadeira, por exemplo, é uma forma de acessar o inconsciente infantil, permitindo que a criança expresse seus medos, ansiedades e desejos de maneira simbólica. No contexto de intervenções como a hipnose, esses princípios podem ser usados para ajudar a criança a reestruturar suas fantasias e sentimentos, promovendo maior segurança emocional e confiança.

## **Hipnose e Neuroplasticidade: Relação com o Desempenho Escolar e Acadêmico**

A hipnose tem ganhado cada vez mais reconhecimento como uma ferramenta poderosa para promover mudanças cognitivas e emocionais. Um aspecto fascinante dessa técnica é sua relação com a neuroplasticidade, a capacidade que o cérebro tem de se

reorganizar, formando novas conexões neurais ao longo da vida. Pesquisas mostram que a hipnose pode ajudar a fortalecer essas conexões, o que pode ser muito útil em contextos educacionais.

Estudos revelam que, ao entrar em estados de relaxamento profundo induzidos pela hipnose, a mente se torna mais receptiva a novas formas de pensar e aprender. Isso abre a possibilidade de criar ou fortalecer redes neurais que apoiam o desempenho acadêmico, especialmente em áreas como memória, concentração e foco. Um estudo de Oakley e Halligan (2013) sugere que a hipnose pode ser eficaz em facilitar a reorganização de circuitos neurais, o que pode resultar em melhor controle emocional e aumento da capacidade de aprendizagem.

Outro ponto interessante é o conceito de mielinização, que envolve o reforço das conexões sinápticas e é fundamental para o aprendizado. Busatto (2024) sugere que, sob hipnose, o cérebro pode aumentar a produção de mielina, facilitando a formação de novas habilidades e aprimorando a retenção de informações.

Para estudantes que enfrentam dificuldades de aprendizagem, a hipnose pode oferecer um caminho para superar bloqueios mentais, reforçando a autoconfiança e a capacidade de lidar com o estresse e a ansiedade acadêmica.

## Metáforas Cinematográficas: Uso e Benefícios em Terapia

As metáforas visuais são uma ferramenta terapêutica poderosa que têm sido amplamente utilizadas para facilitar o processo de cura emocional. Ao permitir que o paciente visualize seus desafios e sucessos de maneira simbólica, o terapeuta cria um ambiente seguro onde a pessoa pode explorar questões complexas de forma indireta. Isso é especialmente eficaz no caso de crianças e adolescentes, que podem ter dificuldades para expressar verbalmente seus sentimentos.

A técnica de usar metáforas cinematográficas, como guiar o paciente a imaginar-se em um cinema assistindo a cenas de sua vida, traz muitos benefícios. A metáfora permite que o paciente visualize seus sucessos e falhas como uma história ou um filme, distanciando-se emocionalmente o suficiente para processar essas experiências de maneira mais produtiva. Em vez de enfrentar diretamente emoções desconfortáveis, o paciente pode observar, refletir e, eventualmente, reestruturar suas percepções.

Isso é especialmente útil no contexto da hipnose, onde o estado mental relaxado do paciente pode facilitar a internalização de novas ideias e sentimentos. Ao visualizar cenários de sucesso, como momentos de destaque escolar ou situações em que sua capacidade é reconhecida, o paciente pode criar uma nova narrativa interna sobre si mesmo. Kosslyn *et al.* (2001) destacam que a visualização de imagens mentais ativa áreas do cérebro ligadas à memória e ao raciocínio lógico, o que pode contribuir diretamente para o aprimoramento da autoestima e do desempenho acadêmico.

As metáforas não apenas ajudam a mudar comportamentos, mas também permitem que o paciente reconstrua sua autoimagem de maneira positiva e empoderadora.

De acordo com o conceito do *Evento Psiconeuroplasmático* (Busatto, 2024), os processos mentais e neurológicos estão profundamente conectados, e a indução hipnótica pode influenciar esses eventos no cérebro, promovendo melhor desempenho escolar e acadêmico por meio da manipulação da neuroplasticidade e das sinapses.

A prática da hipnose, com raízes em diferentes culturas antigas, evoluiu significativamente ao longo do tempo, sendo atualmente reconhecida como uma ferramenta terapêutica válida. Desde os rituais xamânicos até o desenvolvimento de técnicas mais modernas, nomes como Franz Mesmer e James Braid desempenharam papéis cruciais na consolidação desta prática. No século XVIII, Mesmer propôs o “magnetismo animal” como forma de manipular forças invisíveis para tratar doenças (Ellenberger, 1970). Já no século XIX, Braid trouxe um enfoque mais científico ao cunhar o termo “hipnose” (Gauld, 1992).

Este protocolo foi desenvolvido para ajudar crianças e adolescentes a melhorar seu desempenho escolar e acadêmico, utilizando técnicas de visualização hipnótica que se concentram na construção de uma autoimagem positiva. A ideia de internalização de “objetos bons”, tal como exposto por Klein, é aplicada aqui para auxiliar a paciente a substituir fantasias de fracasso por imagens de sucesso, competência escolar e acadêmica.

## OBJETIVOS

Este protocolo tem como objetivos:

- Reforçar a confiança da paciente em seu desempenho escolar.
- Promover uma autoimagem positiva enquanto estudante.
- Estimular a concentração e o foco durante os estudos.
- Utilizar narrativas metafóricas para reforçar sentimentos de competência e realização pessoal.

## METODOLOGIA

### Indução

A indução inicial consiste em relaxar a mente e o corpo da jovem, permitindo que ela se conecte com sua própria percepção de sucesso acadêmico. Como enfatiza o Evento Psiconeuroplasmático, a indução é uma etapa crítica onde as sinapses neurais são ativadas. Através do relaxamento e da respiração profunda, é possível promover a neuroplasticidade, facilitando a reorganização das conexões neurais que contribuem para melhor concentração e foco.

Exemplo de Indução: *“Feche os olhos e respire profundamente. Agora, imagine-se entrando em um grande cinema, confortável e tranquilo. À medida que as luzes começam a se apagar, sinta seu corpo relaxar cada vez mais.”*

Esse ambiente imaginário serve para preparar a mente do paciente, criando um espaço seguro onde ele pode projetar sua confiança e potencial.

### Aprofundamento

Ao imaginar a sala de cinema e o início do filme, manipulamos a interação entre os neurônios por meio de imagens mentais, que têm o potencial de excitar áreas do cérebro responsáveis pela memorização e pela capacidade de raciocínio lógico. O Evento Psiconeuroplasmático sugere que essas imagens podem melhorar a mielinização e a atividade sináptica, promovendo uma resposta positiva da jovem ao ambiente de estudo.

Exemplo de Aprofundamento: *“Imagine as luzes diminuindo e o projetor começando a rodar o filme. Com cada respiração, sinta seu corpo relaxar ainda mais, permitindo-se mergulhar nesse ambiente de sucesso.”*

## O Filme: A Jornada Acadêmica

A exibição imaginária do filme no protocolo hipnótico retrata o paciente em várias situações de sucesso escolar e acadêmico. Essas cenas atuam como indutores do fortalecimento sináptico e da plasticidade neuronal, conceitos centrais no *Evento Psiconeuroplasmático*, onde o reforço positivo durante a visualização de conquistas passadas e futuras estimula a resposta neural.

Exemplos de Cenas:

- Cena 1: “Você está em uma sala de aula, responde a uma pergunta com confiança e recebe aplausos de seus colegas e elogios do professor.”
- Cena 2: “Você trabalha em um projeto e, ao apresentá-lo, recebe comentários positivos.”
- Cena 3: “Durante uma prova, você se sente preparada e responde com facilidade, sabendo que estudou bem.”
- Cena 4: “Você recebe um prêmio por seus feitos acadêmicos e sente orgulho de todo o seu esforço.”

## Contagem e Despertar

Ao contar de 1 a 5 ou até 3 e estralar os dedos irá guiá-la de volta à realidade, o foco do protocolo é na estabilização das novas conexões neurais formadas durante a sessão. O *Evento Psiconeuroplasmático* afirma que a neuroplasticidade permite que essas novas conexões permaneçam ativas, promovendo o aprendizado contínuo e o aumento de autoconfiança.

Exemplo de Contagem: *“A cada número que conto, você se sente mais confiante e preparada para os desafios acadêmicos. 1... mais confiante. 2... mais focada. 3... mais determinada. 4... cheia de orgulho de suas conquistas. 5... pronta para enfrentar qualquer desafio.”*

## RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que a paciente, ao longo das sessões, internalize as imagens de sucesso visualizadas durante o protocolo, aumentando sua confiança em suas habilidades acadêmicas e reforçando uma autoimagem positiva. Ao transformar suas fantasias inconscientes de fracasso em sucessos conscientes, o protocolo oferece uma nova narrativa emocional para enfrentar os desafios escolares. Os resultados esperados do protocolo “Os Prêmios da Excelência” podem incluir:

A curto prazo:

- Melhora na motivação e no desempenho acadêmico dos pacientes.
- Redução do estresse e da ansiedade.

- Aumento da confiança e da auto-estima.

A longo prazo:

- Manutenção da melhora no desempenho acadêmico e na motivação.
- Desenvolvimento de habilidades de auto-regulação emocional e de coping.
- Aumento da capacidade de superar obstáculos emocionais e de alcançar objetivos.

## DISCUSSÃO

Os resultados esperados do protocolo “Os Prêmios da Excelência” se alinham com a literatura existente sobre a eficácia da hipnose e da psicanálise em melhorar o desempenho acadêmico e a saúde mental dos jovens. Estudos anteriores têm demonstrado que a hipnose pode ser uma ferramenta eficaz para reduzir o estresse e a ansiedade, e para melhorar a motivação e a confiança.

As implicações práticas do protocolo “Os Prêmios da Excelência” são significativas, pois podem ajudar a melhorar a saúde mental e o desempenho acadêmico dos jovens. Além disso, o protocolo pode ser adaptado para diferentes faixas etárias e necessidades, tornando-o uma ferramenta versátil para os profissionais de saúde mental.

O uso de uma metáfora cinematográfica como ferramenta terapêutica permite os pacientes vivenciar diferentes aspectos de si em um ambiente controlado e seguro. Klein (1926) argumenta que as fantasias inconscientes influenciam profundamente o desenvolvimento emocional, e ao oferecer uma experiência positiva e direcionada, este protocolo ajuda a reconstruir a percepção interna do paciente e sobre suas capacidades.

## TESTES E RESULTADOS

Foram feitos testes e análises detalhadas em uma investigação, através da observação, pré-talk, hipnose, indução, aprofundamento, filme cronológico cinematográfico, pacientes e voluntários contribuíram significativamente para os resultados, enriquecendo a pesquisa com dados valiosos. Com dedicação, amor e boa vontade, assim também, somado com estudos em várias campos da psique humana, assim como de biologia, sistema cognitivo, neurociências, neurotransmissão, sinapse, neuroplasticidade foi obtido resultados e depoimentos revolucionários de crianças e adolescentes preservado o depoimento por ética profissional com resultados entre 1 a 3 sessões, tem alunos e voluntários que vem aplicando e tendo os mesmos resultados, métodos esses, em foco, e mencionados acima sempre visando o que é mais importante, como a harmonização do corpo e da mente. Essas práticas colaboram para o alívio do estresse e promovem o equilíbrio somático, psicossomático, emocional e de autoestima. Assim também servindo para aliviar transtornos, síndromes, depressões, ansiedade e eventos psicossomáticos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O protocolo “Os Prêmios da Excelência” utiliza técnicas de hipnose, visualização de metáforas cinematográficas para promover o desempenho escolar e acadêmico assim

como a autoestima de crianças e adolescentes. Fundamentado na teoria psicanalítica de Melanie Klein, o protocolo facilita a internalização de objetos internos positivos e a construção de uma autoimagem fortalecida.

Baseado na interação entre hipnose e conceitos dos processos mentais, neurológicos, fisiológicos, psicológicos, somáticos, neuroplasticidade, neurotransmissão, psicossomatização, e de mielinização, como citado no artigo O Evento Psiconeuroplasmático (Busatto, 2024), este protocolo de hipnose através das metáforas, sugestões, induções visuais e induções de reforços mentais hipnóticos, podem estimular esses eventos de forma a melhorar o desempenho escolar e acadêmico assim como toda o sistema cognitivo das crianças e adolescentes, estimulando um aprendizado, uma reprogramação ou mesmo um reprocessamento cognitivo da psique. O adulto é o resultado desse processo de aprendizado neurológico, fisiológico e cognitivo vivenciado na infância e na adolescência.

A complexidade e a plasticidade do sistema cognitivo continua a fascinar cientistas, pesquisadores, área da saúde e mesmo a leigos, e a cada descoberta abre novas portas para a compreensão da incrível máquina que é o cérebro humano.

## REFERÊNCIAS

Busatto, L. H. (2024). O Evento Psiconeuroplasmático. Paraná: AYA Editora. Disponível em: <https://ayaeditora.com.br/Livro/32129>. Cap:18

Ellenberger, H. F. (1970). The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry. Basic Books.

Gauld, A. (1992). A History of Hypnotism. Cambridge University Press.

Hawkins, R. (2015). "Hypnosis in Pediatric Practice". Journal of Child Psychology.

Jensen, M. P., *et al.* (2016). "New Horizons in Hypnosis Research: Advances in Cognitive and Clinical Science". Annual Review of Clinical Psychology.

Klein, M. (1926). A Psicanálise da Criança. São Paulo: Mestre Jou.

Kosslyn, S. M., *et al.* (2001). "Visual Mental Imagery: Psychology and Neurobiology". Nature Reviews Neuroscience.

Oakley, D. A., & Halligan, P. W. (2013). "Hypnotic Suggestion and Cognitive Neuroscience". Trends in Cognitive Sciences.

Schore, A. N. (2019). Right Brain Psychotherapy. W.W. Norton & Company.



# A Função Materna e sua Relevância para a Nossa Vida Psíquica

**Alana Amâncio Moreira**

*Acadêmica do curso de Psicologia pelo Centro Universitário Ingá – Maringá/PR*

**Amanda Caroline Francisco**

*Acadêmica do curso de Psicologia pelo Centro Universitário Ingá – Maringá/PR*

**Bruna Luzia Garcia de Oliveira**

*Orientadora, psicóloga clínica, mestre, docente e supervisora no Centro Universitário Ingá – Maringá/PR*

**Isadora Frigo**

*Acadêmica do curso de Psicologia pelo Centro Universitário Ingá – Maringá/PR*

**Polliana Ferreira Paula Leite**

*Acadêmica do curso de Psicologia pelo Centro Universitário Ingá – Maringá/PR*

## RESUMO

A Função Materna é tida pela Psicologia enquanto um tema de fundamental importância para a compreensão do desenvolvimento do indivíduo em diferentes momentos de sua vida e os resultados que essa relação pode apresentar em nível psíquico, o que torna essencial pensar essa temática. Assim sendo, o presente trabalho busca a partir de um viés psicanalítico delinear como essa relação entre mãe e bebê (entende-se por mãe aquele quem ocupa essa função de cuidador principal) começa a ser construída e o que é esperado por cada um desse par, como essa relação é sentida pelo bebê e as possíveis formas de internalização que por ele podem ser realizadas, associando-se ao seu temperamento, assim como, a forma com que o ambiente pode também contribuir nessa relação de forma positiva ou negativa e os impactos na constituição desse indivíduo enquanto adulto a partir dessa primeira relação vivenciada em sua vida.

**Palavras-chave:** gestação; nascimento; relação mãe-bebê; vida psíquica.

## ABSTRACT

The Maternal Function is regarded by Psychology as a fundamental theme for understanding the individual's development at different stages of their life, as well as the results this relationship can produce on a psychological level. This makes it essential to reflect on this subject. Thus, the present work seeks, from a psychoanalytic perspective, to outline how the relationship between mother and baby (understood as the one who assumes the role of primary caregiver) begins to be constructed, what is expected from each member of this pair, how this relationship is experienced by the baby, and the possible forms of internalization that may occur, which are



associated with the baby's temperament. It also explores how the environment can contribute to this relationship either positively or negatively, and the impacts this has on the individual's development as an adult, based on this initial relationship experienced in their life.

**Keywords:** gestation; birth; mother-baby relationship; psychic life.

## INTRODUÇÃO

A função materna é um tema muito trabalhado dentro da teoria Psicanalítica, sendo abordada por diversos autores que se aprofundam na construção da vida psíquica humana. Iniciamos com Sigmund Freud relatando sobre suas primeiras formulações sobre o Complexo de Édipo, na sequência temos Melanie Klein que trabalha sobre desenvolvimentos posteriores, Donald Winnicott e outros, a função materna trabalha em um ponto muito importante da construção do eu e no desenvolvimento emocional.

Freud aborda em suas obras a função materna em diversos momentos, destacando a importância do Complexo de Édipo, no desenvolvimento da vida psíquica, no qual o amor e o desejo são direcionados primeiro a mãe, e o pai representa uma figura de rivalidade e identificação. Portanto, a resolução desse complexo é importante para o estabelecimento de uma identidade psíquica estável. Em sua obra "Totem e Tabu" (1913), Freud destaca também a dualidade de sentimentos que o indivíduo experimenta em relação a ela. Ele escreve: "a mãe se torna a primeira e mais forte fonte do que é bom e do que é mau, a primeira e mais importante autoridade ética para a criança" (Freud, 1913).

Melanie Klein, abrange o tema dando continuidade às ideias freudianas ao enfatizar a importância das primeiras relações objetais na formação da vida emocional da criança. Klein, cita que:

A mãe, que representa a criança em seus primeiros anos, não só proporciona o alimento e o calor, mas também é o primeiro objeto de amor e de medo, a pessoa com quem a criança se identifica e a quem tenta subjugar, como um rival no amor (Klein, 1932).

Ela argumenta que a mãe tem o papel não apenas de suprir os cuidados físicos e provedor, mas também é representada como o primeiro objeto amoroso e temido pelo bebê.

Para Donald Winnicott, a função materna é crucial para o desenvolvimento emocional saudável da criança, proporcionando ao bebê um ambiente seguro e acolhedor para desenvolver sua identidade e explorar o mundo. Ele enfatizou que: "a mãe suficientemente boa é aquela que, com sua capacidade de amar e entender, adapta a si mesma às necessidades do bebê em cada fase do desenvolvimento" (Winnicott, 1953, p. 39).

Assim, este trabalho irá explorar na perspectiva psicanalítica a função materna, investigando sua relevância na estruturação da vida psíquica e no desenvolvimento emocional humano. Ao compreender como as interações precoces com a figura materna moldam nossas capacidades emocionais e relacionais, podemos vislumbrar melhor os processos complexos que influenciam a formação de nossa identidade e o manejo de nossos conflitos internos.

## METODOLOGIA

Para a realização do presente artigo, o método de pesquisa aplicado foi a revisão bibliográfica, permitindo através dos conhecimentos já publicados, realizar o aprofundamento sobre os aspectos teóricos e, tornando possível contribuir para discussões acerca da temática. Sousa, Oliveira e Alves (2021, p.66) esclarecem:

A pesquisa bibliográfica é o levantamento ou revisão de obras publicadas sobre a teoria que irá direcionar o trabalho científico o que necessita uma dedicação, estudo e análise pelo pesquisador que irá executar o trabalho científico e tem como objetivo reunir e analisar textos publicados, para apoiar o trabalho científico.

O acesso dos materiais sucedeu por meio dos escritos e revistas eletrônicas, classificadas como fontes de pesquisa secundárias, ou seja, que apresentam discussões realizadas das fontes primárias. Como base de dados utilizou-se, principalmente, as plataformas Google Acadêmico, Pepsic (Portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia) e SciELO (Scientific Electronic Library Online).

A partir do embasamento teórico, o tipo de pesquisa empregado foi o descritivo, com o objetivo de retratar sobre a função materna e sua relevância para a vida psíquica a partir de uma perspectiva psicanalítica. De acordo com Gil (2002), a pesquisa descritiva tem por objetivo descrever fatos e fenômenos, realizando uma análise, bem como a relação entre variáveis, sem a possibilidade de usar como recurso o método de observação.

Assim, essa pesquisa é caracterizada como finalidade básica, visto que se propõe a investigar referências teóricas já analisadas e acrescentar contribuições do tema, como também aumentar a visibilidade e discussões sobre o assunto abordado. Tais características inferem também uma abordagem qualitativa, em que, é realizada a investigação de um fenômeno a partir de considerações mais subjetivas, que não são quantificadas estatisticamente. Esta abordagem se mostra relevante ao enfatizar os aspectos interpretativos no decorrer da pesquisa, proporcionando resultados representativos e, assim, apresentar uma nova perspectiva de discussão da temática.

Para Gil (2002, p.133), a análise qualitativa pode ser definida como: “uma sequência de atividades, que envolve a redução dos dados, a categorização desses dados, sua interpretação e redação do relatório”. Por fim, os métodos escolhidos apontam como vantagens a maior amplitude na realização da pesquisa, visto que os levantamentos bibliográficos vão além das pesquisas de campo, como também são mais ágeis e econômicas (Sousa; Oliveira; Alves; 2021).

## A GESTAÇÃO E O PROCESSO DE VINCULAÇÃO COM O BEBÊ

Um primeiro ponto a ser considerado quando fala-se sobre a função materna é considerar o momento anterior ao nascimento do bebê, sendo esse, a gestação, isso porque, devemos considerar que o processo de tornar-se mãe começa muito antes do nascimento do bebê, antes mesmo do momento da concepção, o tornar-se mãe ocorre durante todo o desenvolvimento da mulher, como assinala Piccinini *et al.* (2008, p.64): “o processo de constituição da maternidade inicia-se muito antes da concepção, a partir das

primeiras relações e identificações da mulher, passando pela atividade lúdica infantil, a adolescência, o desejo de ter um filho e a gravidez propriamente dita”.

Não é possível então restringir o tornar-se mãe somente ao momento do nascimento e gestação do bebê, uma vez que, todo o processo de identificações que vão sendo sofridas pela mulher vão sendo responsáveis pela compreensão que ela apresentará neste momento, como aponta Stern, (1997, *apud* Zornig 2010, p. 456-457), “as representações parentais sobre o bebê iniciam muito antes de seu nascimento e, se pensarmos nas brincadeiras de boneca ou nas fantasias das adolescentes, as representações maternas podem anteceder longamente a concepção”, o autor ainda pontua a impossibilidade de se restringir a parentalidade somente à gestação e ao nascimento de um filho, uma vez que, as identificações que são feitas durante a infância influenciam e determinam a forma como cada sujeito poderá exercitar a parentalidade.

Dessa forma, devemos considerar quando falamos em relação mãe-bebê a forma como essa figura materna compreende o papel que deve vir a desempenhar junto ao nascimento de um filho, sendo essa compreensão um fator decisivo para que ocorra o processo de vinculação; as representações dos pais sobre o filho e sobre eles mesmos enquanto pais apresentam um papel importante na natureza do vínculo a ser estabelecido entre pais e filhos, e se manifestam antes mesmo das interações reais com o bebê, de forma a englobar fantasias parentais, sonhos, medos e recordações da própria infância [...] (Zorning, 2010).

É por meio da compreensão do entrelaçar de diferentes fatores para o papel de mãe que ressaltamos a importância de olhar também para o processo de engravidar, isso porque, para além das compreensões que a mulher apresenta com relação ao que entende enquanto ao processo de tornar-se mãe, temos também a ocorrência de mudanças em sua vida como um todo, a nível social, econômico e profissional. Como aponta Piccinini *et al.* (2008, p.64):

(...) A gravidez é um momento de importantes reestruturações na vida da mulher e nos papéis que esta exerce. Durante esse período ela tem que passar da condição de só filha para a de também mãe e reviver experiências anteriores, além de ter de reajustar seu relacionamento conjugal, sua situação econômica (Maldonado, 1997) e suas atividades profissionais.

Assim sendo, todas essas alterações decorrentes da gestação resultará em uma alteração de aspectos emocionais da mulher, tornando-a suscetível tanto ao desenvolvimento de crises emocionais, como a inauguração de um potencial de adaptação até então não vislumbrado por ela, ademais, a maneira como a mulher enfrenta todas essas mudanças do período gestacional poderá apresentar influências fortes na relação que ela apresentará com a criança futuramente (Maldonado, 1997 *apud* Piccinini, 2008).

Constatamos então que a relação que a mãe apresentará com seu filho começa antes mesmo do nascimento e durante a gestação, assim sendo, o contato que essa mãe apresenta com esse bebê durante todo esse processo contribui para uma construção do imaginário dela com relação à criança e seu nascimento, contribuindo também para essa relação posteriormente, como afirma, Borsa (2007, p.312): “conhecer o bebê antes do nascimento, estar com ele, pensar sobre ele, imaginar suas características, traz implicações para a construção da representação do bebê, da maternidade e para a posterior relação mãe – bebê”.

Ou seja, esse bebê, vai sendo aos poucos formado para essa mãe, temos então nesse momento, uma possibilidade de vir-a-ser, Szejer e Stewart (1997, p.89) em sua obra *Nove Meses Na Vida de Uma Mulher*, descreve a forma como este bebê de início não está “feito”, sendo aos poucos, construído: “[...] o homem faz um filho com a mulher, um filho em potencial, um ser que, de embrião, se tornará um feto e será uma criança propriamente dita no momento do nascimento, quando lhe será conferido seu estatuto de sujeito de direito”.

Temos aqui então um bebê imaginado, sobre o qual a mãe passa a atribuir características imaginárias baseadas em aspectos apresentados pelos familiares e pelo casal, as quais de forma gradual auxiliam no processo realizado pela mãe de inserir o bebê no contexto do qual ela faz parte, assim sendo:

Brazelton e Cramer (1992) afirmam que, a mãe, personificando o feto e atribuindo-lhe características e personalidade, começa a relacionar-se com ele. Geralmente, as futuras características da criança estão relacionadas com o jeito de ser dos pais ou de algum parente próximo que ocupa um lugar privilegiado para eles. As gestantes demonstram necessidade de inserir o bebê em uma linhagem da qual elas também fazem parte, caracterizando o bebê a partir de semelhanças a um dos pais ou do casal (Ferrari *et al.*, 2007, p.307).

Dessa forma, a mãe vai conseguindo dar início a essa relação, e por meio desse processo de imaginar o bebê dá início a aproximação dele, assim sendo, nessa construção, a figura materna vai personificando o feto para que em seu nascimento, ela não venha a se deparar com alguém totalmente estranho (Ferrari, 2007).

Durante todo o período da gestação a mãe imagina e cria um bebê de acordo com suas expectativas, fantasias e desejos, mas a partir do momento em que a criança nasce tudo passa a ser real, como Sa (2004) pontua, o momento do parto também influencia na interação mãe-bebê, dessa forma, se esta experiência for positiva, se torna um facilitador desta relação.

Em um outro momento decisivo do nascimento, em que há o primeiro contato entre a mãe e o bebê, ocorre uma mudança radical de expectativas, junto a tantos outros sentimentos aflorados, no qual a mãe, mesmo vulnerável, busca o filho para conhecê-lo e senti-lo, assim sendo, como destacam Smotherman e Robinson (1996), no período logo após o nascimento pode-se claramente observar interações entre bebês e seus cuidadores.

Após esse período, desenvolve-se a interação entre a mãe e o bebê a qual segundo Ribas (1996) tem dois fatores fundamentais, sendo eles, a comunicação e reciprocidade, as quais ocorrem por meio dos movimentos, como por exemplo, a troca de olhares, as vocalizações, as gesticulações, os sorrisos, entre outros comportamentos, que se observam por meio da interação e reciprocidade, assim sendo, a mãe passa a conhecer o bebê, e o que este traz como desejo.

Segundo Brazelton e Cramer (1992), as mães apresentam, em graus variados, a capacidade de reconhecer as necessidades, preferências e limites do bebê. A comunicação neste momento por mais primitiva que pareça ser, é um dos pilares da constituição do eu do bebê e toda a complexidade de uma personalidade, sendo esta uma fase relevante para o desenvolvimento, assim sendo, é preciso observar também quando a mesma não for bem executada, isso porque, futuramente poderá ser encontrado resquícios deste momento.

Dessa forma, temos aqui o que se entende enquanto preocupação materna primária, terminologia a qual se refere a capacidade que a figura materna tem para atender as necessidades que são apresentadas por esse bebê através de uma comunicação não-verbal; ideia essa que podemos ilustrar a partir de um fragmento do texto de Winnicott, no qual o mesmo relata como se-dá essa relação.

Constatamos na mãe grávida uma identificação cada vez maior com seu filho. A criança é associada pela mãe à uma ideia de um “objeto interno”, um objeto imaginado para ser instalado dentro e aí mantido apesar de todos os elementos persecutórios que também têm lugar na situação. O bebê tem outros significados na fantasia inconsciente da mãe, mas é possível que o traço predominante nesta seja uma vontade e uma capacidade de desviar o interesse de seu próprio self para o bebê. Já denominei esse aspecto da atitude da mãe como “preocupação materna primária” (Winnicott, 2001, p.15).

Compreendido o exposto acima, temos um outro momento, em que após a saída da placenta, inicia-se o processo do puerpério em que a mãe se encontra frente a essa mudança do imaginário e fantasioso para o bebê real, (Bortoletti, Silva, & Tirado, 2007), em relação às questões psicológicas, o puerpério é o período mais crítico do ciclo gravídico-puerperal, pois é nesse momento que as fantasias se confrontam com a realidade e o casal finalmente encontra-se diante da maternidade e da paternidade.

A partir desse, outras variantes ocorrem juntas ao puerpério, o nascimento não diz respeito somente à vinda do bebê ao mundo, mas também a todas as mudanças que agora estão permeadas na vida dos pais; o puerpério como dito anteriormente é um momento delicado em que a mãe é inserida com data marcada, mas sem hora para sair, dessa forma, este é um longo processo em que está mãe precisa de uma rede de apoio, isso porque, esse momento, como afirma Sarmiento & Setúbal (2003) [...] é a postergação das necessidades próprias em função das necessidades do bebê.

Entende-se ainda, quando pensamos no processo de gestação e o processo de vinculação, o quanto a amamentação também fortalece o vínculo entre a mãe e o bebê, Pasqual *et al.*, (2010) aponta que a amamentação é importante para a construção do vínculo entre a mãe-bebê em virtude de seu contato imediato, ao tornar a sucção eficiente e eficaz, além de promover a prevalência e duração da lactação, influenciando positivamente essa relação dual. Pontua também que a amamentação não contribui somente para com a ligação entre mãe e filho, mas também pontua os inúmeros benefícios imunológicos que a criança adquire ao ato de mamar no seio de sua mãe, da mesma forma, os benefícios do contato físico junto a sua figura de afeto e segurança.

Em contrapartida, ao falarmos da amamentação é importante desmistificar a ideia de que caso a amamentação não ocorra através do seio materno se apresentará grandes consequências negativas a nível psíquico para aquela criança, isto porque, o amamentar, aqui pensando no âmbito psíquico, representa a relação que aquele bebê tem com sua figura materna, ou seja, a intimidade física que será proporcionada ao par através do amamentar, intimidade essa que segundo Winnicott (1999, p.24-25) também é possível através da mamadeira, assim sendo:

Muitos dos aspectos importantes da situação de amamentação também estão presentes quando se utiliza a mamadeira. Por exemplo, o fato de a mãe e seu bebê olharem-se nos olhos, que é uma característica do estágio inicial, é algo que absolutamente não depende do uso do verdadeiro seio. Esta afirmação, porém, deixa

margem a dúvidas, uma vez que o gosto, o cheiro e a experiência sensual da amamentação estão ausentes quando o bebê se vê às voltas com o bico de borracha da mamadeira. Sem dúvidas, os bebês têm outras formas de superar até mesmo esta desvantagem [...].

Nesse momento, entendo que possa surgir a dúvida com relação às terminologias “seio bom” e “seio mau”, muito utilizadas por alguns psicanalistas quando pensado a temática vinculação mãe-bebê, todavia, como Winnicott (1999, p.21) traz em sua obra *Os bebês e suas mães*, “[...] com o passar do tempo, constatamos que o “seio bom” é um jargão que, de modo geral, significa uma maternidade e uma paternidade satisfatória”.

Ademais, ao considerar a temática gestação e o processo de vinculação com o bebê, se faz necessário que seja considerado também o processo de vinculação quando nos referimos a “gestação emocional” que ocorre em casos de adoção, tendo em vista o fato de que esta mãe vivencia todo este gestar emocional, com todas as suas nuances, vivenciando também a espera por sua chegada, expectativas e desejos.

Da mesma forma é possível pensar em termos do conceito de preocupação materna primária proposto por Winnicott (2000/1956), haja vista que esta figura materna também passará por uma espécie de sintonização afetiva, a fim de se relacionar com esse filho que chega e de modo a conseguir reconhecer e atender às suas necessidades, como aponta Sampaio *et al.* (2019, p.739) ao destacar que: “na adoção, o período de preocupação materna primária será possível a partir da gestação simbólica [...]”, acrescentando ainda que:

Este se torna um momento fundamental para elaborações a respeito da adoção, possibilitando aos pais sonharem e refletirem sobre a parentalidade. Com isso, destaca-se o períodos de preparação para a chegada do filho adotivo como um momento-chave para o bom andamento do processo de vinculação parento-filial (Sampaio *et al.*, 2019, p.739)

Todavia, é importante salientar a possibilidade de que essa “gestação simbólica” não ocorra da melhor forma, não sendo propiciado um tempo simbólico de adaptação da figura materna e paterna, resultando por vezes em dificuldades de vinculação, assim sendo, o processo de adoção quando pensado pelo viés de processo de vinculação com o bebê pode apresentar diferentes nuances, o que demonstra a importância de também refletir a respeito dessa temática para pensarmos na constituição do Eu do indivíduo, como aponta o seguinte trecho:

No início, a dupla mãe-bebê adotivos se vê às voltas com uma espécie de esforço de adaptação que pode ser bem-sucedido, chegando inclusive em alguns casos a resultar em experiências reais de amamentação. Em outros casos, no entanto, a mãe experiencia um sentimento de estranheza por esse filho que não saiu de dentro de si, e se vê às voltas com angústias conscientes ou inconscientes que dificultam esse estágio inicial (Levinzon *et al.*, 2018, p.54).

Por fim, compreende-se então que todos esses aspectos citados anteriormente, cada um com suas particularidades, juntamente a outros pontos, como, a história prévia do casal, antes mesmo do início da gestação; o projeto de gravidez, seja simbólica ou não, farão parte da história dessa criança naquilo que se entende como banho de linguagem; assim sendo, como ressalta Szejer e Stewart (1997, p.43) “toda a criança vem ao mundo precedida por um banho de linguagem, isto é, de uma história no seio da qual sua existência começou e se inscreve”. Dessa forma, é notório que todos os aspectos aqui mencionados

sobre a função materna são de extrema relevância para a compreensão da vida psíquica enquanto bebês, crianças, adolescentes, adultos até a senilidade.

## A VIDA PSÍQUICA E A CONSTRUÇÃO DO EU

A partir da concepção freudiana, destacando as obras “*Sobre o narcisismo: uma introdução*” (1914) e “*O ego e o id*” (1923), a vida psíquica tem origem nos impulsos e instintos básicos do bebê, bem como decorre da relação de vínculos com a mãe e o ambiente, relacionados às demandas e desejos conscientes e inconscientes do outro (Costa, 2016, p.88). Essa parte primitiva que busca satisfação imediata, se conceituará a frente como id e, posteriormente, compreendido como instância do aparelho psíquico inconsciente regida pelo princípio do prazer.

Conforme descreve Vilaça (2019), diferentemente do id, o ego não está presente desde o início da construção psíquica, pois está relacionado ao desenvolvimento, sendo constituído ao longo da vida do sujeito. Logo, o ego é conceituado como uma parte modificada do id, formado a partir do contato com o mundo externo. No entanto, cabe ressaltar que parte inferior do ego é inconsciente e funde-se com o id, sendo uma parte desta inferioridade formada pelas resistências que assim, mantém a repressão. Desse modo, o ego sofre duas pressões distintas: atender às satisfações do id e da realidade que impõe controle sobre essas satisfações (Mezan, 2018, p. 271 *apud* Vilaça, 2019, p. 15).

Durante o desenvolvimento psíquico, Freud aborda sobre o narcisismo, compreendido como um investimento libidinal estruturante para a formação do ego e a construção do mundo externo. O narcisismo original, tido desde a infância, refere-se ao investimento da libido voltado ao próprio ego, sem distinção do eu e o do outro, buscando a satisfação de suas necessidades básicas. Enquanto no narcisismo secundário, o ego passa a se reconhecer como separado do mundo externo, distanciando-se do narcisismo primário à medida que transfere o investimento aos objetos, tornando-se libido objetal (Lima, 2014).

A partir do narcisismo primário tem-se o entendimento do eu ideal, uma instância marcada pelo investimento de libido dos pais ao bebê, sendo este um conjunto de representações que buscam a satisfação do próprio eu. Nesse momento, a função materna enquadra-se como primordial, é preciso que a mãe ou quem desempenha essa função, realize a intermediação entre o ambiente e as necessidades solicitadas pelo bebê. Winnicott (1956), conceitua o amparo psíquico bem estabelecido como uma “mãe suficientemente boa” capaz de proporcionar um ambiente facilitador para desenvolvimento emocional do indivíduo (Silva, 2024).

No mundo externo há uma complexidade de relações intersubjetivas, na qual Freud propõe a constituição do ego a partir do processo de identificação, considerando este mecanismo como fator determinante e afirma ser “uma contribuição essencial no sentido de construção do que é chamado de seu ‘caráter’” (Freud, 1923, p. 42-43 *apud* Vilaça, 2019, p. 24). De acordo com a autora referida, a identificação é concebida como a forma mais primitiva de se relacionar com o outro, ademais, as identificações no início da infância ocorrem com os pais e terão efeitos gerais e duradouros na vida do sujeito.



Cervo (2017) destaca que no decorrer do desenvolvimento do bebê espera-se que este, de modo gradual, possa ir renunciando às tendências de onipotência narcísicas à medida que o contato com o mundo externo permite a vivência das frustrações, resultando em um desenvolvimento emocional saudável. E complementa: “a reestruturação proporcionada pelo Édipo e a dor da castração são saídas para que o Eu Ideal vá se transformando em Ideal do Eu (instância secundária, formada a partir do Complexo de Édipo)” (Cervo, 2017, p.1).

O mecanismo de identificação é norteador do complexo edípico e, ao seu desfecho, resulta na instância do Superego, ou seja, é constituído a partir dos processos de identificação e internalização do sujeito. Desempenha as funções de consciência, auto-observação e formação de ideias, bem como representa as exigências do mundo externo, voltado para regras, normas, valores, moralidade, culpa e vergonha (Gonçalves, 2019).

Diante dessas considerações, Silva (2010) apresenta que as instâncias do aparelho psíquico estão em constante desenvolvimento, cada vez mais refinadas a partir do contato com o mundo externo. O Ego é, portanto, a organização que assume função mediadora e estruturante do sujeito, é a instância que entra em contato com a realidade externa e assegura a identidade do indivíduo.

Durante a construção do eu, as primeiras relações do bebê são de extrema significância para o seu desenvolvimento psíquico, permeado pela relação que estabelece com sua mãe, ou cuidador primário, que irá desempenhar a função materna. Apesar de haver diferenças teóricas entre os autores que contribuíram para a discussão desta temática, é consensual a todos, sob a ótica psicanalítica, a importância do vínculo mãe-bebê, bem como os impactos decorrentes da qualidade deste relacionamento (Silva e Lemgruber, 2017).

De acordo com Silva (2014), uma vez que, o desenvolvimento emocional da criança está intimamente relacionado ao vínculo materno, principalmente nos primeiros anos de vida, é de suma importância destacar que o afeto é mediador da díade mãe-bebê, podendo ser compreendido através da teoria Winnicottiana como correspondente aos cuidados primários. Igualmente, acrescenta Lejarraga (2008, p.87): “os afetos constituem um ponto de partida, uma condição da constituição psíquica e da própria existência humana”.

Salienta-se que cuidados primários oferecidos ao bebê não se restringem em atender somente às necessidades físicas, mas, principalmente, atender às primordialidades emocionais. Portanto, o afeto pode ser considerado uma forma que mãe se relaciona com o bebê, e as particularidades deste vínculo representam grande relevância na construção do eu, influenciando na construção de psiquismo saudável ou não (Silva, 2014).

## **AMBIENTE ADVERSOS E VIDA ADULTA**

Na vida adulta, a função materna representa um impacto crucial, principalmente quando se considera os ambientes adversos. Desse modo, quando uma criança cresce em um ambiente hostil, caracterizado por negligência, abuso ou instabilidade emocional, pode haver consequências profundas no desenvolvimento emocional e psicológico. A teoria do apego, desenvolvida por John Bowlby (1969), complementa ao afirmar que um apego seguro

na infância resulta em relacionamentos saudáveis na vida adulta. Já ambientes adversos podem resultar em estilos de apego ansiosos ou evitativos, dificultando a construção de vínculos satisfatórios.

Dentro da Psicanálise, o conceito de função materna é de suma importância e pode ser analisado por meio das práticas de “holding”, “handling” e da apresentação dos objetos. Esses conceitos foram primeiramente discutidos por Donald Winnicott, um dos principais estudiosos que tratam do desenvolvimento infantil e da dinâmica da interação entre mãe e filho. Cada um desses elementos é fundamental para compreender a função materna na formação da psique e no desenvolvimento emocional saudável das crianças. Juntos, eles desempenham um papel vital na construção da personalidade e na habilidade de estabelecer relações interpessoais.

Winnicott (1965) aborda a relevância da figura materna considerada “suficientemente boa”. Ele elucida que a função da mãe transcende o simples cuidado físico, desempenhando um papel crucial no desenvolvimento emocional da criança. De acordo com o que foi mencionado anteriormente neste texto, ele apresenta a ideia de “holding”, que se refere à habilidade da mãe ou do cuidador principal em proporcionar um ambiente seguro e acolhedor para a criança. Ele afirma: “A mãe suficientemente boa não é perfeita. Ela é suficientemente sensível para se adaptar a cada situação e a cada fase de desenvolvimento do bebê” (Winnicott, 1965, p. 249).

Dentro da psicanálise, o conceito de “holding” diz respeito à habilidade da mãe (ou de uma figura materna) de criar um ambiente seguro e acolhedor para o bebê, promovendo um sentimento de proteção e amor nas etapas iniciais do seu desenvolvimento. Conforme Winnicott (1960) em sua obra “*A Relação Mãe-Bebê*”, o conceito de holding é definido como a habilidade da mãe de ‘apoiar’ o bebê, abrangendo tanto o aspecto físico quanto o emocional. Segundo ele: “A mãe que é capaz de oferecer um ambiente suficiente para o bebê, por meio de seu cuidado, apresenta o que se pode chamar de ‘holding’” (Winnicott, 1960, p.37).

Por outro lado, o “handling” diz respeito à forma como a mãe cuida fisicamente do bebê, incluindo ações como pegar, embalar e manusear o corpo da criança. Esse aspecto é uma extensão do “holding” e é essencial para o desenvolvimento da sensibilidade e da interação física entre mãe e filho. Ele menciona que: “o manuseio promove a aprendizagem do bebê sobre seu corpo e possibilita o reconhecimento da individualidade, um passo importante para a construção de uma identidade saudável” (Winnicott, 1975, p. 63).

Além disso, a apresentação de objetos desempenha uma função materna igualmente essencial. Ela diz respeito à forma como a mãe apresenta o bebê aos objetos que compõem seu ambiente e à realidade ao seu redor. Essa introdução é fundamental para que a criança possa entender e se relacionar com o mundo, promovendo seu processo de adaptação e crescimento. De acordo com Winnicott (1975): “a função materna de apresentar objetos possibilita ao bebê explorar gradualmente o mundo externo, contribuindo para a formação de uma relação saudável com a realidade” (Winnicott, 1975, p. 75).

A psicanalista Alice Miller (1992), em seu trabalho sobre a função materna e os impactos de ambientes adversos na formação da psique, discute como tema central,

que as experiências traumáticas na infância podem prejudicar a capacidade materna de proporcionar um ambiente seguro e acolhedor. Em um trecho de seu livro *“O drama da criança bem-dotada”*, é mencionada essa temática, onde ela discute como a falta de reconhecimento emocional por parte dos pais podem levar às consequências profundas na vida adulta.

Desse modo, vivências negativas podem levar à formação de padrões de defesa que persistem na vida adulta. Nesse contexto, Melanie Klein (1980) destaca a importância da relação primária com a mãe para o fortalecimento do senso de segurança e da autoestima. Pois, essa relação pode ser alterada em ambientes adversos. A autora afirma: *“As experiências de amor e ódio na infância estão na raiz da formação da personalidade”* (Klein, 1980, p. 251).

Por fim, como mencionado anteriormente, a função materna em ambientes adversos é caracterizada por fatores que podem ser desafiadores. Enquanto uma relação materna bem desenvolvida e consolidada, pode ter impactos significativos e duradouros no desenvolvimento da criança.

## DISCUSSÃO

O estudo apresentado buscou evidenciar a relevância da relação mãe-bebê como fator primordial na construção psíquica do sujeito, como também, os efeitos produzidos ao longo de seu desenvolvimento até a vida adulta. Consequentemente, se faz necessário esclarecer que apesar do contato entre mãe e filho ser extremamente enaltecido, este representa uma influência na construção do eu e de um psiquismo favorável, desse modo, não é possível haver um determinismo, pois há diversos fatores que interferem no desenvolvimento do sujeito que contribuem para a sua formação subjetiva e objetiva.

Salienta-se também que no estudo proposto, o termo mãe é ampliado de modo a considerar o cuidador primário, aquele que possui mais contato com o bebê e que irá desenvolver a função materna. Ou seja, não se limita a figura de uma mulher, tendo em vista que outras pessoas podem assumir este papel, como o pai, avós, tios e etc. Do mesmo modo que não se restringe a filiação biológica, visto que a adoção é um exemplo de relação materno-infantil que se estabelece desde o antes mesmo do primeiro contato. Isso ocorre, pois, esta mãe se preenche de idealizações, projeções, desejos e expectativas, assim como uma mãe que gera em seu ventre.

Winnicott (1965), reforça essa concepção em sua obra ao afirmar que o bebê é fruto de uma relação, tal como o processo de maternagem é gradual e contínuo, amparado pelo ambiente. Portanto, ser mãe é um processo de vir a ser, torna-se, antes mesmo da concepção e nascimento, o bebê é gerado em desejo. Nesse sentido, Zornig (2010, p. 457) complementa:

O processo de filiação se inicia antes do nascimento do bebê, a partir da transmissão consciente e inconsciente da história infantil dos pais, de seus conflitos inconscientes, da relação com seus próprios pais, que colorem sua própria representação sobre a parentalidade.

Durante o período gestacional ocorrem muitas transformações, em aspectos físicos e emocionais, sociais e econômicos, do mesmo modo que evidencia uma gama de elementos que podem influenciar a relação subjetiva a ser desenvolvida com o bebê, como a história de vida da mãe, a história do casal, a concepção, rede de apoio, dentre outros (Silva, 2014). A maneira como a mãe tende a adaptar-se diante destas mudanças, demonstra como possivelmente lidará com as adaptações frente às demandas do bebê. Desse modo, Winnicott (1965) reitera a importância de abordar o vínculo desde a vida intrauterina, enfatizando que o primeiro ambiente que o bebê tem contato é a própria mãe.

Após o nascimento, o primeiro contato físico expressa grande importância para ambos dessa relação, trazendo amparo, conforto e segurança. A partir desse momento, se inicia propriamente um processo dual, no qual os manejos da mãe continuarão a influenciar na construção da criança, e este sujeito, passa a influenciar sua mãe, tal como afirma Brum e Shermann (2004, p. 459):

Não há dúvida de que a mãe possui, sim, a tarefa de se ligar ao bebê e auxiliá-lo em seu desenvolvimento. Porém, sabemos, hoje, com o respaldo de pesquisadores contemporâneos, que ao bebê também cabe esta tarefa e que este possui recursos para enfrentar tal empreitada. Esta interação, portanto, segue um modelo bidirecional (Schermann, 2001b), em que não apenas o comportamento do bebê é moldado pelo comportamento da mãe, mas também o da mãe o é pelo comportamento do bebê.

Para tal estabelecimento de vínculo, é preciso destacar as condições psíquicas desta mãe, compreendendo que para ser parte da díade mãe-bebê, esta precisa estar integrada para que, então, seja possível executar a função materna e proporcionar um ambiente favorável para o desenvolvimento da criança. Por funções maternas, entende-se como a identificação das necessidades manifestadas pelo bebê, o acolhimento e a satisfação real dessas demandas, sem que a mãe confunda com a supressão da própria necessidade (Silva, 2014).

Para tanto, Winnicott (1965 *apud* Silva *et al.*, 2012) nomeia três funções: holding (necessidades emocionais e físicas), handling (interações e estímulos) e apresentação aos objetos (contato com a realidade externa). O mesmo introduz o termo de mãe “suficientemente boa”, referindo-se aos desafios e falhas que perpassam nessa relação, desse modo, deixa claro que não existe perfeição, mas sim, uma mãe que se compromete com seu filho.

Durante o desenvolvimento, ocorre simultaneamente, diferentes processos a nível psíquico e objetivo, não se exclui a importância de boas condições para o desenvolvimento sensorial, físico, motor e cognitivo. Entretanto, neste estudo, busca enfatizar o desenvolvimento subjetivo, como pode destacar a construção da estrutura egóica, bem como de que maneira o feto influencia na relação mãe-bebê.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do tema, a relevância da função materna para a vida psíquica do indivíduo, fica perceptível a importância da relação mãe-bebê e a construção deste vínculo para que haja a formação da psique, a estruturação do eu e do sujeito, sendo necessário este suporte já durante o período da gestação.

A construção desta conexão entre ambos se faz importante para a vida psíquica do sujeito, visto que, quando esta relação não é bem constituída se nota a possibilidade de que questões desafiadoras sucedem durante a vida adulta, em situações como esta, em que não houve uma base fortalecedora durante esse período da primeira infância, é possível perceber os efeitos que aparecem tanto no âmbito do desenvolvimento pessoal quanto social, o sujeito de alguma forma se sente desorganizado, como se algo faltasse, o que lhes faltou foi a mãe suficientemente boa, ou alguém que exercesse esse papel em sua constituição.

Por fim, esta pesquisa apresenta como a função materna promove para a vida do indivíduo sentido, possibilitando que o bebê experimente o mundo junto a mãe, cumprindo-se a proposta do bem-estar infantil, assim como, a construção de uma vida psíquica saudável, oportunizando beneficência para os envolvidos nesta relação.

## REFERÊNCIAS

- BORSA, J. C. **Considerações acerca da relação Mãe-Bebê da Gestação ao Puerpério**. Porto Alegre: Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinaridade, 2007.
- BOWLBY, J. **A Ligação: O Novo Olhar Sobre o Amor**. Editora Agir, 1969.
- BRAZELTON, T. B.; Cramer, B. G. **As primeiras relações**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- BRUM, E.H.M.; SCHERMANN, L. **Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(2):457-467, 2004.
- CERVO, L. M. **Eu ideal (ego ideal)**. Federação Brasileira de Psicanálise, 2017.
- COSTA, J. F. **As neurociências e os primórdios da vida psíquica**. *Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro*, v. 1, n. 1, 2010. *Rio de Janeiro: CPRJ*, v. 4, n. 4, 2016.
- FERRARI, A. G., *et al.* **O bebê imaginado na gestação: Aspectos teóricos e empíricos**. Maringá: Psicologia em Estudo, 2007.
- GIL, A.C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4ª ed. Editora: Atlas. São Paulo. 2002.
- GONÇALVES, Davidson Sepini. **O sentimento de culpa em Freud: entre a angústia e o desejo**. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, p. 278-291, jan. 2019.
- KLEIN, M. **A Psicanálise e a Obra de Melanie Klein**. Editora Imago, 1980.
- LEJARRAGA, A.L. **Os afetos em Winnicott**. *Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro. Cad. Psicanál.*, CPRJ, Rio de Janeiro, ano 30, n.21, p.87-101, 2008.
- LEVIZON, G. K.; LISONDO, A. D. d; ARIOLLI, A. C. G. **Adoção: desafios da contemporaneidade**. São Paulo: Blucher, 2018.
- LIMA, F. N. de. **A questão de identidade em Psicanálise: divisão e identificação**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

- MILLER, A. **O drama da criança bem dotada: como os pais podem formar e deformar a vida emocional dos filhos**. São Paulo: BestSeller, 1992.
- MOURA, M. L. S. *et al.* **Interações Iniciais Mãe-Bebê**. Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 17, n. 3, 2004, p. 259-305.
- PICCININI, C. A., *et al.* **Gestação e a Constituição da Maternidade**. Maringá: Psicologia em Estudo, 2008.
- PASQUAL, K. K.; BRACCIALLI, L. A. D. VOLPONI, M. **Alojamento conjunto: espaço concreto de possibilidades e o papel da equipe multiprofissional**. Cogitare Enfermagem, 2010.
- RIBAS, A. F. P. **Interações precoces mãe-bebê: A gênese de zonas de construção**. Dissertação de Mestrado não-publicada. Defesa em 1996, total de 150 folhas. Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- SÁ, E. **A maternidade e o bebê**. Lisboa: Edições Fim de Século, 2004.
- SAMPAIO, D. *et al.* Tornar-se mãe: construindo o vínculo parento-filial na adoção tardia.
- Sarmiento, R. Setúbal, M. S. V. **Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério**. Revista de Ciências Médicas, v. 12, n. 3, 2003.
- SMOTHERMAN, W. ROBINSON, S. **The development of behavior before birth**. Developmental Psychology, v. 32, n. 3, 1996, p. 425-434.
- SOUSA, A.S.; OLIVEIRA, G.S.; ALVES, L.H. **A pesquisa bibliográfica: princípios e fundamentos**. Cadernos da Fucamp, v.20, n.43, p.64-83/2021.
- SILVA, B. A. A. BRAGA, L. P. **Fatores Promotores do Vínculo Mãe-Bebê no Puerpério Imediato Hospitalar: Uma Revisão Integrativa**. Revista da SBPH, v. 22, n. 1, 1 jun. 2019, p. 258-279.
- SILVA, C.M.; MEIRA, C.A.; COSTA, D. R. *et al.* **Relação mãe e bebê no desenvolvimento infantil sob a perspectiva winnicottiana**. Unisalesiano. Araçatuba-SP. 2012.
- SILVA, E. B. T. **Mecanismos de defesa do Ego**. Portal dos Psicólogos, 2010.
- SILVA, S. A. de S. **Exploração do abandono e da rejeição na perspectiva de Winnicott e Melanie Klein**. Reflexões a nível acadêmico. 2024.
- SILVA, S. O. **A visão de Winnicott sobre a importância do feto no primeiro ano de vida**. Monografia. Faculdade de Educação e Meio Ambiente. Ariquemes- RO. 2014.
- SILVA, V.G.; LEMGRUBER, K.P. **A relação mãe-bebê na psicanálise: Um breve estudo teórico**. Rev. Psicol Saúde e Debate. Dez., 2017:3(2):90-102.
- SZEJER, M.; STEWART, R. **Nove meses na vida da mulher**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- VILAÇA, G. M. **A construção do conceito de ego na segunda tópica freudiana**. 2019.
- WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

WINNICOTT, D. W. **Os Processos de Maturação e o Ambiente Facilitador**. Londres: Hogarth Press, 1965.

WINNICOTT, D. W. **Brincando e Realidade**. Londres: Tavistock Publications, 1971.

WINNICOTT, D. W. **A Gestalt do Bebê e o Mundo dos Adultos**. São Paulo: Martins Fontes, 1975.

ZORNIG, S. M. A. J. **Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade**. Rio de Janeiro: Tempo Psicanalítico, 2010.

# Infância e o Enfrentamento/ Privamento do Luto

Ana Paula Delarisse de Sousa

Isabela Martins Peres

Lethicia Santos Franchini

Luiz Ricardo de Goes

Melina Chiquetti

Stefane Soaigher de Souza

Valéria Fabiane Comini da Silva

Melina Chiquetti

## RESUMO

Falar sobre morte é um desafio e um tabu, lidar com o luto é um desafio para todas as idades, mas quando pensamos em crianças, essa situação se torna ainda mais delicada. Entender o quanto elas estão preparadas para tal assunto, como funciona para elas o enfrentamento do luto, ajudá-las a vivenciar tal situação, são as propostas deste artigo. Vamos discutir isso com base na Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), apontando algumas técnicas que tem se mostrado de grande eficácia para lidar com o assunto do luto. Privar a criança do tema morte, ou evitar que ele enfrente o luto é algo que não ajuda e traz grandes dificuldades para o desenvolvimento psíquico, emocional e relacional da criança. Seu desenvolvimento cognitivo precisa de uma atenção em todas as áreas, pois sabe-se que a cognição tem influência direta no comportamento. Esse estudo vai tratar de alguns desses aspectos e trazer algumas ferramentas de como ajudar a criança nesse momento. O artigo também busca mostrar o papel fundamental que o adulto tem nessa elaboração e enfrentamento, por isso se faz necessário que ele também entenda, enfrente e crie para si repertório para lidar com a morte, o luto, o sofrimento, pois somente assim poderá fazer um trabalho eficaz ajudando a criança sob seus cuidados.

**Palavras-chave:** luto; infância; TCC; técnicas.

## ABSTRACT

Talking about death is both a challenge and a taboo, dealing with grief is difficult for all ages, but when it comes to children, it becomes even more delicate. Understanding how prepared they are for such issue, how coping with bereavement works for them, are the goals of this article. We will discuss this based on Cognitive Behavioral Therapy (CBT), pointing out some techniques that have proven to be very effective in dealing with grief. Depriving children of the subject of death, or preventing them from dealing with it, is unhelpful and causes great difficulties for the child's psychological, emotional and relational improvement. Their cognitive development





needs attention in all areas, as it is known that cognition has a direct influence on behavior. This article will deal with some of these aspects and provide some tools on how to help children during this period. The study also seeks to show the fundamental role that adults play in this development and coping, making necessary for them to also understand, cope with and create a repertoire for themselves in order to deal with death, mourning and suffering, being able then to do an effective job on helping the children in their care.

**Keywords:** grief; childhood; CBT; technics.

## INTRODUÇÃO

O luto segundo Grazielle Strada (2021) é a vivência que uma pessoa passa após a perda de alguém querido e amado. O luto é experienciado de maneiras diferentes em cada cultura, mas em nossa sociedade é necessário ser vivenciado, experienciado e elaborado, para que a assimilação da perda seja feita da maneira mais saudável possível. O conceito de morte para a criança é construído ao longo do seu desenvolvimento cognitivo, somando os aspectos perceptivos, sociais e afetivos, conforme Grazielle Strada (2021), desta forma se faz necessário discutir as diversas maneiras para enfrentamento do luto, em vez da privação. Nesse contexto, da Silva Santos *et al.* (2022) destaca que a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) se apresenta como uma abordagem eficaz para ajudar a criança a reestruturar pensamentos disfuncionais sobre a perda, promovendo uma assimilação mais saudável do luto por meio da utilização de uma linguagem lúdica e da participativa.

Quando uma pessoa é privada do luto, e de maneira especial a criança, os malefícios e prejuízos nas diversas áreas do desenvolvimento podem ser profundos. No intuito de evitar o sofrimento da criança, seus cuidadores evitam que ela vivencie o luto, e o não enfrentamento pode gerar nelas sentimentos de desamparo, rejeição e abandono, conforme Trapp e Santos (2018). A TCC oferece técnicas específicas, como a psicoeducação que de acordo com Trapp e Santos (2018) fornece as informações necessárias para a criança elaborar, lidar e expressar o que sente nesse momento.

Além da privação, a maneira fantasiosa com que se aborda o tema da morte com as crianças pode ser prejudicial, ou seja, o mal entendimento desse tema traz como consequência uma impossibilidade de se vivenciar o luto e assimilar a perda como deve ser feita Segundo Segick e Ramos (2005) *apud* Trapp e Santos (2018).

De acordo com Kluber-Ross (1991, p.18):

O facto de permitirem que as crianças continuem em casa, onde ocorreu uma desgraça, e participem da conversa, das discussões e dos temores, faz com que não se sintam sozinhas na dor, dando-lhes uma responsabilidade e luto compartilhado. É uma percepção gradual, um incentivo para que encarem a morte como parte da vida, uma experiência que pode ajudá-las a crescer e amadurecer.

Ainda, encontramos uma sociedade na qual o tema da morte é um tabu, e lidar com ela é evitado ao máximo Pedro e col. (2010), quando é pensado explicar a morte para crianças, o tema se torna muito mais complicado de se abordar de maneira correta, sensata e saudável. A TCC pode auxiliar nesse processo ao adaptar suas intervenções de

acordo com o estágio de desenvolvimento da criança, garantindo que ela possa processar o luto de forma adequada. Pensando nesse momento ímpar da humanidade, na qual nossa sociedade passou por uma pandemia mundial e um grande número de crianças se depararam com perdas significativas, faz-se necessário pensar e encontrar meios para que o luto seja abordado na vida dessas crianças, a fim de que elas possam encontrar meios de assimilação que irá ajudá-las no seu desenvolvimento psíquico, emocional e relacional.

É preciso considerar que existem assimilações diferentes em relação a morte para cada idade, e que crianças terão reações comportamentais e emocionais diferentes de um adulto que já lidou com outras perdas. Pedro e col. (2010) *apud* Kluber-Ross (1991).). A TCC se adapta a essas diferentes fases do desenvolvimento, oferecendo suporte personalizado para cada etapa, de forma que a criança possa processar o luto de maneira adequada e saudável.

A discussão sobre o enfrentamento do luto desde a mais tenra idade é fundamental, uma vez que muitas crianças de 16 meses já é capaz de reter em sua memória o modelo do progenitor ausente, e que crianças entre 6 e 16 meses demonstram aflição na separação dos genitores e uma procura constante da figura perdida Isabela Hispagnol (2011) *apud* Bowlby (2004 [1973]). O sofrimento pela ausência da pessoa querida será inevitável, então o que precisa ser pensado e discutido é como ela viverá o processo do luto e quais fatores irão influenciar, Isabela Hispagnol (2011).

Ainda, da Silva Santos *et al.* (2022), ressalta que a TCC desempenha um papel crucial ao ajudar a criança a lidar com as emoções e comportamentos decorrentes do luto, promovendo o desenvolvimento emocional e relacional saudável. A forma como uma família vivencia o luto é refletida na criança, que em processo terapêutico poderá expor como seus cuidadores estão lidando com a morte de um ente querido e como isso está impactando seu comportamento e desenvolvimento. Os sintomas decorrentes de como a criança está vivendo o luto podem se prolongar, desta forma, é necessário compreender em que fase do desenvolvimento a criança se encontra, com o intuito de restaurar aquilo que foi prejudicado e/ou ainda está prejudicando seu desenvolvimento Grazielle Strada (2021). A criança será praticamente um reflexo do ambiente onde esse luto tem sido vivido. Até porque muitos adultos ao não permitir que a criança enfrente a morte e o luto, está fazendo isso porque ele também não consegue, pois, ter que lidar com isso por si só já é uma dor e traz dificuldade, ter que fazer isso ajudando uma criança, talvez ele entenda como insuportável, por isso saber como, quando e onde pedir ajuda profissional é de grande importância.

O artigo irá abordar como cada fase do desenvolvimento da criança entende a morte, para assim constatar os melhores meios de ajudá-la no enfrentamento do luto e seu sofrimento, em vez de privá-la de algo que é inerente à existência humana, o fim da vida. A TCC será apresentada como uma abordagem terapêutica eficaz para auxiliar a criança no enfrentamento do luto, promovendo um desenvolvimento psíquico, emocional e relacional saudável.

## METODOLOGIA

Este estudo apresenta um delineamento do tipo revisão narrativa. Utilizamos de artigos e matérias para desenvolvermos a conceituação do luto e da infância na perspectiva da cultura onde estamos inseridos e principalmente na área de atuação dos autores desse artigo que é a psicologia. Nossa pesquisa se deu nos bancos de dados Scielo, Google Acadêmico e Periódicos Capes, os estudos foram pesquisados no período de 2010 a 2021 e o idioma usado foi o português. Foi usado as palavras chaves luto, infância, privação e morte. A pesquisa se deu entre os meses de março a outubro de 2024.

Com esse artigo buscou-se discutir e pensar as maneiras que são abordadas o luto na infância e o impacto que isso pode trazer nas diversas áreas de desenvolvimento, quando o luto não é vivido de uma maneira saudável e necessária. O artigo passa por uma descrição de como o DSM-V entende o luto e o transtorno causado pelo luto não elaborado, também por uma definição de conceito sobre luto, sobre infância e então um desenvolvimento nas melhores estratégias de ajudar a criança a lidar com o luto e não privá-la desse momento importante para seu desenvolvimento.

Essa reflexão desenvolvida no presente artigo busca conceituar as melhores maneiras de se dialogar com a criança sobre a morte e o luto, a partir do pressuposto que morte e luto são inerentes ao ser humano e todos passaremos por isso em algum momento, não deixando de pensar que a pandemia pela qual ainda estamos passando expõe um grande número de crianças a mortes de entes queridos, pais, familiares e também a uma enxurrada de notícias sobre o assunto. Sua interação com o mundo através da televisão e internet não se faz mais possível protegê-la das informações, mas se faz extremamente necessário prepará-la para recebê-las da melhor maneira possível.

## DESENVOLVIMENTO

### Primórdios do Desenvolvimento Humano

A formação de uma vida nova se encontra sendo um processo fascinante e complexo ao mesmo tempo, tendo seu início na fecundação, onde o espermatozoide se penetra no óvulo resultando na formação do zigoto. Este momento marca o começo de diversas etapas fundamentais, cada célula do zigoto carrega em si o código genético essencial para o desenvolvimento das partes do corpo humano. Esta etapa destaca a importância da genética para a determinação das características físicas e os traços de personalidade do feto, além de conter os riscos que se associam às condições genéticas e possíveis doenças hereditárias, apontando a importância dos aconselhamentos genéticos para os pais, os permitindo ter as decisões sobre a gestação (Papalia; Olds; Feldman, 2013).

Passando para o processo do desenvolvimento pré-natal se divide em três períodos, sendo eles, germinal, embrionário e o fetal, onde cada um dos momentos se caracteriza por seus eventos que atingem a formação dos órgãos e o sistema do corpo. Em meio a esta fase, o ambiente intrauterino, influenciado pela saúde da mãe e pela sua exposição às substâncias externas, desempenham seu papel essencial. Para o desenvolvimento

saudável do feto vai depender de forma gradativa ao cuidado pré-natal, onde se inclui a realização regular dos exames médicos, a nutrição e a evitação de comportamentos que tragam risco (Papalia; Olds; Feldman, 2013). O parto é um momento crítico, exigindo preparo físico e psicológico tanto da mãe quanto do bebê. Em seus primeiros anos de vida os bebês passam por crescimento acelerado, onde seus desenvolvimentos motores e suas habilidades sensoriais se expandem de forma rápida, no qual a nutrição e os cuidados médicos adequados veem a desempenhar papéis cruciais para que este processo aconteça, garantindo o suporte para o crescimento saudável do bebê (Papalia; Olds; Feldman, 2013).

Conjuntamente com o desenvolvimento físico, o desenvolvimento psicossocial também se manifesta de maneira considerável nos primeiros anos de vida. As interações sociais e o apego com os pais ou responsáveis são fundamentais para que o desenvolvimento psicossocial seja saudável. As primeiras interações formam a base para comportamentos futuros, além da capacidade da criança em lidar com os estresses. A formação de vínculo emocional sólido e a plasticidade cerebral neste período são fatores que proporcionam adaptações e tornam a criança vulnerável às influências negativas, se destacando a importância do ambiente seguro e estimulante para a criança (Papalia; Olds; Feldman, 2013).

O desenvolvimento cognitivo é um ponto de grande importância durante os primeiros três anos, neste período os bebês começam as demonstrações de capacidade de percepção, memória e a resolução de problemas simples. A interação com o ambiente descrita por Vygotsky e Piaget, são fundamentais para a construção do conhecimento da criança. A estimulação precoce diante brincadeiras e interações verbais se mostram essenciais para o desenvolvimento da linguagem e das habilidade de pensar, destacando a devida importância de um ambiente composto por estímulos para o crescimento cognitivo (Papalia; Olds; Feldman, 2013). O desenvolvimento psicossocial que mantém sua continuidade de se desenvolver nos três primeiros anos de vida, é importante para que a formação da personalidade e comportamento da criança aconteça. A teoria do apego sugere que as primeiras interações sociais e experiências emocionais com seus pais, tendem a influenciar a capacidade da criança na formação de vínculos saudáveis no futuro (Papalia; Olds; Feldman, 2013).

## Segunda Infância

Durante o período da segunda infância, que se estende aproximadamente dos 3 aos 6 anos, o desenvolvimento cognitivo das crianças chega a novos níveis de complexidade. Esta fase é marcada pelo crescimento relevante de suas habilidades linguísticas, no qual o vocabulário se expande de forma rápida, além do entendimento das regras gramaticais e sintáticas. As crianças começam a ter o domínio da linguagem, as utilizando de maneira eficaz em suas interações sociais. Conjuntamente, a alfabetização surge com seu aspecto fundamental, onde as crianças demonstram interesses crescentes pelas letras, números e histórias. As interações com os adultos, em contextos literários e brincadeiras desempenham um papel importante no fortalecimento das habilidades. Programas educativos estruturados, que oferecem um ambiente com estímulos e apoio são importantes para a preparação das crianças nos desafios acadêmicos que estarão presentes nos anos decorrentes, as ajudando a se desenvolver nas competências cognitivas e na capacidade de concentração e resolução dos problemas (Papalia; Olds; Feldman, 2013).

No meio psicossocial na segunda infância se marca pelo desenvolvimento da identidade e do autoconceito, nesta fase, as crianças começam a formar sua compreensão integrada de si mesmas, se movendo em descrições simples e concretas dos aspectos de sua personalidade e capacidades. A autoestima ainda em formação, começa a se estruturar se baseando nas respostas e aprovações dos adultos. A brincadeira se mantém sendo a atividade central nesta fase, porém, não somente como uma forma de entretenimento, mas também como um meio para a prática de assimilação de novas habilidades cognitivas, emocionais e sociais. O brincar permite com que as crianças explorem papéis sociais, a lidar com suas emoções, assim como, resolver os conflitos, contribuindo assim para as habilidades socioemocionais que serão importantes no decorrer da vida. Por meio das experiências lúdicas, as crianças fortalecem o senso de autonomia e iniciativa, onde influenciam no comportamento e as relações sociais mais amplas (Papalia; Olds; Feldman, 2013).

### Terceira Infância

Esta fase abrange o desenvolvimento físico e cognitivo, durante este período ocorre o crescimento constante em sua altura e peso, com grandes melhorias nas habilidades motoras e na sua capacidade cognitiva. Seu desenvolvimento cerebral continua a se reforçar, aprimorando sua atenção, memória e planejamento. As questões relacionadas à saúde, como condições específicas, obesidade, são destacadas e discutidas devido a importância da nutrição, da segurança e do sono para o desenvolvimento da criança (Papalia; Olds; Feldman, 2013).

O desenvolvimento psicossocial na terceira infância se marca pelo crescimento da autoestima e autoconceito, onde a criança começa a formar sua identidade mais definida, além de desenvolver sua competência emocional. O ambiente familiar carrega um papel importante neste período, no qual a estrutura influencia no bem-estar da criança. As relações entre colegas, amigos e irmãos se tornam centrais, o que contribui na socialização e compreensão dos papéis sociais, além disso, se encontra vinculado a questão das dinâmicas de grupo e popularidade que ganham sua importância esta etapa, assim como, a agressividade e os meios de comunicação que carregam influência sobre os comportamentos das crianças. Esta fase carrega com sigilo o surgimento dos transtornos emocionais e comportamentais, trazendo a importância das intervenções terapêuticas que promovam o bem estar emocional desta etapa (Papalia; Olds; Feldman, 2013).

Quadro 1.

Fase	Conteúdo
Primórdios	Desenvolvimento pré-natal, influência da genética, importância do ambiente intrauterino, cuidados pré-natais, saúde e nutrição materna.
	Transformações físicas e motoras, crescimento acelerado, importância da nutrição e cuidados médicos nos primeiros três anos de vida.
	Evolução das capacidades cognitivas, impacto das interações com o ambiente, estimulação precoce, desenvolvimento da linguagem e habilidades de pensamento.
Segunda Infância	Expansão do vocabulário, aprimoramento das habilidades linguísticas, alfabetização, impacto das interações com adultos e programas educacionais.
	Formação do autoconceito, desenvolvimento da autoestima, importância do brincar, influências sociais e emocionais no comportamento e identidade da criança.

Fase	Conteúdo
Terceira Infância	Crescimento físico, aprimoramento das habilidades motoras e cognitivas, impacto da escolarização, nutrição e saúde.
	Fortalecimento do autoconceito e da autoestima, importância das relações familiares e sociais, surgimento de transtornos emocionais e comportamentais.

Fonte: autoria própria.

## A Morte

Morte e luto são termos que se referem à uma situação inerente ao ser humano, o ciclo de início e fim da vida pertence à existência humana e nada ainda foi capaz de frear essa realidade, ou seja, não temos controle e todos estão sujeitos a morte, sem exceção. Apesar dos esforços humanos e do avanço da medicina e tecnologia, o viver para sempre está restringido a ficção sendo retratada em livros e filmes, e ainda não é uma realidade. O envelhecimento, as doenças, as tragédias ainda tem feito com que a humanidade se depare com a realidade da morte e o enfrentamento do luto se faz necessário, sendo de suma importância inclusive na infância. Temos visto o crescimento cada vez maior de pessoas optando pela criogenia, ou seja, o congelamento de seu corpo após a morte com a esperança que os avanços da medicina e da tecnologia um dia poderão trazê-los à vida novamente. Isso é uma maneira de negar a morte, de não estar preparado para entender que chegou ao fim, evidenciando um apego que dificulta o indivíduo de elaborar a morte como realidade.

## A Morte e o Luto

Faz se importante refletir o que o DSM-V tem a dizer também sobre o luto, já que ele faz mais de 130 referências ao termo luto, seja ele como condição cultural, diagnóstico diferencial, critério de exclusão, condição concomitante ou agravante de transtornos mentais. No DSM-V contudo ele foi retirado dos critérios de exclusão para transtornos depressivos, tornando possível o diagnóstico de depressão em enlutados e sua consequente medicalização. Na seção III (Condições de estudos posteriores) do DSM-V, o luto aparece como Transtorno do Luto Complexo Persistente, onde é apresentado alguns critérios.

## Luto Como um Diagnóstico

Entre os critérios para diagnóstico deste transtorno, estão os seguinte: Se o indivíduo experimentou a morte de alguém com quem tinha um relacionamento próximo, se desde a morte ele apresentou pelo menos um dos seguintes sintomas em um grau clinicamente significativo na maioria dos dias e persistiu por pelo menos 12 meses após a morte no caso do enlutado adulto e 6 meses no caso de crianças enlutadas, entre os sintomas estão, saudades persistente do falecido e nesse caso o DSM-V faz a observação que para a reflexão do artigo se faz de suma importância, que a criança pequena pode expressar a saudade em brincadeiras e no comportamento, incluindo comportamentos que refletem ser separado e também voltar a unir-se a um cuidador ou outra figura de apego. Outros sintomas são, intenso pesar e dor emocional em resposta à morte, preocupação com o falecido e preocupação com as circunstâncias da morte, e aqui há outra observação em relação às crianças, em que essa preocupação com o falecido pode ser expressa por

temas de brincadeiras e comportamento e pode se estender à preocupação com a possível morte de outras pessoas próximas a elas.

Outro critério proposto é que desde a morte, ao menos seis dos seguintes sintomas são experimentados em grau clinicamente significativo na maioria dos dias e persistem por pelo menos 12 meses após a morte, no caso de adultos e seus meses no caso de crianças enlutadas. Esses sintomas estão divididos em dois subtipos, sofrimento reativo a morte e perturbação social da identidade, no primeiro encontram-se os seguintes: Marcada dificuldade em aceitar a morte, e nas crianças segundo o DSM-V e vamos discutir isso no artigo, dependa da capacidade de compreender o significado e a continuidade da morte; experimentar incredulidade ou entorpecimento emocional quanto a perda; dificuldade com memórias positivas a respeito do falecido; amargura ou raiva relacionada à perda; Avaliações desadaptativas sobre si mesmo em relação ao falecido ou à morte, como a auto acusação e evitação excessiva de lembranças da perda, como lugares ou situações associados ao falecido e em crianças isso pode incluir a evitação de pensamentos e sentimentos relacionados ao falecido.

Em relação a perturbação social da identidade se encontra os seguintes sintomas: Desejo de morrer a fim de estar com o falecido; dificuldades de confiar em outros indivíduos desde a morte; sentir-se sozinho ou isolado; sentir que a vida não tem sentido ou é vazia sem o falecido, ou a crença de não conseguir funcionar sem o falecido; confusão quanto ao próprio papel na vida ou senso diminuído quanto a própria identidade, como se uma parte sua tivesse morrido juntamente com o falecido; e dificuldade ou relutância em buscar interesses desde a perda. Olhar para o DSM-V e se inclinar sob essas informações e a partir disso aplicar para o que será proposto no artigo, se faz necessário, pois o luto mal vivido, mal elaborado ou simplesmente impedido de ser vivenciado como no caso da infância traz prejuízos profundos nas diversas áreas do desenvolvimento humano, podendo causar transtornos que trarão um grande sofrimento emocional, além de dificuldades em relacionamentos, planejamento do futuro e até mesmo uma visão distorcida de si, do outro e do mundo.

Conforme Ramires e Schneider 2010, apego está relacionado ao senso de segurança e conforto do sujeito com a figura de apego, na qual o sujeito experimenta uma “base segura” para então explorar o mundo (Bowlby 1979/1997). É normal crianças se apegarem a objetos que dão a elas uma sensação de segurança, como brinquedos, mantas, pelúcias e às vezes objetos supérfluos para os adultos, porém para as crianças tal objeto cumpre um papel primordial para seu desenvolvimento, e a ajudará a desbravar o mundo a sua volta, o desenvolvimento então passa a ser exponencial quando a criança vivenciar a falta desse objeto tão importante a ela, e experienciar esse “pequeno” luto para então elaborá-lo, sempre com auxílio dos cuidadores e profissionais.

Desde o início da vida o sujeito tem que lidar com o luto referente a perda de algum objeto, seja de um brinquedo que estragou, uma roupa que não serve mais, a chupeta que os pais deram pra acalmar o bebê, mas que em determinado momento insistem ou negociam para a criança abandoná-la, e ainda, o seio da mãe, que sempre o alimentou, e Freud entende como sendo o primeiro objeto do sujeito. Ramires e Schneider 2010, relata que Bowlby assinalou que apego-cuidado é um tipo de vínculo social baseado no comportamento

entre pais e filhos. O apego tem sua própria motivação interna e distinta da alimentação e do sexo, como proposto por Freud, e de igual importância para a sobrevivência. Enfim, independente das divergências teóricas, o fato é, que ao longo da vida do ser humano, lidar com a perda e com a falta, é algo comum a existência é fundamental para a evolução do homem e da sociedade, e desde o começo da vida o ser humano lidou com o luto e com morte de entes queridos, que ao redor do mundo é experienciada conforme a cultura onde o indivíduo está inserido.

Como dito, experienciar o luto e a morte sempre foi natural e comum ao ser humano, podendo ser vivenciados de diversas maneiras na pluralidade cultural que temos em nosso mundo. Podemos citar o exemplo da cultura mexicana onde o Dia dos Mortos é um dia de festa, onde em sua crença os mortos teriam autorização para voltar visitar seus parentes, então a casa é enfeitada com flores, velas e incenso, é feita a comida preferida do morto e as pessoas se fantasiam com máscaras de caveira e roupas de esqueleto. Por outro lado, a cultura judaica, realiza um rasgo na roupa de quem está de luto como demonstração de angústia pela perda da pessoa querida, eles também praticam o que chamam de Shivá, ficam em casa por sete dias sem trabalhar ou fazer qualquer tipo de lazer. A China é outra cultura na qual as tradições do luto se diferenciam levando em consideração idade do morto, causa da morte, status de relacionamento e o status social Marco Andre Lima (2016).

Portanto, se faz necessário apresentar a definição de pelo menos dois conceitos para a cultura brasileira, o conceito de luto e o de infância, para assim ser possível entender como é causado prejuízos emocionais e relacionais na vida de crianças que são privados de vivenciar o luto e entender de forma real a perda de um ente querido. Entender como a cultura onde a criança está inserida, como a família lida com a morte e o luto, saber se há questões religiosas envolvidas na família e na vida dessa criança se faz de grande importância para assim saber quais ferramentas serão usadas para ajudar essa criança na sua elaboração.

Em *Luto e melancolia*, obra de Freud (1917), este autor define o luto como reação e perda de um ente querido ou algo que foi colocado no lugar do mesmo, como país, liberdade ou o ideal de alguém. No luto o objeto amado deixa de existir, fazendo com que a libido seja retirada de suas ligações com aquele objeto. Para a Terapia Cognitiva Comportamental – TCC, é que ao longo de nossas vidas são construídas cognições sobre si mesmo, o mundo e o outro. Levando isso em consideração a reação que o indivíduo terá diante da morte e conseqüentemente do luto vai depender de como ele enxerga e como foi construída sua visão da morte, os padrões aprendidos e internalizados, refletindo assim nas alterações emocionais e comportamentais que está passando e conseguir corrigir os erros de pensamento sobre tal situação Lissia Basso e Ricardo Wainer (2011). Essa construção se inicia na infância, e quando não é permitido que a criança desenvolva sua percepção e entendimento da morte e do luto, quando chegar na sua fase adulta em que as mortes são enfrentadas de maneiras mais frequentes então a dificuldade de elaborar o sofrimento, o luto, a perda se tornara em muitos casos insuportáveis. Por isso que muitos se prolongam na fase da negação, ou depressão e não conseguem sair.



## O Enfrentamento do Luto

Desta forma, devemos pensar como ajudar as crianças a lidarem com o luto, a elaborarem suas perdas e entenderem e vivenciarem o sofrimento como algo natural e necessário para um desenvolvimento emocional saudável. É preciso buscar o mais perto possível dessa cultura e família, quais são os entendimentos que eles têm sobre luto e morte, e como a religião, a cultura e as tradições familiares influenciam seus entendimentos. Pois em todo material pesquisado e especialistas lidos alguém que entenda que privar a criança, não tratar sobre a morte, não permitir que ela viva o luto seja algo saudável e plausível, muito pelo contrário, em toda a pesquisa é unânime como traz malefícios no desenvolvimento psíquico, emocional e relacional essa não vivência e enfrentamento.

Algo que é possível verificar nas diversas literaturas de autores como Isabela Hispagnol (2011) e Flavia Mentone (2007), é que esconder, fantasiar, proteger a criança da perda, da morte e do luto não ajudam, pelo contrário traz diversos malefícios emocionais, relacionais e em alguns aspectos até físicos, como doenças psicossomáticas que vão sendo desencadeadas devido a angústias que não puderam ser tratadas e trabalhadas no momento da perda. Quantas crianças crescem acreditando em mentiras ou fantasias que quando caem por terra e a realidade se descortina entram em profundo sofrimento, pois não tem repertório para lidar com aquilo. Não teve suas emoções desenvolvidas para lidar com a realidade, com o sofrimento, com a perda, com a frustração, com a angústia e muitas delas se veem então em um quadro de transtornos que só podem agora ser lidados com ajuda profissional e alguns casos extremos com medicamentos.

Aqueles que buscam essa proteção da criança em relação à morte não percebem que desde muito novo a criança inevitavelmente terá contato com ela, seja na morte de um bicho de estimação, uma planta ou até mesmo em filmes e desenhos animados Andressa Silva (2011). A criança precisa ser ensinada que apesar da dor e do sentimento de saudades é possível superar e continuar vivendo até mesmo em honra há aquele que partiu. Essa superproteção inicialmente parece ser um gesto de cuidado e amor, mas não é, pois priva e não permite um desenvolvimento pleno dessa criança. Por trás deste gesto de “amor” pode estar se escondendo o medo de não conseguir lidar com a reação da criança, angústia por não estar ela mesmo conseguindo lidar com a morte e o sofrimento, e até mesmo egoísmo por ter que ajudar alguém em um momento onde ela precisa de ajuda para passar por essa situação. Dificilmente a superproteção vem realmente inundada de boas intenções e amor, ela esconde aquilo que o superprotetor não consegue lidar.

Faz-se necessário também compreender o desenvolvimento da infância e o quanto ela está preparada para tal enfrentamento segundo as diversas fases de desenvolvimento. Pois a maneira que a criança vivenciará o luto está ligado a alguns fatores como idade, desenvolvimento cognitivo, ambiente familiar, maneira que a família tratará do assunto, relação que a criança tinha com o morto, além das tradições religiosas e culturais da família e amigos da criança Maurer (1974). Esse conhecimento da realidade e do desenvolvimento da infância se faz de extrema importância, pois somente expor a criança ao tema morte e a vivência do luto não é a resposta, ou não uma resposta tão simples. É preciso saber como fazer, os meios mais eficazes para tal, as ferramentas que se tem a disposição, como cada idade está pronta pra isso e assim por diante.

Teóricos como Maurer (1974) *apud* Torres (1999), não entender que a criança é capaz de se relacionar com a morte antes dos dois anos, ele usa o dormir e acorda e brincadeiras como “*peek-a-boo*”, na qual a criança “aparece” e “desaparece” como exemplos dessa percepção do “ser ou não ser”.

A fim de base teórica para esse artigo será usado o conceito de Jean Piaget para o desenvolvimento da criança em paralelo com o conceito de Amorim e as três dimensões fundamentais do conceito de morte, conforme Amorim (2011):

- Estágio pré-operacional (de 2 a 7 anos): A criança ainda não adquiriu as dimensões de irreversibilidade, universalidade e não funcionalidade. Nesta idade a criança ainda tem pensamentos egocêntricos, possuindo uma incapacidade de pensamentos através de consequências de uma ação e entender noções lógicas. Desta forma, percebem a morte como algo imediato e a separação com a morte é feita pelo fechamento dos olhos.
- Estágio das operações concretas (7 a 11 anos): Compreendem a morte como irreversível e universal, mas ainda são incapazes de estabelecer generalização. Correlacionam a morte com idades avançadas, e percebem as disfunções de forma mais óbvia como: o morto não pode comer ou falar.
- Estágio das operações concretas (a partir de 11 anos): A criança já é capaz de compreender a morte em suas três dimensões fundamentais, conseguem pensar de uma forma abstrata sobre ela e fornecer explicações lógico-categóricas e de causalidade, reconhecendo a morte como parte da vida.

Visando cada fase e desenvolvimento cognitivo, emocional e também relacional que a criança passa, se faz necessário a busca de ferramentas eficazes que ajudem essas crianças no enfrentamento da morte, vivência do luto e experimentação da perda de pessoas queridas, o que não se deve, é na tentativa de protegê-las desse enfrentamento, piorar a situação, pois em algum momento ela se dará conta da perda e possivelmente sem repertório suficiente para elaborar e vivenciar o luto, acarretando assim diversos males como já pontuado.

Há pelo menos três meios pelos quais se torna apropriado e eficaz tratar a morte na infância, de uma maneira que haja facilidade para a criança entender e conseguir iniciar o processo de elaboração do luto, são eles brincadeiras, jogos e o lúdico, de acordo com Raimbault (1979).

Brincadeiras tem a grande capacidade de desenvolver socialização, aproximação, trabalho em equipe, a brincadeira pode ajudar a criança ver no outro um apoio para o momento que está passando, além de evitar que ela se feche em seu mundo se distanciando das pessoas e até mesmo da realidade, pois não tratar da morte não impede que ela perceba a falta da pessoa querida, o sofrimento dos que estão a sua volta. A brincadeira pode ser um facilitador tanto na família, quanto no âmbito escolar, com professores sabendo pelo que a criança está passando e podendo assim gerar situações que ajudem a tratar do assunto e também dando possibilidades da criança se expressar Raimbault (1979).

Uma outra ferramenta são os desenhos animados que tratam do assunto de maneira direta e indireta, pois além de ser algo que as crianças estão familiarizadas, a linguagem é pensada para as idades adequadas. Filmes animados com histórias de morte e luto sendo tratados de maneira simples e profunda podem ajudar a criança a perceber que a perda de pessoas queridas pode acontecer com todo mundo e assim conseguir lidar melhor com a sua dor e também encontrar meios de conviver com a saudade deixada Raimbault (1979).

Jogos também tem a capacidade de colocar a criança em contato com realidades, desafios, situações que ajudem ela a lidar com temas como perdas, frustração, resiliência, superação, enfim, os jogos tem uma pluralidade de aplicações para a vida da criança e ajudá-la a lidar com esse momento de luto é um deles. Os jogos possibilitam entrosamento, diálogo, ganho de confiança, tudo que um educador, seja os pais ou qualquer responsável pode usar para se apoiar para essa criança Raimbault (1979).

As ferramentas, os meios, a literatura são podem ajudar neste momento tão delicado e difícil, além dos fantoches, rodas de conversa, teatros, entre outros. O que não se pode fazer é privá-la de viver esse momento, seja com mentiras, ou com histórias que tratam a morte de maneira fantasiosa e irreal. O silêncio em casa sobre o assunto como maneira de proteção à criança também mais atrapalha do que ajuda. A criança precisa ser ajudada a desenvolver segurança diante desse assunto, e assim, entender da maneira mais clara e simples possível Raimbault (1979).

O não enfrentamento pode gerar na criança dificuldades de apego, dificuldade de vinculação em novos relacionamentos, medo de abandono, culpa por achar que é a responsável, principalmente quando nem da morte se trata, mas sim que a pessoa foi embora. Na questão religiosa há o risco da criança ficar com raiva de Deus com frases do tipo “sua mãe era tão querida que Deus levou pra Ele”, “Deus queria mais um anjo no céu”, entre outras explicações, explica a psicóloga Julyanne Oliveira, colunista em um site sobre assistência funeral.

## **A TERAPIA COGNITIVA-COMPORTAMENTAL (TCC) COMO ABORDAGEM DE ENFRENTAMENTO**

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma abordagem terapêutica amplamente reconhecida e utilizada, cujas ferramentas e técnicas são fundamentadas em uma conceitualização cognitiva contínua, conforme delineado por Beck (2022). Essa conceitualização destaca a importância do presente, do positivo, da colaboração e da participação ativa do paciente no processo terapêutico, adaptando culturalmente o tratamento de acordo com as necessidades individuais. As sessões de TCC são estruturadas, respeitando o tempo do tratamento, e são educativas, monitorando constantemente o progresso do cliente. Incluem a atribuição de tarefas (conhecidas como “tarefas de casa”), bem como o uso de uma variedade de técnicas para modificar pensamentos, humor e comportamento. É fundamental estabelecer uma aliança terapêutica sólida, empregar a descoberta guiada e capacitar os clientes a lidar com suas cognições disfuncionais, enquanto mantém uma perspectiva aspiracional, baseada em valores e orientada para objetivos.

Por conseguinte, Hoffman (2014) adentra sobre a “revolução cognitiva” que começou na década de 1960 foi um marco importante no desenvolvimento da TCC, embora os textos centrais sobre modificação cognitiva tenham surgido mais tarde, na década de 1970. A pesquisa de Albert Bandura sobre modelos de processamento de informações e aprendizagem vicária, juntamente com estudos sobre o desenvolvimento da linguagem, levantou questões significativas sobre o modelo comportamental tradicional, destacando as limitações de uma abordagem comportamental não-mediada para entender o comportamento humano. Foi nesse contexto que teóricos e terapeutas começaram a se identificar como “cognitivo-comportamentais”, incluindo importantes proponentes como Beck, Ellis, Cautela, Meichenbaum e Mahoney.

Os modelos de reestruturação cognitiva, associados às primeiras terapias cognitivas, foram desenvolvidos por teóricos com formação psicodinâmica, enfatizando o papel do significado e argumentando que o que uma pessoa pensa ou diz não é tão importante quanto o que ela acredita (Beck, 1997). Esses modelos buscam modificar os padrões defeituosos de processamento de informações característicos dos transtornos psicológicos, promovendo uma abordagem orientada para o problema e estratégias para examinar a racionalidade ou validade das crenças.

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) parte do princípio de que as percepções individuais influenciam diretamente o comportamento, os sentimentos e as emoções. Os pensamentos automáticos, formados por esquemas cognitivos e crenças nucleares, moldam essa percepção. A TCC utiliza a conceitualização cognitiva para traçar um plano de tratamento, focando em modificar padrões cognitivos e comportamentais disfuncionais (Hofmann, 2014).

Segundo Beck (2008), a TCC é uma terapia ativa, semiestruturada e limitada no tempo, que visa aliviar problemas de saúde mental e de adaptação. Ela colabora com o cliente, utiliza esquemas flexíveis e organizados, e tem um prazo definido para o tratamento. Deste modo, há busca em fornecer sentido e intencionalidade aos processos cognitivos, auxiliando os indivíduos a construir estruturas cognitivas positivas. Isso é feito através da conscientização dos pensamentos automáticos e do trabalho para modificar crenças disfuncionais (Petersen, Wainer, 2011).

## O MODELO COGNITIVO NA TERAPIA COGNITIVA-COMPORTAMENTAL

Em poucas palavras, segundo Beck (2022), o modelo cognitivo propõe que o pensamento disfuncional (que influencia o humor e o comportamento do cliente) é comum a todos os transtornos psicológicos. Quando as pessoas aprendem a avaliar seu pensamento de forma mais realista e adaptativa, elas experimentam um decréscimo na emoção negativa e no comportamento mal adaptativo. O modelo cognitivo, que levanta a hipótese de que as emoções, os comportamentos e a fisiologia das pessoas são influenciados pela sua percepção dos acontecimentos (tanto externos como ser reprovado em uma prova, quanto internos, como sintomas físicos angustiantes).

Cada indivíduo e cada transtorno psicológico exigem uma conceitualização cognitiva específica e individual, pois se relacionam a um conjunto determinado de pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças centrais. Dessa maneira, o plano de tratamento da TCC deve basear-se na conceitualização cognitiva do cliente e no modelo cognitivo específico de cada psicopatologia (Beck, 2022).

De acordo com Beck (1997) a Psicoeducação sobre o modelo cognitivo é o primeiro passo de uma conceitualização cognitiva eficaz. Antes de iniciar o processo de conceitualização com o cliente, é fundamental que o terapeuta verifique se este compreendeu o modelo cognitivo e a inter-relação entre pensamento, emoção e comportamento, para que ele possa dar início ao processo de compreensão da conceitualização de seu sistema de crenças. A explicação do modelo cognitivo é realizada utilizando-se a parte de baixo do Diagrama de conceitualização cognitiva.

## PROTOS COLOS CLÍNICOS PARA ENFRENTAMENTO DO LUTO

O tratamento do luto infantil requer protocolos clínicos que sejam adaptados às necessidades específicas da criança, levando em consideração seu desenvolvimento cognitivo, emocional e cultural. Com o objetivo de oferecer suporte adequado para ajudar as crianças a enfrentarem a perda e a processarem o luto de maneira saudável. Neste contexto, alguns autores descrevem quais são as principais estratégias para o manejo do luto infantil.

No contexto do tratamento do luto infantil, é fundamental adaptar as intervenções terapêuticas ao nível cognitivo das crianças. Pureza *et al.* (2014) destaca que a terapia cognitivo-comportamental infantil se diferencia da adulta principalmente na necessidade de uma linguagem mais lúdica, adequada ao desenvolvimento cognitivo da criança e dos cuidadores envolvidos no tratamento.

Melo e Lima (2020) enfatizam a importância de realizar uma anamnese completa da criança, abrangendo seus diversos contextos de vida. Para desenvolver um plano de ação eficaz, é essencial compreender os vínculos estabelecidos, o humor predominante, as reações a situações vivenciadas e a dinâmica psicossocial e familiar. Além disso, é importante envolver não apenas a criança, mas também os adultos ao seu redor como: pais, professores, e cuidadores, durante o processo psicoterapêutico, reconhecendo-os como agentes de mudança no ambiente da criança.

Nesse sentido, o terapeuta deve iniciar o processo de conceitualização do caso, com o objetivo de compreender a queixa e desenvolver um plano terapêutico adequado. De acordo com Basso e Wainer (2011), as técnicas mais eficazes para o tratamento do luto incluem: 1. A resolução de problemas; 2. O automonitoramento; 3. O treino de habilidades sociais; 4. A reestruturação cognitiva; 5. A prevenção de recaída; 6. Psicoeducação; 7. Relaxamento; 8. Registro de pensamentos disfuncionais; 9. Role-play; 10. Descoberta guiada; 11. Dessensibilização sistemática e 12. Registros de Pensamentos Disfuncionais (RPD).

O Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD) é uma ferramenta importante para poder identificar emoções, cognições e comportamentos. O objetivo é que o indivíduo anote os pensamentos e emoções que surgem quando percebe uma alteração em seu humor (Knapp, 2008). Geralmente, esses pensamentos estão relacionados a distorções cognitivas, ou seja, padrões de pensamento negativos que distorcem a interpretação das situações do dia a dia (Beck, 1997). Por meio do RPD, assim como já destacado, de maneira lúdica, pode-se identificar as situações em que as percepções estão distorcidas, o que os ajuda a pensar de forma mais alinhada com a realidade. Dessa maneira, podem reduzir as variações de humor.

O uso do Registro de Pensamento Disfuncionais (RPD), de acordo com Beck (1997), é uma ferramenta útil para ajudar a identificar os pensamentos ativados por situações desencadeadoras, que resultam em emoções e comportamentos subsequentes. A prática do RPD permite com que os pacientes descubram e modifiquem os significados que atribuem aos eventos perturbadores, elaborando uma resposta alternativa ou mais racional. Em alguns casos, o simples ato de identificar erros cognitivos, seja de forma isolada ou combinado com o uso do RPD, pode ser um exercício eficaz, tanto em consultório quanto como tarefa para casa.

Além das técnicas terapêuticas mencionadas, a avaliação do progresso é igualmente fundamental. Para isso, diferentes instrumentos de medição são utilizados para monitorar os sintomas e o bem-estar das crianças. O Inventário de Luto Prolongado para Crianças (IPG-C), uma versão adaptada do Inventário de Luto Complicado, avalia sintomas relacionados ao transtorno de luto prolongado e outros aspectos perturbadores do luto, conforme descrito por Prigerson *et al.* (2009). Este inventário, composto por 30 itens, utiliza uma escala de frequência de 3 pontos (1 = quase nunca, 2 = às vezes, 3 = sempre), onde uma pontuação superior a 40 indica um transtorno de luto prolongado clinicamente relevante. Adicionalmente, o Inventário de Depressão Infantil (CDI) é empregado para medir sintomas depressivos, apresentando 27 itens em que os entrevistados selecionam a afirmação que melhor reflete seu estado emocional durante a semana anterior (Kovacs, 1985). Esses instrumentos são essenciais para uma avaliação abrangente e para ajustar o plano terapêutico de acordo com as necessidades individuais da criança. Dessa forma, o tratamento não só visa a redução dos sintomas de luto prolongado e depressão, mas também promove o desenvolvimento de estratégias adaptativas para enfrentar a perda, contribuindo para o bem-estar emocional e a resiliência das crianças afetadas. Assim, a aplicação prática dos protocolos clínicos descritos oferece um suporte integral, facilitando a recuperação e o crescimento saudável dos jovens enlutados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente artigo foi possível verificar alguns conceitos de luto e seus significados em algumas culturas, bem como a criança elabora a morte e o luto nas fases de seu desenvolvimento. Conforme a idade da criança vai avançando ela vai desenvolvendo ferramentas, bem como repertórios para lidar com algo tão complexo. E cabe aos adultos, cuidadores e educadores ajudar a criança no desenvolvimento dessas ferramentas e desse repertório, por isso priva-la ou evitar de tratar desse assunto acreditando que a criança não está preparada nunca será a solução.

Foi mostrado diversos meios, ferramentas e mecanismos que auxiliam para que a criança seja ajudada a passar por esse momento tão delicado fazendo que o impacto e os transtornos de tal perda sejam amenizados. A resposta não é evitar que a criança passe por sofrimento, pois isso é inevitável e inerente à existência humana, mas a resposta é ajudar para que a criança em meio ao sofrimento consiga meios de lidar com ele e assim superá-lo.

A fantasia ela pode ser benéfica se bem usada para ilustrar a morte e o luto, mas a realidade que temos visto é que ela é usada como meio de enganar e distorcer o real significado de morrer, de perder pessoas que amamos, de como enfrentar o luto, de como lidarmos com a saudades, a frustração e até a raiva diante da perda. Crianças não precisam ser enganadas, mas protegidas e ajudadas a encontrar o caminho em meio ao sofrimento, desta forma é extremamente necessário a criança experimentar a morte ao lado de seus cuidadores

Ressaltamos brevemente que o apego a objetos fazem parte da vida humana desde a infância e que a experiência da falta é vivenciada desde o início da vida, quando a criança perde determinado objeto que é muito importante, portanto a forma como a criança passa por esse pequenos lutos, junto aos seus pais, é muito importante para a elaboração maior correspondente ao luto de um ente querido.

Para que isso seja possível, os adultos precisam também aprender a lidar com a morte e não tratá-la com negação ou algo necessariamente ruim e que não deve ser mencionado. Claro que cada cultura e momento histórico vão trazer significados diferentes, mas é possível nos preparar para isso. E outras circunstâncias são os momentos inesperados pelos quais passamos, como por exemplo a pandemia mundial onde observamos mais de 600 mil mortos somente em nosso País. Os adultos entendendo a morte, aprendendo a lidar com o luto e desenvolvendo repertório para lidar com o sofrimento, serão os responsáveis por ajudarem nossas crianças a enfrentar o momento e suas bagagens únicas de sofrimento e enfrentamento.

## REFERÊNCIAS

- AMORIM, L.; ASSUMPÇÃO, F. B. **Autismo e Morte: série distúrbios do desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2011.
- BASSO, L. A.; WAINER, R.. **Luto e perdas repentinas: contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental**. Rev. bras.ter. cogn. [online]. 2011, vol.7, n.1, pp.35-43. ISSN 1808-5687.
- BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 3. ed. Tradução de Sandra Maria Mallmann da Rosa. Revisão técnica de Paulo Kapp. Porto Alegre: Artmed, 2022.
- BECK, J. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. 2. ed. Tradução de S. Costa. Porto Alegre: Artmed, 1997.
- BECK, A. T.; KNAPP, P. **Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva**. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 54-64, 2008.

BOELEN, Paul A.; LENFERINK, Lonneke IM; SPUIJ, Mariken. **TCC para luto prolongado em crianças e adolescentes: um ensaio clínico randomizado**. American Journal of Psychiatry, v. 178, n. 4. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20050548>. Acesso em: [12.08.2024].

BOWLBY, J. (1997). **Formação e rompimento dos laços afetivos (3ª ed.)**. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1979).

FREUD, S. **Luto e Melancolia**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

HISPAGNOL, Isabel G. S. **O luto infantil e a construção de significados familiares frente à morte de um ente querido**. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

HOFMANN, S. G. **Introdução à Terapia Cognitivo-Comportamental Contemporânea**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

KNAPP, P.; BECK, A. T. **Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva**. Revista Brasileira de Psiquiatria, [S.l.], v. 30, p. s54-s64, out. 2008.

KOVACS, M. (1985) **The Children's Depression Inventory (CDI)**. Psychopharmacology Bulletin, 21, 995-998.

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

KUBLER-ROSS, E. **On life and death**. Celestial Arts. New York: Touchstone, 1991.

DORNELAS MELO, B. A.; RIMOLDI DE LIMA, A. C.. **A efetividade da terapia cognitivo-comportamental na redução da ansiedade infantil**. Revista de Psicologia, Saúde e Debate, v. 6, n. 1, p. 213-226, jul. 2020

**MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MAURER, A. (1974). Corporal punishment American Psychologist, 29. 614-626.

MENTONE, Flavia C. **A psicose desencadeada por um luto infantil mal elaborado**. 2007. Trabalho de Conclusão de Curso (Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

PEDRO, Ana; CATARINO, Andrea; VENTURA, Diogo; FERREIRA, Fabiana; SALSINHA, Helena. **A vivência da morte na criança e o luto na infância. Trabalho realizado na cadeira de Psicologia Clínica e da Saúde do 3º ano de Licenciatura em Psicologia**. Lisboa: Universidade, 2021.

PETERSEN, C. S.; WAINER, R. **Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011.



RAMIRES, Vera; SCHNEIDER, Michele. **Revisitando alguns conceitos da teoria do apego: comportamento versus representação. Psicologia: Teoria e Pesquisa.** Brasília, v. 26, n. 1, p. 25-33, jan.-mar. 2010.

RAIMBAULT, G. **A criança e a morte: crianças doentes falam da morte: problemas da clínica do luto.** Traduzido por Roberto Cortes Lacerda. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1979.

SANTOS, Jacqueline da Silva; SOARES, Ana Carolina Pinto. **Terapia cognitivo-comportamental e suas contribuições para a abordagem do luto infantil.** Cognitive-Behavioral Therapy and Its Contributions to the Approach to Child Mourning. [S.l.: s.n.], [data de publicação]. Disponível em: [file:///C:/Users/psiis/Downloads/lairaoliveira,+221-Texto+do+Artigo-697-1-2-20220427.pdf]. Acesso em: [12.08.2024].

SILVA, Andressa Fernanda da. **O luto e o processo aprendizagem na infância: reflexões iniciais.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Pedagogia). – Universidade Estadual de Maringá – UEM. Orientadora: Prof<sup>a</sup> Ms. Celma Regina Borghi Rodriguez, 2011.

SILVA SANTOS, J. da; PINTO SOARES, A. C. **Terapia Cognitivo-Comportamental e suas contribuições para a abordagem do luto infantil.** Ensaios USF, São Francisco, v. 5, n. 2, p. 221, 2022.

STRADA, Grazielle. **O luto na infância: como trabalhar o luto da criança na clínica.** Trabalho de Conclusão de Curso (Psicologia) - Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, 2021.

TRAPP, Edgar H. H.; SANTOS, Lilya S. **A elaboração do luto na primeira infância: estudo de caso clínico.** Revista Ciência Contemporânea, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 50-60, jun./dez. 2018.

TORRES, W. C. **O conceito de morte na criança.** Arquivos Brasileiros de Psicologia, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 9-34, 1979.

**Como preparar uma criança para viver o luto.** Maracanã Assistência Funeral, Rio de Janeiro, 15 out. 2020.

**Do Silêncio à festa: como diferentes culturas vivenciam o luto.** Gazeta do Povo, Rio de Janeiro, 02 nov. 2016.

# O Uso da Dieta Cetogênica na Epilepsia: uma Revisão Bibliográfica

Camila Alexandre Cavalieri  
Maria Carolina Sarmiento Campelo

## RESUMO

**Introdução:** a epilepsia é uma enfermidade neurológica, crônica, que atinge 1% da população mundial, no qual 60% dos casos são iniciados na infância. A base do tratamento consiste na farmacoterapia e o uso de drogas antiepilépticas. Aproximadamente 30% dos pacientes não respondem aos tratamentos farmacológicos, continuam apresentando convulsões. A dieta cetogênica é uma intervenção alimentar rica em lipídios, onde os corpos cetônicos são as principais fontes de energia. **Objetivo:** Esse trabalho tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica integrativa relacionando a utilização da dieta cetogênica como um tratamento alternativo para melhorar a qualidade de vida de pacientes com epilepsia e identificando seus principais benefícios e malefícios. **Metodologia:** foram utilizadas as seguintes bases de dados: PubMed, Science Direct, SciElo e Biblioteca Virtual em Saúde. Tempo delimitado de cinco anos, 2015-2020. A pesquisa se limitou a utilizar artigos com idiomas inglês e português. **Resultados:** os resultados se mostraram eficazes diante da dieta cetogênica para o tratamento na epilepsia refratária. A maioria dos pacientes continua sem crises após o tratamento, principalmente em crianças, estudos mostram que 80% delas respondem com sucesso após a interrupção. É importante ressaltar que em todas as pesquisas com crianças avaliadas neste estudo, demonstraram uma boa aceitação na utilização desse tratamento dietético. Além dos benefícios, a dieta cetogênica também traz seus efeitos adversos, como a constipação, perda de peso, problemas no crescimento, irritabilidade, o aumento do colesterol e das triglicérides. O acompanhamento de uma equipe multidisciplinar, incluindo o nutricionista, é de fundamental importância para tentar minimizar os efeitos adversos dessa terapia. **Considerações finais:** o presente estudo mostrou que a dieta cetogênica é um tratamento alternativo eficiente para pacientes com epilepsia refratária, resistentes às drogas anticonvulsivos. A maior parte dos estudos relata a redução das crises epiléticas durante o tratamento e alguns pacientes se veem livres delas durante e após a terapia. Em todas as idades, gêneros e sexos, a dieta cetogênica se mostra eficaz, além de melhorar as crises convulsivas, ela também ajuda na concentração, no estado de alerta e na qualidade de vida em geral.

**Palavras-chave:** dieta cetogênica; epilepsia; uso.



## ABSTRACT

**Introduction:** epilepsy is a chronic neurological disease that affects 1% of the world population, in which 60% of cases are started in childhood. The basis of treatment consists of pharmacotherapy and the use of antiepileptic drugs. Approximately 30% of patients do not respond to pharmacological treatments, continue to have seizures. The ketogenic diet is a dietary intervention rich in lipids, where ketone bodies are the main sources of energy. **Objective:** this work aims to carry out an integrative bibliographic review relating the use of the ketogenic diet as an alternative treatment to improve the quality of life of patients with epilepsy and identifying its main benefits and harms. **Methodology:** the following databases were used: PubMed, Science Direct, SciELO and Virtual Health Library. Delimited time of five years, 2015-2020. The research was limited to using articles in English and Portuguese languages. **Results:** have been shown effective in the ketogenic diet for treatment in refractory epilepsy. Most patients remain without crises after treatment, especially in children, studies show that 80% of them respond successfully after interruption. It is important to note that in all research with children evaluated in this study, demonstrated a good acceptance in the use of this dietary treatment. In addition to the benefits, the ketogenic diet *also* brings its adverse effects, such as constipation, weight loss, growth problems, irritability, increased cholesterol and triglycerides. The monitoring of a multidisciplinary team, including the nutritionist, is of fundamental importance to try to minimize the adverse effects of this therapy. **Final considerations:** the present study showed that the ketogenic diet is an efficient alternative treatment for patients with refractory epilepsy, resistant to anticonvulsant drugs. Most studies report the reduction of epileptic seizures during treatment and some patients get rid of them during and after therapy. In all ages, genders and sexes, the ketogenic diet proves to be effective, in addition to improving seizures, it also helps with concentration, alertness and quality of life in general.

**Keywords:** ketogenic diet; epilepsy.

## INTRODUÇÃO

A epilepsia é uma enfermidade neurológica, crônica, que atinge 1% da população mundial, no qual 60% dos casos são iniciados na infância. Ela é definida como uma balbúrdia do cérebro com predisposição para gerar convulsões epiléticas, sendo um evento inconstante de sinais e sintomas devido à atividade neuronal excessiva (Zuberi, 2015).

A base do tratamento consiste na farmacoterapia e o uso de drogas antiepiléticas. Aproximadamente 30% dos pacientes não respondem aos tratamentos farmacológicos e continuam apresentando convulsões (Barros, 2020). Devido ao impacto psicológico, físico e social os tratamentos alternativos (não farmacológicos), como as terapias dietéticas, são consideradas, para obter uma melhor qualidade de vida desses pacientes (Sampaio, 2016).

Nos tempos antigos, o jejum foi utilizado como um tratamento alternativo para a epilepsia. A primeira declaração científica no uso do jejum em pacientes epiléticos foi publicada no início do século XX pelos franceses Guelpa e Marie, eles declararam que as convulsões foram menos graves (Hohn, 2019; Sampaio, 2019).

O pesquisador Wilder julgou que as vantagens do jejum intermitente poderiam ser alcançadas de outra forma, produzindo a cetose através da alimentação, utilizando um alto teor de lipídeos e baixo teor de carboidratos. A partir disso, ele desenvolveu e denominou a dieta cetogênica (Shoeler, 2016).

A dieta cetogênica é uma intervenção alimentar rica em lipídios, restrita em carboidratos e adequada em proteínas, uma proporção de 4:1, onde os corpos cetônicos, produzidos a partir do metabolismo dos ácidos graxos, são as principais fontes de energia. Uma alternativa neuronal, auxiliando no controle das crises epiléticas (Barros, 2020).

Essa intervenção deve ser considerada após duas tentativas de drogas antiepiléticas, sem características específicas, idade ou gênero (Pasca, 2016). A introdução da dieta cetogênica, requisita uma equipe multidisciplinar especializada, que seja capaz de fazer uma avaliação precisa do estado nutricional do paciente, conseguindo assim, uma prescrição adequada. Cabe aos profissionais da saúde, realizar a assistência em consenso com a família, assegurando que a dieta seja individualizada para o paciente, de acordo com as necessidades deles (Barros, 2020).

Essa intervenção é uma alternativa principalmente para crianças que não possuem tratamento (Winesett, 2015). O benefício dessa dieta se relaciona à diminuição de mais de 50% das crises epiléticas. A iniciação e manutenção da dieta são bem aceitas em crianças com uma dieta ocidental típica, que caracteristicamente tem o teor mais alto em gorduras e carboidratos (Baby, 2018).

Diante do exposto, esse trabalho tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica relacionando a utilização da dieta cetogênica como um tratamento alternativo para melhorar a qualidade de vida de pacientes com epilepsia e identificando seus principais benefícios e malefícios.

## METODOLOGIA

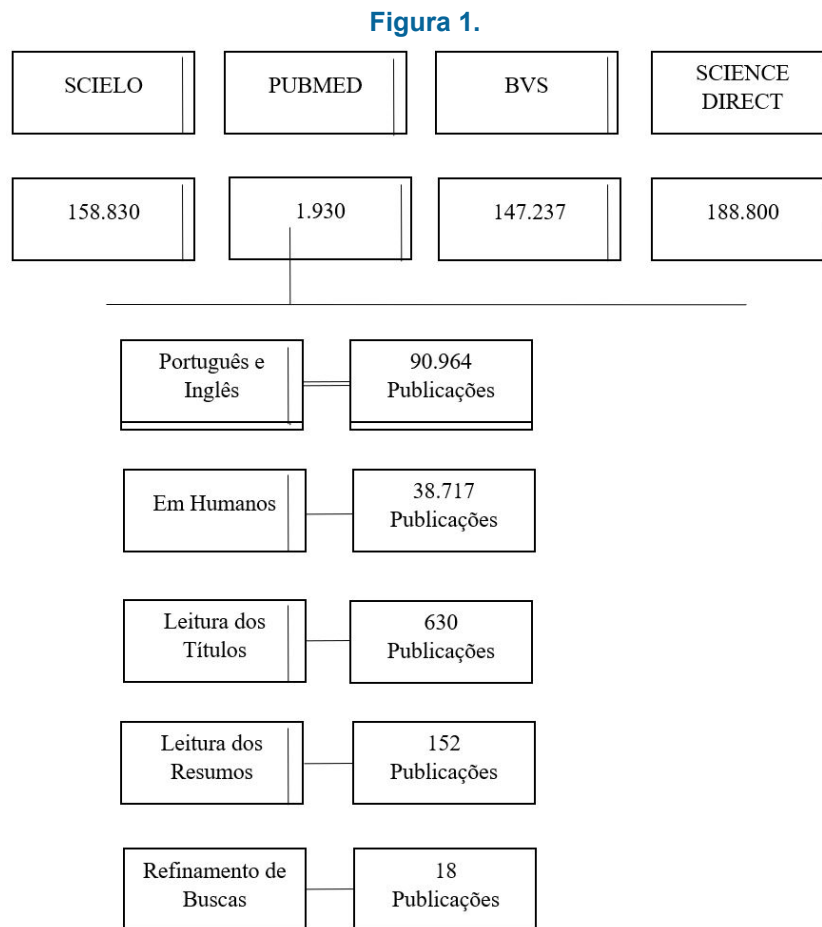
O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica integrativa relacionando a utilização da dieta cetogênica como um tratamento alternativo para melhorar a qualidade de vida de pacientes com epilepsia e identificando seus principais benefícios e malefícios.

Para tanto os descritores em saúde consultados a partir do MESH (Medical Subject Headings) foram: “ketogenic diet” “epilepsy”, nas seguintes bases de dados: PubMed, Science Direct, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde. Tempo delimitado de cinco anos, 2015-2020. A pesquisa se limitou a utilizar artigos com idiomas inglês e português e pesquisas realizadas em humanos.

A partir da busca geral realizada com base nos critérios selecionados, foram encontrados 127.440 artigos no total. Foram incluídos apenas artigos com texto integral disponíveis em português e inglês, restando 90.964 publicações. Posteriormente, foram selecionados apenas artigos limitados em humanos, restando 38.717 publicações. Logo depois, na análise dos títulos dos artigos restantes, foram selecionados 630 artigos para seleção por leitura dos resumos, restando 152 publicações. Após a triagem a partir dos resumos, restaram 55 artigos para realização de uma leitura aprofundada. Seguidamente

ao refinamento das buscas, foram escolhidos 18 artigos para discussão dos resultados. As publicações repetidas foram excluídas.

As etapas da seleção dos artigos inseridos para essa revisão foram apresentadas na figura 1, descrita abaixo:



Fonte: Cavalieri, 2020.

Para os critérios de inclusão foram utilizados artigos dos últimos cinco anos (2015-2020); idioma português e inglês; pesquisa limitada em humanos; artigos completos.

Foram excluídos da pesquisa todos os artigos fora da limitação de tempo (2015-2020), Espécies sem humana; idiomas não selecionados; teses e dissertações.

## RESULTADOS

A partir dos artigos selecionados e analisados, 8 foram utilizados para produção do quadro 1, onde localiza-se os seguintes tópicos, título, autor e ano; metodologia; benefícios encontrados na dieta cetogênica na visão do autor; malefícios encontrados na dieta cetogênica na visão do autor e a conclusão. Todas as informações dos artigos estão esclarecidas de forma resumida e direta, incluídos em uma ordem cronológica. O restante dos artigos fora utilizado para complementar a discussão e o trabalho como um todo.

Quadro 1.

Título do Artigo; Autor; Ano	Metodologia	Benefícios da dieta cetogênica na visão do autor	Malefícios da dieta cetogênica na visão do autor	Conclusão
Um estudo prospectivo sobre mudanças no estado nutricional e crescimento após dois anos de dieta cetogênica (KD) Terapia em Crianças com Epilepsia Refratária; M Armeno; 2019.	Um estudo prospectivo em andamento para avaliar os efeitos de longo prazo da dieta cetogênica, 151 crianças recrutadas entre 2012 e 2016.	4% dos pacientes ficaram livres das convulsões, 26% tiveram uma redução das convulsões > 90%, 43% tiveram uma redução das convulsões de 50-90%, e 27% tiveram uma redução de convulsão <50%.	Acidose, constipação, dislipidemia, perda de peso, retardo no crescimento, deficiência de vitamina D, zinco, cobre, selênio, magnésio, cálcio.	A dieta cetogênica apresentou eficácia no tratamento. O monitoramento cuidadoso do crescimento é necessário em crianças que recebem a dieta cetogênica.
Um estudo pragmático sobre eficácia, tolerabilidade e aceitação a longo prazo de terapia de dieta cetogênica em 74 crianças do sul da Índia com epilepsia farmacorresistente; N Baby; 2018.	Crianças de 0 a 18 anos, inscritas no programa KD para epilepsias farmacorresistentes do Instituto Amrita de Ciências Médicas, Kochi, Kerala, Índia. A eficácia da dieta foi avaliada de acordo com a redução na frequência das crises e no número de drogas antiepilépticas.	8,4% ficaram livres de convulsões com a dieta cetogênica, enquanto 61,4% pacientes relataram uma redução das convulsões de mais de 50%.	Deficiência intelectual, atraso no desenvolvimento.	A dieta cetogênica pode ser uma opção segura e eficaz para crianças com epilepsia farmacorresistente, mesmo enquanto em uma dieta tradicional do sul da Índia rica em carboidratos.
Composição alterada do microbioma intestinal em crianças com epilepsia refratária após dieta cetogênica; Y Zhang; 2018.	Foram analisados 20 pacientes tratados com a dieta cetogênica. A composição da microbiota intestinal foi analisada por sequenciamento 16S rDNA, e foi rastreado a possível flora associada à eficácia da terapia.	Após 6 meses de tratamento, 2 pacientes estavam livres de crises, 3 tinham ≥ 90% das crises reduzidas, 5 tiveram uma redução de 50 a 89% e 10 tiveram uma redução <50%	Após a terapia da dieta cetogênica, os estudos revelaram significativamente diminuição da abundância de Firmicutes e aumento dos níveis de Bacteroidetes.	Os resultados mostram que a dieta cetogênica pode reduzir a riqueza de espécies e diversidade da microbiota intestinal.
Uso da dieta cetogênica para controlar a epilepsia refratária em Transtorno CDKL5: Experiência de >100 pacientes; Z Lim; 2017.	Foi utilizado um questionário ICDD no Banco de Dados Internacional de Desordens CDKL5, estabelecido em 2012, para capturar dados abrangentes sobre o estudo.	58,7% dos pacientes mostraram efeitos positivos após o uso da dieta, a melhora também foi percebida no estado de alerta das crianças.	Doença do refluxo gastroesofágico, gastroenterite, disfunção renal, disfunção hepática, osteoporose. Dificuldade de administrar a dieta, intolerância à dieta e perda de peso.	Em conclusão, este estudo demonstra melhor resposta a dieta cetogênica do que foi relatado para medicamentos anti-convulsivantes em Transtorno CDKL5.
O uso de uma dieta cetogênica baseada em fórmulas em crianças com epilepsia refratária; LPB Sampaio; 2017.	Dez crianças com epilepsia refratária, que não responderam a drogas anti-epilépticas.	60% dos pacientes diminuíram a frequência das convulsões e 10% ficaram livres das crises.	Fome; constipação; sonolência; hipoatividade. Um paciente apresentou erupção cutânea após as fezes terem contato com a pele.	A dieta cetogênica foi eficaz na redução da frequência das convulsões e na melhoria da cognição e da qualidade de vida dos pacientes.

Título do Artigo; Autor; Ano	Metodologia	Benefícios da dieta cetogênica na visão do autor	Malefícios da dieta cetogênica na visão do autor	Conclusão
Dieta cetogênica em bebês: eficácia e tolerabilidade; E Wirrell; 2017.	Bebês menores de 12 meses de idade, iniciando a dieta cetogênica entre 09/2007 e 07/2016 foram identificados. Os registros foram revisados para detalhes de epilepsia, detalhes de iniciação de dieta, eficácia e tolerabilidade.	86% dos pacientes reduziram as convulsões e 29% estavam livres delas.	Desidratação, cetoacidose, vômitos, recusa alimentar, hipoglicemia.	A dieta cetogênica é um tratamento eficaz e bem tolerado para bebês com epilepsia. A iniciação hospitalar é fortemente recomendada devido ao risco de hipoglicemia com vômitos ou Ingestão reduzida.
Impacto cognitivo e comportamental da dieta cetogênica em crianças e adolescentes com epilepsia refratária: um ensaio clínico randomizado; DM Ijff; 2016.	Os pacientes de um centro terciário de epilepsia foram randomizados para um grupo de dieta cetogênica (intervenção) ou um grupo controle. Avaliações de acompanhamento sobre cognição e comportamento foram realizadas aproximadamente 4 meses após o início do tratamento com uma combinação de questionários de relatórios dos pais e administrados individualmente.	Efeito cognitivo comportamental positivo, melhora na ansiedade, redução das convulsões.	O estudo não mostrou efeitos adversos no uso da dieta cetogênica para pacientes com epilepsia.	Em conclusão, este estudo mostrou um impacto positivo da dieta cetogênica sobre funcionamento comportamental cognitivo em crianças e adolescentes com epilepsia refratária.
Dieta cetogênica para tratamento de epilepsia; LPB Sampaio; 2016.	Comparativo das dietas: Dieta cetogênica clássica; Dieta de triglicerídeos de cadeia média; Dieta de Atkins modificada; Tratamento de baixo índice glicêmico.	27% dos adultos e adolescentes diminuíram 50% das crises. E 6% ficaram livres das convulsões.	A longo prazo pode apresentar constipação, cálculos renais, falha no crescimento, déficit de vitaminas e minerais.	Todos os tipos de dieta cetogênica se mostraram eficazes contra a epilepsia.

Fonte: autoria própria.

Na pesquisa mais recente deste estudo, Armeno 2019, realizou uma intervenção com 151 crianças e adolescentes na Argentina, portadores de epilepsia, para fazer o uso da dieta cetogênica. Esse tipo de terapia é muito comum o aparecimento de carências nutricionais e o diferencial do autor, foi a utilização de um multivitamínico sem açúcar e a suplementação de cálcio e potássio para minimizar esses efeitos adversos.

Já no estudo de Lim 2017, foi realizado através de um questionário para os acompanhantes de pacientes com a patologia CDKL5. Os pesquisadores avaliaram os laudos médicos desses pacientes e solicitaram aos familiares que promovessem informações sobre a história do tratamento com a dieta cetogênica, seus benefícios, malefícios, a razão pela interrupção da dieta (se houvesse), mudanças no comportamento, entre outros.

Os dois estudos Armeno (2019) e Lim (2017) citados acima, mostraram efeitos positivos anticonvulsivos, mesmo utilizando a metodologia bem parecida, o trabalho de

Armeno 2019 demonstrou menos efeitos adversos devido a utilização dos suplementos e o multivitamínico, os déficits nutricionais não foram apresentados como no estudo de Lim (2017), o que seria um dos motivos pelo qual os acompanhantes relataram que os pacientes desistiram da terapia dietética. Ambos frisaram que o acompanhamento e o monitoramento nutricional e neurológico desses pacientes são essenciais para a iniciação da dieta.

O estudo de Sampaio (2016), exhibe a variedade de dietas cetogênicas e compara os seus benefícios diante da epilepsia. Após a análise, todas essas dietas se provaram eficazes para o tratamento. Além disso, o estudo ressaltou que algumas intervenções mais liberais, como o tratamento de baixo índice glicêmico (LGIT), demonstraram auxiliar na aceitação e na acessibilidade dos pacientes. Um ponto negativo que essa pesquisa aponta é que, com essas condições mais liberais, o corpo produz um nível menor de cetose, com isso, o tratamento se torna mais longo e alguns pacientes não conseguem atingir o nível de cetose necessário para a terapia anticonvulsivo.

No ano de 2017, Sampaio realizou um segundo estudo, dividindo dois grupos de 10 crianças e aplicando, no primeiro grupo, a dieta cetogênica clássica e no segundo grupo além da dieta cetogênica, também foi aplicado um jejum de 12-48 horas. No início do estudo os pacientes ainda estavam utilizando as drogas anticonvulsivos. Os pacientes conseguiram atingir o nível de cetose no primeiro mês. Após três meses da intervenção, os pacientes demonstraram efeitos positivos diante da terapia dietética, como havia relatado no seu último estudo em 2016. Não houve diferença entre os dois grupos da pesquisa e ao final do terceiro mês ambos estavam com o mesmo nível de cetose no sangue. Os efeitos adversos apresentados foram a sonolência, a constipação e a hipoatividade.

Corroborando com os estudos de Sampaio (2016 e 2017), Baby (2018), que realizou uma pesquisa na Índia e contou com 64 crianças diagnosticadas com epilepsia refratária que foram submetidas a uma terapia dietética com a dieta cetogênica, obteve um resultado positivo anticonvulsivo na utilização desse tratamento. Assim como em Sampaio, antes da iniciação do tratamento, os pacientes realizaram um jejum de 18 a 20 horas, as drogas anticonvulsivos também foram mantidas durante o tratamento. O estudo de Baby também demonstrou que mesmo que os pacientes sejam acostumados com uma dieta rica em carboidratos como os indianos, ainda sim se tem o efeito positivo da dieta cetogênica.

Foi ressaltado no estudo de Baby (2018), que esse tipo de intervenção dietética deve ser iniciado no ambiente hospitalar e mantido o acompanhamento necessário desses pacientes para que não apareçam comorbidades indesejadas. Dentre os efeitos adversos apresentados, hipoglicemia, distúrbios metabólicos, vômitos e diarreia foram os mais característicos.

A pesquisa de Wirrell (2017) apresentou uma intervenção dietética como a maioria já citada, o objetivo dele era avaliar a eficácia da dieta cetogênica e a tolerabilidade, realizando exames laboratoriais de 3 em 3 meses. A pesquisa demonstrou que a terapia auxiliou na diminuição das crises em pacientes com epilepsia refratária. O grande diferencial de Wirrell (2017) foi a utilização dos exames laboratoriais para demonstração da eficácia da terapia, mas por outro lado, algumas fragilidades do estudo, como a utilização de apenas relatos dos responsáveis para determinação da intensidade e frequência das crises epilépticas e a incapacidade de distinguir o impacto da terapia dietética no desenvolvimento cognitivo dos



pacientes, pela falta de uma avaliação mais cuidadosa, podendo ter questionamentos dos resultados.

É importante ressaltar que em todas as pesquisas com crianças avaliadas neste estudo, demonstraram uma boa aceitação na utilização desse tratamento dietético. Complementando o resultado desse estudo, Wirrell (2017), apresenta um ponto de vista de um autor coreano, onde ele diz que a dieta cetogênica produz mais eficácia em crianças menores de dois anos.

A análise de Ijff (2016), se mostrou bem instigante, pois foi realizado um comparativo entre dois grupos de pacientes com epilepsia refratária, no primeiro grupo, os pacientes consumiam a dieta cetogênica, recebiam seus cuidados básicos de clínica e as drogas anticonvulsivos, o segundo grupo era o grupo controle, onde eles não faziam o uso da dieta, mas continuavam com os cuidados básicos e as drogas anticonvulsivos. Nessa pesquisa também foi demonstrado efeitos positivos nos pacientes com relação ao efeito anticonvulsivo nos pacientes do primeiro grupo, também foi percebido nesses pacientes, um declínio na agressividade, ansiedade e tensão e uma melhora no humor.

Um efeito colateral dessa terapia dietética foi estudado por Zhang (2018), ele realizou uma pesquisa para avaliar os danos causados na microbiota fecal pelo uso da dieta cetogênica, a partir das análises, os pesquisadores perceberam uma alteração na microbiota e o resultado demonstrou efeito negativo na diversidade e riqueza dessas bactérias.

Outro efeito negativo da pesquisa de Zhang (2018), foi que a partir da análise de LEFSe identificou que *Clostridial* e *Clostridiales* estavam bem presentes nas fezes dos pacientes antes da dieta cetogênica. Estudos mostraram que *Clostridial* afetam algumas funções do sistema nervoso central, através do transporte de axônios, alterando as funções neurológicas do paciente e causando crises convulsivas.

Assim como toda intervenção nutricional, a dieta cetogênica deve ser interrompida em média 24 meses, pois o corpo pode se adaptar e com isso, podem aparecer alguns efeitos colaterais. A maioria dos pacientes continuam sem crises após o tratamento, principalmente as crianças, estudos mostram que 80% delas respondem com sucesso após a interrupção. Existem poucos estudos relacionados aos adultos, isso porque crianças e adolescentes são mais dependentes dos responsáveis e possuem mais disciplina na alimentação do que os adultos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo mostrou que a dieta cetogênica é um tratamento alternativo eficiente para pacientes com epilepsia refratária, resistentes às drogas anticonvulsivos. A maior parte dos estudos relata a redução das crises epiléticas durante o tratamento e alguns pacientes se veem livres delas durante e após a terapia. Em todas as idades, gêneros e sexos, a dieta cetogênica se mostra eficaz, além de melhorar as crises convulsivas, ela também ajuda na concentração, no estado de alerta e na qualidade de vida em geral.

Além dos benefícios, a dieta cetogênica também traz seus efeitos adversos, como a constipação, perda de peso, problemas no crescimento, irritabilidade, o aumento do colesterol e das triglicérides. As deficiências de vitaminas e minerais também podem ser um fator adverso, pela falta de frutas e verduras no cardápio. O acompanhamento de uma equipe multidisciplinar, incluindo o nutricionista, é de fundamental importância para tentar minimizar os efeitos adversos dessa terapia, além de proporcionar um tratamento individualizado para esses pacientes.

Os estudos com a dieta cetogênica estão sendo realizados com mais eficiência nos últimos anos e com isso, descobrindo formas de minimizar os efeitos adversos encontrados pelo uso da dieta. Poucos estudos mostraram efeitos adversos graves. Todos os citados neste trabalho, podem ser anulados a partir de cuidados básicos e suplementações vitamínicas.

## REFERÊNCIAS

ARMENO M. **Prospective Study on Changes in Nutritional Status and Growth Following Two Years of Ketogenic Diet (KD) Therapy in Children with Refractory Epilepsy.** *Nutrients.* 2019 Jul 14;11(7):1596. Doi: 10.3390/nu11071596. PMID: 31337135; PMCID: PMC6682914.

BABY N. **A pragmatic study on efficacy, tolerability and long term acceptance of ketogenic diet therapy in 74 South Indian children with pharmaco-resistant epilepsy.** *Seizure.* 2018 May;58:41-46. doi: 10.1016/j.seizure.2018.03.020. Epub 2018 Mar 21. PMID: 29653328.

BARROS AS. **Dieta Cetogênica no Tratamento da Epilepsia Infantil – Uma Revisão Bibliográfica.** *Rev Med Saúde Brasília* 2020; 9(1):90-101.

CAI QY, ZHOU ZJ, LUO R, GAN J, LI SP, MU DZ, WAN CM. **Safety and tolerability of the ketogenic diet used for the treatment of refractory childhood epilepsy: a systematic review of published prospective studies.** *World J Pediatr.* 2017 Dec;13(6):528-536. doi: 10.1007/s12519-017-0053-2. Epub 2017 Jul 12. PMID: 28702868.

HÖHN S. **History of dietary treatment from Wilder's hypothesis to the first open studies in the 1920s.** *Epilepsy & Behavior.* 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.106588>.

IJff DM, Postular D. **Cognitive and behavioral impact of the ketogenic diet in children and adolescents with refractory epilepsy: A randomized controlled trial.** *Epilepsy Behav.* 2016 Jul;60:153-157. Doi:10.1016/j.yebeh.2016.04.033. Epub 2016 May 18. PMID: 27206235.

KOZIOŁ MU. **Ketogenic Diet and Epilepsy.** *Nutrients* 2019, 11, 2510; doi:10.3390/nu11102510. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu11102510>.

LIM Z. **Use of the ketogenic diet to manage refractory epilepsy in CDKL5 disorder: Experience of >100 patients.** 58(8):1415–1422, 2017. doi: 10.1111/epi.13813.

LUAT AF. **The Ketogenic Diet: A Practical Guide for Pediatricians.** *Pediatr Ann.* 2016 Dec 1;45(12):e446-e450. doi: 10.3928/19382359-20161109-01. PMID: 27975114.

MASINO SA. **Metabolism and epilepsy: Ketogenic diets as a homeostatic link.** *Brain Res.*

2019 Jan 15;1703:26-30. Doi: 10.1016/j.brainres.2018.05.049. Epub 2018 Jun 6. PMID: 29883626; PMCID: PMC6281876.

PASCA L. **The changing face of dietary therapy for epilepsy.** Eur J Pediatr. 2016 Oct;175(10):1267-76. doi: 10.1007/s00431-016-2765-z. Epub 2016 Sep 1. PMID: 27586246.

SAMPAIO LP. **Ketogenic diet for epilepsy treatment.** Arq Neuropsiquiatr. 2016 Oct;74(10):842-848. doi: 10.1590/0004-282X20160116. PMID: 27759811.

SAMPAIO LP. **The use of a formula-based ketogenic diet in children with refractory epilepsy.** 2017 January. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0004-282x20170028>.

SCHOELER NE. **Cross JH. Ketogenic dietary therapies in adults with epilepsy: a practical guide.** Pract Neurol. 2016 Jun;16(3):208-14. Doi: 10.1136/practneurol-2015-001288. Epub 2016 Feb 23. PMID: 26908897.

VAN BERKEL AA. **Cognitive benefits of the ketogenic diet in patients with epilepsy: A systematic overview.** Epilepsy Behav. 2018 Oct;87:69-77. doi: 10.1016/j.yebeh.2018.06.004. Epub 2018 Aug 31. PMID: 30173019.

WINESETT SP. **The ketogenic diet in pharmaco-resistant childhood epilepsy.** Expert Rev Neurother. 2015 Jun;15(6):621-8. doi: 10.1586/14737175.2015.1044982. Epub 2015 May 20. PMID: 25994046.

WIRRELL E. **Ketogenic Diet Therapy in Infants: Efficacy and Tolerability.** Pediatr Neurol. 2018 May;82:13-18. doi: 10.1016/j.pediatrneurol.2017.10.018. Epub 2018 Jan 31. PMID: 29610033.

ZHANG Y. **Altered gut microbiome composition in children with refractory epilepsy after a ketogenic diet.** Epilepsy Res. 2018 Sep;145:163-168. doi: 10.1016/j.eplesyres.2018.06.015. Epub 2018 Jun 28. PMID: 30007242

# Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica: Fatores de Risco e Prevenção

Jaqueline Basso Stivanin

*Fisioterapeuta, Doutora em Saúde da Criança (PUCRS). Fisioterapeuta da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica HUSM/EBSERH, Santa Maria, Brasil*

## RESUMO

A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM), trata-se de uma Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS), sendo atribuída a ela um dos motivos para a elevação dos índices de mortalidade, dias de permanência na UTI, e elevação dos custos relacionados à assistência à saúde. A PAVM trata-se de uma infecção cuja origem é aspirativa. Essa infecção ocorre no parênquima pulmonar podendo atingir alvéolos e bronquíolos, comprometendo a perfusão e difusão. Tendo em vista sua relevância e expressivo dados epidemiológicos, o objetivo central deste estudo foi investigar os fatores de risco para a PAVM em ambientes hospitalares. Além disso, buscou-se avaliar as medidas e protocolos existentes para prevenir a ocorrência dessa complicação, visando reduzir os índices de mortalidade, custos associados. E morbidade. Para isto, foi realizada uma revisão bibliográfica narrativa, a qual visou a partir de trabalhos e artigos presentes na literatura fazer inferências sobre o tema proposto. Diante da investigação realizada é possível inferir que o desenvolvimento da PAVM está intrinsecamente relacionado a diversos fatores de risco, com destaque para o uso de VM, visto que esse torna propício à aspiração de secreções contaminadas por microrganismos patogênicos. Dentre os diversos protocolos propostos por estudos anteriores disponíveis na literatura, a fisioterapia respiratória mostra-se promissora como uma intervenção eficaz na prevenção da PAVM, além de medidas como educação continuada para o profissional, higiene oral do paciente, entre outros.

**Palavras-chave:** pneumonia; ventilação mecânica; risco; prevenção.

## ABSTRACT

Ventilator-associated pneumonia (VAP) is a Healthcare-Associated Infection (HAI) and is attributed to it as one of the reasons for the increase in mortality rates, days spent in the ICU, and increased costs. related to health care. VAP is an infection whose origin is aspiration. This infection occurs in the lung parenchyma and can reach the alveoli and bronchioles, compromising perfusion and diffusion. Given its relevance and expressive epidemiological data, the central objective of this study was to investigate the risk factors associated with the development of ventilator-associated pneumonia (VAP) in hospital environments. Furthermore, we sought to



evaluate existing measures and protocols to prevent the occurrence of this complication, aiming to reduce morbidity and mortality rates and associated costs. For this, a narrative bibliographic review was carried out, which aimed to make inferences about the proposed topic from works and articles present in the literature. Given the investigation carried out, it is possible to infer that the development of VAP is intrinsically related to several risk factors, with emphasis on the use of invasive ventilatory support, as this makes it conducive to aspiration of secretions contaminated by pathogenic microorganisms. Among the various protocols proposed by previous studies available in the literature, respiratory physiotherapy shows promise as an effective intervention in the prevention of VAP, in addition to measures such as continuing education for professionals, patient oral hygiene, among others.

**Keywords:** pneumonia; mechanical ventilation; risk; prevention.

## INTRODUÇÃO

A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM), trata-se de uma Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS), que poderá acarretar na elevação dos índices de mortalidade, dos dias de permanência na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), tendo como resultado o aumento dos custos hospitalares em decorrência dessa complicação (Alecrim *et al.*, 2019).

A PAVM trata-se de uma infecção cuja origem é aspirativa. Essa infecção ocorre no parênquima pulmonar podendo atingir alvéolos e bronquíolos, comprometendo a perfusão e difusão. As principais origens desse tipo de infecção são: as secreções de vias aéreas superiores e inoculação exógena de material contaminado ou inoculação pelo refluxo gastrointestinal. Geralmente, a infecção é causada por microaspirações silenciosas e raramente por macroaspirações (Cabral *et al.*, 2020).

De acordo com o Centers for *Disease and Control Prevention* (CDC), são estabelecidos como critérios para eventos adversos associados a ventilação mecânica a deterioração do padrão respiratório posto um período de estabilidade ou melhora, presença de inflamação ou infecção no pulmão com confirmação laboratorial de infecção respiratória. Esses critérios possibilitam a identificação de condições e complicações relacionadas ao uso da Ventilação Mecânica (VM) (Alecrim *et al.*, 2019).

Em linhas gerais, diz-se que PAV trata-se de um acometimento 48 horas posto após o início da ventilação mecânica (VM) até o momento de sua suspensão, associada a critérios radiológicos, clínicos e laboratoriais (Cruz; Martins, 2019). De acordo com a Anvisa, a PAVM consiste no paciente apresentar alterações radiográficas do tórax com presença de infiltrado, alteração nas características de expectoração e declínio dos padrões ventilatórios (Lourençone *et al.*, 2019).

Em 2011, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) dos Estados Unidos da América (EUA), foi estimada a ocorrência de 157.000 pneumonias relacionadas à assistência, sendo 39% delas casos de PAVM. A densidade de incidência desta infecção ficou em torno de 4,4 casos /1.000 dias de VM (Alecrim *et al.*, 2019a, 2019b). Neste contexto, segundo os dados Informativos da Coordenação Municipal de Controle de Infecção Hospitalar de Porto Alegre,

das intercorrências de IRAS da UTI adulta, a PAVM apresentou maior incidência no ano de 2016, sua taxa de densidade de incidência foi de 11,21 infecções por mil ventiladores mecânicos-dia (Lourençone *et al.*, 2019). No mesmo ano (2016), no estado de São Paulo, a taxa de densidade de incidência de PAV foi de 10,64 casos/1000 dias de VM nas UTIs de hospitais públicos do estado (Alecrim *et al.*, 2019).

Tendo em vista a relevância e impacto que a PAVM exerce na morbidade, mortalidade, e custos no serviço de assistência à saúde, torna-se imprescindível o investimento em pesquisas na área que venham destacar os fatores de risco para o desenvolvimento desse quadro, bem como medidas e **48 horas posto após o início** que venham prevenir este tipo de infecção. Portanto, o objetivo central deste estudo é investigar os fatores de risco associados ao desenvolvimento da pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) em ambientes hospitalares. Além disso, busca-se avaliar as medidas e protocolos existentes para prevenir a ocorrência dessa complicação, visando reduzir os índices de morbidade, mortalidade e custos associados à PAVM.

O presente estudo justifica-se pela necessidade de investigações na área a fim de aprofundar o entendimento a respeito da temática. Pesquisas como essa pode proporcionar achados pertinentes que venham guiar a escolha de protocolos mais adequados, além disso, pode beneficiar diretamente a recuperação dos pacientes. Além de servir de embasamento científico para os profissionais da área, os mantendo atualizados acerca dos últimos achados, promovendo assim avanços substanciais na qualidade dos cuidados fisioterapêuticos.

Para isto, foi realizada uma revisão bibliográfica narrativa, a qual visou a partir de trabalhos e artigos presentes na literatura fazer inferências sobre o tema proposto. Para tal análise foi realizada uma busca nos principais bancos de dados: Portal Periódicos Capes, Science Direct, Scielo, PubMed e Google Acadêmico. Foram usados descritores para direcionar a pesquisa, sendo eles: Pneumonia, Ventilação Mecânica, Risco, Prevenção. Diante disso, foram incluídos nesta revisão apenas artigos que trabalhassem diretamente com a temática abordada. Além disso, foram considerados apenas artigos datados entre 2019 até 2024.

## REVISÃO DE LITERATURA

### Ventilação Mecânica (VM)

A Ventilação Mecânica (VM) teve seu surgimento em meados de 1952 em meio a pandemia da poliomielite, doença caracterizada pela paralisia muscular respiratória. Neste contexto, o médico Bjorn Ibsen, por meio da traqueostomia e ventilação com pressão positiva manual, observou a redução da letalidade dessa doença de 97% para 40% nos pacientes acometidos em sua forma grave (Holanda; Pinheiro, 2020).

A VM trata-se de uma ferramenta utilizada em casos de indivíduos com um quadro agravado de insuficiência respiratória, sendo uma ferramenta essencial na manutenção da vida em casos clínicos de gravidade elevada (Santos *et al.*, 2022). Em suma, esse suporte tem como objetivo possibilitar as trocas gasosas, sem que haja comprometimento do

pulmão, da fisiologia cardiovascular ou do músculo diafragmático, garantindo a deliberação da doença subjacente e uma boa relação paciente-ventilador, com o menor grau de sedação (Holanda; Pinheiro, 2020).

Em linhas gerais, a VM trata-se de um método usado em unidades de terapia intensiva, ou em situações de emergência hospitalar em pacientes que apresentem insuficiência respiratória, seja ela aguda ou crônica (Cruz *et al.*, 2021). Esse equipamento permite a correção da hipoxemia e da acidose respiratória relacionada a hipercapnia; além disso, irá facilitar o esforço da musculatura respiratória em momentos agudos de elevada exigência, evitando e até possível revertendo a fadiga muscular respiratória, minimizando o desconforto respiratório pela redução do consumo de oxigênio (Holanda; Pinheiro, 2020).

A VM poderá adequar-se às necessidades dos paciente, sendo configurada de acordo com diferentes parâmetros. A ventilação por pressão negativa é caracterizada pelo movimento do gás para o interior dos pulmões em decorrência de um gradiente de pressão entre as vias aéreas superiores e os alvéolos, podendo ser alcançado por meio de um dispositivo que reduza a pressão alveolar. Essa ventilação pode ainda ocorrer pelo aumento da pressão da via aérea proximal, configurando a ventilação por pressão positiva (Pinheiro, 2019).

A escolha pela conduta da ventilação mecânica deve ser realizada com muita cautela, os critérios de sua aplicação irão variar mediante os objetivos que se deseja alcançar. Em situações em que não há tempo suficiente para proceder uma boa avaliação da função respiratória, a avaliação clínica associado a exames laboratoriais são fundamentais (Martinez; De Andrade, 2020).

A ventilação mecânica, apesar de ser uma intervenção essencial em muitos casos clínicos, pode apresentar alguns efeitos deletérios ou complicações. Esses efeitos variam de acordo como caso clínico do indivíduo, tempo de assistência com VM ou o seu tipo. Dentre os potenciais efeitos deletérios mais comumente observados pode citar: Atrofia muscular respiratória, Barotrauma e Volutrauma, Hipotensão e Alterações Hemodinâmicas, Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica, entre outros (Santana; Veneziano, 2022).

## **Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM)**

No Brasil, as infecções relacionadas a assistência à saúde (IRAS) estão entre as maiores responsáveis morte no país, constituindo assim um problema de saúde pública grave (Miranda; Campos; Vieira, 2020). O controle das IRAS, bem como as condições para sua prevenção são utilizados como indicadores na avaliação dos serviços de saúde, refletindo na qualidade dos cuidados prestados, isso porque sua prevalência causa taxas elevadas de morbimortalidade, aumento no tempo de internação e, portanto, nos custos assistenciais a saúde, ocasionando grande impacto econômico nesses serviços (Santos; Padoveze; Lacerda, 2020).

Considerando os dados de UTIs de países desenvolvidos (renda alta), estima-se que 30% dos indivíduos internados são acometidos por pelo menos uma IRAS, em contra partida, esse dado em países de baixa e média renda a frequência desses indivíduos pode ser de duas a três vezes maior, sendo a pneumonia associada a ventilação mecânica como

uma das infecções mais comuns de serem associadas nessas unidades, sua incidência sendo entre 9 e 27% dos pacientes que encontram-se intubados e a taxa de mortalidade atingido 60% (Dutra *et al.*, 2019).

A Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM) consiste em um quadro infeccioso nos pulmões que tem início aproximadamente 48h posterior à intubação endotraqueal e o início da ventilação mecânica. O início dessa infecção decorre geralmente da aspiração de secreção das vias aéreas superiores, do refluxo gastrointestinal e da inoculação de material contaminado por patógenos (Dutra *et al.*, 2019). A PAVM é caracterizada pela inflamação, seja ela aguda ou crônica do parênquima pulmonar decorrente de origem viral, fúngica, bacteriana ou decorrente de outros processos que podem acometer o sistema respiratório. Muitos estudos evidenciam o risco aumentado para o desenvolvimento da pneumonia em indivíduos que estão em uso da ventilação mecânica (Pinho *et al.*, 2021).

O uso prolongado do dispositivo de VM potencializa os riscos de infecção nos pacientes. Estudos evidenciam taxas de ataque de 3% por dia durante os 5 primeiros dias de ventilação, posto esse período passa a ser 2% para cada dia subsequente. Existem alguns fatores que sublinham os pacientes internados ou no suporte ventilatório como mais susceptível para o desenvolvimento de pneumonia, dentre eles podem ser citados: declínio do sistema imunológico do paciente; maior exposição das vias aéreas com material contaminado; presença de patógenos mais resistentes e agressivos aos antibióticos no ambiente, superfícies próximas e materiais, que podem vir a colonizar o próprio paciente (Cruz *et al.*, 2019; Mota *et al.*, 2017).

Para a Agencia de Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), esses fatores classificam-se como não modificáveis e modificáveis. Os fatores de riscos não modificáveis são os fatores relacionados a situação em que o paciente encontra-se, como idade, quadro de imunossupressão, desnutrição, escore de gravidade, entre outros (ANVISA, 2017). Os fatores de risco modificáveis são: contaminação ou colonização das mãos da equipe médica; microbiota da própria UTI; colonização aumentada de microrganismos no estômago ou orofaringe, condição que favorece refluxo ou aspiração do trato respiratório (Riesgo *et al.*, 2018).

## Fatores de Risco para o Desenvolvimento da PAVM

O uso de suporte ventilatório invasivo é tido como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da PAVM, isso acontece em virtude da aspiração das secreções da orofaringe, e do condensado acumulado no circuito do respirador, ou pelo conteúdo gástrico colonizado por patógenos (Dias *et al.*, 2022).

Dentre os fatores de risco mais comumente citados na literatura e nas diretrizes para o desenvolvimento da PAVM, merecem destaque: Reintubação e intubação em caráter de emergência, Posição supina do paciente, Colonização orofaríngea-gástrica-intestinal por bactérias gram-negativas, a colonização por enterobactérias e *P. aeruginosa* independente para desenvolvimento de PAVM é considerada um fator de risco, Limpeza inadequada da orofaringe, a higienização inadequada da cavidade oral resulta no aumento da flora, levando um inoculo bacteriano na secreção, Nutrição enteral quando realizada precocemente se torna um fator de risco para o aumento de ph em pacientes submetidos



a VM, devido ao risco de aspiração, levando a PAVM, Circuito do ventilador se manuseado inadequadamente pode levar ao infiltrado de bactérias, causando pneumonia, Uso de antiácidos ou antagonistas H<sub>2</sub>, tempo de ventilação mecânica, procedimento cirúrgico, principalmente na cabeça, pescoço e tórax, Rebaixamento do nível de consciência, reflexo de tosse diminuído (Dias *et al.*, 2022; Santana *et al.*, 2022).

## Medidas Preventivas e Protocolos Atuais

As medidas preventivas para Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica acontecem através da atuação dos fatores modificáveis, por meio de medidas adotadas pela equipe multiprofissional de saúde de cunho preventivo (Alecrim *et al.*, 2019). Os fatores de risco modificáveis são elementos que, por meio de intervenções preventivas realizadas pela equipe multiprofissional de saúde, podem ser mitigados para prevenir a ocorrência da PAVM (Lourençone *et al.*, 2019).

Dentre as medidas preventivas para PAVM mais citadas na literatura, pode-se sublinhar: Educação continuada para os profissionais acerca dos fatores de risco, higiene oral, alguns estudos correlacionam o protocolo de remoção mecânica do biofilme associada ao uso de clorexidina reduzindo a incidência de PAVM em pacientes internados em UTI sob VM (Pinto *et al.*, 2021), implementação de protocolos que evitem o uso de antibióticos de modo indiscriminado, higienização adequada das mão por parte da equipe médica, estabelecimento de protocolos de desmame da VM e sedação, bem como remoção de modo precoce dos dispositivos invasivos que tornam susceptível a colonização por patógenos causadores de infecções nosocomiais (Cabral *et al.*, 2020; Cruz *et al.*, 2021; Riesgo *et al.*, 2018).

Em sua pesquisa Ntoumenopoulos *et al.* (2019), ao investigar a eficácia da fisioterapia respiratória na prevenção da PAV em pacientes em unidade de terapia intensiva foi observado que as intervenções fisioterapêuticas respiratórias foram efetivas na redução da incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes em UTI. Dentre as intervenções fisioterapêuticas realizadas neste estudo, foram incluídas diversas técnicas, como a aspiração de vias aéreas, manobras de higiene brônquica, vibrocompressão, entre outras, todas apresentando-se promissoras para a prevenção da PAVM (Cavalcante *et al.*, 2021). Além disso, a intervenção da fisioterapia também foi associada ao tempo de ventilação mecânica e do tempo de permanência na UTI e no hospital reduzidos (Dias *et al.*, 2022).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Ventilação Mecânica (VM), uma ferramenta crucial no cuidado de pacientes com insuficiência respiratória grave. No entanto, apesar de sua importância, o uso prolongado e inadequado da VM pode resultar em complicações, incluindo a Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM). A incidência de PAVM representa um desafio para a saúde pública, tendo em vista a sua epidemiologia e os custos associados a esse quadro, demandando uma abordagem cuidadosa e preventiva para mitigar esses riscos. Diante dos achados dessa pesquisa, é possível inferir a presença de fatores que aumentam os riscos

para esse quadro clínico, como Reintubação e intubação em caráter de emergência, Posição supina do paciente, Colonização orofaríngea-gástrica-intestinal, nutrição enteral, entre outros. Além disso, evidenciou-se possíveis medidas preventivas que podem ser tomadas pela equipe médica a fim de minimizar os riscos da PAVM, dentre essas medidas podem ser citadas fisioterapia respiratória como a aspiração de vias aéreas, manobras de higiene brônquica, vibro compressão, entre outras. Ademais, prática da educação continuada para os profissionais acerca dos fatores de risco, higiene oral, protocolos de uso racional de antibióticos, entre outras medidas.

## REFERÊNCIAS

ALECRIM, R. X. *et al.* **Artigo Original Boas práticas na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica.** Acta Paul Enferm, v. 32, n. 1, p. 11–17, 2019a. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/xRV5hfbjNNkkMRcsxcGS7Tb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2024.

ALECRIM, R. X. *et al.* **Estratégias para prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica : revisão integrativa.** v. 72, n. 2, p. 545–555, 2019b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/pcLFLQK9frLnR6kGdVLQ49K/?lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2024.

CABRAL, BLENDIA GONÇALVES; JÚNIOR, ALUÍSIO FERREIRA CELESTINO; SANTANA, MARY ELIZABETH; MATOS, ELISABETH COSTA OLIVEIRA. **Cuidados Preventivos Para Pneumonia Associada A Ventilação Mecânica : Revisão Integrativa** Preventive Care For Pneumonia Mechanical Ventilation Associated : Integrative Review. Rev Enfermagem Atual, p. 131–140, 2020. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/542> . Acesso em: 10 jan. 2024.

CAVALCANTE, R. N. *et al.* **Evidence on the role of the physiotherapist in the clinical and functional management of patients on mechanical ventilation for acute respiratory failure secondary to covid-19.** Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 2, p. 8545–8565, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/28311>. Acesso em: 12 jan. 2024.

CRUZ, DANIEL ALVES; SOUZA, ISMAÍLIA DE LIMA; SANTANA, PALOMA VELUMA DIAS; OLIVEIRA, LUCIANA KARINE DE ABREU. **Impacts of invasive mechanical ventilation on patients from covid-19 : integrative review.** Research, Society and Development, v. 2021, p. 1–8, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19656>. Acesso em: 10 jan. 2024.

CRUZ, JOÃO RICARDO MIRANDA; MARTINS, MATILDA DELMINA DA SILVA. **Pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva : cuidados de enfermagem.** Revista de Enfermagem Referência, v. 20, p. 87–96, 2019. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3882/388259318011/388259318011.pdf> . Acesso em: 10 jan. 2024.

DIAS, D. M. *et al.* **Aspects that influence the development of ventilator-associated pneumonia in adult ICU patients : literature review .** Research, Society and Development, v. 2022, p. 1–7, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/32449>. Acesso em: 10 jan. 2024.

DIH. Divisão de Infecção Hospitalar. **Centro de Vigilância Epidemiológica-CVE, Coordenadoria de Controle de Doenças/SES/SP.** Sistema de Vigilância Epidemiológica - Secretaria da Saúde

- Governo do Estado de São Paulo [Internet]. 2018 [citado 14 de janeiro de 2018]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/areas-de-vigilancia/infeccao-hospitalar/sistema-de-vigilancia-epidemiologica>. Acesso em: 19 jan. 2024.

DUTRA, LIGIANE APARECIDA; ESTEVES, LAILA DE OLIVEIRA; SILVA, THAIS OLIVEIRA; RESCK, ZELIA MARILDA RODRIGUES. **Artigo Original Pneumonia Associada À Ventilação Mecânica : Percepção Dos Ventilator-Associated Pneumonia** : Perception Of The Nursing Staff. *Rev de Enfermagem*, v. 13, n. 4, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1017111>. Acesso em: 10 jan. 2024.

HOLANDA, MARCELO ALCANTARA; PINHEIRO, BRUNO VALLE. **Pandemia por COVID-19 e ventilação mecânica : enfrentando o presente , desenhando o futuro**. *J Bras Pneumol*, v. 46, n. 4, p. 19–21, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/cCvkgzsc66f66wHY4pwpd6P/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 jan. 2024.

LOURENÇONE, S. *et al.* **Adesão às medidas preventivas versus incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica**. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, v. 9, p. 01–07, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1021787> . Acesso em: 10 jan. 2024.

MARTINEZ, B.P.; DE ANDRADE, F.M.D. **Estratégias de mobilização e exercícios terapêuticos precoces para pacientes em ventilação mecânica por insuficiência respiratória aguda secundária à covid-19**. *ASSOBRAFIR Ciência*, v. 11, n. Suplemento 1, p. 121-131, 2020. Disponível em: <https://assobrafir.com.br/wp-content/uploads/2020>. Acesso em: 10 jan. 2024.

MOTA, É. C. *et al.* **Incidência da pneumonia associada à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva**. *Medicina (Brazil)*, v. 50, n. 1, p. 39–46, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/135044>. Acesso em: 10 jan. 2024.

PINHEIRO, B. V. **Randomizados Protective mechanical ventilation : revision of randomized clinical trials HU Revista**, v. 45, n. 3, p. 334–340, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufff.br/index.php/hurevista/article/view/28988> . Acesso em: 10 jan. 2024.

PINHO, MARIA TEPERINO; BRINATI, M.; TOLEDO, L. V.; SALGADO, P. D. O. **Risk factors related to pneumonia associated with mechanical ventilation : literature review**. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, n. 4, p. 1–9, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28126>. Acesso em: 10 jan. 2024.

PINTO, A. C. DA S. *et al.* **Eficiência de diferentes protocolos de higiene bucal associados ao uso de clorexidina na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica**. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 47, n. 1, p. 1–8, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/nN379sD94DL5ZXrrcmMWnyQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2024.

RIESGO, F. D. E. *et al.* **Fatores De Risco Que Favorecem A Pneumonia Associada À Risk Factors Favoring Pneumonia Associated With Mechanical Ventilation**. *Revista de Enfermagem*, v. 12, n. 12, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1005097>. Acesso em: 10 jan. 2024.

SANTANA, JOSEANE DE CASTRO; VENEZIANO, LEONARDO SQUINELLO NOGUEIRA. **Intensiva Effect Of Early Mobilization In Patients On Mechanical**. *REVISTA RECIFAQUI*, v. 2, p. 98–111, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7314317/>. Acesso em: 10 jan. 2024.

SANTOS, ARIELE ALVES DE JESUS; SANTANA, PABLINE DOS SANTOS; GÓES, KARINE ALVES; SOUZA, NAYARA ALVES. **Fisioterapia e tempo de internamento em Unidade de Terapia Intensiva**. HU Revista, v. 2022, p. 1–8, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/35921>. Acesso em: 10 jan. 2024.

SANTOS, P. L. C.; PADOVEZE, M. C.; LACERDA, R. A. **Desempenho dos programas de prevenção e controle de infecções em pequenos hospitais**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 54, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/DVhXV7WmB6N6v9gvznH6fXc/?lang=pt&format=pdf> . Acesso em: 10 jan. 2024.

SECRETARIA Municipal de Saúde (Porto Alegre). **Boletim CMCIH** – Coordenação Municipal de Controle de Infecção Hospital 2017;(3)

## Organizadores

### **Daniel Fernando Ribeiro**

Enfermeiro formado pela faculdade de Pato Branco – (FADEP). Pós-graduação Urgência, Emergência e Atendimento Pré – hospitalar – UNIAMERICA. Pós-graduação Enfermagem em Urgências e Emergências em Pediatria e Neonatologia – Univitéria. Pós-graduação Enfermagem em UTI – Univitéria. Curso de Extensão NHCPS PALS – Postgraduate Institute for Medicine, Englewood. Curso de Extensão Pré Hospitalar Trauma Life Support (Phtls). Curso de Extensão Suporte Avançado De Vida Em Cardiologia – Univitéria e AHA. Curso de Formação de Multiplicadores em Urgências e Emergências em Saúde Mental – MS e SAMU DF. Curso de Extensão – APH de combate – Marc1 para equipes de socorristas, Polícia Civil do Paraná. Curso de Extensão Transporte Aeromédico – IESSP. Instrutor do Núcleo de Educação Itinerante NEI – SAMU 192. Instrutor Stop The Bleed. Instrutor Instituto INTAPH.

### **Adriano Mesquita Soares**

Doutor em Engenharia de Produção pela Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR/PG, linha pesquisa em Gestão do Conhecimento e Inovação e Grupo de pesquisa em Gestão da Transferência de Tecnologia (GTT). Possui MBA em Gestão Financeira e Controladoria pelo Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais onde se graduou em Administração de Empresas (2008). É professor no ensino superior, ministrando aulas no curso de Administração da Faculdade Sagrada Família – FASF. É editor chefe na AYA Editora.

# Índice Remissivo

## A

alimentar 12, 14, 15, 16, 17, 18  
asma 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37  
atenção 15, 16, 20, 30, 31, 32, 43, 46, 47, 49, 50, 54, 55  
autista 56, 57  
autoestima 66, 68, 71, 72, 83

## B

básica 46, 50, 55

## C

calendário 45, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 55  
cetogênica 106, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114  
cuidado 35, 38, 82, 92, 95, 97, 121

## D

dependência 56, 57, 61, 62, 63, 64  
desempenho 14, 25, 54  
desempenho escolar 66, 67, 68, 69, 71, 72  
desenvolvimento 11, 14, 15, 18, 24, 28, 34, 42, 47, 52,  
56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65  
dieta 106, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114  
digitais 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64  
digital 56, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64

## E

educação 15, 17, 31, 35, 42, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51,  
53, 54  
epilepsia 106, 107, 108, 110, 111, 112, 113  
escolar 14, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72  
espectro 56, 57  
estado 12, 14, 15, 16, 17

# G

gestação 40, 42, 73, 75, 76, 77, 78, 79, 84, 85

# H

hipnose 66, 67, 68, 69, 71, 72

# I

infância 14, 15, 19, 20, 23, 24, 26, 29, 34, 47, 49, 51, 65, 76, 80, 82, 83, 85, 88, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 103, 104, 105

infantil 11, 12, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 22

intervenção 38, 39, 40, 42, 43

# L

luto 88, 89, 90, 91, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 103, 104, 105

# M

mãe-bebê 73, 76, 78, 79, 81, 83, 84, 86

manejo 20, 24, 29, 30, 32, 35

mecânica 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123

mentais 66, 68, 69, 72

mental 14, 18, 31, 56, 57, 58, 59, 62, 63, 64

mortalidade 13, 19, 20, 29, 38, 39, 40, 41, 42, 43

# N

nascimento 38, 40, 41, 43, 51, 73, 75, 76, 77, 78, 83, 84, 85

neonatal 34, 38, 39, 40, 41, 42, 43

neonatologia 38

neurológico 66, 72

neurológicos 66, 68, 72

# O

obesidade 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23

# P

pediatra 15, 38, 39, 40, 42, 43

pediatria 28, 38

perinatal 38, 39

pneumonia 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123

precoce 14, 19, 20, 27, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43

prevenção 14, 15, 20, 27, 29, 32, 36, 45, 46, 47, 49, 50,  
51, 53, 101, 116, 119, 121, 122, 123, 124

processos mentais 66, 68, 72

psicanálise 66, 67, 71, 82, 86

psicanalítico 66, 73

psíquica 73, 74, 75, 80, 81, 83, 84, 85

pública 11, 14, 20, 36, 38, 39, 41, 43

# Q

qualidade 13, 17, 19, 24, 25, 26, 28, 29, 35, 36

# R

relação 13, 14, 17, 18, 20, 27, 30, 32, 33, 48, 49, 64, 65,  
73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86

risco 11, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 30, 31, 33, 34, 38, 40,  
41, 42, 45, 53, 63, 64, 85, 92, 99, 111, 116, 118,  
120, 121, 122

# S

saúde 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 26, 29, 30, 35,  
36, 38, 39, 41, 42, 43

sistema 6

social 12, 13, 14, 19, 24, 25, 33, 51, 56, 57, 58, 60, 62,  
63, 64



---

## T

técnicas 88, 89, 99, 101, 102

tecnologias 43, 51, 56, 59, 60, 61, 63, 64

transtorno 56, 63, 64

## U

uso 21, 28, 29, 30, 31, 35, 50, 51, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62,  
63, 64, 65, 78, 99, 102, 106, 107, 110, 111, 113, 114

## V

vacinação 45, 46, 47, 49, 50, 51, 53, 54, 55

vacinal 45, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 54, 55

ventilação 27, 43, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123

vida 13, 14, 15, 16, 20, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 35, 36





**AYA EDITORA**  
**2024**

