



Belém, 2023

VACINAÇÃO E SAÚDE MENTAL: IMPORTANTES FORMAS DE PREVENÇÃO EM SAÚDE PARA ACADÊMICOS DOS CURSOS DE FISIOTERAPIA E EDUCAÇÃO FÍSICA

Bruno de Almeida Garcia Palheta



VACINAÇÃO E SAÚDE MENTAL: IMPORTANTES FORMAS DE PREVENÇÃO EM
SAÚDE PARA ACADEMICOS DOS CURSOS DE FISIOTERAPIA E EDUCAÇÃO
FÍSICA

BRUNO DE ALMEIDA GARCIA PALHETA

SOBRE O AUTOR

BRUNO DE ALMEIDA GARCIA PALHETA



Possui graduação em Bacharel em Fisioterapia pela Faculdade Estácio de Macapá, (2019), Especialista em Estética avançada pelo Centro Universitário Leonardo da Vinci – UNIASSELVI (2020), Mestre em Saúde Pública – FICS (2020). Com formações em Pilates (2017), Terapia Manual aplicada a coluna (2017), dry needling (2018), Tutor do Centro Universitário Leonardo da Vinci – UNIASSELVI do Curso de Fisioterapia (2021), tem experiência na área de traumato-ortopedia desportiva e Pilates em clínicas particulares como: Clínica Desportiva (2019), Grupo Cynthia Charone (2019) e CLISA (2020 a 2022), possui consultório particular atendimentos de terapia manual (2023).

CONSELHO CIENTÍFICO

Divaldo Martins de Souza, Dr.

Éder do Vale Palheta, Dr.

Eliana da Silva Coêlho Mendonça, Dra.

Jorge Luís Martins da Costa, Dr.

Joseana Moreira Assis Ribeiro, Dra.

Lindemberg Monteiro dos Santos, Dr.

Márcio Venício Cruz de Souza, Dr.

Marco José Mendonça de Souza, Dr.

Moisés Simão Santa Rosa de Sousa, Dr.

FICHA CATALOGRÁFICA

PALHETA, Bruno de Almeida Garcia,

VACINAÇÃO E SAÚDE MENTAL: IMPORTANTES FORMAS DE PREVENÇÃO EM SAÚDE PARA ACADEMICOS DOS CURSOS DE FISIOTERAPIA E EDUCAÇÃO FÍSICA.

Orientador: Dr. Ricardo Figueiredo Pinto. Asunción – PY – 2023. 103 f.

Dissertação (Mestrado), Salud Pública, Facultad Interamericana de Ciencias Sociales. 2020.

Palavras-chave: Prevenção; Saúde; Vacinas; Saúde Mental.

ISBN: 978-65-84546-48-6

DOI: 1029327/5261240

EPÍGRAFE

Aprofundar a gratidão, a aceitação da vontade Divina e a humildade sincera são também aprofundar a compreensão de que existem princípios que transcendem a lógica humana. Devemos tomar conhecimento da existência de um universo que não funciona somente com a razão. Se não dominarmos esses princípios que transcendem a lógica humana, será difícil encaminhar as pessoas de fato.

(Sunkio)

DEDICATÓRIA

Ao Senhor, meu criador, toda honra e toda Gloria a ele, pela sabedoria, fonte de verdade e inspiração nos caminhos do Bem, amor, dignidade e luz.

Aos meus pais, Wania Maria de Almeida Garcia Palheta e Éder do Vale Palheta, exemplos de sabedoria e perseverança na busca de encaminhar-nos ao conhecimento e que durante todo o tempo me apoiaram, incentivando-me a prosseguir e não desistir nunca deste sonho, de elevação do saber.

Ao meu orientador Prof. Dr. Ricardo Pinto, pela paciência, carinho, dedicação e competência eficaz a mim servida.

Ao meu amigo Prof. Marcos Saraiva que contribuiu de forma significativa e direta para que o presente trabalho fosse realizado.

Aos Alunos acadêmicos das IES, UEPA, UNIASSELVI que participaram, aos professores e colegas do Centro Universitário Leonardo da Vinci – UNIASSELVI, Universidade da Amazônia – UNAMA e do Curso de Mestrado, pelo companheirismo e pelas trocas de experiências que pudemos realizar.

RESUMO

Partindo da intenção em investigar, sobre as formas de prevenção à saúde dos próprios profissionais da saúde, diante características de grupos e de culturas diversificadas, conforme as suas regiões e países de origem, observamos os seus reflexos, que são registrados nos índices estatísticos de doenças que são possíveis de serem prevenidas ou erradicadas. No entanto o crescimento de casos relatados, que atinge atualmente as populações de determinadas áreas de atuação profissional, vem corroborar na motivação do estudo, que é complementado por outra preocupação, que revela a presença de casos de Transtornos Mentais Comuns (TCM), sofrido pelos profissionais da mesma área, principalmente por aqueles que atuam nos centros de saúde básica, que segundo a literatura recebem uma carga intensa de fatores, que contribuem para a evolução progressiva de doenças mentais. Por tanto, elaboramos esse estudo com o objetivo principal de analisar de que forma os acadêmicos dos cursos de fisioterapia e educação física como concebem e tratam a prevenção de doenças, por meio de vacinação, e como cuidam da sua saúde mental. Buscamos por quantificação frequência de inoculação de vacinas obrigatórias por esses respondentes; e a frequência que apresentaram de sinais de transtornos mentais comuns, para ainda identificar, qual o tipo de auxílio para a solução dos sintomas desses TCM, declarados pelos acadêmicos dos cursos de fisioterapia e educação física, que participaram como população do estudo, foi aplicado o questionário, e obtivemos as respostas, das quais realizamos a análise por orientação do aporte teórico, e diante dos resultados, que apontaram deficiência no tratamento de cuidados próprio, com as questões do estudo. E concluímos que se faz necessário o aprofundamento do tema, além de promover ações, no meio acadêmico, para qualificar essa participação dos profissionais de saúde, criando condutas éticas entre a própria comunidade.

Palavras-Chave: Prevenção; Profissionais de saúde, vacinas e SM.

ABSTRACT

Based on the intention to investigate, on the forms of health prevention of health professionals themselves, in view of the characteristics of diverse groups and cultures, according to their regions and countries of origin, we observe their reflexes, which are recorded in the statistical indexes of diseases that are possible to be prevented or eradicated. However, the growth of reported cases, which currently affects populations in certain areas of professional activity, corroborates the motivation of the study, which is complemented by another concern, which reveals and the presence of cases of Common Mental Disorders (TCM), suffered by professionals in the same area, mainly by those who work in basic health centers, who according to the literature receive an intense load of factors, which contribute to the progressive evolution of mental illnesses. Therefore, we developed this study with the main objective of analyzing how academics from physiotherapy and physical education courses how they conceive and treat disease prevention, through vaccination, and how they take care of their mental health. We sought to quantify the frequency of inoculation of mandatory vaccines by these respondents; and the frequency they showed of signs of common mental disorders, to further identify, what type of assistance to solve the symptoms of these TCM, declared by the students of the physiotherapy and physical education courses, who participated as a study population. We applied the questionnaire to them, and obtained the answers, from which we carried out the analysis by orientation of the theoretical contribution, and in view of the results, which pointed out deficiencies in the treatment of self-care, with the study questions. And we conclude that it is necessary to deepen the theme, in addition to promoting actions, in the academic environment, to qualify this participation of health professionals, creating ethical conducts among the community itself.

Keywords: Prevention; Health professionals, vaccines and SM.

RESUMEN

Con base en la intención de investigar, sobre las formas de prevención de salud para los propios profesionales de la salud, en vista de las características de diversos grupos y culturas, de acuerdo con sus regiones y países de origen, observamos sus reflejos, que se registran en los índices estadísticos de enfermedades. que se pueden prevenir o erradicar Sin embargo, el crecimiento de los casos reportados, que actualmente afecta a las poblaciones en ciertas áreas de actividad profesional, corrobora la motivación del estudio, que se complementa con otra preocupación, que revela y la presencia de casos de trastornos mentales comunes (MTC). por profesionales en la misma área, principalmente por aquellos que trabajan en centros de salud básicos, quienes según la literatura reciben una intensa carga de factores que contribuyen a la evolución progresiva de las enfermedades mentales. Por lo tanto, desarrollamos este estudio con el objetivo principal de analizar cómo los académicos de los cursos de fisioterapia y educación física conciben y tratan la prevención de enfermedades, a través de la vacunación y cómo cuidan su salud mental. Intentamos cuantificar la frecuencia de inoculación de vacunas obligatorias por parte de estos encuestados; y la frecuencia que mostraron de signos de trastornos mentales comunes, para identificar aún más, qué tipo de asistencia para resolver los síntomas de estos TCM, declarados por los estudiantes de los cursos de fisioterapia y educación física, que participaron como población de estudio. Les aplicamos el cuestionario y obtuvimos las respuestas, a partir de las cuales realizamos el análisis por orientación de la contribución teórica, y en vista de los resultados, que señalaron deficiencias en el tratamiento del autocuidado, con las preguntas del estudio. Y concluimos que es necesario profundizar el tema, además de promover acciones, en el entorno académico, para calificar esta participación de los profesionales de la salud, creando una conducta ética entre la comunidad misma.

Palabras clave: prevención; Profesionales de la salud, vacunas y SM.

ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

- ACB – Associação Brasileira de Psiquiatria
- AC – Atividades Complementares
- ACS – Agente comunitário de Saúde
- APS – Atenção Primária a Saúde
- APAL – Associação de Psiquiatria da América Latina
- CONAS – Conferência Nacional de Saúde
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CID – Classificação Internacional de Doenças
- CESQT – Cuestionario pa ala Evolution del Síndrome de Overmarse por el Trabajo
- CEME – Central de Medicamentos
- COVID 19 - Corona vírus
- CPF – Cadastro de Pessoa Física
- CREF – Conselho Regional de Educação Física
- CBO – Classificação Brasileira de Ocupações
- DC – Doenças Crônicas
- DESM IV – Diagnostico e Estatístico de Transtornos Mentais
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- EUA – Estados Unidos da América
- FICS – Facultad Interamericana de Ciencias Sociales
- FMSJ - RP – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
- FMUF – BA – Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia
- HPV – Papiloma Vírus Humano
- IES - Instituição de Ensino Superior
- INCQS - Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde
- LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
- MEC - Ministério da Educação e Cultura
- MERCOSUL - Mercado Comum do Sul
- MT – Ministério do Trabalho

MBI – Malach Bournout Inventory

NET – Internet

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Pará

PSF – Programa de Saúde da Família

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNI - Programa Nacional de Imunizações

RBP – Reforma Brasileira de Psiquiatria

RG – Registro geral

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SBlm – Sociedade Brasileira de Imunizações

SCV – Sistema de controle de Vacinação

SB – Síndrome de Bournolt

SM – Saúde Mental

SUS – Sistema Único de Saúde

SUCAM – Superintendência da Campanha de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TM – Transtornos Mentais

TMC – Transtornos Mentais Comuns

TDAH – Transtorno de Deficit/Hiperatividade

UBS – Unidade Básica de Saúde

UERG – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

UNIASSELVI – Centra Universitário Leonardo da Vinci

UEPA – Universidade do Estado do Pará

LISTA DE GRÁFICOS

<u>Gráfico 1 - Idade</u>	82
<u>Gráfico 2 - Gênero</u>	82
<u>Gráfico 3 - Cidade</u>	83
<u>Gráfico 4 - Bairros</u>	84
<u>Gráfico 5 - IES que estuda</u>	84
<u>Gráfico 6 - Curso que pertence</u>	85
<u>Gráfico 7 - Formato do curso</u>	86
<u>Gráfico 8 - Semestre que está cursando</u>	87
<u>Gráfico 9 - Turnos</u>	88
<u>Gráfico 10 - Turma</u>	89
<u>Gráfico 11 - Quais disciplinas está cursando que tenha uma relação direta com a prevenção em saúde?</u>	90
<u>Gráfico 12 - Situação da carteira de vacinação</u>	91
<u>Gráfico 13 - Tomou vacina para:</u>	92
<u>Gráfico 14 - Realizou Check up nos últimos anos</u>	93
<u>Gráfico 15 - Teve algum episódio listado abaixo devido a algum motivo na IES que estuda ou em estágio</u>	94
<u>Gráfico 16 - Procurou ajuda</u>	95
<u>Gráfico 17 - Você está realizando estágio (obrigatório ou não obrigatório) em qual local?</u>	96
<u>Gráfico 18 - Você teve acesso a informações (palestras/oficinas) sobre distúrbios ou síndromes relativas à saúde mental?</u>	97
<u>Gráfico 19 -Você tem informações (palestras/oficinas) sobre importância de atualização das vacinas para adultos jovens?</u>	98

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Calendário Nacional de Vacinação	65
Figura 2 - Prevalências de esquemas vacinais completos e incompletos para hepatite B, analisados segundo categorias dos trabalhadores da atenção primária e da média complexidade (n=506). Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2011.	68

LISTA DE QUADRO

<u>Quadro 1 - Fases da sintomatologia encontradas em profissionais de saúde</u>	34
<u>Quadro 2 - Escala de Progressão e Crescimento Esquemático</u>	35
<u>Quadro 3 - Vacinas para adultos</u>	58
<u>Quadro 4 - Vacinas que os adultos devem tomar se não tomaram na infância</u>	59
<u>Quadro 5 - Doenças combatidas por vacinas e suas manifestações</u>	60
<u>Quadro 6 - Estrutura de aparato público a implementação de políticas de imunização nacional</u>	72
<u>Quadro 7 - Quais são as principais transformações por que vêm passando a produção e o desenvolvimento de vacinas em âmbito mundial?</u>	73
<u>Quadro 8 - Recomendações de vacinas acelulares de pertussis para profissionais de saúde de acordo com instituição/País</u>	77

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
1.1. PROBLEMÁTICA	19
1.2. OBJETIVOS	20
1.2.1. OBJETIVO GERAL:.....	20
1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	20
1.3. JUSTIFICATIVA	20
2. REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1. SAÚDE MENTAL	23
2.1.2 DEPRESSÃO	27
2.1.3 ANSIEDADE.....	33
2.1.4 O QUADRO DE ANSIEDADE, DENTRO DOS GRUPOS DE ATUAÇÃO DO PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PACS).....	35
2.2. TRANSTORNOS MENTAIS.....	37
2.2.1 TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS (TMC).....	39
2.2.2 TRANSTORNO DE DÉFICIT/HIPERATIVIDADE (TDAH).....	42
2.2.3 SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> (SB)	46
2.2.4 SUICÍDIO	50
2.3. VACINAS.....	55
2.3.1 VACINAS (VACINAÇÃO DE ADULTOS JOVENS).	55
2.3.2 VACINAÇÃO PREVISTA E RECOMENDADA PARA ADULTOS JOVENS.	57
2.3.3 A IMPORTÂNCIA DE MANTER A CADERNETA DE VACINAÇÃO ATUALIZADA.....	62
2.3.4 ESQUEMA DE VACINAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	66
2.3.5 PRODUÇÃO E IMPORTAÇÃO DE VACINAS PARA HUMANOS NO BRASIL.....	71
3. PERCURSO METODOLÓGICO	78
3.1 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	79
3.2 CAMPO DE ESTUDO	80
3.3 COLETA DE DADOS	80
3.4 DEFINIÇÃO DA AMOSTRA	80
4 DISCUSSÃO E RESULTADOS.....	81
5. CONCLUSÕES	99
RECOMENDAÇÕES.....	100
REFERENCIAS.....	101

1. INTRODUÇÃO

As especialidades do ramo de profissionais de saúde ocupam destaque na história, sempre que a humanidade enfrentar pandemias, que ficam registradas nos anais da história, desses registros destacam o surto da “gripe espanhola” 1918 e a Campanha de Erradicação da “Varíola” 1966, e atualmente o “corona vírus” 2020 (COVID – 19), que já entra para a história do século XXI, no entanto, a atenção aos profissionais do ramo da saúde, durante estes períodos, apresentaram um movimento positivo, em virtude dos números estatísticos que demonstram, o aumento expressivo, do diagnósticos de doenças, virais e mentais, apresentadas pelos profissionais de saúde.

Uma das causas atribuídas a esse aumento dos números de casos aponta a exposição laboral, somadas a fatores sociais, e ausência de condutas pessoais de controle e manutenção de esquemas de imunização, causando uma vulnerabilidade na atuação, e isso envolve ainda como fator negativo, a ausência de acesso e promoção de ações de acolhimento para a comunidade profissional e acadêmica, por meio de programas elaborados para atender exclusivamente a essa comunidade, a replicação das informações, divulgando os resultados de pesquisas científicas e trabalhos acadêmicos, que venham a corroborar na atenção e mudança de condutas individuais, as quais trataram aqui: da imunização por vacinas periódicas e sinais de início de distúrbios mentais. A contaminação e a instalação dessas doenças são descritas, apontando entre outras as causas de exposição do profissional no local de atuação facilitando a contaminação, e por carga de fatores estressantes proveniente do labor para os distúrbios mentais.

No entanto, e surgiu o movimento crescente de relevância por pesquisadores e estudiosos das mais variadas vertentes científicas que se dedicam a este tema, pois ao produzir trabalhos de pesquisa, abrem um canal exclusivo, que viabiliza o conhecimento necessário, apesar das demandas laborais do profissional, contribuindo no estabelecimento de atenção e aquisição de hábitos saudáveis pelos próprios, para o exercício seguro de suas atividades, qualificando a suas relações sócio afetivas, pois o profissional não é só profissional e um ser social. Assim fica claro, que pesquisadores não estão alheios aos problemas da exposição e influências externa no ambiente de atuação deste campo.

Relacionados a outros fatores a nossa pesquisa destacou a saúde mental, que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) "A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade" essa definição, de 1946, foi inovadora e ambiciosa, pois, em vez de oferecer um conceito inapropriado de saúde, expandiu a noção incluindo aspectos físicos, mentais e sociais.

A definição de saúde da OMS está ultrapassada porque ainda faz destaque entre o físico, o mental e o social. Mesmo a expressão "medicina psicossomática", encontra-se superada, eis que, graças à vivência psicanalítica, percebe-se a inexistência de uma clivagem entre mente e soma, sendo o social também interagente, de forma nem sempre muito clara, com os dois aspectos mencionados. (SAGRES e FERRAZ, 1997, p. 540).

Em seguida a abordagem dos transtornos mentais, vem com a necessidade de estabelecer ao profissional da área em estudo, reconhecer e autoavaliar-se pelos primeiros sinais, facilitando a intervenção profissional, que se estabelece como conduta preventiva quanto a evolução entre as formas de transtorno, sendo para isso a participação do profissional acometido, destacada como conduta primordial para o isolamento imediato dos fatores desencadeadores dos transtornos.

Esses transtornos podem ser causados por diversos fatores, destacando-se aqueles relacionados ao ambiente profissional, como baixo nível de controle sobre o próprio trabalho, elevadas demandas psicológicas e baixo apoio social. Os transtornos mentais relacionados ao trabalho têm sido considerados problema de saúde pública em função de sua alta prevalência em profissionais e de suas consequências [...] (SAGRES e FERRAZ, 1997, p. 540).

E concluindo as abordagens teóricas desenvolvemos o estudo e pesquisa sobre o processo de imunização por vacinas, esclarecendo os esquemas de vacinas aplicados no Brasil, da infância a juventude, incluindo a fase da vida adulta, além da produção de importação de vacinas no País.

Um dos principais problemas relacionado com o estudo dos determinantes de vacinação nos adultos jovens é a metodologia a usar para avaliar o estado vacinal. A recolha de informação a partir de bases de dados nacionais, frequentemente não é possível e é elevado o número de jovens que não tem boletim de vacinas disponível para ser consultado pelos investigadores (103-105). Assim, frequentemente apenas é possível obter a informação a partir de auto reporte do estado vacinal. (TAVARES, 2013, p. 23).

Diante dos fatos e circunstâncias, manifestamos a preocupação com o tema desde a época de nossa participação como acadêmico do curso de Fisioterapia, e no momento unimos no grupo que participa do estudo, além dos

acadêmicos de Fisioterapia os acadêmicos de Educação Física, por atuarem no mesmo ambiente, os centros de atendimento de saúde a família entre outros. Reunimos as circunstâncias anteriores às oportunidades de submetermos o nosso projeto de dissertação na área de saúde pública da FICS, trazendo como tema “Vacinação e saúde mental de acadêmicos de Fisioterapia e Educação Física”, juntando a preocupação com a nossa própria saúde, e das pessoas de nossos círculos de convivência em momento oportuno.

Por tanto, apresentamos a dissertação como título “Vacinação e saúde mental: importantes formas de prevenção em saúde para acadêmicos dos cursos de Fisioterapia e Educação Física” que reúne em uma pesquisa de campo, qualitativa – quantitativa quando a forma de análises dos dados, reunindo no seu referencial teórico, três capítulos elaborados com características de revisão bibliográfica na sua etapa exploratória: 1) Saúde mental; 2) Transtornos mentais; e 3) Vacinas, em seguindo o tratamento de pesquisa de campo, detalhamos as etapas desse processo, obtendo a coleta de dados por questionário aplicado ao público objeto do estudo, apresentando as respostas e discussão diante da compilação das respostas, observando o princípio da pesquisa exploratória descritiva, que traz a característica de não haver manipulação pelo autor, que influenciem no direcionamento das respostas.

1.1. Problemática

No decorrer da etapa exploratória, identificamos contornos que nos aproximou da situação-problema, que colaboraram para precisão dos objetivos da pesquisa determinando as técnicas de coleta de dados adotados no estudo total: Analisar de que forma os acadêmicos dos cursos de fisioterapia e educação física realizam prevenção de doenças, por meio de vacinação, e como cuidam da sua saúde mental: Qual a frequência com os acadêmicos dos cursos de fisioterapia e educação física buscam os postos de saúde, e similares, em busca das vacinas obrigatórias para se vacinarem:

- Com que frequência os acadêmicos dos cursos de fisioterapia e educação física apresentam quadro de depressão/ansiedade/ ou de síndromes pertencentes á saúde mental?

- Que tipo de ajuda os acadêmicos dos cursos de fisioterapia e educação física buscam como forma de prevenção e tratamento dos quadros de depressão/ansiedade/ ou de síndromes pertencentes à saúde mental?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo Geral:

Analisar de que forma os acadêmicos dos cursos de fisioterapia e educação física realizam prevenção de doenças, por meio de vacinação, e como cuidam da sua saúde mental.

1.2.2. Objetivos Específicos:

- Verificar quais são as vacinas obrigatórias que os acadêmicos dos cursos de fisioterapia e educação física devem tomar de acordo com as orientações dos órgãos de saúde oficiais brasileiros e recomendações de órgãos internacionais de saúde;
- Quantificar a frequência com que os acadêmicos dos cursos de fisioterapia e educação física buscam os postos de saúde, e similares, em busca das vacinas obrigatórias para se vacinarem;
- Quantificar com que frequência os acadêmicos dos cursos de fisioterapia e educação física apresentam quadro de depressão/ansiedade/ ou de síndromes pertencentes à saúde mental;
- Identificar que tipo de ajuda os acadêmicos dos cursos de fisioterapia e educação física buscam como forma de prevenção e tratamento dos quadros de depressão/ansiedade/ ou de síndromes pertencentes à saúde mental.

1.3. Justificativa

Em cada ramo de especialidade profissional, é relacionada à sua atuação laborativa características que envolvem o estudo de suas causas para produzir soluções que venham a diminuir ou até eliminar determinadas patologias provenientes de exercício da profissão, algumas mais suscetíveis que outras, no entanto quase todas possuem o seu grau de exposição, que são descritos desde contaminações por produtos químicos, acidentes com matérias perfuro cortantes, carga de stress físico e mental, até movimentos laborais que

pelas necessidades de repetições causam lesões, todas essas causam danos a saúde, de forma definitiva ou parcial (contaminação, surtos e invalidez irreversíveis).

Diante desse quadro, crescente, onde se acumulam os processos de solicitação de perícias para julgamento de casos de afastamento temporário ou definitivo, das atividades profissionais, um dos principais problemas de ordem social e econômica do país, percebemos diante do número de casos, um número bem modesto, referente ao ramo dos profissionais de saúde, o que estimula a hipótese da forma pela qual o próprio profissional, assimila o problema.

Os acidentes de trabalho típicos e doenças profissionais diminuíram proporcionalmente, em relação ao número de trabalhadores segurados, enquanto as doenças do trabalho aumentaram de maneira vertiginosa. Desde os anos 80, as lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT) destacam-se entre as causas de afastamento entre os trabalhadores segurados pelo MPAS. Estas afecções relacionadas ao trabalho passaram a atingir os trabalhadores de todos os setores, em particular nos ramos de atividade da metalurgia, frigoríficos, bancos, telemarketing e comércio (supermercados). Já nos anos 90, observa-se o crescimento acentuado dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho entre as principais causas de afastamento do trabalho, acometendo indistintamente os trabalhadores de todos os setores produtivos de maneira tão globalizada como a própria economia. (LUCCA, CAMPOS, 2011, p. 45)

O interesse pela pesquisa surge de nossa preocupação própria, em contrair doenças infecciosas e mentais por atuação no ambiente propício a essa exposição, contribuindo de forma significativa, estabelecendo informações que acompanham a revisão de condutas referentes ao controle de esquemas de vacinas, pelos acadêmicos, assim como revelar por conhecimento de sinais e causas de fatores que constituem o quadro inicial de distúrbios mentais, para a população definida no estudo, favorecendo a outras especialidades que compõe os grupos multiprofissionais de saúde, estendendo-se a comunidade de forma geral por consequência.

Por tanto, resolvemos apresentar com o estudo de campo com objetivo de descrever características de populações e de fenômenos, com ênfase na profundidade e não na precisão, direcionado a população de acadêmicos dos cursos de Fisioterapia e Educação Física, por estarem as duas especialidades incluídas nos grupos multiprofissionais, realizando seu estágio no mesmo

ambiente, suscetíveis aos mesmos fatores descritos como precursores e transmissores das doenças descritas.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Saúde mental

O desenvolvimento do capítulo, é parte integrante do estudo que traz como tema central, “Vacinação e Saúde Mental de acadêmicos dos cursos de Fisioterapia e Educação Física” pertencentes a instituições públicas e privadas, diante das novas propostas de atuação principalmente para os Profissionais de educação física que recebem o reconhecimento do Ministério do Trabalho (MT) para serem incluídos nos grupos de profissionais da área de saúde, embora extraoficialmente já ocorresse a atuação de profissionais, oriundo dos cursos de Educação Física, com especialidade no seguimento de acompanhamento, aos processos de reabilitação de indivíduos em estado de recuperação cirúrgica e lesões esportivas, ou de acidentes automobilísticos ou domésticos.

Entre tantas essas participações ganha reconhecimento pela expansão no campo de atuação da Educação Física, que além da participação em clínicas de reabilitação, ganham os centros de saúde sendo incluídos nos grupos multiprofissionais dos Programas de Saúde da Família (PSF), entre outros. Essa atuação de Profissionais de Educação Física paralelamente aos Fisioterapeutas vem favorecer a nossa pesquisa que se encontra inserida na área de Saúde Pública, motivada pelos recentes eventos que envolvem a exposição deste grupo de profissionais. Na pesquisa questionamos as condutas e os procedimentos que esses profissionais, adotam para a proteção e imunização, por lidarem diretamente com o público, fazendo desta intervenção o “atendimento direto”, a sua maior atividade profissional.

O capítulo aborda a saúde mental e destacam em seus tópicos, aspectos sobre a Depressão, Ansiedade entre outros distúrbios que fazem parte dos registros de síndromes que afetam os profissionais da área de saúde e que, nesse estudo, trouxeram as duas especialidades Fisioterapia e Educação Física, como em toda pesquisa buscamos fornecer contribuições, para estudos futuros pelo aprofundamento, sendo esses alguns dos objetivos, vir a produzir informação de qualidade, para o público acadêmico que tão logo ou até já, iniciaram essa jornada profissional.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), "A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade" essa

definição, de 1946, foi inovadora e ambiciosa, pois, em vez de oferecer um conceito inapropriado de saúde, expandiu a noção incluindo aspectos físicos, mentais e sociais. (OMS, 2002).

Apesar das intenções positivas pressupostas nessa definição, ela tem recebido intensa crítica ao longo de seus 60 anos de existência. Isso se deve especialmente ao fato de que é proposto um significado irreal, em que as limitações humanas e ambientais fariam a condição de "completo bem-estar" impossível de ser atingida. Decorrentes das críticas ao conceito da OMS e somadas aos vários eventos políticos e econômicos, surgiram às discussões sobre um novo paradigma, a saúde como produção social.

Essa nova visão constitui-se da combinação das abordagens da medicina preventiva e da saúde integrativa, da expansão do conceito de educação em saúde e da rejeição da abordagem higienista. Seguindo propostas de reforma do Sistema de Saúde brasileiro (SUS-BR), o conceito de saúde foi formalmente revisitado e influenciado por experiências internacionais envolvendo políticas de saúde, como discutido principalmente na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CONAS), em 1986. Naquela ocasião foi sugerido que a saúde incluísse fatores como dieta, educação, trabalho, situação de moradia, renda e acesso a serviços de saúde.

Como resultado, o conceito brasileiro de saúde começou a ser entendido de forma mais complexa, considerando os princípios de universalidade, integralidade e equidade no cuidado à saúde. Esses princípios, contudo, coexistem com abordagens claramente ligadas à antiga visão.

A definição de saúde da OMS está ultrapassada porque ainda faz destaque entre o físico, o mental e o social. Mesmo a expressão "medicina psicossomática", encontra-se superada, eis que, graças à vivência psicanalítica, percebe-se a inexistência de uma clivagem entre mente e soma, sendo o social também interagente, de forma nem sempre muito clara, com os dois aspectos mencionados. (SAGRES e FERRAZ, 1997, p. 540)

O termo 'bem-estar', presente na definição da OMS, é um componente tanto do conceito de saúde, quanto de saúde mental, é entendido como um constructo de natureza subjetiva, fortemente influenciado pela cultura. A OMS define saúde mental como "um estado de bem-estar no qual um indivíduo percebe suas próprias habilidades, pode lidar com os estresses cotidianos, pode trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir para sua comunidade".

Quando se fala em "bem-estar" já se englobam todos os fatores que sobre ele influem: ou não está já suficientemente "sentido"

pessoalmente, e descrito em outras pessoas, que o infarto, a úlcera péptica, a colite irritativa, a asma brônquica, e até mesmo o câncer guardam profundos vínculos com os estados afetivos dos sujeitos? (a escolha do termo “sujeitos” e não “objetos” ou “vítimas”, dessas situações é propositada, no sentido de introduzir a ideia de ser a “doença somática” apenas uma “via a mais” para externar a turbulência afetiva, tendo sido essa via inconscientemente buscada pelo sujeito, incapaz de harmonizar os seus conflitos interiores). (SAGRES e FERRAZ, 1997, p. 540)

Definições de saúde mental é objeto de diversos saberes, porém, prevalece um discurso psiquiátrico que a entende como oposta à loucura, denotando que pessoas com diagnósticos de transtornos mentais não podem ter nenhum grau de saúde mental, bem-estar ou qualidade de vida, como se suas crises ou sintomas fossem contínuos. Porém nos anos 1960, o psiquiatra italiano Franco Basaglia propôs uma reformulação no conceito de loucura, mudando o foco da doença e expandindo-o com questões de cidadania e inclusão social. Tal ideia ganhou adeptos e acendeu um movimento que influenciou o conceito de saúde mental no Brasil e resultou na Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB).

Com as experiências e reflexões de Franco Basaglia no norte da Itália, o conceito de Reforma Psiquiátrica sofre uma radical transformação. Ao invés da reforma do hospital psiquiátrico como um espaço de reclusão e não de cuidado e terapêutica, postula-se a sua própria negação. Em outras palavras, enquanto espaço de mortificação, lugar zero das trocas sociais, o hospital psiquiátrico passa a ser denunciado como manicômio, que se pauta na tutela, na custódia e na gestão de seus internos. Argumenta-se hoje que, assim como a psiquiatria cria paradigmas tais como alienação, degeneração ou ainda doença mental e advoga uma incapacidade de juízo, de razão, de participação social do louco, ela constrói como projeto terapêutico nada mais que um espaço de exclusão: o manicômio. Dessa forma, o ideal de uma Reforma Psiquiátrica, após Basaglia, seria uma sociedade sem manicômios, isto é, uma sociedade capaz de abrigar os loucos, os portadores de sofrimento mental, os diferentes, os divergentes, uma sociedade de inclusão e solidariedade! (AMARANTE, 2018, p. 4).

Frente ao exposto, entende-se que há dois paradigmas principais para discussão dos conceitos de saúde e saúde mental, ou seja, o paradigma biomédico e o da produção social de saúde. No primeiro, o foco é exclusivamente na doença e em suas manifestações, a loucura como sendo essencialmente o objeto de estudo da psiquiatria. No segundo, a saúde é mais complexa que as manifestações das doenças e inclui aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais. “Neste paradigma, loucura é muito mais que um diagnóstico psiquiátrico, pois os pacientes com um transtorno

psiquiátrico podem ter qualidade de vida, participar da comunidade, trabalhar e desenvolver seus potenciais”. (GAINO, 2018)

No Brasil, o processo de Reforma Psiquiátrica é iniciado no final dos anos 70, a partir do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental. A Reforma Psiquiátrica como “processo político e social complexo” é formada por um conjunto de atores e instituições: gestores, trabalhadores, usuários, familiares, movimentos sociais, docentes, pesquisadores e estudantes. “Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.” <http://www.ccs.saude.gov.br>, acesso: 20 março 2019.

Com a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de saúde estratégicos para a Reforma Psiquiátrica. Têm caráter aberto e comunitário, constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar; realizam, prioritariamente, atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas sejam em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial.

Nessa perspectiva, o CAPS é um lugar comunitário que atua nos territórios, compreendidos não apenas como espaços geográficos, mas territórios de pessoas, de instituições, dos cenários nos quais se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. É um lugar de referência e de cuidado promotor de vida que tem a missão de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e de suas famílias. São serviços substitutivos ao modelo asilar e apresentam diferentes modalidades de acordo com o porte e abrangência populacional: CAPS I, II e III, sendo que o CAPS III funciona 24 horas por dia, os 7 dias da semana. O CAPS ad e CAPS ad III atendem especificamente as pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e os CAPS i (CAPS Infantil) são responsáveis pela atenção em saúde mental para infância e juventude. (BRASIL, 2001)

O conceito de saúde tende a se confundir com o conceito de frequência. Há uma aproximação entre saúde e normalidade e a construção de instrumentos de medição que atribuem parâmetros “científicos” que vão definir este intervalo. Estes instrumentos na maioria das vezes são escalas construídas a partir de questionários sobre o problema em questão. As respostas que têm mais frequência são consideradas o padrão de normalidade e o “anormal” situa-se nas bordas da curva de normalidade. Esta lógica de construção faz com que qualquer expressão diferente ou discordante das respostas mais frequentes, seja considerada “patológica” o que não é necessariamente verdade.

A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental, assegura os direitos e a proteção das pessoas com transtorno mental, sem qualquer forma de discriminação; reconhece a responsabilidade do Estado para com a assistência aos portadores de transtornos mentais e define os princípios e as diretrizes fundamentais para a implementação da política pública de saúde mental. A aprovação dessa Lei é o resultado de uma construção árdua de inúmeros profissionais da área da saúde e da sociedade civil organizada, em particular do movimento de luta antimanicomial. Na atualidade, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de acordo com a Portaria GM/MS nº 3.088, de dezembro de 2011, tem como finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre as principais diretrizes da RAPS, é importante destacar:

- Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- Combate a estigmas e preconceitos;
- Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- Desenvolvimento de atividades no território que favoreçam a inclusão social para a promoção de autonomia e o exercício da cidadania;
- Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto - terapêutico singular. (BRASIL, 2005).

Dentre os desafios da Reforma há consenso sobre a necessidade de a sociedade conviver de forma mais harmônica com os diferentes e o reconhecimento das potencialidades dessas pessoas, que não estão à margem do projeto de Nação, que têm capacidade de trabalhar e de produzir. Nos últimos anos, tem ocorrido a valorização, por mérito, de diversas expressões culturais e artísticas de portadores de transtornos mentais. Em todo o País, é possível encontrar artistas usuários de serviços de Saúde Mental produzindo, pintando, gravando, escrevendo, expondo e se expondo, orgulhosos de seus dons e valores. Comercializam telas, livros e CD, o que é, provavelmente, uma segura manifestação de cidadania e pertencimento a esse mundo do mercado que compra e vende arte. “Infelizmente a sociedade ainda está longe do consenso sobre essas práticas e valores, mas não há como negar que essa é uma tendência que vem se tornando hegemônica”. (ALVES, 2018 p. 8).

2.1. 2 Depressão

Atualmente a Depressão Humana representa um desafio substancial para a Saúde Pública mundial, sendo considerado um transtorno mental comum, que resulta de uma complexa interação de fatores sociais, psicológicos e biológicos, caracterizada por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimento de culpa ou baixa autoestima, distúrbios do sono ou do apetite,

sensação de cansaço e falta de concentração. Apresenta-se com potencial para limitar e ou diminuir as capacidades funcionais dos indivíduos, as relações sociais e a capacidade de gerenciamento das responsabilidades diárias, podendo chegar ao suicídio na sua forma mais grave.

Por análise sobre a organização da personalidade Borderline: extraída do artigo *Psicoterapia Psicodinâmica com organização Borderline de personalidade e sua relação com o estado de depressão*.

Grande parte dos autores descreve o fenômeno Borderline como um estado de psiquismo da personalidade, localizado no limite/fronreira entre a neurose e a psicose. Atualmente, muitos preferem considerá-lo como uma estrutura/organização, contendo suas próprias características (ZIMERMAN, 2004). A fixação do desenvolvimento dos pacientes Borderline ocorreria durante a fase de separação-individuação, uma vez que a estrutura de personalidade patológica dos pais neste momento, não possibilitaria uma relação suficientemente boa, com trocas afetivas. Desta forma, existiria uma negação das diferenças entre o self e o objeto, mas não a negação da separação (KERNBERG, 1966, 1967, 1968 *apud* ROMARO, 2000).

Outro autor descreve o ambiente familiar incluindo como um dos locais que predispõe a chamada patologia de Borderline, e enumera os fatores encontrados nesse ambiente, para ROMARO 2000:

O ambiente familiar é considerado como um dos possíveis fatores predisponentes à patologia Borderline. Famílias em que há predominância de dificuldades conjugais, de hostilidade, agressividade, brigas recorrentes, quadro de alcoolismo, entre outros. São relações objetais, normalmente caóticas, sendo uma consequência direta da difusão de identidade e da predominância dos mecanismos de defesa primitivos. Com pouca condição para uma percepção realística do outro, que se torna cada vez mais distorcida, o paciente com organização Borderline de personalidade deixa de adquirir e alempatia (KERNBERG. 1991, 1995).

Dentro de uma perspectiva que defendem o desenvolvimento dos problemas mentais dentro de uma escala progressiva, e atribuem ao momento de transtorno como gatilhos para os quadros depressivos. A angústia depressiva diz respeito ao passado e ao futuro concomitantemente e ocorre devido à possibilidade de não mais ter o objeto ao seu lado, porém, ao mesmo tempo, luta contra sua proximidade (BERGERET, 1998).

Permanecem em um estágio em que não há lugar para um terceiro. Estabelecem relações simbióticas e, com a ausência do outro, são desencadeados sentimentos de fragmentação, trazendo a necessidade de sentir-se contido, o que demonstra ausência de um objeto interno bom/protetor (SCHESTATSKY, 2005, *apud* DAMIANI, 2020).

Estima-se que a depressão afeta 350 milhões de pessoas no mundo, e quase um milhão de pessoas cometem suicídio em decorrência dela. No Brasil, a depressão tornou-se problema de Saúde Pública, por apresentar alta prevalência da população geral, entre 3% a 11%, e pelo impacto produzido no cotidiano dos indivíduos (FLECK et al, 2003). “É um dos sofrimentos mentais mais representativos e de grande desafio para os profissionais da saúde, no que se referem ao seu diagnóstico, formas de tratamento e à prescrição de medicamentos antidepressivos”. (HERNÁEZ, 2006).

O Brasil tem números alarmantes de indivíduos com depressão e transtornos de ansiedade, que tem o dia dez (10) de outubro como, Dia Mundial da Saúde Mental, acende um alerta, principalmente se for considerado que os casos de suicídio têm subido no País. Dados da OMS mostram que 5,8% dos brasileiros (cerca de 12 milhões de pessoas) sofrem de depressão. É a maior taxa da América Latina e a segunda maior das Américas, atrás apenas dos Estados Unidos. Estima-se que entre 20% e 25% da população teve, tem ou terá depressão, sendo essa a doença psiquiátrica com maior prevalência no Brasil. (Brasil, 2019).

Com base na Classificação Internacional de Doenças (CID-10, 2007), a depressão pode ser classificada em leve, moderada e grave, e, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV, 2002) apresenta-se como episódio depressivo maior e transtorno depressivo maior. Os cuidados à saúde dos indivíduos em sofrimento mental devem preferencialmente ser compreendidos de forma globalizada, considerando as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e culturais.

Nesse sentido, os tratamentos não devem se limitar ao uso exclusivo de psicofármacos; concomitante às orientações profissionais, deve-se proporcionar possibilidades de conscientização de mudanças no estilo de vida e oferecer-lhes oportunidades de participação em psicoterapias de apoio. “tais como terapia interpessoal, comportamental, cognitiva, de grupo, de casais e de família, de acordo com o seu caso, no sentido de estimular-lhes a motivação pessoal e a capacidade de reflexão sobre o processo saúde-doença” (MCINTYRE et al, 2002). Em relação ao ano anterior, o aumento foi de 16,8%. Menosprezar doenças psiquiátricas e, conseqüentemente, o tratamento contribui para o aumento de casos de suicídio, observa o

médico psiquiatra Antônio Geraldo da Silva, presidente da APAL (Associação Psiquiátrica da América Latina) e diretor da Associação Brasileira de Psiquiatria. “Depressão é uma doença como qualquer outra, como diabetes, hipertensão, pneumonia... portanto, pode acometer qualquer pessoa em qualquer idade.” Silva afirma que, apesar dos avanços da medicina e das terapias para tratar doenças psiquiátricas, “ainda existe muito preconceito”. “Ninguém fala para uma pessoa com câncer deixar a doença de lado, mas há quem fale isso para quem sofre de depressão, o que é um erro”, completa. O psiquiatra explica existem componentes genéticos ligados ao desenvolvimento de doenças psiquiátricas, mas que também os fatores estressantes estão mais presentes na sociedade de hoje. “Está se diagnosticando mais, e nós temos mais fatores que estão desencadeando mais quadros psiquiátricos naqueles que têm tendência genética.” Por outro lado, acrescentam, os tratamentos evoluíram consideravelmente nas últimas décadas. “Hoje, a gente tem não só medicamentos, mas psicoterapias que têm uma melhor resposta do que há 50 anos. [...] Quando faz uma intervenção precoce, há chance de tratar e nunca mais ter [a doença] na vida”, conclui (SILVA. 2019)

Aníbal e Romano (2017), mostram que a maior incidência é em mulheres. E que a caracterização dos principais sintomas nos pacientes são: tristeza, perda de interesse e prazer, sentimento de culpa, baixo autoestima, distúrbios do sono, apetite, fadiga e falta de concentração. Aponta a atividade física como uma forma de tratamento paliativo para o tratamento da depressão, mas reiteram que essa intervenção não exclui as terapias convencionais, embora seja apontada por muitos pesquisadores como uma forma segura e equivalente à psicoterapia em níveis de eficácia, mas sem o desconforto dos efeitos colaterais dos remédios utilizados muitas vezes no tratamento da depressão e principalmente no custo deles.

Andrade (2011; p. 15, apud Sadock 2007), nos diz que há o tratamento chamado terapia psicossocial, que é visto também como um tratamento eficaz para o transtorno depressivo maior. Há três tipos de psicoterapia de curto prazo: terapia cognitiva, terapia interpessoal e terapia comportamental. Segundo Del Porto (1999, apud Andrade 2011) a depressão como sintoma

pode surgir no mais variado caso tal como: transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas etc., ou ainda pode advir de situações estressantes ou circunstâncias sociais e econômicas adversas. Andrade (2011, apud Sadock, 2007); Diz que:

A idade média de início do transtorno depressivo maior é de 40 anos, com 50% de todos os pacientes tendo o início entre 20 e 50 anos. O transtorno depressivo maior também pode iniciar na infância ou em idade avançada. Dados epidemiológicos recentes sugerem que sua incidência pode estar aumentando entre pessoas com menos de 20 anos de idade. Isso pode estar relacionado ao aumento do uso de álcool e drogas nesse grupo.

Andrade (2011, apud Andrade, 2002) afirma que há diferenças consideráveis entre homens e mulheres na idade adulta no que se refere aos transtornos mentais, uma vez que a mulher é mais vulnerável a sintomas ansiosos e depressivos que geralmente são associados ao período reprodutivo. A depressão acaba sendo a doença que mais causa incapacitação nas mulheres, seja em países desenvolvidos ou em desenvolvimento. Há um aspecto epidemiológico que deve ser levado em consideração, que é a maior prevalência de depressão em mulheres do que em homens, fato revelado através da aplicação de diversos instrumentos de avaliação e critérios diagnósticos operacionais feitos em diversas partes do mundo. As taxas de prevalência em mulheres e homens variam, mas com uma média de 2 mulheres para cada homem.

Quanto aos tratamentos, o farmacológico e as psicoterapias são os mais comuns e a prática de atividades físicas são consideradas um importante recurso para o reestabelecimento da saúde mental. Nesse trabalho, nosso interesse recai sobre essa última. Aníbal e Romano (2017), “dizem que a atividade física auxilia no tratamento da depressão e destacam os diferentes tipos de benefícios, tais como os anatômicos, os relativos ao sistema nervoso, os cardiorrespiratórios, melhoria da capacidade física e psicológica”.

Os benefícios anatômicos são a regulação do peso corporal, melhora postural, além de uma melhora do equilíbrio corporal, podemos também citar benefícios fisiológicos, como a otimização do uso de substratos energéticos pelos tecidos. Quanto ao sistema nervoso é observado uma maior utilização de lipídeos, melhor regulação da glicose, além de relações hormonais e enzimáticas positivas. Em relação aos benefícios cardiorrespiratórios e cardiovasculares (melhora da capacidade aeróbia e VO₂ máx, aumento do débito cardíaco e volume de sangue, otimização da circulação sanguínea), preventivos de doenças relacionadas ao sedentarismo e a obesidade, melhora do sistema imunológico, Quanto as capacidades físicas

existem; um aumento da força muscular, um fortalecimento das articulações, melhora do condicionamento físico, e conseqüentemente uma melhora no desempenho nas atividades de vida diária. Por fim além destes benefícios que são gerais para indivíduos que praticam atividade física, podemos destacar benefícios mais específicos para os indivíduos que se encontram em depressão, melhora de autoestima, do humor e do bem-estar psicológico, distração, diminuição de pensamentos negativos, aumento de convivência e interação social. (GONÇALVES, 2018).

Existe várias hipóteses para a depressão: biológicas, e psicológicas e suas manifestações complexas subjetivas, psíquicas, emocional, física, comportamental e ambiental da doença. Pela psicanálise, teoria criada por *sigmund freud*, o luto é um fator relevante para desencadear a depressão, podendo ser interpretado por perda de pessoas e objetos de forma simbólica. Freud classifica a depressão como a forma psíquica de reação a perda. O luto definido “como o espaço paradigmático por excelência da vivência e da elaboração das situações de perda e de frustração”. Para essa hipótese, a melancolia é uma psicopatologia muito presente aos sinais e sintomas.

A teoria cognitiva, mostra que ocorre distorção em nossas percepções e processamento de informações de pensamentos, fazendo com que tenha reações, humor e pensamentos negativos. Tornando tudo que a pessoa pensar ocorra sempre o pior cenário, tende sempre a ter julgamentos negativos antes de a situação ocorrer, mesmo que tal situação seja pouco provável.

A teoria comportamental, que está relacionando o desamparo aprendido (estímulos aversivos, dolorosos e desagradáveis) e a falta de estímulos de comportamento desejável reduz a adaptação da pessoa ao ambiente e comportamentos normais. A tendência é que demonstre comportamentos indesejáveis, sofrimento, impotência e dor física.

A teoria interpessoal, mostra a forma como o indivíduo se adapta a situações conflituosas, luto ou situações negativas de grande impacto na vida. Demonstrando grande insatisfação e dificuldade que está lidando com a situação, servindo como espectro essencial a importância negativa que impondo.

A teoria das habilidades sociais expõe a depressão em pessoas com baixo repertório em habilidades sociais. Principalmente em eventos importantes na vida do indivíduo. A forma como interage pode ser treinada como forma de prevenção e têm ganhado de recompensa social, diminuição de estresse,

punições interpessoais e diminuição de tristeza. Existe relação entre depressão e habilidades sociais. A depressão como determinante para o déficit de habilidades sociais, e as habilidades sociais como fator de risco para a depressão na presença de fatores estressores.

A literatura considera como fatores de risco para o aparecimento da depressão: “sexo, hereditariedade, idade, etnia, perda parental na primeira infância, doenças infecciosas, pais superproteções, duração de pelo menos duas semanas e dificuldade em continuar suas atividades diárias”. (CAMPOS, Fagner; FEITOSA, Fabio. 2018).

2.1.3 Ansiedade

Em seguida, abordagem buscou descrever a ansiedade, que afeta 9,3% dos brasileiros (cerca de 19,4 milhões), e faz com que o Brasil ocupe o primeiro lugar da lista de países mais ansiosos do mundo. Os transtornos ansiosos incluem fobia, transtorno obsessivo-compulsivo estresse pós-traumático e ataques de pânico. O suicídio é a terceira principal causa externa de mortes no Brasil (atrás de acidentes e agressões), com 12,5 mil casos em 2017, segundo o Ministério da Saúde.

No que diz respeito à “Ansiedade” o termo refere-se a um estado emocional negativo associado à falta de um objeto específico, como por exemplo, pensar sobre a morte pode desencadear ansiedades amorfas e não especificadas devido ao carácter desconhecido que a qualifica. Sendo a ansiedade um estado emocional que provém de um medo que é real ou imaginado, fácil é de racionalizar a normalidade de se sentir medo e ansiedade face à morte tendo em conta que, por um lado, a morte é a única certeza da vida e que todos os organismos vivos morrem; e que, por outro lado, o ser humano, tal como já foi referido, tem a capacidade cognitiva de se aperceber da inevitabilidade da morte e de recear o que poderá vir após a morte. E, na maioria dos casos, essa capacidade cognitiva evoca imagens negativas e perturbadoras que evocam sentimentos de medo e ansiedade (REBELO, 2004, apud CAMPELOS, 2006, p.20 - 21).

Destacamos entre os profissionais de saúde um grupo que inclui enfermeiro(a) que cuida de doentes terminais terá que ter presente uma motivação especial no entanto, em consequência das situações com que muitas vezes se defrontam, estes profissionais desenvolvem reações de stress, bem como sentimentos emocionais de impotência, culpa, frustração, medo, ansiedade, angústia, insegurança, revolta ou embaraço, assim como perturbações somáticas, à medida que são confrontados com a realidade do sofrimento, da morte e da doença terminal. Esta opinião é partilhada por

(GOMES, 1992, apud CAMPELOS, 2006, p. 39) “que para além destas reações considera que podem, igualmente, surgir alguns comportamentos e atitudes, como: dificuldade de concentração, fadiga, agressividade, sinais de desmotivação, absentismo, desejo de mudança de serviço, comportamentos de fuga, comportamentos aditivos e conflitos familiares”.

“Embora este tipo de sintomas seja fácil de serem encontrados nos profissionais de saúde, há que salientar que não se instalam de um momento para o outro”. Segundo Edelwich e Brodsky citados por (DUBREUCQ 1989, apud CAMPELOS, 2006, p. 40), esta sintomatologia pode manifestar-se num processo constituído por várias fases, que apresentamos no quadro a seguir:

Quadro 1 - Fases da sintomatologia encontradas em profissionais de saúde

FASE	CARACTERISTICAS
Primeira fase	Caracteriza-se por um entusiasmo idealista exagerado, que é mais frequente nos jovens recém-licenciados, embora se possa verificar noutros momentos da vida profissional; é um período em que há muitas esperanças, quase irreais, em que as expectativas são muito elevadas; a pessoa despende energia em muitas tarefas, levando-as a bom termo, a ponto de inquietar os que o rodeiam por considerarem exagerado;
Segunda Fase	A eficácia começa a marcar passo e surgem os primeiros sinais de fadiga; marcada pela estagnação a pessoa começa a sentir-se vazia e apesar dos esforços o rendimento diminui; a profissão, que parecia realizar a pessoa, já não oferece tanta satisfação; em consequência surgem as primeiras queixas psicossomáticas e a tentativa de remedeio;
Terceira fase	Surge o sentimento de frustração; afinal a realidade não é tão gratificante como se tinha esperado; surgem as interrogações sobre a eficiência e utilidade da profissão; o enfermeiro não avança nos seus empreendimentos e torna-se irritável, apresentando perturbações somáticas e emocionais;
Quarta fase	Caracteriza-se pela apatia; deslocar-se para o trabalho torna-se uma obrigação pesada, à qual não se pode fugir nem que seja apenas por razões económicas; doravante procura fazer o menos possível e vai desenvolvendo resistência à mudança, ou seja, tudo o que possa vir ameaçar uma rotina segura é cuidadosamente mantido à distância; nesta fase já nada funciona bem, nem o trabalho, nem a vida pessoal, nem tão pouco a saúde.

FONTE: “Ansiedade e medo da morte nos profissionais de saúde”, 2006, p. 41.

Ainda contando com o suporte teórico da pesquisa referendada, apresentamos o desdobramento do estudo, que revela pela escala de manifestações de ansiedade de denominada de escala de progressão e crescimento esquemático da forma como estes profissionais enfrentam a

situação. Esta escala compreende cinco estádios, a seguir identificados e explicados: Harper (*cit in* Rodrigues, 1999, apud CAMPELOS, 2006, p. 41).

Quadro 2 - Escala de Progressão e Crescimento Esquemático

ESTÁDIO	IDENTIFICAÇÃO
Estádio I	<i>Intelectualização – Conhecimento e ansiedade:</i> na primeira experiência do enfermeiro face ao doente terminal, este focaliza a sua atenção sobre os conhecimentos de índole profissional e factual, ou sobre assuntos de carácter filosófico; nesta fase os contactos com os doentes terminais tendem a ser superficiais e impessoais; a morte é ainda inaceitável para o enfermeiro, então surgem períodos de grande ansiedade, na medida em que tenta resolver as suas inquietações pela compreensão do meio ambiente, das políticas e dos procedimentos específicos;
Estádio II	<i>Sobrevivência emocional – Trauma:</i> neste estágio o enfermeiro tende a sentir-se frustrado e culpado, pois enfrenta a realidade da morte final e inevitável dos seus doentes, passando a enfrentar o espectro da sua própria morte; ao compreender que o sofrimento dos doentes e a sua própria morte são inevitáveis, transita de uma fase de intelectualização para uma fase de envolvimento emocional;
Estádio III	<i>Depressão – Dor, desgosto e pesar:</i> é o principal estágio, na medida em que permite, ou não, a resolução dos conflitos e a progressão ou a egressão no processo de “adaptação”; o enfermeiro ou aceita o desenrolar da evolução terminal e a inevitabilidade da morte, ou tem de abandonar a instituição ou o serviço por inadaptação; a aceitação provém de um período de dor e de pesar;
Estádio IV	<i>Desenlace emocional – Moderação, adaptação e acomodação:</i> este estágio é marcado por uma sensação de liberdade emocional, já que o enfermeiro já não se identifica com os sintomas do doente e não apresenta sinais de depressão, ou preocupação com a sua própria saúde ou morte física; isto não significa que não sinta dor psicológica, ou pesar, quando cuida de doentes terminais; pelo contrário, ele é capaz de demonstrar empatia, em vez de simpatia, pois ele agora já consegue ver o mundo através dos olhos do doente, em vez de o intelectualizar pelos seus próprios olhos;
Estádio V	<i>Compreensão profunda, auto-realização, auto-capacidade e actualização:</i> este estágio constitui o culminar dos anteriores; o enfermeiro desenvolveu as suas capacidades de encarar a situação; ele já consegue relacionar-se com o doente terminal, de uma forma profunda, numa perspectiva de completa aceitação da sua morte; a sua preocupação está canalizada para uma vertente humana e profissional das necessidades.

FONTE: “Ansiedade e medo da morte nos profissionais de saúde”, 2006, p. 41, 42.

2.1.4 O quadro de ansiedade, dentro dos grupos de atuação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

O Programa de saúde comunitária é um núcleo que reúne os profissionais da área de saúde, pelo objetivo comum atendimento a famílias das comunidades dos bairros do entorno do centro, analisados nesse estudo de referência entre outros aspectos, o estado de ansiedade dos profissionais pertencentes ao grupo do PSCS, os Agentes Comunitário de Saúde (ACS), integrantes da equipe de saúde da família, que atua como elo entre as necessidades de saúde das pessoas e o que pode ser feito para a melhoria das condições de vida da comunidade local, e nessa atuação são expostos a vários fatores que vem a contribuir para o desencadeamento e manifestação dos estados de ansiedade, e que na maioria das vezes, não são identificados e tratados, o que contribuí para evolução ao quadro de depressão ou até outras patologias mais graves.

O ACS representa um segmento efetivo do trabalho em saúde e se tornou um novo ator político, devido à expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), nova denominação do Programa Saúde da Família (PSF), cuja intenção é levar a equipe de serviços de saúde para ações diretas na comunidade, envolvendo os diversos profissionais com uma atenção de qualidade aos usuários do programa. Segundo Wai, a ESF é apresentada como política pública, desenvolvida para promover mudanças no atual modelo de assistência à saúde do país, colocando em prática os princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS), entre eles: integralidade da assistência, universalidade, equidade, participação e controle social, intersetorialidade, resolutividade, saúde como direito e humanização do atendimento. (RESENDE et al, 2009, p. 2116)

Neste mesmo teatro de ações de saúde e educação, comunitárias atuam também os Profissionais e acadêmicos dos cursos da área de saúde, incluindo os dos cursos de Fisioterapia e Educação Física, que de certa forma, se expõem por envolvimento com problemas e dificuldades do ambiente de atendimento, que trazem questões com respostas e ações altamente complexas, fornecendo uma carga psicológica, intensa, que requer a ajuda profissional, para neutralização. Uma das medidas de prevenção, assim como e realizada no caso da imunização por vacinas, e a utilização da informação para produzir o conhecimento dos limites de suas participações, o que vem a contribuir contra-ataques, dos fatores, desencadeante de ansiedade.

Menegolla *et al.* descrevem que as maiores dificuldades encontradas pelos ACS no seu dia a dia são: a falta de entendimento da população quanto ao seu trabalho; o número elevado de pessoas da comunidade a serem atendidas; o medo; as limitações quanto à resolutividade dos problemas da comunidade; a falta de organização, de companheirismo e de coleguismo da equipe multidisciplinar; e a negativa de alguns profissionais da equipe em realizar a visita

domiciliar. Para Broock Neto *et al*, o trabalho dos ACS ganha o reconhecimento dos membros da comunidade, que são conscientes do trabalho que os agentes levam a zonas isoladas, aonde não chega ninguém de outra instituição e falta ainda definir algumas regras como formação, função e autonomia, inclusive revendo a contratação temporária que causa instabilidade e insegurança diante do futuro. (RESENDE *et al*, 2009, p. 2117)

Os eventos estressantes podem ser encontrados no local de trabalho ou estar ligados a assuntos pessoais e do meio ambiente, em sentido mais amplo. No primeiro caso, constituem exemplos às pressões de tempo, os conflitos Inter e intrapessoais, os aspectos físicos negativos do local de trabalho; no segundo, as preocupações financeiras, os problemas com os filhos, os problemas conjugais, as preocupações de saúde, em relação ao meio ambiente, ao local onde a pessoa reside. Entretanto, deve-se ressaltar que as pessoas têm diferentes níveis de tolerância a situações estressantes. Algumas são perturbadas por pequenas mudanças ou emergências, outras são afetadas apenas por estressores de maior magnitude ou quando a exposição a eles é muito prolongada.

McLean, citado por Savoia, sugere, no entanto, que pequenos eventos do dia a dia (microestressores) podem agir de maneira cumulativa e transformar-se em grandes fontes de estresse. Tudo irá depender de como a pessoa encara esses eventos e lida com eles. Uma relação satisfatória com a atividade de trabalho é fundamental para o desenvolvimento nas diferentes áreas da vida humana, e essa relação depende, em grande escala, dos suportes afetivos e sociais que os indivíduos recebem durante seu percurso profissional. O suporte afetivo provém do relacionamento com pessoas com as quais é possível compartilhar preocupações, amarguras e esperanças, de modo que sua presença possa trazer sentimentos de segurança, conforto e confiança. O suporte social aplica-se ao quadro de relações gerais que se estabelecem, naturalmente, entre colegas de trabalho, vizinhos e conhecidos, o que também pode favorecer o. **Anais [...]** (CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA, 2011).

2. 2. Transtornos Mentais

Neste capítulo trataremos dos Transtornos Mentais (TM), destacando para o desenvolvimento de nossa pesquisa que traz como tema “Vacinação e Saúde Mental de Acadêmicos dos Cursos de Fisioterapia e Educação Física” os TM mais comuns (TMC), manifestados dentro da comunidade que inclui em equipes multiprofissionais, as especialidades reconhecidas pelo Ministério do Trabalho (MT), como profissionais da área de saúde.

Desenvolvemos a abordagem discorrendo em relação harmônica entre o diálogo do pesquisador, com vasto acervo literário científico, que trata e expõe

o tema com muita propriedade, referindo-se ao ambiente de trabalho e as consequências da atividade laboral, potencializadas pelos fatores intrínsecos característicos e individuais de cada profissional, como fatores precursores para a manifestação e desenvolvimento da patologia.

Entre tanto, apresentamos mais uma pesquisa que tem por objetivo acender a luz do conhecimento, para contribuição de reconhecimento, tão logo se manifeste, por sinais, proporcionando uma ação profilática para alguns casos, e de prontidão em outros, evitando o agravamento de casos, que a cada momento aumentam seus números estatísticos. O acometimento provoca o afastamento de profissionais e (em raros casos), causa impossibilidade definitiva de atuação do profissional, na área específica, do atendimento em locais propícios a exposição de fatores, que destacamos como causas preliminares para a instalação do quadro.

Esses transtornos podem ser causados por diversos fatores, destacando-se aqueles relacionados ao ambiente profissional, como baixo nível de controle sobre o próprio trabalho, elevadas demandas psicológicas e baixo apoio social. Os transtornos mentais relacionados ao trabalho têm sido considerados problema de saúde pública em função de sua alta prevalência em profissionais e de suas consequências – como o absenteísmo, incapacidades para o trabalho e aposentadoria precoce. Apesar de serem prevalentes entre os trabalhadores, esses transtornos não são reconhecidos com frequência nos atendimentos clínicos, sendo subdimensionados. Setores em que há demandas psicossociais muito elevadas devido às características estressantes do tipo de trabalho realizado – como na área da saúde –, os trabalhadores estão mais vulneráveis ao adoecimento psíquico e sofrimento. (CARVALHO; ARAÚJO; BERNARDES, 2016, p.2).

Reservamos os cuidados para abordagem, observando a complexidade dos tópicos apresentados, propondo uma invasão pelo estudo em área muito peculiar aos trabalhos desenvolvidos, por especialidades ligadas diretamente ao estudo e compreensão de área da psicopatologia, na ordem descrevemos seguindo o método de abordagem descritiva analítica. Buscando expressar o conhecimento do assunto e a capacidade de sintetizar, contribuindo na fundamentação teórica do trabalho de dissertação, que inclui: 1 - O Transtorno Mental Comum (TMC); 2 – Transtorno de Deficit/Hiperatividade (TDAH); Síndrome de *Burnolt* (SB) e finalizando 4 – Suicídio, seguindo uma sequência de relação evolutiva entre as patologias, fornecendo o proposto, para a identificação dos sinais, evitando sem precipitação, a intervenção profilática para coibir a progressão entre as patologias.

2.2.1 Transtornos Mentais Comuns (TMC)

Os transtornos mentais comuns (TMC) compreendem sintomas como insônia, fadiga, esquecimento, irritabilidade, dificuldades de concentração, queixas somáticas e sentimento de inutilidade. A denominação de TMC se refere a transtornos mentais menos rigorosos, sendo, às vezes, difusos e inespecíficos em comparação com outros quadros mais definidos pelos sistemas classificatórios e diagnósticos vigentes. São, também, menos distintos e socialmente menos perturbadores e, por isso, seu impacto e prevalência têm recebido pouca atenção por parte das políticas públicas e, conseqüentemente, do sistema de saúde, mais especificamente na Atenção Primária à Saúde. “Os TMC possuem significativa prevalência nas sociedades modernas, afetando pessoas de diversas faixas etárias, com destaque para os adultos, pois é nesta fase que, geralmente, iniciam-se as responsabilidades, o que acarreta sofrimento tanto para o indivíduo, quanto para a família e comunidade”. (ROCHA, ALMEIDA, ARAÚJO & VIRTUOSO, 2010, apud SOUZA, et al, 2017, p. 60).

Tanto no contexto nacional quanto no internacional, reconhece-se que diversos fatores podem acarretar baixa autoestima, aumentando assim a suscetibilidade de transtornos mentais comuns, tais como: eventos de vida estressantes e desempenho insatisfatório de papéis sociais; problemas interpessoais; internações hospitalares; problemas de saúde; acesso desigual aos cuidados de saúde; estar desempregado ou não ter nenhuma ocupação; condições inadequadas de habitação; abuso do tabaco e do álcool; sedentarismo; ser do sexo feminino; ser imigrante; baixo nível de escolaridade; vítimas de violência. (SOUZA et al. 2017).

Os transtornos mentais relacionados ao trabalho têm sido considerados problema de saúde pública em função de sua alta prevalência em profissionais e de suas conseqüências – como o absenteísmo, incapacidades para o trabalho e aposentadoria precoce. Apesar de serem prevalentes entre os trabalhadores, esses transtornos não são reconhecidos com frequência nos atendimentos clínicos, sendo subdimensionados. Setores em que há demandas psicossociais muito elevadas devido às características estressantes do tipo de trabalho realizado – como na área da saúde –, os trabalhadores estão mais vulneráveis ao adoecimento psíquico e sofrimento. (CARVALHO et al, 2016., p.3).

Estudos sugerem que os TMC atinjam de 9% a 12% da população mundial. (GRETHER et al. 2020). Estudos epidemiológicos têm revelado que transtornos mentais têm maior chance de surgir pela primeira vez no início da vida adulta, principalmente no período universitário. As situações de perda presentes no desenvolvimento normal acentuam-se quando os jovens ingressam na universidade, pois se afasta de um círculo conhecido de relacionamentos familiares e sociais, o que pode desencadear situações de crise.

No Brasil, a investigação da relação entre saúde e trabalho em saúde foi mais tardia do que em outras categorias profissionais. Os estudos existentes, embora esparsos, incompletos e fragmentados, indicam aumento na frequência das doenças, dos acidentes ocupacionais e de transtornos mentais comuns (TMC) entre os trabalhadores da saúde. Esses estudos indicam também contribuição importante no adoecimento psíquico de características do ambiente de trabalho, do contexto e das condições gerais nas quais os serviços são oferecidos e da gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde. Esses achados reforçam a necessidade de diagnóstico mais efetivo da situação existente e de verificação de seus fatores determinante. (CARVALHO *et al*, 2016., p.3).

Portanto, têm-se encontrado maior taxa de sofrimento mental entre estudantes universitários, se comparados com jovens da mesma idade que não estão na universidade. Estudos internacionais têm apontado alta prevalência de transtornos mentais entre estudantes universitários. Nos Estados Unidos, Roberts *et al.* (2001) entrevistaram um total de 1.027 estudantes de medicina (sendo 483 mulheres e 539 homens), encontrando uma prevalência de 46% de sintomas psiquiátricos. (NEVES; DALGALARRONDO, 2007).

Uma revisão realizada por Segal (1966) revelou que 7% a 8% dos universitários norte-americanos têm problemas emocionais sérios e 20% problemas mais leves que impedem o pleno uso das potencialidades. Nesse estudo, escores altos indicativos de distúrbios emocionais estiveram relacionados a piores relações com os pais.

As moças buscaram mais frequentemente ajuda psicológica do que os rapazes e os estudantes que buscaram apoio psicológico apresentaram maior dificuldade de pertencer a um grupo social. No México, 295 estudantes responderam o *General Health Questionnaire* (GHQ-60) e estimou-se a prevalência de 39,32% de transtornos mentais menores (não psicóticos) nessa população. “Observou-se que sentimentos depressivos e de baixa autoestima

estiveram mais associados à maior dificuldade de integração social”. (NEVES; Marly, DALGALARRONDO; Paulo, 2007).

No Brasil, a prevalência de TMC na população geral é de 29,9%, chegando a 38% nos usuários da Atenção Primária à Saúde (APS). No contexto mundial, as projeções para 2030 são no sentido de incluírem estas perturbações entre as mais incapacitantes do ser humano. As faculdades de Medicina propiciam um ambiente estressor que pode prejudicar a qualidade de vida do estudante, seu desempenho acadêmico e bem-estar psicossocial, além de causar sofrimento mental e dificuldade de relacionamento. “A tensão presente na graduação médica inclui competição no processo de seleção do curso, necessidade de adquirir muitos conhecimentos, dificuldade na administração do tempo, individualismo, responsabilidades e expectativas sociais acerca do papel do médico”. (GREETHER et al. 2020).

O uso exagerado de drogas lícitas e ilícitas pela maioria dos estudantes de medicina evidencia a gravidade do assunto. Estudos realizados por uma universidade privada de Curitiba demonstraram que 78% dos seus estudantes consomem álcool, enquanto na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FMSJ-RP) essa porcentagem foi de 86%, e, em outras faculdades de São Paulo, 82%. Esses parâmetros não estão muito longe da realidade baiana: na Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (FMUF – BA), 56% dos discentes declararam consumir álcool. Algumas drogas desenvolvidas legalmente para tratamento são utilizadas com outras finalidades por pessoas que não precisariam delas. É o caso de ansiolíticos e anfetaminas, substâncias mais usadas pelos estudantes com intuito de melhorar a atenção e/ou se manter acordados durante mais tempo, a fim de cumprir todas as obrigações de estudo ao longo do curso.

Trata-se de realidade alarmante que pode levá-los a debilidade orgânica, estresse e até mesmo à dependência química. O desgaste do curso é um dos principais fatores para o aumento da disseminação dos TMC entre esses estudantes. Estudo com alunos de medicina de Sorocaba revelou que aproximadamente um quarto deles em cada ano não estava plenamente satisfeito com sua saúde mental.

No entanto, se recusava a buscar ajuda profissional. Algumas das justificativas para essa situação são a falta de tempo, o estigma associado à utilização de serviços de saúde mental, custos financeiros e medo das consequências curriculares. “Trata-se de contexto fundado na discriminação quanto à saúde mental e, sobretudo, na negação do médico como ser humano vulnerável, suscetível a desordens físicas e psíquicas como qualquer pessoa” (NEPOMUCENO: SOUZA, NEVES, 2019).

O cenário atual tem demonstrado o efeito nocivo dos TMC na vida do discente de medicina, sem desfecho positivo. Estudo realizado na Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERG) concluiu que a maioria dos alunos se sente sobrecarregada por atividades curriculares e complementares, dispondo de pouco tempo para lazer. Apesar disso, muitos se envolvem paralelamente e, buscando melhorar o currículo profissional e adquirir novas habilidades técnicas.

Essa atitude reduz ainda mais a qualidade de vida do acadêmico, gerando repercussões emocionais diretas. Os sintomas de ansiedade e depressão entre alunos de medicina são superiores à média encontrada na população em geral, indicando que a escola médica pode ser fator predisponente para essas doenças e suas consequências. “Diante disso, o cuidado com o estudante tem sido debatido em diversos meios, mas o produto final dessa discussão ainda é incerto”. (NEPOMUCENO: SOUZA: NEVES: 2019)

2.2.2 Transtorno de Déficit/Hiperatividade (TDAH)

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é caracterizado por um padrão persistente de desatenção, hiperatividade e impulsividade. Evidências sugerem que esse padrão existe na forma de uma dimensão contínua ou latente, variando de sintomas leves a graves de TDAH que ocorrem entre indivíduos da população em geral. Por muito tempo, o TDAH foi tratado como um transtorno específico da infância. Contudo, verificou-se que as pessoas com esse diagnóstico continuavam apresentando os sintomas ao longo da vida. “Nos últimos anos, muitos pesquisadores dedicaram-se a

esclarecer como os sintomas manifestam-se na vida adulta e suas consequências”. (OLIVEIRA; HAUCKFILHO; DIAS; 2016)

Adultos com TDAH frequentemente fazem listas, mas se esquecem de usá-las, não conseguem acompanhar muitas atividades ao mesmo tempo, precisam de um prazo rígido para concluir tarefas, mudam de emprego ou planos de forma inesperada e calculam mal o tempo disponível. Em resumo, as queixas de adultos portadores do TDAH referem-se à desorganização, baixa capacidade de concentração, esquecimentos, dificuldades para finalizar tarefas, sensação crônica de excesso de atividades e incapacidade de planejar o futuro. (OLIVEIRA; HAUCKFILHO; DIAS; 2016)

A forma como os principais sintomas do TDAH pode interferir na vida acadêmica dos estudantes tem sido o foco de estudos nacionais e internacionais. Desatenção, hiperatividade e impulsividade podem prejudicar na organização do tempo e tarefas e, no estabelecimento de relacionamentos interpessoais, em prejuízos acadêmicos e ocupacionais em estudantes ou adultos com o transtorno. Pessoas com TDAH apresentam maiores dificuldades e enfrentamento de estudantes, especialmente em função da necessidade de se adaptar a esse contexto que exige desenvolvimento de maior autonomia e gerenciamento do tempo.

Também acreditam enfrentar maiores dificuldades que os colegas no planejamento e na realização de atividades diárias, bem como em evitar estímulos que podem distraí-los de suas responsabilidades. “Essas circunstâncias podem contribuir para que estudantes universitários com TDAH demorem mais tempo que os colegas sem o transtorno para completar a graduação”. (OLIVEIRA; HAUCKFILHO; DIAS; 2016)

O transtorno acomete entre 5% e 17% da população brasileira. O diagnóstico é clínico, baseado em critérios estabelecidos nos sistemas classificatórios, a exemplo do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição (DSM-V). De acordo com o DSM-V, para ser diagnosticado com este transtorno, o indivíduo deve apresentar seis ou mais sintomas de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade se for criança, ou pelo menos cinco se for adulto.

Dentre os sintomas que indicam desatenção destacam-se: a dificuldade de prestar atenção a detalhes ou errar por descuido em atividades escolares ou ocupacionais, parecer não ouvir quando lhe dirigem a palavra, não seguir instruções e não finalizar tarefas escolares ou profissionais, dificuldade em

organizar atividades, evitar envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante, ser facilmente distraído por estímulos alheios à atividade e apresentar esquecimento em tarefas diárias. Já as características da hiperatividade consistem em agitação das mãos ou dos pés, remexer-se na cadeira ou abandoná-la em situações nas quais se espera que o indivíduo permaneça sentado, sensações subjetivas de inquietação e falar em demasia.

Finalmente, a impulsividade pode ser identificada por respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido concluídas, dificuldade em aguardar a vez e a interrupção em assuntos alheios. Além disso, a presença dos sintomas costuma se expressar em dois ou mais contextos da vida (casa, escola, trabalho), e devem ter iniciado antes dos 12 anos de idade. “Apesar de a maioria dos indivíduos apresentarem sintomas de desatenção e hiperatividade/impulsividade, há casos em que existe presença dominante de uma dessas características ou a combinação de ambas”. (OLIVEIRA; DIAS; 2015)

Os sintomas podem assumir formas diferentes dependendo do período do desenvolvimento no qual o indivíduo se encontra. A desatenção, por exemplo, pode se manifestar pela dificuldade de permanecer em uma brincadeira quando criança evita as atividades que exijam manutenção da atenção, como assistir a filmes e ler, em adultos.

De forma similar, a inquietação no comportamento de crianças pode afetar adultos na forma de inquietação interna ou desconforto. Já a impulsividade que, na infância, é identificada através de correr na rua sem olhar para os lados ou não parar na cadeira para assistir televisão, pode aparecer em compras e decisões realizadas sem pensar nas consequências. “Enquanto há remissão nos sintomas de hiperatividade/impulsividade, a desatenção torna-se mais predominante na fase adulta, tanto em homens quanto em mulheres”. (OLIVEIRA; DIAS; 2015)

O TDAH não impede que o sujeito preste atenção sempre, mas contribui para sua dispersão em grande parte das ocasiões. É possível que o indivíduo com TDAH não apresente o mesmo nível de disfunção em todos os contextos de sua vida (como casa, escola, trabalho, situações sociais) ou em um mesmo contexto o tempo todo. Os sintomas podem ser mais evidentes em situações

que demandam atenção constante ou que não apresentam novidades ou atrativos para o indivíduo.

Todavia, os sinais do transtorno podem ser minimizados pelo controle rígido do sujeito, quando este se encontra em um ambiente novo ou quando está envolvido em atividades que despertam seu interesse. Por exemplo, no que se refere ao trabalho, indivíduos com TDAH preferem empregos ou tarefas variadas e ativas em vez das estáveis e calmas. “Esses adultos tendem a trabalhar em excesso para lidar com os sintomas do transtorno, embora a energia despendida nessa estratégia possa torná-los pessoas rígidas ou facilmente frustráveis”. (OLIVEIRA; DIAS, 2015)

As estratégias adotadas para controlar os sintomas do TDAH, muitas vezes, permitem que muitos indivíduos com o transtorno consigam ingressar no ensino superior, ser bem-sucedidos e levar uma vida produtiva e independente, apesar das dificuldades escolares e de atenção. De fato, há evidências de indivíduos com TDAH que sentiram menos dificuldades no ensino superior, seja porque já descobriram como superar os problemas decorrentes da desatenção, impulsividade e/ou hiperatividade, ou pela pouca exigência dos docentes em relação aos alunos no contexto universitário. “Além disso, não é raro que indivíduos bem-dotados intelectualmente consigam compensar o déficit da atenção e ter bom rendimento nos estudos”. (OLIVEIRA, DIAS, 2015).

O interesse em pesquisar o TDAH em adultos, especialmente em estudantes universitários, é recente. Os estudos sobre o transtorno nessa população começaram na década de 1990 e têm crescido cada vez mais nos últimos anos, principalmente devido ao número de estudantes de ensino médio com TDAH que ingressam no ensino superior. Aproximadamente 2% a 8% dos estudantes universitários relatam a presença de sintomas do TDAH clinicamente relevantes. (OLIVEIRA; DIAS; 2015).

O TDAH pode apresentar diferentes prejuízos na vida universitária. Exemplos desses prejuízos envolvem a hiperatividade, a falta de dinamismo nas aulas, dificuldades na leitura e na escrita, situações de avaliação (provas), preocupações com o desempenho, indisciplina, agressividade, instabilidade emocional, autoestima e relacionamentos com colegas e professores. É comum, ainda, a mudança de faculdade em função do tédio ou da incapacidade de completar tarefas de rotina, dificuldades para estudar e entregar os trabalhos em dia sem ameaça de graves consequências, oscilações extremas de comportamento em que ocorrem ímpetos de energia

para terminar tarefas e dificuldade de manter o desempenho de forma consistente.

É possível que as dificuldades acadêmicas vivenciadas pelos indivíduos com o transtorno interfiram na autoimagem dos mesmos, podendo torná-los mais introvertidos e afastá-los do convívio social. É possível que as dificuldades enfrentadas pelos discentes com TDAH, ou com um número significativo de sintomas relacionados ao transtorno, interfiram na qualidade da experiência universitária dos mesmos. Afinal, o ajustamento e a permanência no ensino superior envolvem não só corresponder às exigências de desempenho, mas também estabelecer relações com novos colegas e professores, tolerar frustrações e obter autonomia em relação ao desenvolvimento do próprio aprendizado. (OLIVEIRA; DIAS; 2015).

2.2.3 Síndrome de *Burnout* (SB)

“A Síndrome de *Burnout* é visto como um processo de estresse crônico no ambiente de trabalho e pode ser caracterizada pelo sentimento de esgotamento total de energia a síndrome não se caracteriza somente pelo estresse, mas engloba outros fatores relacionados à atividade laboral”. (LOPES; GUIMARÃES, 2016).

Estudos de prevalência da SB entre profissionais da saúde, entre 2002 e 2010, apresentam variação entre 6,9 e 35,0%, de modo que o valor encontrado no presente estudo vai ao encontro dessa realidade. Considera-se a prevalência encontrada elevada, especialmente porque os participantes eram trabalhadores na ativa, 7,23. Estima-se uma maior prevalência da SB na categoria estudada, afinal foi expressivo o número de trabalhadores afastados ou com atestado médico durante a coleta de dados. (SILVEIRA; CÂMARA e AMAZARRAY, 2014, p.4).

Destacamos ainda outros autores referindo-se aos fatores que se completam potencializando a manifestação de síndrome de *Burnout* (SB), reunindo aos fatores laborais os de ordem emocional e psíquica. “Caracteriza-se como um grupo de manifestações representadas pela tríade: exaustão emocional, descrença/despersonalização e reduzida realização profissional entre indivíduos que trabalham diretamente com pessoas”. (PRADO et al., 2019)

A SB vem sendo, cada vez mais, fonte de investigação e de interesse dos pesquisadores. No início, as pesquisas eram voltadas aos trabalhadores da área de assistência social, educadores e profissionais de enfermagem. “Entretanto, nos últimos anos, outras profissões, especialmente àquelas relacionadas à saúde, vêm sendo objeto de estudo, dados os potenciais incidentes da síndrome nessas categorias”. (LOPES; GUIMARÃES, 2016).

Os estudos sobre SB começaram a aumentar em meados da década de 70, por meio de uma pesquisa realizada pelo médico psiquiatra Freudenberguer, em que foram identificados, em um grupo de jovens voluntários e idealistas que ajudavam usuários de substâncias psicoativas, sentimentos como incompreensão, falta de motivação e desumanização para com os pacientes, diante da dificuldade de aderência ao tratamento.

Nessa época, o conceito de Burnout foi empregado para falar do desgaste físico e emocional que os profissionais da área da saúde apresentavam, entendendo que a síndrome está ligada às questões do trabalho (Pereira, 2002). No decorrer dos anos, esse conceito passou por ampliações como forma de melhorar a compreensão de seus conceitos e dos fatores a ele relacionados, hoje se entende que a síndrome, além de estar ligada a situação do trabalho, também é compreendida pelo contexto de vida na qual o trabalhador encontra-se inserido, além de envolver aspectos das relações interpessoais. (LOPES & GUIMARÃES, 2016).

A compreensão da SB tem sido feita a partir de perspectivas multidimensionais, considerando-a como resposta crônica aos problemas laborais. O Modelo de Maslach salienta os elementos do ambiente laboral: aspectos da organização do trabalho (normas rígidas, comunicação difícil, sobrecarga, falta de apoio social no trabalho) e características da profissão (trabalhos com primazia de atenção a outros seres humanos, tipo de clientela, conflitos com interesses pessoais) são os principais fatores de risco para a SB⁶. Com base nesse Modelo, a maioria dos estudos tem optado pelo *Maslach Burnout Inventory* (MBI) para analisar a prevalência da SB, pois possibilita estudos comparativos. Atualmente a síndrome de Burnout é reconhecida pelo Ministério da Saúde (1999) como “transtorno mental e do comportamento relacionado com o trabalho e compõe a lista de doenças relacionadas ao trabalho”. (LOPES; GUIMARÃES, 2016)

Recentemente, surgiram outros instrumentos, como o *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo* (CESQT)^{8,19}, já validado para a realidade brasileira e utilizado neste estudo, o qual permite identificar o estágio de adoecimento e supera algumas insuficiências psicométricas observadas na utilização do MBI adaptado para outros idiomas que não o inglês¹⁹.

Segundo o modelo teórico no qual se baseia o CESQT, o indivíduo, primeiramente, desenvolve problemas cognitivos e afetivos em resposta ao estresse laboral crônico (baixa Ilusão pelo trabalho e alto Desgaste psíquico);

posteriormente, desenvolve atitudes negativas em relação aos usuários (alta Indolência); a Culpa surgiria por último, afetando aqueles mais adoecidos. A ausência ou presença da culpa definirá, respectivamente, se o trabalhador apresenta o Perfil 1 ou 2 da SB, sendo este último o de maior gravidade²⁰. Diante do exposto, este estudo teve como objetivo estudar a prevalência da SB (Perfil 1 e Perfil 2) e seus preditores entre profissionais da atenção básica de dois distritos sanitários de Porto Alegre/RS.

A exaustão emocional pode ser entendida como desgaste emocional, psicológico e moral do indivíduo. “Já a despersonalização, está relacionada aos sentimentos de frieza, que surgem ao entrar em contato com a pessoa que o profissional precisa lidar, o profissional começa a ser áspero ao responder as pessoas, atendendo com indiferença os pacientes que necessitam do seu serviço”. (LOPES; GUIMARÃES, 2016)

A baixa realização profissional, por sua vez, está relacionada à insatisfação profissional, o trabalhador acaba fazendo uma avaliação negativa acerca de si, além de interagir cada vez menos com as pessoas que fazem parte da sua rede profissional. Todos esses fatores são decorrentes de um desgaste emocional, dada à exposição contínua a agentes estressores, sendo visto como um estresse ocupacional; “e são diversas as formas como a síndrome pode se manifestar, em alguns casos é possível observar a falta de produtividade, absenteísmo, consumo de substâncias psicoativas, depressão entre outros”. (LOPES; GUIMARÃES, 2016)

Para avaliar a SB são também constituídos por três dimensões: “exaustão emocional, caracterizada pelo sentimento de estar exausto em virtude das exigências do estudo; descrença, entendida como o desenvolvimento de uma atitude cínica e distanciada com relação ao estudo; e ineficácia profissional, caracterizada pela percepção de estarem sendo incompetentes como estudantes”. (LOPES; GUIMARÃES, 2016).

Burnout apresenta alguns sintomas físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos. Entre os sintomas físicos podem ser observados cefaleia, distúrbios do sono, dores musculares, cansaço, problemas gastrointestinais, transtornos cardiovasculares, distúrbios da menstruação entre outros. Como sintomas psíquicos a autora engloba falta de atenção e concentração,

labilidade emocional, baixa autoestima, impaciência, alteração de memória, pensamento identificado, depressão, desânimo etc.

Em relação aos sintomas comportamentais, descreve comportamento suicida, negligência, irritabilidade, agressividade, dificuldade para relaxar, dificuldade para aceitar mudanças, falta de iniciativas e consumo de substâncias. “Entre os sintomas defensivos, o absenteísmo, o isolamento, a vontade de abandonar o trabalho, a ausência de interesse pelo labor, demonstração de ironia e cinismo”. (LOPES; GUIMARÃES, 2016)

A Síndrome de Burnout pode ocorrer ainda na fase acadêmica. Entretanto, as manifestações entre os profissionais não possuem as mesmas características que entre os estudantes, uma vez que cada um deles está exposto a um diferente contexto. Os estudantes não têm as responsabilidades dos profissionais, ainda que passem por relações semelhantes de treinamento durante a graduação. “Por outro lado, precisam adaptar-se a um novo modo de vida, em determinados casos, tendo recém-concluído o ensino médio, por vezes terão que residir sozinhos, assumindo, ainda, responsabilidades importantes como estudar, realizar provas teóricas e práticas, e ainda frequentar as aulas e os estágios”. (PRADO et al., 2019)

A investigação que vem sendo feita sobre a Síndrome de Burnout entre universitários nos últimos anos amplia seu conceito, confirmando-se a sua existência no meio estudantil. Desse modo, “a síndrome entre estudantes compreende a exaustão emocional, neste cenário, traduzida pelo sentimento de cansaço extremo em resposta às intensas exigências do estudo, a despersonalização que se percebe como o desenvolvimento de uma atitude cética e distanciada no âmbito dos estudos e ainda o sentimento de baixa eficácia profissional, assinalada pela percepção de estarem sendo ineficazes em seu papel acadêmico”. (PRADO et al., 2019)

A decisão inicial da opção por um curso de graduação, muitas vezes frágil, sem suficiente reflexão e conhecimento, pode repercutir em falsas expectativas em relação ao curso que, quando não atendidas, contribuem para o desenvolvimento de sentimentos de decepção, desmotivação, perda do entusiasmo e frustração. Essas condições podem conduzir o estudante a situações crônicas de estresse, que podem levá-lo ao desenvolvimento da Síndrome de Burnout. “Por conseguinte, poderão ocorrer também repercussões

no seu futuro profissional, para o contexto e relações de trabalho, aos diferentes sujeitos com quem interage e ao cuidado prestado”. (PRADO et al., 2019).

“A maioria do sexo feminino, na faixa etária dos 21 a 25 anos, solteira, que tinha alguma religião, bolsa de estudo, experiência com doença grave na família, que participou de atividades de extensão durante o curso e que escolheu a medicina por aptidão vocacional”. (PRADO et al., 2019)

No que se refere ao perfil de estudantes acometidos por Burnout em outros cursos na área de saúde, uma pesquisa realizada entre acadêmicos de enfermagem verificou que a ocorrência é maior em discentes do sexo feminino e solteiros. “Destaca-se que o predomínio de mulheres nos cursos de enfermagem é um fato já evidenciado em diferentes pesquisas, atribuindo-se a esse fato a maior prevalência de mulheres com Burnout”. (PRADO et al., 2019)

A Síndrome pode gerar situações de esgotamento físico e mental, falta de energia, contato frio e impessoal com pacientes, atitudes de cinismo, ironia e indiferença, insatisfação com o trabalho, baixa autoestima, desmotivação e desejo de abandonar o cargo. “Seu desenvolvimento decorre da crônificação de um estado prolongado de estresse, quando o indivíduo já não dispõe de mecanismos de defesa suficientes para enfrentar as situações adversas do cotidiano”. (PRADO et al., 2019).

2.2.4 Suicídio

O suicídio figura entre as três principais causas de morte de pessoas que têm de 15 a 44 anos de idade. Segundo os registros da Organização Mundial de Saúde (OMS), ele é responsável anualmente por um milhão de óbitos (o que corresponde a 1,4% do total de mortes). “Essas cifras não incluem as tentativas de suicídio, de 10 a 20 vezes mais frequentes que o suicídio em si”. (*World Health Organization [WHO], 2014*).

A cada 45 segundo ocorre um suicídio em algum lugar do planeta. Há um contingente de 1.920 pessoas que põe fim à vida diariamente. Atualmente, essa cifra supera, ao final de um ano, a soma de todas as mortes causadas por homicídios, acidentes de transporte, guerras e conflitos civis (WHO, 2014).

As causas de um suicídio (fatores predisponentes) são invariavelmente mais complexas que um acontecimento recente, como a perda do emprego ou

um rompimento amoroso (fatores precipitantes). A existência de um transtorno mental encontra-se presente na maioria dos casos. “Uma revisão de 31 artigos científicos publicados entre 1959 e 2001, englobando 15.629 suicídios ocorridos na população geral, demonstrou que em mais de 90% dos casos caberia um diagnóstico de transtorno mental”. (BOTEGA; 2014)

Os transtornos mentais mais comumente associados ao suicídio são: depressão, transtorno do humor bipolar e dependência de álcool e de outras drogas psicoativas. Esquizofrenia e certas características de personalidade também são importantes fatores de risco. “A situação de risco é agravada quando mais de uma dessas condições combinam-se, como, por exemplo, depressão e alcoolismo; ou ainda, a coexistência de depressão, ansiedade e agitação”. (BOTEGA; 2014).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS-2001), enquanto entre 10 e 20 milhões tentam matar-se. De acordo com a OMS, o suicídio encontra-se entre as dez principais causas de morte em todo o mundo, para todas as faixas etárias, incluindo jovens e adultos jovens com idade entre 15 e 35 anos (OMS, 2000), entre as três principais. Nos últimos 45 anos, os índices de suicídio aumentaram 60% em todo o mundo. Estudos epidemiológicos atuais têm revelado um aumento na prevalência de suicídios, com dados estatísticos bastante preocupantes. O Brasil figura entre os dez países que registram os maiores números absolutos de suicídios, segundo dados compilados pela OMS (WHO, 2014). Em 2011, houve 9.852 suicídios oficialmente registrados no país, o que representa, em média, 27 mortes por dia (Brasil, 2013).

Enquanto a população aumentou 17,8% entre 1998 e 2008, o número de óbitos por suicídios cresceu 33,5% (Marín-León, Oliveira, & Botega, 2012). Do total de óbitos registrados no Brasil, 1% decorre de suicídios. Em pessoas que têm entre 15 e 29 anos de idade, essa proporção atinge 4% do total de mortes. (BOTEGA; NEURY, 2014). o que se refere aos jovens na faixa etária dos 20 aos 24 anos, no Brasil, em 2007, o suicídio dessa população alcançou a taxa de 5,4 para cada 100.000 habitantes, o que representa um índice extremamente preocupante. Pois é justamente nessa faixa etária que esses jovens estarão adentrando no mercado de trabalho, nos cursos técnicos ou de nível superior, enfim, encontram-se efetuando escolhas e definindo os seus destinos na vida, construindo e realizando os seus projetos de vida. (DUTRA, 2012)

Os estudos sobre adolescentes e adultos jovens que tentam suicídio têm sido bastantes presentes na literatura mundial e no contexto do nosso país. Por

exemplo, um estudo sobre suicídio de adolescentes no Brasil revelou que Porto Alegre e Curitiba apresentam as maiores taxas de suicídio em adolescentes, entre nove capitais brasileiras. Considera-se que na adolescência os indivíduos podem recorrer a comportamentos ditos agressivos, impulsivos ou suicidas para solucionar os seus problemas. Em relação ao gênero, foi demonstrado que durante essa fase as mulheres apresentam maiores taxas de ideação suicida do que os homens. “A explicação apresentada é que já na adolescência as meninas apresentam maiores índices de depressão e de desesperança do que os meninos”. (DUTRA, 2012)

A incidência de suicídios em hospitais gerais é alta. Estima-se que seja 3 a 5 vezes maior que na população geral. Ausência de redes de proteção, janelas em andares elevados, falta de preparo ou atenção da equipe, banheiros com trancas, bem como acesso indevido a medicações e a instrumentos perfuro cortantes são fatores que aumentam o risco.

Considerar que pacientes internados em pronto - socorros e hospitais gerais estão sujeitos a diversas causas situacionais de aumento de ansiedade e depressão, como: reações agudas ao diagnóstico, agravamento de condições clínicas preexistentes, discussões sobre prognóstico, espera por resultados de testes, antecipação de procedimentos temidos ou dolorosos, medo de recorrência após o final de um determinado tratamento e eventuais conflitos com família e equipe.

Há também situações de risco relacionadas à própria doença clínica ou ao seu tratamento, como dor de difícil controle, estados metabólicos anormais, condições que afetam o sistema nervoso central, efeitos adversos de fármacos, interações entre medicamentos e estados de abstinência. No caso de pacientes que estão internados por tentativas de suicídio, a atenção deve ser redobrada. (BOTEGA, 2014)

Os meios mais frequentemente usados para o suicídio variam segundo a cultura e segundo o acesso que se tem a eles. Gênero e faixa etária também exercem influência, 2014 | volume 25 | número 3 | 231-236 233 comportamento suicida entre vários outros fatores. “Na Inglaterra e Austrália predominam o enforcamento e a intoxicação por gases; nos Estados Unidos, a arma de fogo; na China e no Sri Lanka, o envenenamento por pesticidas”. (BOTEGA, 2014).

Os pesticidas usados nos casos de suicídio são, notadamente, do grupo dos organofosforados, largamente utilizados em alguns países, como China, Sri Lanka e Índia, e de uso proibido na maioria dos

países industrializados. Inúmeros países da Ásia, África e América do Sul, de economia basicamente agrária, fazem vista grossa às convenções internacionais que recomendam a proibição desses agentes. Isso resulta na perda de milhares de vidas todos os anos. (BOTEGA, 2014).

No Brasil, a própria casa é o cenário mais frequente de suicídios (51%), seguida pelos hospitais (26%). Os principais meios utilizados são enforcamento (47%), armas de fogo (19%) e envenenamento (14%). “Entre os homens predominam enforcamento (58%), arma de fogo (17%) e envenenamento por pesticidas (5%). Entre as mulheres, enforcamento (49%), seguido de fumaça/fogo (9%), precipitação de altura (6%), arma de fogo (6%) e envenenamento por pesticidas (5%)”. (BOTEGA, 2014)

O poder de letalidade dos métodos de suicídio deve ser contraposto à prestação de um possível resgate e à viabilidade de tratamento das pessoas que tentam se matar. No caso dos pesticidas, uma tentativa de suicídio em zona rural desprovida de serviço médico envolve maior risco de morte. “O contrário ocorre em centros urbanos, quando o socorro médico pode ser feito com agilidade e qualidade”. (BOTEGA, 2014)

Nos registros oficiais, há elevada taxa de indefinição dos meios utilizados para o suicídio, o que prejudica a qualidade dos dados. Esse é um quesito que necessita ser aprimorado nos registros de morte, pois as informações sobre métodos de suicídio são importantes para a elaboração de estratégias de prevenção. “A redução de acesso a métodos letais (no caso do Brasil, principalmente a armas de fogo e pesticidas) ocupa papel de destaque entre as recomendações da OMS para a prevenção do suicídio”. (BOTEGA, 2014)

No que se refere, especificamente, às tentativas de suicídio de estudantes universitários, a produção científica no Brasil ainda se mostra bastante incipiente, considerando-se a significativa estatística de suicídio de jovens, como mencionado antes. “A literatura mostra que uma das populações mais abordadas em pesquisas sobre TS tem sido a de estudantes de medicina”. (DUTRA, 2012).

Manifestação de transtornos em profissionais e estagiários que atuam no PAPS, destacada no final desse capítulo, vem para provocar um estado de alerta aos futuros profissionais de saúde, assim como os profissionais já

envolvidos nos ambientes e locais onde a literatura descreve, e apontam que ocorrem falhas do sistema, em relação ao atendimento das TMC, revelando que o atendimento clínico não supri a necessidade de diagnosticar ou perceber sinais que colaboram para uma possibilidade de intervenção para estancar a evolução dos casos de TMC.

Estes dados justificam a relevância de medidas de rastreamento dos grupos vulneráveis para o desenvolvimento do TMC na população geral, sobretudo, no âmbito da APS. A investigação de possíveis casos de TMC neste nível de atenção à saúde é um grande problema enfrentado na atualidade, uma vez que os sintomas nem sempre são valorizados. Esta lacuna na identificação por parte dos profissionais da APS compromete a saúde das populações e representa elevado ônus para a saúde pública, tendo em vista que se espera que este nível de atenção rompa com o modelo médico hegemônico, englobe práticas de saúde mental, envolva a família em sua dimensão sociocultural como objeto de atenção, planeje, construa e execute tecnologias para melhoria da qualidade de vida das pessoas nas dimensões bio-psico-socio-espirituais (Rocha et al., 2010; Portugal et al., 2016; Murcho, Pacheco & Jesus, 2016 apud SOUZA; BARBOSA; SILVA *et al*, 2017, p.60).

Porém vamos mais além, quando direcionamos os cuidados a comunidade de acadêmicos e profissionais, que diante o fato revelado por pesquisas, estão expostos a serem atingidos pela instalação dos TMC, em virtude da reunião de fatores, apropriando-se dos resultados, atribuídos aos fatores internos e externos que inclui ambiente com carga excessiva de situações de estresse, falta de condições para desenvolverem suas atividades (estrutura e apoio financeiro e moral), uso de medicamentos ou drogas lícitas para minimizar a fadiga das jornadas de estudo e atividades profissionais, entre outras, todas apontadas com fatores que contribuem para a instalação do quadro que inicia com TMC, seguindo a trajetória TDAH; SB podendo chegar ao Suicídio.

Nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e Unidades de Estratégia em Saúde da Família (ESFs), os trabalhadores tendem a defrontar-se com essa carência de recursos mencionada. A Política Nacional de Humanização constitui um exemplo da tentativa de fomentar o interesse dessas equipes em considerar os usuários enquanto sujeitos/cidadãos, não realizando apenas procedimentos técnicos. Essa precária condição social dos territórios dessas unidades, a desarticulação da rede de saúde e a cobrança do profissional em relação a si mesmo, em conjunto, contribuem para o desenvolvimento da SB entre trabalhadores na atenção básica. (SILVEIRA, CÂMARA, AMAZARRAY, 2014. p.387).

Ainda Sobre a SB, podemos concordar incluindo o modelo de Maslach, como referência:

Modelo de Maslach salienta os elementos do ambiente laboral: aspectos da organização do trabalho (normas rígidas, comunicação difícil, sobrecarga, falta de apoio social no trabalho) e características da profissão (trabalhos com primazia de atenção a outros seres humanos, tipo de clientela, conflitos com interesses pessoais) são os principais fatores de risco para a SB6. Com base nesse Modelo, a maioria dos estudos tem optado pelo *Maslach Burnout Inventory* (MBI) para analisar a prevalência da SB, pois possibilita estudos comparativos. (SILVEIRA, CÂMARA, AMAZARRAY, 2014. p.388).

2.3. Vacinas

2.3.1 Vacinas (vacinação de adultos jovens).

Apesar dos avanços de estudos, que promovem um vasto acervo na literatura, sobre as vacinas e seus desdobramentos, quanto a eficácia na proposta de imunização, controle e erradicação, de doenças-epidêmicas, recentemente todo planeta, foi surpreendido, pela onda que se propagou, com intensidade e velocidade, caracterizando, o surto pandêmico, denominado o novo corona vírus, COVID - 19 esse fenômeno vai necessitar, de algum tempo, para a revelação, científica da evidência desse ocorrido, o que inclui as causas de origem, e os fatores responsáveis pela propagação.

Entretanto, o assunto de momento, e outro, porém a citação do ocorrido vem a corroborar, com a parte introdutória deste capítulo que compõe o nosso projeto de estudo, que traz como tema “Vacinação e saúde mental de acadêmicos dos cursos de fisioterapia e educação física”, o qual foi desenvolvido nesse capítulo, pela abordagem “vacinas (vacinação de adultos jovens)”. Pois o referido fato, traz o questionamento da vulnerabilidade, quanto à exposição, sofrida pelos profissionais, que estão incluídos no seguimento, de profissionais da área de saúde.

E já apresentando determinadas doenças endêmico-epidêmicas, que representam problemas importantes de saúde pública no Brasil, destacam-se

as hepatites virais, cujo comportamento epidemiológico, no país e no mundo, tem sofrido grandes mudanças nos últimos anos.

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que cerca de 2 bilhões de pessoas no mundo já haviam tido contato com o vírus da hepatite B (VHB) e que 325 milhões tornaram-se portadores crônicos. No entanto, em 2010, constatou-se que 360 milhões de pessoas eram portadoras crônicas da hepatite B. No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) estima que 15% da população já foi exposta ao VHB e que 1% sofra de hepatite crônica³. No ano de 2011, na região Nordeste, registrou-se uma taxa de 2,8 e no Brasil de 7,6 casos para cada 100 mil habitantes. Na Bahia, a taxa de detecção de casos, em 2009, foi de 2,9 por 100 mil habitantes. (TAVARES, 2013, p. 5).

No entanto, apresentaremos as vacinas e suas características dialogando com a literatura, referenciando ao público alvo, de nosso estudo, que tem na sua maioria no campo de atuação (adultos jovens), isolados para o estudo as duas especialidades supracitadas (Fisioterapia e Educação Física), que em dado momento de sua atuação, se expõe ao contato físico, por decorrência de suas atividades, de procedimentos e seções de exercícios, destacando para a fisioterapia a manipulação física nos processos de reabilitação, o mesmo acontecendo com o profissional de educação física especialista em treinamentos de reabilitação e acompanhamento, estando as duas especialidades na atualidade, desenvolvendo suas atividades de atendimento em grupos multiprofissionais, e quase sempre nos mesmos locais, o que facilita o nosso estudo.

Em sua trajetória, o capítulo apresentou em tópicos abordagens relacionadas ao tema central da pesquisa, iniciando pelas vacinas recomendadas ao público adultos jovens, que inclui a população alvo da pesquisa, para reunir as respostas das questões sobre o conhecimento e conduta pessoais e de grupo de profissionais de saúde referente as vacinas, e no tópico seguinte destaca a importância do registro e controle das vacinas (caderneta de vacina), o que relaciona ao tópico posterior que trata do esquema da vacinação para os profissionais de saúde, e finalizando o capítulo, conclui com o tópico que esclarece sobre a produção e importação de vacinas para humanos no Brasil.

2.3.2 Vacinação prevista e recomendada para adultos jovens.

Temos nesse caso, as orientações que são regidas por determinações da Organização Mundial de Saúde (OMS), que trazem a obrigatoriedade e certificação registradas em “cadernetas de vacinas”, documentos este que tem grande importância para o controle de doenças epidêmicas, no entanto temos poucos trabalhos, abordando sobre esse controle, principalmente referindo-se a caderneta de vacinas, embora durante o nosso estudo, encontramos na pesquisa bibliográfica, em alguns editais que regem os certames, para concursos públicos, principalmente na área de profissionais de saúde, na fase de inspeção de saúde, à solicitação por apresentação do documento, que deve estar em dia, e no estado legítimo.

Um dos principais problemas relacionado com o estudo dos determinantes de vacinação nos adultos jovens é a metodologia a usar para avaliar o estado vacinal. A recolha de informação a partir de bases de dados nacionais, frequentemente não é possível e é elevado o número de jovens que não tem boletim de vacinas disponível para ser consultado pelos investigadores (103-105). Assim, frequentemente apenas é possível obter a informação a partir de auto reporte do estado vacinal. (TAVARES, 2013, p. 23).

Por serem relacionadas às crianças, as vacinas são colocadas em segundo plano, por tanto esse trabalho, onde temos entre os objetivos, a busca por contribuições, principalmente para a comunidade das especialidades, público alvo, dentro do universo da população de profissionais de saúde, onde possa produzir conscientização, para mudanças na conduta quanto a inocular, e a ter seus controles registrados. Pois sabemos que existe calendário de vacinas, que devem ser seguidos, pois existem esquemas de imunizações disponíveis nas redes públicas e privadas, para todos os gêneros, a partir de 20 anos de idade, que contribuem para evitar a contaminação de doenças mais simples como as gripes até as doenças que podem levar a um estado mais grave como câncer.

Dando seguimento, falaremos de algumas doenças e seus esquemas de vacina, lembrando que ao negligenciar a imunização os indivíduos vêm a tornarem-se transmissores, colocando em risco todas as pessoas de seu convívio, seja de contatos simples, ou íntimos, portando e reforçada a necessidade de seguir rigorosamente, principalmente pelos profissionais de saúde sua observância.

"A maioria da população negligencia a própria saúde e a da sociedade, já que ao não se vacinar uma pessoa se torna um potencial transmissor de doenças e deixa de ajudar a evitar surtos, como é o caso atual do sarampo", alerta a médica Rosana Richtmann, infectologista do Instituto de Infectologia Emílio Ribas. Os dados comprovam a preocupação da médica. Em uma pesquisa realizada em 2017 pelo instituto Ipsos MORI com 8,5 mil pessoas em seis países, 69% dos adultos brasileiros entrevistados não estavam com a vacinação em dia. Além disso, 15% afirmaram que as vacinas são recomendadas somente para bebês ou crianças e 21% consideram a vacinação na vida adulta apenas para fins de viagem. O levantamento foi encomendado pela companhia farmacêutica GlaxoSmithKline (GSK). Disponível em: <http://ww.oul.com.br/vivabem/noticias>, p. 2. Acesso em: 22 abril 2019.

Em 1998, foi criada a Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) que veio para suprir as necessidades de existir uma entidade que reúne profissionais de diferentes especialidades, seguindo o padrão das equipes multidisciplinares, que tem como objetivo comum as imunizações, pela atualização científica, reciclagem profissional, elaboração de calendários e manuais, atua junto aos órgãos públicos e participam diretamente nas decisões do Programa Nacional de Imunizações (PNI), para a regulamentação, respeito a ética e, fundamentalmente, a valorização permanente das vacinas como ferramenta vital em saúde pública.

E segundo a SBIIm, apresentamos o quadro que especifica as vacinas, quando as tomar, e as doenças que as vacinas previnem, no caso de adultos:

Quadro 3 - Vacinas para adultos

VACINA	QUANDO TOMAR	DOENÇA1	DOENÇA2
dt (difteria e tétano)	Uma dose a cada dez anos, por toda a vida, sendo a primeira aos 20 anos.	Difteria	Tétano
Influenza (gripe)	Uma vez por ano, geralmente nos meses de abril e maio.	Influenza	
Meningite B e ACWY	Para maiores de 20 anos, tomar uma dose da vacina ACWY (ou apenas a C) e duas doses da meningocócica B, com intervalo de um a dois meses entre elas.	Meningite B	Meningite (ACWY)
HPV	Adultos que não receberam a imunização na infância (praticamente todos, pois a vacina é nova) podem tomar a primeira dose em qualquer idade, a segunda dose um a dois meses depois e a terceira, seis meses após a primeira dose.	HPV papiloma vírus humano	

Pneumonia (pneumococo)	A recomendação é uma dose ao completar 60 anos e outra de reforço após cinco anos — entre os 50 e 59 anos também já pode ser tomada, se houver recomendação do médico.	Infecção respiratória grave causada pelo pneumococo	
Herpes zóster	Mesmo em pessoas que já desenvolverem a doença, a dose única é recomendada após os 60 anos — mas pode ser aplicada a partir dos 50 se o médico achar que há necessidade.	Conhecido popularmente como cobreiro, o herpes zóster	

FONTE: Extraído e adaptado SBIm, (portal 2018).

No quadro 4, destacamos as vacinas que o adulto deve tomar se não recebeu na infância. As imunizações abaixo normalmente são aplicadas na infância. No entanto, caso o adulto não tenha recebido uma dessas vacinas, deve atualizar a caderneta de vacinação.

Quadro 4 - Vacinas que os adultos devem tomar se não tomaram na infância

VACINA	QUANDO TOMAR	DOENÇA1	DOENÇA 2
Febre amarela	Para adultos que não receberam a proteção na infância a indicação é uma única dose, a qualquer momento da vida.	Febre amarela	
Hepatite B	A primeira dose pode ser recebida a qualquer momento por quem não foi imunizado quando criança. A segunda dose é indicada um mês após a primeira; e a terceira, seis meses depois da primeira.	Hepatite B	
Tríplice viral	Para adultos com até 29 anos que não receberam a vacina na infância, são indicadas duas doses, com intervalo mínimo de um mês entre elas. Já pessoas com idade entre 30 e 49 anos devem receber uma dose, que garante proteção por toda a vida.	Sarampo	Caxumba
			DOENÇA 3 Rubéola
Hepatite A	Em qualquer momento, o adulto que não foi vacinado na infância pode receber a proteção.	Hepatite A	
Varicela (catapora)	Se o adulto não se vacinou na infância e não teve a doença, deve receber a qualquer momento a imunização, que é feita em duas doses com intervalo de um a dois meses entre elas.	Catapora	

FONTE: Extraído e adaptado SBIm, (portal 2018).

Para justificar, a importância do conhecimento, qualificamos o esclarecimento, apresentando, o detalhamento das doenças que fazem parte dos quadros acima, proporcionando condições para os leitores, identificar sintomas, e conhecer as complicações que ocorrem, ao contrair o vírus. Entre as principais doenças algumas, já erradicadas, no entanto, e principalmente pela exposição dos profissionais de saúde, e imprescindível adotar a conduta de manter sempre o seu esquema de vacinação atualizado.

Quadro 5 - Doenças combatidas por vacinas e suas manifestações

DOENÇAS	CARACTERÍSTICA	TRANSMISSÃO
Difteria	A difteria é causada por uma bactéria que atinge as amídalas, a faringe, a laringe, o nariz e, em alguns casos, as mucosas e a pele, onde provoca placas branco-acinzentadas.	É transmitida por meio de tosse ou espirro.
Tétano	O tétano é causado pela toxina de uma bactéria que entra no organismo por meio de ferimentos ou lesões na pele e atinge o sistema nervoso central.	A doença não é provocada apenas o contato com metais enferrujados que provocam o problema, pois a bactéria do tétano pode ser encontrada nos mais diversos ambientes, inclusive fezes de animais.
Influenza	Caracteriza-se por febre alta, calafrios, dor de cabeça, mal-estar, tosse seca e dor muscular. Pode gerar complicações como infecções respiratórias agudas.	Ambiente atmosférico
Meningite	Causada por um grupo de bactérias chamadas meningococos, a doença provoca inflamação na meninge, membrana que envolve o cérebro e a medula espinhal, podendo levar à morte entre 24 e 48 horas a partir do aparecimento dos primeiros sintomas — mas a meningite não tende a ser tão grave em adultos quanto em crianças.	Ambientes contaminados
HPV papiloma vírus humano	O vírus infecta a pele e as mucosas, causando verrugas ou lesões que podem resultar em câncer de colo de útero, de pênis, de ânus e de garganta.	É transmitido no sexo (inclusive no oral e na masturbação).
Pneumonia	É uma infecção respiratória grave causada pelo pneumococo. Causa febre, tosse com catarro e, em muitos casos, precisa de internação, podendo levar a pessoa à morte se não for tratado adequadamente.	Superfície contaminada, entre pessoas pelas gotículas de secreção de espirros.

Herpes zóster	Conhecido popularmente como cobreiro, o herpes zóster decorre da reativação do vírus da varicelazóster, causador também da catapora.	Baixa imunidade, em indivíduos que possuem o vírus.
Febre amarela	Os sintomas iniciais incluem o início repentino de febre, dores musculares em todo o corpo, calafrios, dor de cabeça severa, náuseas, vômitos, fadiga e fraqueza. Em casos graves, os indivíduos apresentam febre alta, icterícia (a pele e as mucosas ficam amareladas), sangramentos eventualmente, choque e falência de múltiplos órgãos.	Causado por um vírus, transmitido por meio da picada de um mosquito infectado.
Hepatite B	É causada pelo vírus B da hepatite, que ataca as células do fígado, levando à inflamação do órgão, silenciosa, a doença pode evoluir para um câncer e nem sempre apresenta sintomas — os mais comuns são cansaço, febre, vômitos, pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras.	A transmissão é feita pelo sangue e outros líquidos corporais contaminados e ocorre em situações rotineiras no dia a dia, como ao compartilhar alicates de unha, é sexualmente transmissível e grávidas podem "passar" a infecção para o bebê durante o parto.
Sarampo	A doença provoca febre alta, tosse, coriza e manchas avermelhadas pelo corpo.	Causado por um vírus muito contagioso que permanece no ar e é transmitido por gotículas de saliva ao tossir, espirrar e falar.
Caxumba	A doença provoca aumento das glândulas salivares próximas às orelhas, causando edema nos dois lados da face.	É uma infecção viral aguda, também transmitidas por meio de gotículas de saliva ou de secreções nasais. Costumam acontecer surtos no inverno e na primavera.
Rubéola	É uma doença muito contagiosa, provocada pelo <i>Rubella virus</i> , que gera febre e manchas vermelhas na pele.	É transmitida pelo contato direto com pessoas contaminadas, por meio de saliva, espirro, tosse, doença pode ser passada de mãe para filho ainda durante a gravidez.
Hepatite A	É causada pelo vírus da hepatite A e sua transmissão ocorre pela ingestão de água ou alimentos com coliformes fecais. Assim como a hepatite B, na maioria das vezes é assintomática. Quando apresentam sinais o paciente pode ter febre, dores musculares, cansaço, mal-estar, inapetência, náuseas e vômito, icterícia, fezes amarelas- esbranquiçadas e urina com cor escura.	sua transmissão ocorre pela ingestão de água ou alimentos com coliformes fecais. Entre as principais vias de contaminação estão vegetais mal lavados e consumidos crus (saladas); mariscos e frutos do mar ingeridos sem ir ao fogo; e água sem tratamento.

Catapora	Popularmente conhecida como catapora, é uma doença infecciosa, altamente contagiosa, causada pelo vírus varicela-zóster, que surge mais na primavera. Em adultos, os sintomas são mais fortes do que nas crianças e se caracteriza por lesões na pele acompanhadas de coceira, que podem demorar até 20 dias para ir embora de vez.	O contágio acontece por meio do contato com as lesões, por gotas de saliva ou objetos contaminados com o vírus.
----------	---	---

FONTE: Extraído e adaptado SBIm, (portal 2018).

2.3.3 A importância de manter a caderneta de vacinação atualizada

Para iniciarmos a narrativa da “caderneta de vacinação”, vamos percorrer um caminho histórico, sobre as vacinas no Brasil e o seu registro, pela população, até os dias de hoje, e como a comunidade de Profissionais de saúde, defende e utilizam esses registros, individuais.

A médica Monica Levi, presidente da Comissão de Calendários e Consensos da SBIm (Sociedade Brasileira de Imunizações), alerta que ao longo do tempo surgem novas vacinas e ocorrem mudanças epidemiológicas e surtos, além de novas evidências científicas que podem alterar as diretrizes vigentes de vacinação. Por isso, o adulto precisa estar constantemente atento ao calendário vacinal referente à sua idade. Para manter a carteira de vacinação em dia, a recomendação é que a pessoa sempre leve o documento em consultas rotineiras e discuta com o médico quais vacinas devem ser tomadas. "A carteira de vacinação é um documento importante como o RG e deve ser usada e guardada como tal", alerta a médica Bárbara Furtado, gerente médica de vacinas da GSK. (PORTAL/VIVABEM, 2019, p. 7/8)

As vacinas assumiram um papel de importância na sobrevivência humana, diante dos processos de surgimento de doenças infectocontagiosas e transmissíveis que acompanham a história, até o momento da descoberta de vacinas que controlaram e erradicaram determinadas doenças, o que contribuiu para o desenvolvimento da população humana. O que nos faz concordar com: (PLOTKIN, ORENSTEIN, OFFIT; 2004, *apud* FERNANDES, 2017, pg. 4). É impressionante o impacto das vacinas na história da humanidade “Com exceção de água potável, nenhuma ação, nem mesmo antibióticos, teve tão grande impacto na redução da mortalidade e no crescimento da população”.

No Brasil o controle de registro de imunizações, segue um padrão frágil, pois na literatura, encontramos as referências de registro até o período da adolescência, e é controlado por terceiros, (país e alguns profissionais de saúde), usamos o termo frágil, pois não existem uma normatização, sistemática, para esse importante registro, como ocorre como Cadastro de

Pessoas Físicas (CPF) e o de Registro geral (RG), que atualmente pode ser expedido, logo nos primeiros dias de vida, e ao contrário da caderneta de vacinação, o sistema fornece a segunda via.

Destacamos pelo fato de atribuirmos ao protocolo de imunização as crianças no Brasil, a ausência de manutenção e atualização do documento, por pessoas adultas. No entanto, e embora, silenciosa, registramos a ocorrência desse cuidado, em duas populações, que incluem os profissionais de saúde, e pessoas que se deslocam em viagens internacionais, e que alguns autores, atribuem a ação, ao nível de conhecimento.

Esse controle de imunizações é feito através da caderneta, ou carteirinha comumente chamada, de vacinação, juntamente com o calendário nacional de vacinação, ambos criados em 1977 pelo Ministério da Saúde (MS), sendo adotado em âmbito nacional, e tem o registro, simples, realizado pelo operador de saúde, que utiliza o carimbo, com registro do local e data da aplicação. (BRASIL, 2017)

Porém, nos dias de hoje, já existem clínicas especializadas, que por meio de equipes multiprofissionais e com o apoio da SBIIm, desenvolvem esquemas de vacinação atualizando e fornecendo, aquelas vacinas, que não estão disponíveis na rede pública, além de fazerem registros em prontuários dos pacientes, inclusive pelas ferramentas tecnológicas, conseguem qualificar esse processo de comprovação e controle das vacinas.

É expressivo o uso da tecnologia no mundo atual, pessoas estão conectadas e informatizando informações e processos, e essa busca vem aumentando quando voltamos nossos olhos para a área da saúde. Segundo Pinochet (2011) reduzir custos e aumentar eficiência é uma busca constante em qualquer empresa, mas quando se trata da saúde, essa combinação pode ser uma questão de sobrevivência. Seja na área pública ou privada, é preciso rever processos e investir em tecnologias capazes de aumentar o controle e melhorar a qualidade da assistência. (FERNANDES, 2017, p. 5)

O programa Nacional de imunização (PNI) foi instituído em 1976, pelo Ministério da Saúde, trazendo como principal objetivo a prevenção de doenças imunopreveníveis no Brasil, com o ato foi conquistado a imunização da população e a erradicação da Rubéola. No entanto, até hoje, os registros de vacinação são feitos pela caderneta de vacinação, um documento de direito e dever do cidadão brasileiro, adotada em âmbito nacional, é dada a mãe ou pai logo após o nascimento da criança.

A lei nº 6259 de 1975, regulamentada pelo Decreto nº 78.231 de 1976, institucionaliza o Programa Nacional de Imunização (PNI), sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, com o objetivo de prevenir as doenças imunopreveníveis no país. Através da vacinação, foi

possível eliminar a varíola, interromper a transmissão de poliomielite e do sarampo autóctone, além de não possuir mais casos de Rubéola no Brasil. (BRASIL, 1976).

Existem iniciativas em trabalhos correlatos, na tentativa de produzirem um caminho, para o controle nacional mais efetivo, entre tanto, até o momento de conclusão de nossa pesquisa, não encontramos a aprovação, e nem, resultados do andamento de iniciativas, para este intento. Toda via, incluímos as propostas deliberadas por grupos de estudo, que tudo indica, necessitam de apoio, e das quais utilizamos, como contribuição dentro do nosso trabalho de pesquisa, por auxiliarem na fundamentação teórica, para as questões referentes a vacinação e saúde mental de acadêmicos dos cursos de fisioterapia e educação física, dentre as populações de profissionais de saúde, abordadas nesse estudo.

Inicialmente, na Universidade de São Paulo, em 2004, financiados pela Bolsa Empreendedor três alunos do curso de enfermagem desenvolveram um sistema que alertasse a escola caso a criança estivesse com seu quadro de vacinação desatualizado, e qual vacina deveriam receber, tendo em vista que os funcionários não possuem tal conhecimento. O software baseia-se em situações de inclusão e exclusão da criança, quando inclusa, significa que a criança está com a vacina atualizada, quando há um sinal de exclusão, significa que o período expirou e a vacinação precisa ser atualizada. Contudo o projeto é voltado para crianças de até 6 anos de idade e apenas para Escolas Municipais de São Paulo. (FERNANDES, 2017, p. 7).

Outras iniciativas seguiram esta trilha, na busca de sistematização e suporte ao controle:

Outro projeto semelhante foi desenvolvido por Sorgetz, Renck e Nascimento (2007), para controle de vacinação da saúde pública brasileira. O Sistema de Controle de Vacinação (SCV) permite o cadastramento de vacinas, pacientes, campanhas, postos, usuário; controle de aplicação de vacina e histórico das vacinas por paciente. São registradas as vacinas incluindo nome, tempo e efeito, doenças evitadas e número de doses que ela possui. Os pacientes que receberem essas vacinas devem ser cadastrados no sistema.

O Estado constituído apresentou pelo Ministério da Saúde duas propostas a primeira em 1975, o Ministério da Saúde institucionalizou o Programa Nacional de Imunização (PNI), e mais tarde foi desenvolvido o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), uma ferramenta para os gestores do programa. Contudo, essa ferramenta é mais voltada para o controle dos imunobiológicos aplicados e do quantitativo populacional vacinado, não traz um monitoramento individual dos pacientes,

apenas o controle das vacinas recebidas por unidade básica e as doses aplicadas.

E recentemente, criou em 2013 um aplicativo Vacinação em Dia, para controle de vacinação, onde há informações sobre as vacinas e permite que o usuário crie e gerencie a sua carteirinha. Porém, o fato de o próprio usuário inserir a sua vacina tomada, torna-o apenas um controle pessoal, uma vez que a informação pode ser manipulada sem a devida veracidade.

Figura 1 - Calendário Nacional de Vacinação

Calendário Nacional de Vacinação 2017															
Grupo Alvo	Idade	BCC	Hepatite B	Pentavalente	VIP/VO P	Pneumocócica 10V (conjugada)*	Rotavírus Human	Meningocócica C (conjugada)*	Febre Amarela	Hepatite A**	Triplíce Viral	Tetra viral***	HPV	Dupla Adulto	dTpa****
Criança	Ao nascer	Dose única	Dose ao nascer												
	2 meses			1ª dose	1ª dose (com soro)	1ª dose	1ª dose								
	3 meses							1ª dose							
	4 meses			2ª dose	2ª dose (com soro)	2ª dose	2ª dose								
	5 meses							2ª dose							
	6 meses			3ª dose	3ª dose (com soro)										
	9 meses								Dose única						
	12 meses					Reforço		Reforço			1ª dose				
	15 meses			1º reforço (com DTP)	1º reforço (com soro)						Uma dose (15 meses até 23)		Uma dose		
4 anos			2º reforço (com soro)	2º reforço											
9 anos															
Adolescente	10 a 19 anos		3 doses (verificar a situação vacinal)					01 reforço ou dose única (verificar a situação vacinal - 12 a 13 anos)	Dose única (verificar a situação vacinal)			2 doses (meninas de 9 a 14 anos) 2 doses (meninos de 11 a 13 anos)	Reforço a cada 10 anos		
Adulto	20 a 59 anos		3 doses (verificar a situação vacinal)						Dose única (verificar a situação vacinal)		2 doses (20 a 29 anos) 1 dose (30 a 49 anos)		Reforço a cada 10 anos		
Idoso	60 anos ou mais		3 doses (verificar a situação vacinal)						Dose única (verificar a situação vacinal)				Reforço a cada 10 anos		
Gestante			3 doses (verificar a situação vacinal)										3 doses (verificar a situação vacinal)	Uma dose a cada gestação a partir da 20ª	

FONTE: Ministério da Saúde, 2017.

2.3.4 Esquema de vacinação para Profissionais de saúde

Vários eventos contribuíram, para o início da preocupação e necessidade de sistematizar o processo de imunização dos profissionais de saúde, iniciando com aqueles diretamente ligados, ao atendimento, primeira linha, (Médicos, enfermeiros, atendentes, assistentes e agentes de saúde), logo após incluíram (Terapeutas e Fisioterapeutas) e em virtude de recente, Classificação Brasileira de Ocupações – (CBO) do Ministério do Trabalho (MT) que incluíram (Profissionais de Educação Física) especialistas, para atuarem no atendimento, dentro dos espaços (hospitais, clínicas, Postos e Centro de atendimento de saúde pública, entre outros) onde ocorre o atendimento a populações que buscam tratamento e manutenção, de saúde, locais esses, que até bem pouco tempo, não eram compartilhados por equipes, multiprofissionais, na sua abrangência.

A Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, do Ministério do Trabalho passou a apresentar um novo código: 2241-40, profissional de Educação Física na Saúde. A publicação foi feita no dia 17 de fevereiro. Com essa inclusão, específica para atuação na Saúde, o Profissional de Educação Física passa a integrar, de forma mais clara e objetiva as equipes dos Programas de Atenção Básica do SUS, bem como, possibilita a inclusão na Tabela de Prestação de Serviços do SUS. O Profissional de Educação Física já fazia parte, desde 2002, com outras classificações relacionadas a atividades físicas e esportivas, a saber: 2241-05 – Avaliador físico; 2241-10 – Ludomotricista; 2241-15 – Preparador de atleta; 2241-20 – Preparador físico; 2241-25 – Técnico de desporto individual e coletivo (exceto futebol); 2241-30 – Técnico de laboratório e fiscalização desportiva; 2241-35 – Treinador profissional de futebol. Com a inclusão da classificação número 2241-40 – Profissional de Educação Física na Saúde, a descrição primária foi ampliada com a seguinte informação: “Estruturam e realizam ações de promoção da saúde mediante práticas corporais, atividades físicas e de lazer na prevenção primária, secundária e terciária no SUS e no setor privado”. Importante ressaltar, também, que nas características do trabalho consta que “o exercício das ocupações da família requer formação superior em Educação Física, com registro no Conselho Regional de Educação Física”. (BOL. CREF3 SC, 2020, p.1/3)

Fato recente em 2014 noticiou-se a ocorrência de casos, entre profissionais de saúde, de febre hemorrágica relacionada ao vírus Ebola (altamente letal), cuja transmissão também se dá mediante exposição da mucosa ao sangue de indivíduos contaminados, evidenciando o quanto os trabalhadores da saúde estão expostos à contaminação por material biológico. Sabe-se que para essa afecção (ebola) ainda não se dispõe de vacinação e as medidas de controle estão relacionadas à prevenção de contato.

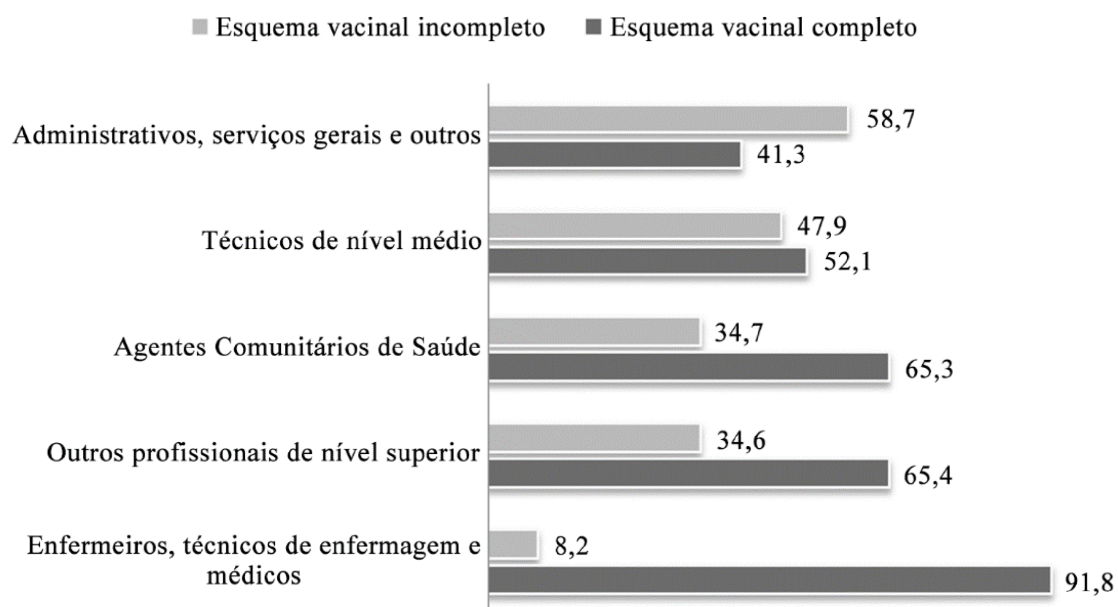
No entanto, para o VHB, apesar de ter mecanismo de transmissão similar ao vírus do Ebola e ser considerado, hoje, aquele que possui maior possibilidade de transmissão ocupacional, já há proteção garantida pelo imunizante. Esses dados revelam a vulnerabilidade dos trabalhadores de saúde para contrair doenças durante o exercício de suas atividades profissionais e reforçam a necessidade de monitoramento permanente. (SOUZA *et al*, 2015, p. 173)

O quadro que registra nos estudos, a maior prevalência de vacinação entre profissionais de enfermagem e médicos pode relacionar-se ao fato de o grupo ter maior escolaridade e mais contato com fluídos corporais de pacientes e de usuários dos serviços de atenção primária e da média complexidade; assim, estão mais atentos à contaminação por doenças virais do que outros grupos ocupacionais que, mesmo expostos, desconsideram ou não dão a devida importância ao risco existente.

Entre tanto, esse quadro tende a modificar-se com a produção de informações provenientes de estudos como o esse, que trata da “Vacinação e saúde mental de acadêmicos”, futuros profissionais de Fisioterapia e Educação Física, que iniciam o seu contato a partir do quinto (5º) semestre, por ocasião de suas etapas de estágios, presenciais, nos locais supracitados que trazem grandes possibilidades de contato com as doenças virais.

O comportamento reflete-se em relação direta entre o tipo de atividade realizada e a exposição ao material biológico, que pode ser um fator associado a essa percepção. Elegemos para exemplificar, a associação de um tipo de vacina “vacinação completa para hepatite B”, e os aspectos que caracterizam a coleta de dados, essa relação inclui os trabalhadores da área administrativa que, apresentam baixo contato com material biológico. Destacando que devem completar vacinação preconizada para hepatite B não apenas por conviverem com outros profissionais do setor saúde, mas, sobretudo, por estarem dentro da faixa etária de vacinação do adulto (20 a 49 anos), prevista pelo MS.

Figura 2 - Prevalências de esquemas vacinais completos e incompletos para hepatite B, analisados segundo categorias dos trabalhadores da atenção primária e da média complexidade (n=506). Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2011



FONTE: Cad. Saúde Colet., 2015, Rio de Janeiro, 23 (2): 172-179.

Em referência ao estudo citado, destacamos as considerações relevantes, pois também incluíram em outro quadro as questões relacionadas ao gênero quando se discutem ações de autocuidado, como é a vacinação, pois já é sabido que as mulheres possuem maior probabilidade de adotar medidas de cuidados com o corpo e com a própria saúde do que os homens.

A política nacional de atenção integral à saúde do homem tem como um dos eixos norteadores as medidas de cuidado específicas para prevenção de doenças infecciosas, tais como a imunização para hepatite B. Neste estudo, observou-se que menos da metade dos homens trabalhadores estiveram vacinados para hepatite B, com prevalência mais baixa do que as mulheres. Portanto é um elemento adicional que deve ser considerado no processo de sensibilização voltado para maior cobertura vacinal, com destaque a ações específicas para o seu incentivo entre os homens. Faz-se necessária a investigação de outros aspectos relacionados à saúde do homem, para que os principais entraves para efetivação da recente política sejam evidenciados e para que sejam levantadas discussões relevantes. (SOUZA, *et al*, 2015, p. 117)

A hipótese de que a conduta de vacinação estava associada à escolaridade, e reforçada pelas questões de iniquidades entre os trabalhadores do setor saúde. Apesar dos esforços promovidos mediante campanhas, ainda

são desiguais o acesso a esse serviço e o nível de informação entre as ocupações em saúde.

Outro estudo realizado com professores universitários de cursos da área de saúde identificou prevalência de vacinação completa nesse grupo de 87,0%. Esse alto valor entre os professores pode ser devido às campanhas realizadas dentro da universidade. Assunção *et al.* Apud Souza *et al*, 2015, apontam que comportamentos de autoproteção dependem de fatores educacionais.

A formação profissional e o conhecimento relativo à vacinação contra hepatite B são determinantes de vacinação entre profissionais mais jovens, o que pode refletir maior conhecimento não apenas sobre medidas de proteção individual e coletiva, mas, sobretudo, com relação à importância da imunização.

Seguiremos descrevendo fatores que durante a pesquisa, surgem como situações no campo profissional, social e afetivo, e que influenciam no cuidado pessoal, evidenciados por coleta de dados, e análise de informações, que constroem determinados argumentos, que se tornam relevantes para medidas de proteção dos profissionais, reforçando a importância de seguir rigorosamente aos esquemas de imunização e controle pelos próprios profissionais, criando dentro dos ambientes de trabalho, situações que venham a motivar e estabelecer padrão de qualidade profissional, diante da concepção, de que não é atribuído ao indivíduo isoladamente, seguir o protocolo, mas todos necessitam entender que a diferença está no cuidado coletivo.

Trabalhadores com vínculos permanentes apresentaram prevalência de vacinação maior do que os trabalhadores temporários. Silva *et al.* apontaram como o vínculo precário influencia na deterioração da saúde do trabalhador, como a ausência de estabilidade no emprego e a rotatividade podem desmotivar os trabalhadores frente às questões de cuidados com a própria saúde. Garcia e Facchini, com estudo mais recente, reforçaram que a estabilidade e as melhores condições de trabalho favorecem a manutenção do bem-estar do trabalhador. Tomasi *et al.* ao estudarem o ambiente físico de trabalho, identificaram que 46,0% dos trabalhadores consideraram suas condições inadequadas e um terço encontrava-se insatisfeito com sua saúde. Esse desgaste pode advir da lógica central de produtividade, presente também no setor saúde, sem a correspondente melhoria das condições de trabalho. (ASSUNÇÃO *et al.* Apud SOUZA *et al*, 2015).

Outra doença que trazemos, para elucidar aos leitores de nosso ensaio bibliográfico, demonstrando a linha muito estreita, entre a atuação profissional e a exposição dos agentes, deste processo, diante da fragilidade do sistema para garantir a sua proteção, o que vem, contribuir para os cuidados individuais, e

para a busca de conhecimentos, para estabelecer padrões de conduta, abordaremos uma doença, já controlada, porém, letal para quem não possui imunização ou sofre por falhas do sistema de imunização.

Pertussis (coqueluche ou tosse comprida) é uma doença respiratória causada pela bactéria *Bordetella pertussis*, que tem distribuição global e ocorre de forma endêmica, com ciclos epidêmicos a cada 5 anos. A incidência da coqueluche apresenta grandes variações em países de uma mesma região e em diferentes regiões de um mesmo país³⁻²³. Apesar de existirem vacinas para a prevenção da coqueluche desde o final da década de 1940 e de as coberturas vacinais no primeiro ano de vida terem aumentado substancialmente nas duas últimas décadas, de acordo com a OMS, o número de casos e de mortes por coqueluche, em 2008, foi superior a 16 milhões e 195.000, respectivamente. O fato de terem sido notificados à OMS apenas 139.382 casos de coqueluche em 2010 demonstra claramente que a doença é subdiagnosticada. Embora a coqueluche acometa pessoas de qualquer faixa etária, a maioria dos casos e quase todas as mortes são registradas em bebês menores de seis meses. Paradoxalmente, as taxas de incidência e o número de mortes por coqueluche aumentaram de forma substancial nos países onde as coberturas vacinais são elevadas, sendo necessário aver os fatores associados com a reemergência da doença e as estratégias para sua prevenção. (BRICKS, 2013, p. 74).

O objetivo deste capítulo é apresentar uma revisão descritiva da literatura sobre os aspectos epidemiológicos e os fatores associados com a reemergência da coqueluche e as novas estratégias para prevenir a doença.

As taxas de incidência da coqueluche são muito variáveis e, nos últimos anos, aumentaram em diversos países com altas coberturas vacinais, incluindo o Brasil. Nos EUA, o aumento nas taxas de incidência foi alarmante, tendo sido registrados mais de 20.000 casos da doença em 2004, 2005, 2010 e 2012, com epidemias em diversos estados. Na Austrália, em 2011, foram registrados mais 38.040 casos da doença. Na Europa, os mais altos coeficientes de incidência têm sido registrados na Holanda, Suíça, Noruega; entretanto, significativo aumento no número de casos também tem sido observado em algumas regiões da Espanha e Inglaterra. No Reino Unido, em 2012, foram confirmados 8.819 casos de pertussis e, apenas no mês de outubro, 1.631 casos, com 10 mortes em lactentes jovens. (BRICKS, 2013, p. 73).

Foram observados que tanto nos EUA como na Europa, que houve um desvio na faixa etária, com substancial aumento no número de casos de pertussis em adolescentes e adultos.¹⁶ Apesar disso, os maiores coeficientes de incidência e quase todas as mortes são registradas em bebês com menos de seis meses de idade.

Diversos fatores podem estar associados à reemergência da coqueluche, segundo J. Health Biol Sci. 2013; 1(2):73-83 apud 2015, p. 74.

1) a proteção conferida pela infecção natural, ao contrário do que muitos acreditam, não é permanente, e se reduz, quando existe

redução da circulação da bactéria na comunidade (redução do *booster* natural); 2) a eficácia das melhores vacinas contra a coqueluche é de, aproximadamente, 80%, e o acúmulo de suscetíveis predispõe a epidemias; 3) a introdução de métodos diagnósticos mais sensíveis e específicos, como PCR e sorologia, que permitem identificar maior número de casos, principalmente em adolescentes e adultos; 4) possível menor eficácia de vacinas acelulares, em comparação com as vacinas de células inteiras.

Os estudos até o final dessa pesquisa, não foram concluídos, entretanto, existe uma preocupação com a possível ineficácia da imunização, atribuída ao período de proteção, e como, trata-se, de um estudo que envolve pesquisas globalizadas, que requerem um aprofundamento, registramos as hipóteses referentes a as possibilidades de emergência da coqueluche, proveniente da revisão bibliográfica.

Estima-se que a proteção conferida por infecção natural dure entre 4 e 20 anos, e que a proteção conferida por vacinas dure entre 4 e 12 anos; entretanto, é preciso ter muita cautela ao analisar os dados de estudos realizados em diferentes épocas, com populações que receberam diversos tipos de vacinas, com coberturas e eficácia variáveis²⁶. Em populações não vacinadas ou que têm baixas coberturas, existe grande circulação da *B. pertussis* na comunidade e a exposição natural à bactéria pode atuar como “booster” natural, mantendo a imunidade na população. A maioria dos países industrializados adotou as vacinas acelulares nas últimas duas décadas, após ter conseguido reduzir dramaticamente o número de casos da doença na comunidade, devido às altas coberturas vacinais. Estima-se que 90% das mortes por coqueluche ainda ocorram em países em desenvolvimento, onde as coberturas vacinais são baixas, tanto no esquema básico, como nas doses de reforço. (BRICKS, 2013, p. 75).

2.3.5 Produção e importação de vacinas para humanos no Brasil.

A jornada de produção de vacinas no Brasil iniciou no fim do Século XIX, destacando o nome de três sanitaristas, que gravaram seus nomes, na página da defesa e utilização de vacinas, produzidas em laboratórios brasileiros, como produto para saúde, no entanto, por diversos acontecimentos e pensamentos antagônicos, o êxito só pode ser confirmando, a partir de 1966, início do século XX, e suas contribuições alcançaram repercussão mundial, no combate à proliferação e erradicação, de doenças virais transmissíveis.

No Brasil, em que pesem os esforços empreendidos, em fins do século XIX e início do XX, por sanitaristas como Oswaldo Cruz, Emílio Ribas e Vital Brazil na defesa da utilização da vacina como meio de promoção da saúde, seu emprego no país só se tornou, a exemplo do que se verificava no cenário internacional, alvo de uma política de abrangência nacional a partir da instituição, em 1966, da Campanha de Erradicação da Varíola. (PONTE, 2003, p. 622).

O século XX, e marcado por estruturação de aparato público a implantação de políticas de imunização nacional, proporcionando estrutura para esse processo, capaz de incluir toda a extensão territorial. Trazemos um detalhamento dos últimos trinta anos, do registro de fatos, de suma importância para a estruturação supracitada.

Quadro 6 - Estrutura de aparato público a implementação de políticas de imunização nacional

Período	Acontecimento
1970	Criação da Superintendência de Campanhas de Saúde (SUCAM)
1971	O início das atividades da Central de Medicamentos (CEME), cujos propósitos iniciais incluíam o apoio à produção de vacinas e medicamentos.
1973	A institucionalização do Programa Nacional de Imunizações.
1974	A criação do Ministério da Previdência e Assistência Social.
1975	A primeira tentativa de constituição de um Sistema Nacional de Saúde, que nunca chegou a funcionar realmente como um sistema na acepção correta do termo. Destacam-se ainda a revitalização da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a partir da segunda metade da década de 1970.
1976	O surgimento de Bio-Manguinhos enquanto unidade integrante do complexo Fiocruz.
1981	A criação do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS).
1985	O lançamento do Programa de Auto-Suficiência Nacional de Imunobiológicos (Pasni).
1988	A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), que vem sendo implementado no país a partir das possibilidades abertas pela Constituição de 1988, que consagrou a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado.

FONTE: vol. 10 (suplemento 2):619-53, 2003, *apud* Pontes, 2003, pg. 622.

Após essas ações, outras ações por consequências das anteriores, surgiram e provocaram avanços, no entanto como em todo processo, que envolve um rito, para o seu desenvolvimento, revelamos alguns, entre tanto, não pretendemos nos aprofundar, principalmente entre as questões que envolvem políticas de estado, e sim proporcionar aos nossos leitores, conhecimento, dentro do tema, qual nesse momento, aborda as vacinas e sua utilização para compor o tema principal, “Vacinação e Saúde mental de acadêmicos dos cursos de fisioterapia e educação Física”.

Nesse contexto, foi formulado o Programa de Autossuficiência Nacional em Imunobiológicos (Pasni), em 1985. A ideia básica era estabelecer uma ação coordenada entre os produtores nacionais,

estimulando os investimentos e a melhoria da qualidade da produção local, de sorte a se atingir a autossuficiência nos produtos vinculados aos programas de saúde. A partir da estimativa das necessidades dos programas de imunização, desenhou-se uma estratégia de substituição progressiva das importações e de expansão articulada dos sete laboratórios oficiais: Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Biomanguinhos/Fiocruz-RJ), Butantan (SP), Instituto Vital Brazil (Funed-MG), Fundação Ataufo de Paiva (FAP-RJ) e Instituto de Pesquisas Biológicas (IPB-RS), Instituto de Tecnologia do Paraná (Tecpar-PR), Fundação Ezequiel Dias (Funed-MG), Fundação Ataufo de Paiva (FAP-RJ) e Instituto de Pesquisas Biológicas (IPB-RS). (GADELHA, 1996, p. 111).

Dando sequência ao tópico, destacamos, no quadro a seguir, alguns trechos de um debate que reuni, figuras, relevantes no contexto da pesquisa e a produção imunobiológicos do Brasil, e no mundo, que deixaram suas contribuições em depoimento e análise das situações, referentes, as ações e as instituições do seguimento de produção de vacinas. Esperamos que o presente debate forneça ao leitor subsídios para refletir sobre o desenvolvimento tecnológico e a produção de imunobiológicos no país e para se posicionar por si próprio, em relação a temas tão relevantes. Segundo, Gadelha, 1996, pg. 113, as questões estão em aberto e requerem liberdade de pensamento face aos dogmas do neoliberalismo e do intervencionismo.

Quadro 7 - Quais são as principais transformações por que vêm passando a produção e o desenvolvimento de vacinas em âmbito mundial?

ENTREVISTADO	OPINIÃO
<i>Isaias Raw</i>	Provavelmente o maior impacto nessa área foi o desenvolvimento da vacina recombinante contra a hepatite B, há dez anos. Apesar de esforços continuados, a biologia molecular ainda não obteve outro sucesso igual. A inserção de antígenos no BCG, micobactéria que persiste no homem por muitos anos, desponta como a nova forma de vacinar. O próprio DNA, transformando células, pode resultar em vacinas eficientes. A descoberta de que polissacarídeos que não imunizam crianças abaixo de quatro anos se torna eficientes quando conjugados a proteínas deu origem a outra tecnologia fundamental. Esta descoberta, feita em 1931, permitiu desenvolver a vacina contra hemófilos B, e promete outras vacinas importantes. Finalmente, uma tecnologia que começa a despontar é o desenvolvimento de novos adjuvantes e formas de administração que possibilitam a lenta liberação do antígeno.
	A produção e o desenvolvimento de vacinas são um segmento que sofre o impacto da moderna biotecnologia, tanto nas atividades de pesquisa e desenvolvimento como na organização de negócios. No âmbito da pesquisa, as novas trajetórias tecnológicas, baseadas no DNA recombinante e nos métodos modernos de bioprocessamento,

<i>Carlos A. Moreira Filho</i>	começam a permitir a obtenção de novas vacinas e a melhoria das já existentes. Por outro lado, as grandes empresas transnacionais do setor farmacêutico lideram as inovações, tanto pela pesquisa endógena como pela capacidade de estabelecer consórcios com pequenas empresas de biotecnologia e universidades.
<i>José Gomes Temporão</i>	A vacina, enquanto instrumento de saúde pública, ocupa um lugar importante no ideário popular — e mesmo no dos profissionais de saúde —, vinculando-se, estreitamente, à ética e a uma moral de proteção da saúde que parece estar além ou acima dos estratos sociais. Esse ideário nos leva frequentemente a esquecer que, hoje, a produção e a comercialização de vacinas são um negócio como outro qualquer. E é isso que explica por que até hoje não conseguimos desenvolver vacinas seguras e eficazes para doenças de grande impacto em nosso país, como malária, doença de Chagas, esquistossomose, cólera, dengue, leishmaniose, entre outras. As grandes empresas do setor voltam suas atenções para os 'seus' problemas de saúde pública, turvando cada vez mais os princípios de cunho humanitário que deveriam nortear a abordagem de questões dessa natureza.
<i>Akira Homma</i>	... A globalização da economia mundial influencia a estratégia dos laboratórios multinacionais, levando-os a atuar de forma agressiva para consolidar ou conquistar mercados, e a procurar incorporações e alianças tecnológicas e mercadológicas, o que resulta em crescente oligopolização do mercado de vacinas. Uma das estratégias que utilizam para dominar o mercado é produzir vacinas de qualidade, em grande escala e a baixo preço. Utilizam, também, os direitos de propriedade intelectual e as patentes, que constituem instrumentos de proteção da produção intelectual e científica e, ao mesmo tempo, um dos principais obstáculos à incorporação de novas tecnologias por parte dos laboratórios de países em desenvolvimento...
<i>Isaias Raw</i>	O Programa Nacional de Auto-Suficiência é um evento único, onde uma meta virou uma política que atravessou, em dez anos, dezenas de ministros da Saúde. Todavia, o programa começa agora a amadurecer, apesar de serem irregulares os investimentos e limitado o número de pesquisadores dedicados a ele. Sobretudo, começa a ser entendido não como simples envasamento de vacinas importadas (que não representa nem tecnologia nem economia), ou como mera produção de vacinas no país, mas como um processo que começa com o desenvolvimento de pesquisa básica e tecnologia, e culmina com a sua implantação, criando uma competência que, se for estabelecida, garantirá o nosso futuro com novas vacinas.
<i>Carlos A. Moreira Filho</i>	O programa investiu cerca de cem milhões de dólares em uma década, sendo que 60% desse investimento destinou-se às novas plantas de DPT e BCG para assegurar o suprimento dessas vacinas. O restante se concentra em alvos prioritários: desenvolvimento das vacinas para hepatite B, meningite B e melhoria da produção de soros (onde recentemente se atingiu a auto-suficiência). O montante modesto de recursos não permitiu avanços significativos na área de vacinas virais e no desenvolvimento de novas vacinas (exceto as duas já mencionadas).

<i>José Gomes Temporão</i>	... A extrema burocratização e o emaranhado de leis e regulamentos concernentes, sobretudo, a compras e recursos humanos impediram a adoção de uma postura gerencial mais adequada aos novos tempos. Lembro, por fim, um fator que considero importante: a ausência de uma liderança nacional à frente do programa. Sua pequena expressão institucional no âmbito do Ministério da Saúde, aliada à indicação de pessoas sem liderança na área para gerenciá-lo, fragilizaram-no enormemente.
<i>Akira Homma</i>	... Impossibilitado de importar soros antiofídicos de outros países, em vista da especificidade dos venenos das cobras, o ministério não teve uma alternativa senão investir na área, criando o Pasni, em 1985. Desde então, vem desempenhando importante papel no fortalecimento dos laboratórios produtores nacionais. A primeira etapa, cumprida com sucesso, consistiu, sobretudo, em fortalecer a produção de soros antiofídicos. O país dispõe hoje de pelo menos dois laboratórios suprindo estes biológicos: o Instituto Butantan, em São Paulo, e a Fundação Ezequiel Dias, em Belo Horizonte.
<i>Isaias Raw</i>	... O mercado privado tornou-se um cartel de poucas empresas que produzem para a demanda mundial. Estas empresas querem vender o produto, e não se interessam pela transferência de tecnologia, nem pelo desenvolvimento fora de suas plantas. O restante do mundo representa mercado e, quando necessário, o 'biotério' onde suas vacinas são testadas. Temos que adquirir algumas tecnologias básicas tão logo seja possível, já que são elas que servem de base para um desenvolvimento futuro. O mais importante é desenvolver tecnologia competente.

FONTE: (Gadelha, 1996, p. 114 – 119)

Outras informações foram incluídas, na busca de qualificar a nossa pesquisa, que seguindo a sua elaboração, utiliza o método de pesquisa de campo, por coleta de dados, em questionário, dirigido a população de acadêmicos e profissionais, dos cursos de fisioterapia e educação física, a respeito de suas condutas sobre vacinas, e indagando o grau de informações que os mesmos possuem, sobre o tema, vacinação para os profissionais da área de saúde, que foram analisadas, segundo o suporte teórico, obtido em capítulos como este, ao longo do desenvolvimento do trabalho de dissertação.

E oportunamente, falaremos dos tipos de vacina que encontramos a disposição na rede pública e privada, quanto a sua eficácia e seus questionamentos, que provocam dúvidas na população, e que necessitam, serem estudados pelos profissionais de saúde, pela posição que ocupamos dentro da sociedade, como protagonistas no processo de promoção de saúde, formadores de opinião, e esclarecedores de dúvidas, baseados em profundo conhecimento, pela comprovação científica, tornando-se assim, agentes diferenciados no seio da sociedade.

O primeiro aspecto envolve a constituição de vacinas, usamos o exemplo da vacina tríplices bacterianas, que protegem o bebê contra difteria, coqueluche e tétano, na rede pública está disponível a DTPw, que é feita a partir de células inteiras da bactéria celular. No entanto, na rede privada existe a versão DTPa, que não é feita com células inteiras da bactéria, mas sim com proteínas, as grandes diferenciais estão relacionadas aos efeitos adversos que no caso das células são mais intensos, entre tanto, quanto a sua segurança e eficácia são similares.

As **vacinas** tríplices bacterianas protegem o bebê contra difteria, coqueluche e tétano. Na rede pública está disponível a DTPw que é feita a partir de células inteiras da bactéria. Já na rede privada existe a versão DTPa que é **acelular**, ou seja, não é feita com as células inteiras, mas sim com proteínas. – A **vacina do SUS** é feita com partes inteiras das bactérias e dos vírus, já a oferecida pela rede privada a **vacina é acelular**. A eficácia e segurança são similares, mas os efeitos adversos são menos frequentes e intensos quando se usa a **acelular**. A **vacina** tríplice **acelular** (DPaT) é constituída de antígenos protetores contra a difteria, coqueluche e tétano. É composta por dois toxoides (tetânico e diftérico) e antígenos purificados da bactéria que causa a coqueluche (*Bordetella pertussis*), fazendo com que as reações à **vacina** sejam menos frequentes e mais leves.

Outros relatos, que concede esclarecimento sobre o assunto, confere proteção aos dois tipos de vacina, vem das amostras, de estudos que comprovam sua eficácia.

A proteção conferida pelas melhores vacinas acelulares é semelhante à observada após o uso das melhores vacinas de células inteiras, que têm eficácia de, aproximadamente, 80%.² O acúmulo de suscetíveis devido a falhas primárias (não indução de resposta imune apropriada) ou secundárias (redução nos títulos de anticorpos protetores) das vacinas propicia a maior circulação da *B. pertussis* e a ocorrência de epidemias, que ocorrem a cada 2 a 5 anos, mesmo em locais onde as coberturas vacinais na rotina são superiores a 95%. (BRICKS, 2013, p. 72).

Pelo objetivo de provocar, interesse de pesquisadores no aprofundamento dos temas, sobre vacinas e suas eficácias, aqui deixamos a questão sobre a cobertura e a qualidade de sua produção, segundo a literatura, que pesquisa sobre a reemergência da coqueluche, a qual apresentou incluída na descrição de doenças e nas causas, no quadro de coqueluche em adultos já vacinados, na infância, e profissionais de saúde, como relato de caso grave, que pela dimensão, demonstra ser um estudo de larga escala, pelo de interesse mundial.

No Brasil, apesar dos baixos coeficientes de incidência da pertussis, o número de casos e mortes por coqueluche aumentou significativamente nos dois últimos anos. Em 2011, foram notificados 2.258 casos e 55 mortes⁵ e, de janeiro a dezembro de 2012, 5.124 casos e 86 mortes, a maioria bebês menores seis meses de idade. O único reservatório da *B. pertussis* é o ser humano. A bactéria é transmitida de pessoa a pessoa, por meio de gotículas respiratórias e, como tem baixa sobrevivência no meio ambiente, geralmente é adquirida através do contato próximo com indivíduo contaminado, que pode, ou não, apresentar manifestações clínicas. (BRICKS, 2013, p. 74).

Embora alguns autores associem a reemergência da coqueluche à menor efetividade das vacinas acelulares em comparação com as vacinas de células inteiras, nos EUA, a menor incidência de pertussis foi registrada em 1976, aumentando a partir da década de 80, antes da introdução das vacinas acelulares na rotina. Além disso, a reemergência da coqueluche também tem sido registrada em países que utilizam vacinas de células inteiras na rotina, como Costa Rica, Panamá, Uruguai, Argentina, Colômbia, Chile e Brasil.

Quadro 8 - Recomendações de vacinas acelulares de pertussis para profissionais de saúde de acordo com instituição/País

Instituição/país	RECOMENDAÇÃO
OMS	Profissionais de saúde que trabalham com bebês ou muno comprometidos, especialmente em maternidades e unidades pediátricas.
PAHO	Todos os profissionais de saúde que têm contato com bebês menores de 6 Meses.
ESTADOS UNIDOS	Todos os profissionais de saúde que trabalham em hospitais ou ambulatórios e têm contato direto com o paciente.
AUSTRÁLIA	Profissionais de saúde que têm contato com bebês ou crianças.
BÉLGICA, ALEMANHA, HOLANDA, LUXEMBURGO, REINO UNIDO.	Todos os profissionais de saúde
ÁUSTRIA, FINLÂNDIA, NORUEGA.	Pediatras e profissionais de saúde em departamentos neonatais

FRANÇA	Profissionais de saúde em contato direto com o paciente
--------	---

FONTE: Health Biol Sci. 2013; *apud*, BRICKS, 2013, pg. 77

Em nossa fundamentação teórica dentro de nosso trabalho, de dissertação, submetido dentro do curso de pós-graduação *restricto* senso, pela Faculdade Internacional de Ciências FICS, ao título de mestrado, em Saúde Pública, onde abordamos como tema do estudo “Vacinação e saúde Mental de Acadêmicos dos Cursos de Fisioterapia e Educação Física”, buscamos produzir reflexão sobre a exposição de profissionais da área de saúde que atuam em grupos multiprofissionais, em locais de atendimento a saúde pública, locais esses, que merecem um cuidado redobrado de nossas condutas.

No estudo de Guilarde et al. 78% dos acidentes identificados envolviam agulhas com lúmen e 22% ocorreram durante o manuseio do lixo, ou dispensador de perfuro cortante, e a maioria dos profissionais que se envolveram com acidentes usava EPI. Além disso, esses autores ainda evidenciaram que 30% daqueles que se acidentaram relataram não ter feito o esquema completo de vacinação contra a hepatite B. A exposição a material biológico esteve associada à vacinação para hepatite B. Os trabalhadores constantemente expostos também podem ser fonte de infecção para outros. Takayanagi et al. apontam que, dentre os fatores associados à vacinação, está a maior vulnerabilidade à exposição de fluidos corporais, que podem ser fonte de doenças. (SOUZA, *et al*, 2015, p. 178).

3. PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo desenvolveu-se no âmbito dos projetos de mestrado da FICS (Faculdade de ciências) utilizando os acadêmicos do último ano dos cursos de Fisioterapia e Educação Física das IES pública e privada, reunindo uma população de 40 (quarenta), sendo 20 (vinte) acadêmicos do curso de Educação Física e 20 (vinte) acadêmicos do curso de fisioterapia, respectivamente da Universidade do Estado do Pará (UEPA) e Centro Universitário Leonardo da Vinci (UNIASSELVI) localizadas nos municípios de Belém e Ananindeua no estado do Pará.

O projeto teve aprovação inicial da Coordenação Regional do Curso de Educação Física, e Fisioterapia das IES, que aprovou o estudo e deu permissão para entrar em contacto com os Polos. Contudo, a decisão final da

participação foi da responsabilidade do Conselho Acadêmico de cada IES, que por sua vez deu autorização para a avaliação e permitiu o contacto dos alunos.

Em 2018/2019 decorreu a primeira distribuição dos questionários. Nesta remessa foram distribuídos 100 questionários, e foram respondidos 30 no período letivo de 2018/2019, correspondendo assim a 30%. No início do período letivo 2019/2020, replicamos o envio e recebemos 80 questionários respondidos, por completo e 10 parcialmente, que descartamos. Então por estabelecer uma população de 40 acadêmicos, entre os dois cursos, a amostra coletada foi 40 questionários completos, o equivalente 100% da população de estudo.

3.1 Estrutura da dissertação

O estudo foi desenvolvido apresentando três capítulos como referencial teórico destacado em sequência: os dois primeiros capítulos abordando, 1 - Saúde mental: depressão, ansiedade, quadro de ansiedade, dentro dos grupos de atuação no PACs; 2 – Transtornos mentais: transtornos mentais comuns (TMC), transtornos de déficit/hiperatividade (TDAH), síndrome de *Bornout* (SB), e Suicídio. O terceiro capítulo traz os conteúdos sobre a imunização, abordando: 3 – Vacinas: vacinas (vacinação de adultos jovens), a importância de manter a caderneta de vacinação atualizada, esquema de vacinação para profissionais de saúde, e a produção e importação de vacinas para humanos no Brasil. Os conteúdos foram elaborados baseado na pesquisa bibliográfica para a definição, conceitos e sua relação com as questões laborais pelos profissionais de saúde; “transtornos mentais” sinais, condutas e buscas pelo auxílio profissional como profilaxia; e “vacinas” histórico, esquemas de vacinas, controle e registro, condutas pelos profissionais de saúde, produção de vacinas humanas no Brasil.

Os capítulos supracitados trazem como objetivo de elaboração demonstrar por sequencia logica os conteúdos que sustentam teoricamente o nosso estudo, para então incluirmos a nossa etapa de pesquisa de campo, com característica exploratória, descritiva, que envolve alunos acadêmicos de licenciatura e bacharelado, dos cursos de Fisioterapia e Educação Física, de formato presencial e EAD (semipresencial), de IES, pública e privada, um arcabouço para o entendimento que utilizamos no momento de descrever os

resultados e discussão da pesquisa, e na sequência a conclusão e as referências bibliográficas.

3.2 Campo de estudo

O estudo foi realizado no Estado do Pará, na região norte do Brasil e reuniu acadêmicos do último ano dos cursos de Fisioterapia e Educação Física, da Universidade do Estado do Pará (UEPA), campus III, e do Centro Universitário “Leonardo da Vinci” (UNIASSELVI), campus Ananindeua, como população, caracterizando as suas participações pelas respostas às questões elaboradas, que após sofrerem a análise, são incluídas na discussão com aporte teórico, do estudo, contemplando os objetivos e respondendo a indagação da questão principal.

3.3 Coleta de dados

Foram desenvolvidas pela técnica de investigação de questionário, objetivando coletar pelas respostas obtidas do público, a qual foi direcionada, por questões fechadas e algumas relacionadas, respostas que após receberem o tratamento analítico, fornecem material que mostra a situação da população diante da questão problema, aproveitando-se do momento de estágio curricular obrigatório, que os acadêmicos escolhidos, participam, sendo o local propício a análise da pesquisa, diante de suas exposições a fatores laborais, que segundo a literatura de suporte teórico, são fatores precursores de contaminação e aquisição de distúrbios mentais, em uma escala crescente de leves para os mais graves. Locais denominados Núcleos de Assistência à família, que integram um dos programas de iniciativas de políticas públicas, governamentais, Núcleo de Assistência a Famílias (NAFs). “Com essa técnica de investigação, composta por questões apresentadas por escrito às pessoas, você pode identificar o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas e outras”. (GIL, 1996, apud SILVA, 2009, p. 57)

3.4 Definição da amostra

A amostra do presente estudo foi composta por 40 (quarenta) acadêmicos, pertencentes ao último ano dos cursos (Fisioterapia e Educação

Física) das IES pública UEPA e privada UNISSELVI, que receberam os questionários e realizaram a devolução. Para a definição do público do estudo, foi realizado o levantamento que reúne a informação do número de alunos matriculados nos cursos e usando outro critério de seleção os alunos que passaram ou se encontravam, em estágio no local específico de atendimento social de saúde, no período atribuído a coleta de dados de nosso estudo, configurando a participação em grupos multiprofissionais.

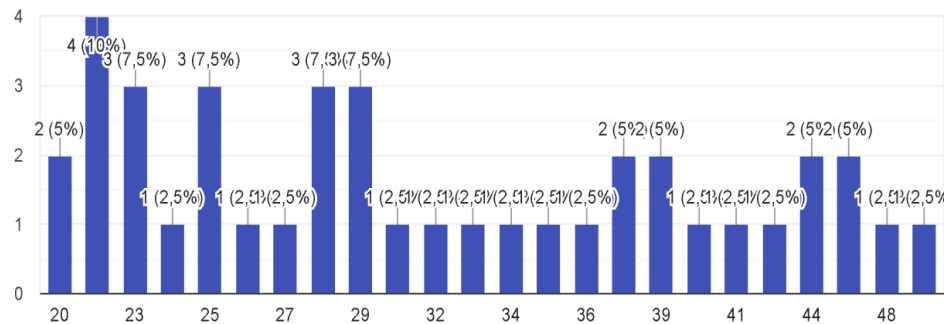
E no momento, de formalizar para quantificar e qualificar a pesquisa houve a redução dos dados por abstração dos questionários não respondidos em sua totalidade ou parcialmente, definindo como amostra: 40 (quarenta), questionários completos, dentro de uma população de 40 acadêmicos que preencheram os pré-requisitos, estabelecidos no estudo de campo.

Foi mantida a preservação de identidade dos respondentes, o que constitui, para o nosso estudo, a busca pela alta relevância ética. E revelamos a nossa própria identificação, o que fortalece a confiança e transparência entre os participantes.

4 DISCUSSÃO E RESULTADOS

Para a apresentação dos dados, mesmo que a pesquisa seja de cunho descritivo, necessitamos ultrapassar a mera descrição, por isso buscamos acrescentar algo ao questionário, elaborado para a coleta, configurando uma tentativa de ultrapassar os dados. Porém, incluindo nas explicações, configurações e fluxos de causa e efeito. Para isso, temos que retomar as anotações de campo e a literatura ou até mesmo a coletas adicionais se forem necessárias. (GIL, 2002, p. 134).

Gráfico 1 - Idade

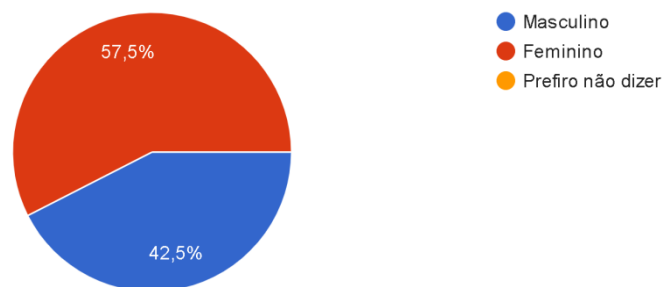


FONTE: Coleta de dados 2020

A idade média das pessoas que realizaram o questionário online foi de 40,07 ($\pm 8,77$) anos, com concentração de faixa etária de 24-32 anos. (Gráfico 1).

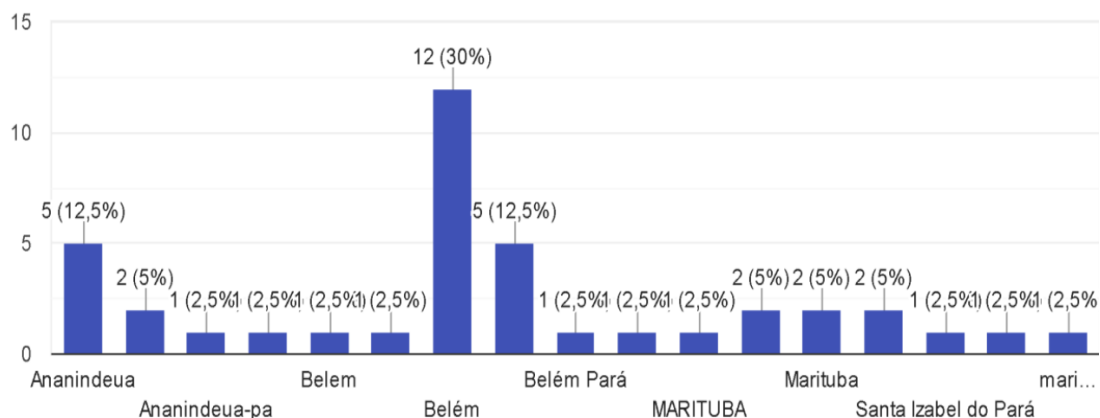
Gráfico 2 - Gênero

Gênero
40 respostas



FONTE: Coleta de dados 2020

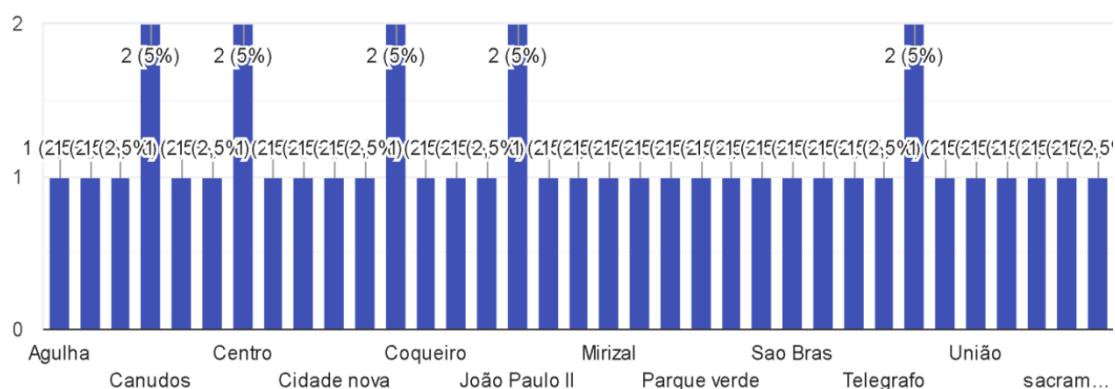
A prevalência do gênero feminino declarado foi de 57%, contra a de gênero masculino declarada em 42,5%, e seguindo os preceitos de diversidade de gênero incluímos a opção “prefiro não declarar”, que não obteve declaração pelos respondentes. Como demonstra o (gráfico 2).

Gráfico 3 - Cidade

FONTE: Coleta de dados 2020

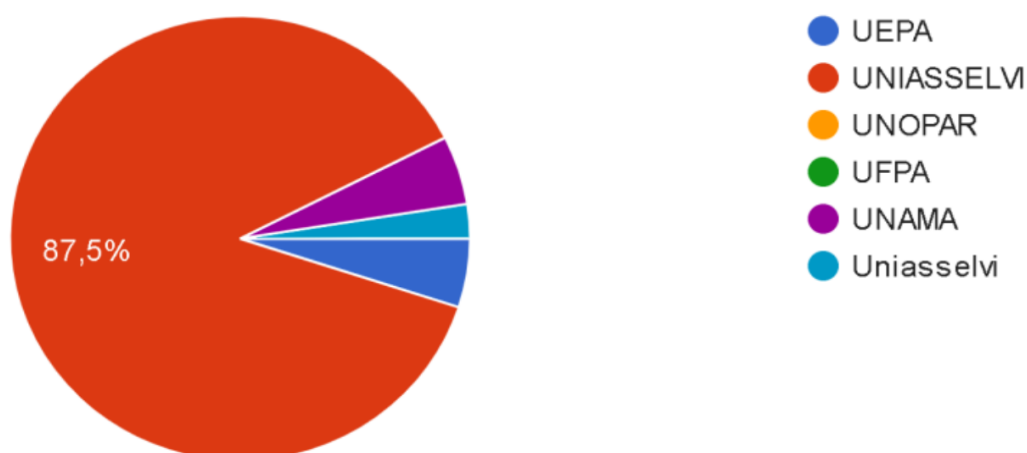
A maioria das pessoas que responderam ao questionário reside no município de Belém (30%), em segundo lugar no município de Ananindeua (12,5%), e em terceiro está Marituba (5%), o restante e Santa Isabel do Pará, com 2,5% (Gráfico 3).

Neste momento o estudo abrange os dois principais municípios da região metropolitana, onde acontece o atendimento multiprofissional e o período de estágio, dos cursos de Fisioterapia e Educação Física, em conformidade com a delimitação do estudo. O gráfico a seguir, refere-se ao domicílio dos entrevistados. No entanto, registramos a necessidade de ampliação da abrangência dos locais de estágio, incluindo o interior do estado, em estudos futuros. (Gráfico 3)

Gráfico 4 - Bairros

FONTES: Coleta de campo 2020

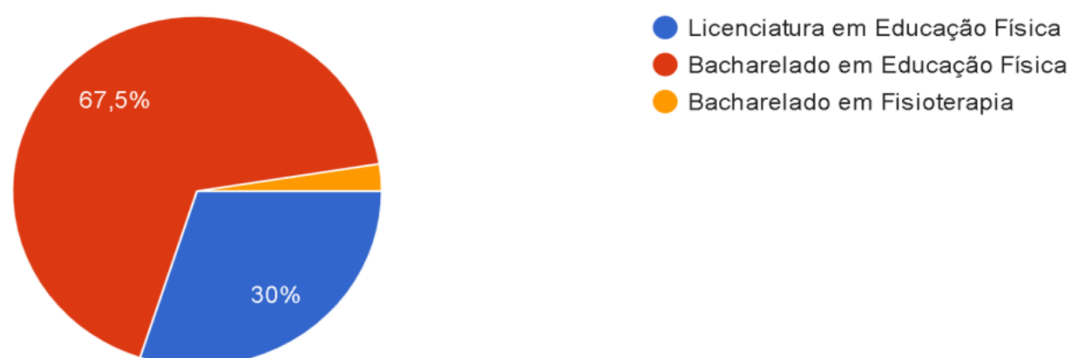
Completando o mapeamento geográfico, apresentamos o gráfico que mostra a distribuição de domicílio dos respondentes, trazendo maior grau de informação que estabelece ao público acadêmico das duas instituições, seus domicílios com prevalência dos bairros periféricos, tanto da zona metropolitana de Belém, quanto do município de Ananindeua e o município vizinho de Marituba todos do estado do Pará. Dados que podem contribuir para o aprofundamento do tema em estudo, em relação localização e condições sanitárias e higienistas, com reflexos nas condutas e cuidados, com a sua própria saúde. (Gráfico 4)

Gráfico 5 - IES que estuda

FONTE: Coleta de dados 2020

O gráfico demonstra a extensão de envio dos questionários, para em seguida representar precisamente a população que compõe a nossa amostra. Por tanto, o gráfico inclui a todas as IES: UEPA; UNISSELVI, UNOPAR; UFPA e UNAMA, as quais os seus académicos receberam os questionários, e que por diferentes justificativas, ou simples ausência de respostas, não constituem o universo da população, configurando a abstração dos questionários, não respondidos. Permanecendo ao final as IES, UEPA e UNIASSELVI, que assumiram os percentuais, 50% para cada IES. (Gráfico 5)

Gráfico 6 - Curso que pertence



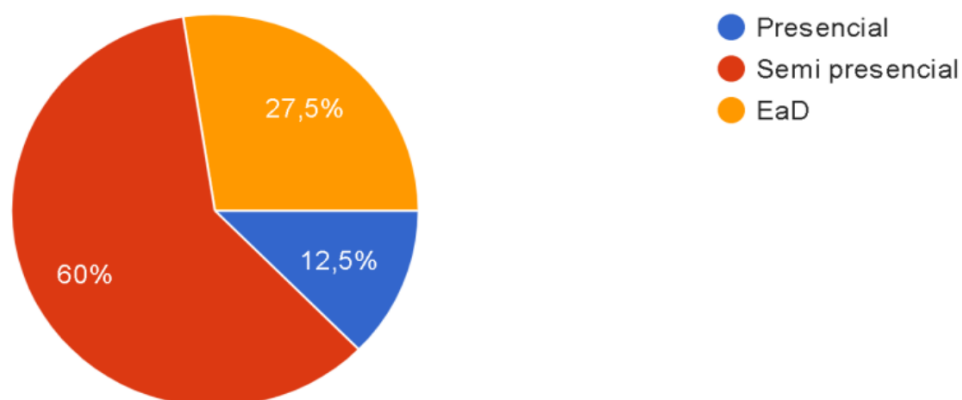
FONTE: Coleta de dados 2020

Gráfico a seguir, demonstra um desdobramento específico no curso de Educação Física, que oferece duas modalidades de formação: Licenciatura em Educação Física e Bacharelado em Educação Física, que definem as áreas de atuação dos profissionais. Entre tanto, sem relevância para a classificação do nosso público, pois as atuações em ambientes de atendimento à saúde recebem os profissionais e académicos de ambas as modalidades de curso. E no curso da área de Fisioterapia, apresenta somente a modalidade de Bacharelado em Fisioterapia o que complementa a representação de percentuais do (gráfico 6).

A Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, do Ministério do Trabalho passou a apresentar um novo código: 2241-40, profissional de Educação Física na Saúde. A publicação foi feita no dia 17 de fevereiro. Com essa inclusão, específica para atuação na Saúde, o Profissional de Educação Física passa a integrar, de forma mais clara e objetiva as equipes dos Programas de Atenção Básica do SUS,

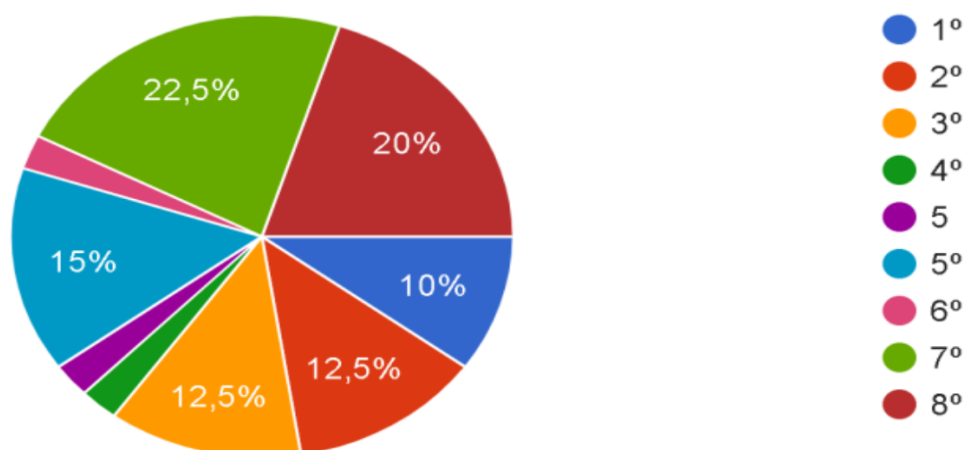
bem como, possibilita a inclusão na Tabela de Prestação de Serviços do SUS. (BOL. CREF3 SC, 2020, p.1/3)

Gráfico 7 - Formato do curso



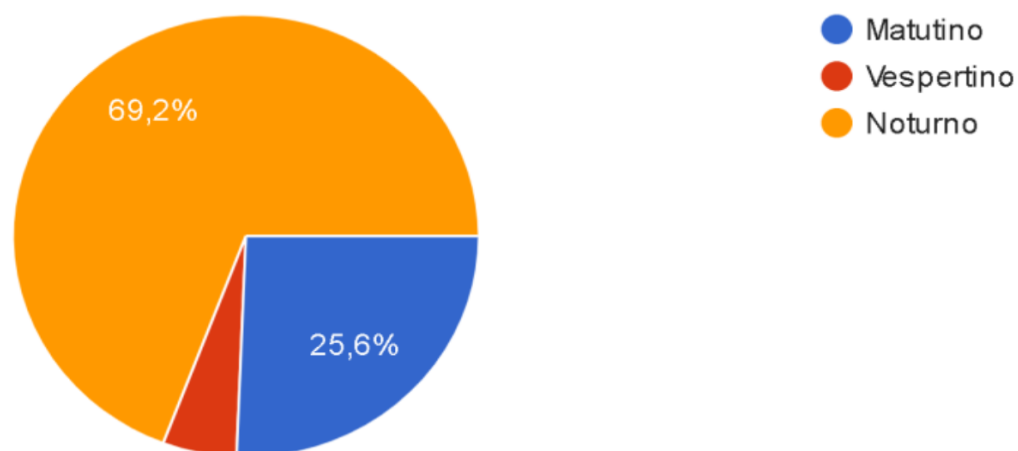
FONTE: Coleta de campo 2020

Continuando descrevendo as características dos acadêmicos respondentes, apresentamos os formatos dos cursos referente às suas modalidades de ensino, que inclui o formato metodológico Presencial (clássico), e as inovadoras propostas de metodologias alternativas, Ensino a Distância (EAD), o nosso estudo inclui acadêmicos do curso de duas IES, e entre elas a IES pública, que oferece para as duas áreas Fisioterapia e Educação Física exclusivamente o formato presencial, e IES privada que oferece somente a modalidade EAD, com duas sub modalidades: semipresencial que acontece com encontros semanais em salas físicas, com aulas expositivas ministradas por Professores/tutores, externos, e internos, com carga horária estabelecida de 20% de toda a carga do curso, ficando os 80% de carga restantes de forma on-line, e a sub modalidade Flexível (FLEX), totalmente on-line, utilizando os Professores/tutores, internos, para orientação do curso. (gráfico 7).

Gráfico 8 - Semestre que está cursando

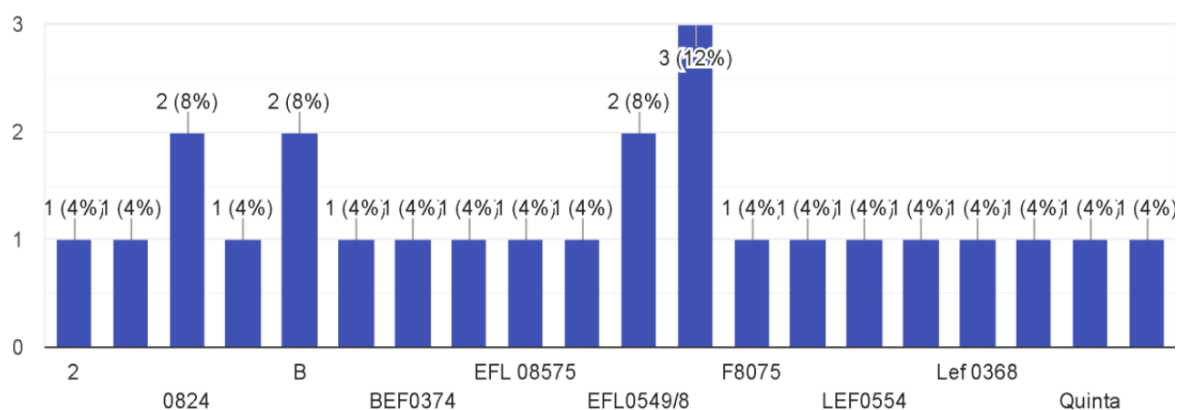
FONTE: Coleta de dados 2020

O último ano de curso, foi estabelecido pelo período que inclui ao curriculum dos acadêmicos, a disciplina de estagio curricular obrigatório, e que para o nosso estudo representa grande relevância, pelo que o ambiente oferece entre os fatores descritos no aporte teórico, como ações laborais, precursoras de contágio e início de distúrbios psicológicos, configurando o ambiente de atendimento ao público, nos centros de saúde, propicio na contribuição da pesquisa de campo, o gráfico apresentado em semestres, no entanto, traz nomenclatura de semestres na IES pública e ciclos na IES privada, da modalidade EAD, equivalentes. (Gráfico 8)

Gráfico 9 - Turnos

FONTE: Coleta de dados 2020

Destacamos o turno como fator que contribui para analisarmos a jornada de trabalho e estudo dos respondentes, pois segundo a literatura constitui em fator estressante, ou seja, causa o desequilíbrio físico e psicológico, que somado a outros fatores, contribuem para vulnerabilidades e aquisição de “janelas”, abertas, dando passagem a contaminações e início de distúrbios, pela baixa resistência imunológica e psicologia, que necessitam de vários cuidados e condutas, para manter-se equilibrada. (Gráfico 9)

Gráfico 10 - Turma

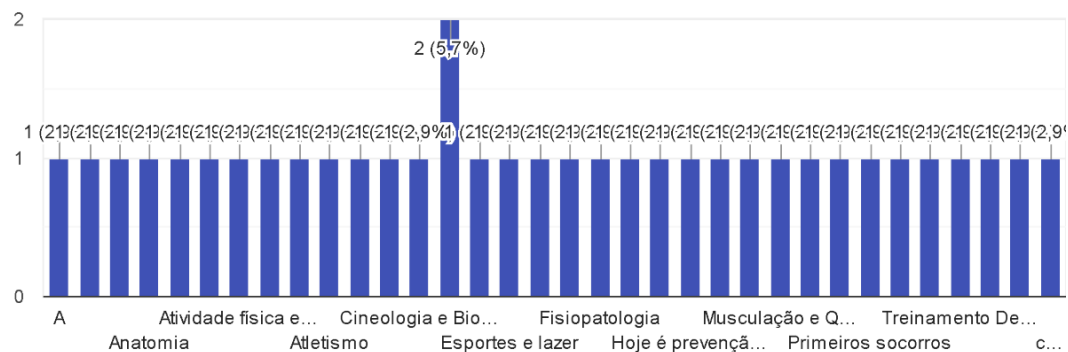
FONTE: Coleta de dados 2020

A distribuição das turmas nos gráfico, a seguir, confirma a prevalência do turno noturno, que se caracteriza como fator, para o desequilíbrio metabólico, pois, além de ocorrer após uma jornada, de no mínimo seis horas, de trabalho, executada pela maioria nos respondentes acadêmicos da IES, privada, pois necessitam do trabalho remunerado, para manter o investimento acadêmico, e enfrentam deficiências do transporte público, o alto índice de violência, problemas urbanos, presentes nas duas localidades que funcionam os polos. Concordando com (LÜDKE, *apud*, GIL, 2002, p. 134), É preciso, portanto, que a análise não se restrinja ao que está explícito no material, mas procure desvelar conteúdos implícitos, dimensões contraditórias e mesmo aspectos silenciados. (Gráfico 10)

Gráfico 11 - Quais disciplinas está cursando que tenha uma relação direta com a prevenção em saúde?

Qual(is) disciplina(s) está cursando que tenha uma relação direta com prevenção em saúde?

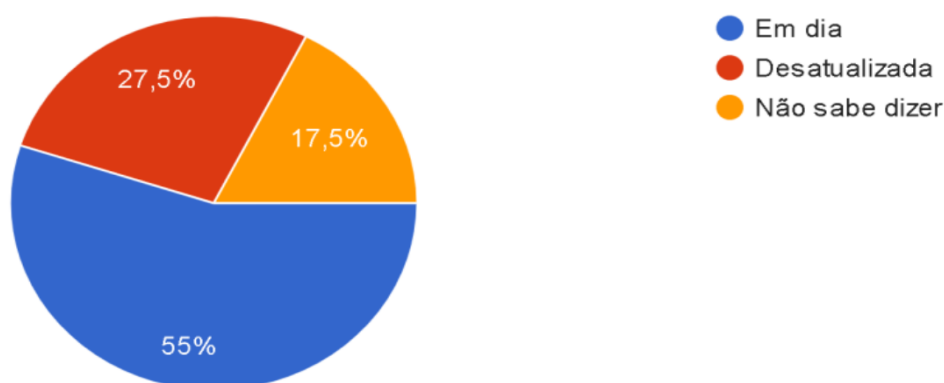
35 respostas



FONTE: Coleta de dados 2020

Com a inclusão dos Profissionais de Educação Física, pela resolução do Ministério do Trabalho, nos grupos multiprofissionais, que reúnem Profissionais da área de saúde, para o atendimento público, a resolução proporcionou por consequência, além das disciplinas comuns aos dois cursos, Fisioterapia e Educação Física, a ampliação de dimensão da prevenção de saúde, alcançando tanto a prevenção da saúde Física, quanto à saúde mental, essa contemplação fica evidente, no texto da resolução, que inclui as disciplinas e práticas do currículo do curso de Educação Física. Organização Mundial de Saúde (OMS) "A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade" essa definição, de 1946, foi inovadora e ambiciosa, pois, em vez de oferecer um conceito inapropriado de saúde, expandiu a noção incluindo aspectos físicos, mentais e sociais. (Gráfico 11)

Com a inclusão da classificação número 2241-40 – Profissional de Educação Física na Saúde, a descrição primária foi ampliada com a seguinte informação: "Estruturam e realizam ações de promoção da saúde mediante práticas corporais, atividades físicas e de lazer na prevenção primária, secundária e terciária no SUS e no setor privado". Importante ressaltar, também, que nas características do trabalho consta que "o exercício das ocupações da família requer formação superior em Educação Física, com registro no Conselho Regional de Educação Física". (BOL. CREF3 SC, 2020, p.1/3)

Gráfico 12 - Situação da carteira de vacinação

FONTE: Coleta de campo 2020

Apresentamos outra etapa do estudo, abordando questões direcionadas as condutas e atenção de prevenção e manutenção da própria saúde, pelos respondentes, para então culminar num conjunto de proposições capazes de proporcionar nova perspectiva teórica ao problema.

O gráfico a seguir levanta a situação de controle do processo de imunização pelos acadêmicos respondentes, destacando que o próprio sistema de saúde, não oferece apoio ao registro de controle do processo. Em análise o gráfico mostra que 55% declaram estar em dia, possui a Carteira de Vacinação (CV), faz seu próprio controle; em 27% dos respondentes declararão terem os seus CV, desatualizados alegando vários motivos, que não justificam.

Pois segundo as informações colidas, que apontam a disponibilidade de atendimento público e privado, para realizar a atualização do esquema de vacinas, acrescentando que nos programas de vacinação em massa, os profissionais de saúde compõe o grupo que tem acesso prioritário; e é atribuído a 17% da população respondente que declara não saber dizer como está a sua situação de controle, demonstrando um desinteresse, desconhecendo a importância para o profissional de saúde, sobre este processo, que reúne informação, controle e condutas.

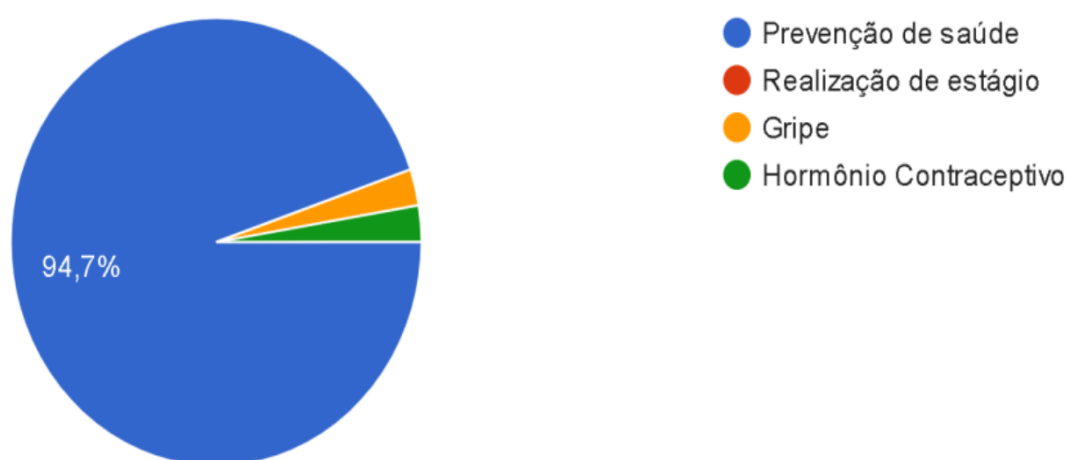
Um dos principais problemas relacionado com o estudo dos determinantes de vacinação nos adultos jovens é a metodologia a usar para avaliar o estado vacinal. Assim, frequentemente apenas é possível obter a

informação a partir de auto reporte do estado vacinal. (TAVARES, 2013, p. 23).

(Gráfico 12)

No Brasil o controle de registro de imunizações, segue um padrão frágil, pois na literatura, encontramos as referências de registro até o período da adolescência, e é controlado por terceiros, (pais e alguns profissionais de saúde), usamos o termo frágil, pois não existe uma normatização, sistemática, para esse importante registro, como ocorre como Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) e o de Registro geral (RG), que atualmente pode ser expedido, logo nos primeiros dias de vida, e ao contrário da caderneta de vacinação, o sistema fornece a segunda via. (CAPÍTULO III, 2020, p.58)

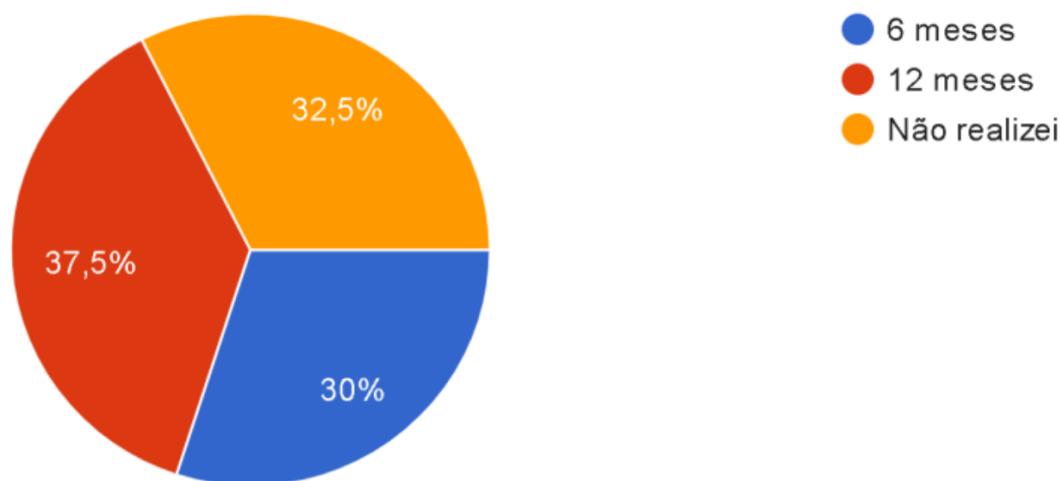
Gráfico 13 - Tomou vacina para:



FONTE: Coleta de dados 2020

Nessa análise, buscamos revelar por motivações, fazendo uma proposição de motivos, partindo da principal finalidade do esquema de imunização, a prevenção de saúde, incluindo proposta de motivos, para criar um vínculo com a atuação do profissional, principalmente para aqueles que iniciam uma jornada de atuação, no ambiente de atendimento à saúde pública, o que aumenta suas possibilidades de risco a contaminação, podendo sugerir, na própria formação do profissional, metodologias que auxiliem a estabelecer a imunização, como conduta profissional, em um exercício ético e não somente como prevenção de saúde, mais como necessidade para o labor.

Pela representação do gráfico mostra 94,7% prevenção de saúde, seguido de gripe e Hormônio Contraceptivo, dividindo o percentual de 5,3% dois respondentes, e 0% para a alternativa de realização de estágio, colocada no questionário para provocar por revelação, a necessidade do tratamento do



tema, no meio acadêmico da formação profissional de saúde. (Gráfico 13)

Gráfico 14 - Realizou Check up nos últimos anos

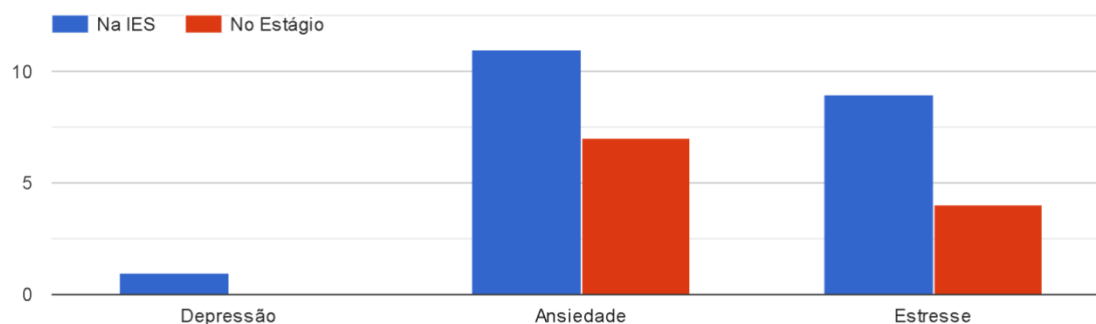
FONTE: Coleta de dados 2020

Na sequência ao que se refere a cuidados próprios com a saúde, podemos ressaltar, seguindo a técnica de complementação das questões por apropriação de relatos comparados a literatura, coletamos ausência dentro do próprio sistema de saúde no momento do *Check Up*, que não inclui o estado de imunização, individual, e raramente solicita ou encaminha os pacientes, a realizarem esquema de vacina, reforçando a cultura sobre a imunização, atribuindo a importância e controle somente nas consultas para recém nascidos e bebês e na atualidade, também estão incluindo por ocasião dos *Check up*, os idosos, ignorando aos profissionais de saúde e adultos jovens, duas características da população de respondentes.

A maioria da população negligencia a própria saúde e a da sociedade, já que ao não se vacinar uma pessoa se torna um potencial transmissor de doenças e deixa de ajudar a evitar surtos, [...] afirmaram que as vacinas são recomendadas somente para bebês ou crianças e 21% consideram a vacinação na vida adulta apenas para fins de viagem. O levantamento foi encomendado pela

Entre tanto, a representação confirma, por análise, uma grande deficiência no cuidado a saúde, pelos respondentes, futuros profissionais de saúde. Quando: 37,5% mantem um padrão periódico, aceitável, estabelecendo um intervalo de no máximo (12 meses), para reavaliação; e 30% que relataram (6 meses), período estabelecido como ideal para atualização de alguns exames para investigações, apontados pelos avaliadores, estabelecido para inspecionar o estado de saúde, de profissionais da área de saúde e indivíduos de risco eminente, configura o intervalo correto; e a gravidade e revelada nos 32,5% que não realizaram o *Check Up*, confirmando a necessidade de destacarmos a atenção, para qualidade de saúde dos profissionais da área, reforçando propostas de metodologias que incluam as informações e condutas. (Gráfico 14)

Gráfico 15 - Teve algum episódio listado abaixo devido a algum motivo na IES que estuda ou em estágio



FONTE: Coleta de dados, 2020.

A questão aplicada no questionário traz três episódios relativos a fatores de estado físico e emocional (psicológico), que surgem na maioria dos indivíduos, não tendo definida categoria, gênero, raça ou atividades de labor profissional, como população que justifique causa específica, para o surgimento.

Esses transtornos podem ser causados por diversos fatores, destacando-se aqueles relacionados ao ambiente profissional, como baixo nível de controle sobre o próprio trabalho, elevadas demandas psicológicas e baixo apoio social. Os transtornos mentais

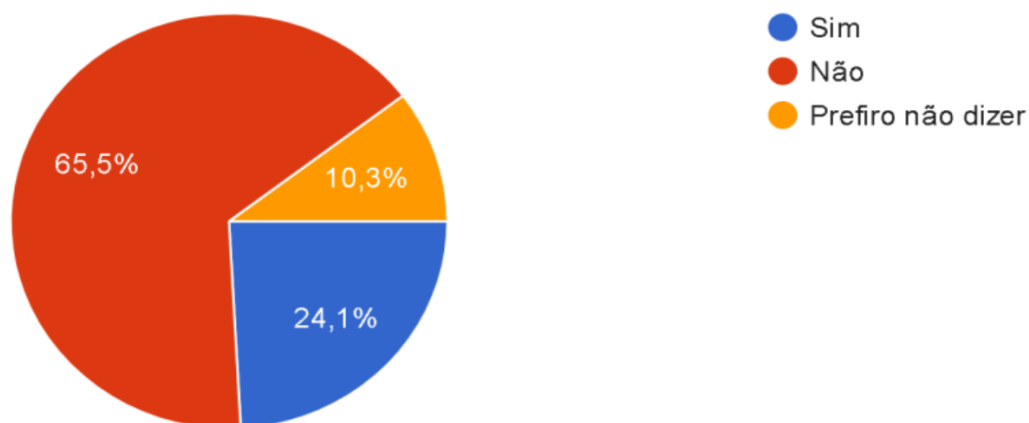
relacionados ao trabalho têm sido considerados problema de saúde pública em função de sua alta prevalência em profissionais e de suas consequências (...)

No gráfico 15, onde mostra o local de ocorrência e episódios, o volume das respostas é representado em escala de (0 a 10), a leitura revela em sequência: episódio (ansiedade 10, local IES) e (ansiedade 5,5, no local de estágio); episódio (estresse 8,0, local IES) e (estresse 2,0 locais de estágio); e episódio (depressão 2,0, local IES), episódio (depressão 0,0 local estágio). A prevalência do volume maior no local IES, na análise dos resultados, tem indícios de serem relacionadas ao momento que vivem os respondentes, pela aproximação da conclusão do curso, no ambiente da IES sofrem solicitação de demandas de Trabalho de Conclusão de Curso. Embora o ambiente de estágio

Gráfico 16 - Procurou ajuda

represente um desafio, as responsabilidades de atuação são suprimidas por orientadores e outros profissionais com experiência na área, entre tanto mostra em escala menor o desequilíbrio emocional.

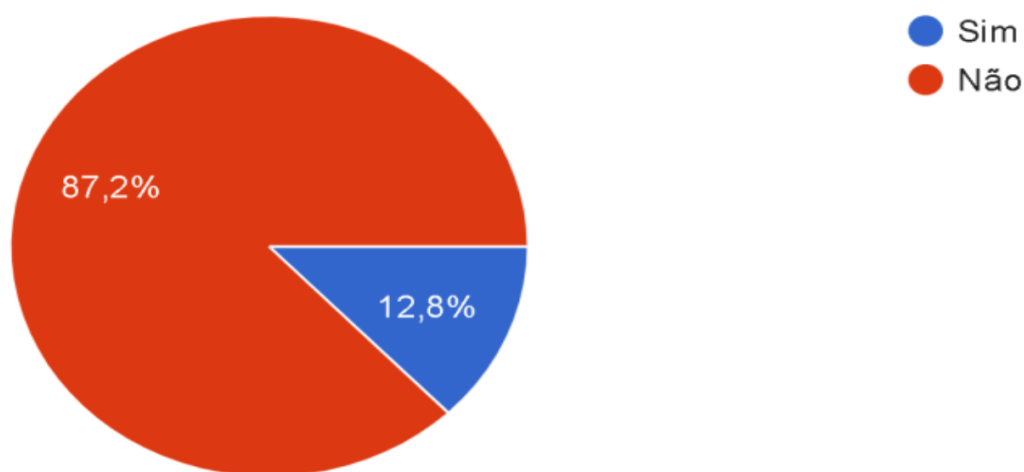
FONTE: Coleta de dados, 2020.



O gráfico fornece a informação que 65,5%, não buscaram ajuda totalizando a maioria, os mesmos respondentes que no gráfico anterior declararam a ocorrência de transtornos de depressão, ansiedade e estresse, e como a própria fundamentação descreve que esses transtornos são considerados, sinais precursoros e se não houver a devida atenção, e a ajuda de um profissional especializado, na área, assumem uma escala evolutiva.

O gráfico dos locais de estágios oferece uma visão da extensão do campo de atuação dos cursos de Fisioterapia e Educação Física, que compõe o nosso objeto de estudo, e revela principalmente no grupo de respondentes do questionário, o crescimento de atuação em ambiente específico de atuação multiprofissional de saúde, (centro de saúde, hospital e clínica) locais propicio, vindo a proporcionar perspectivas de aprofundamento, em temas referentes a atuação dos cursos escolhidos nesse estudo. (Gráfico 17)

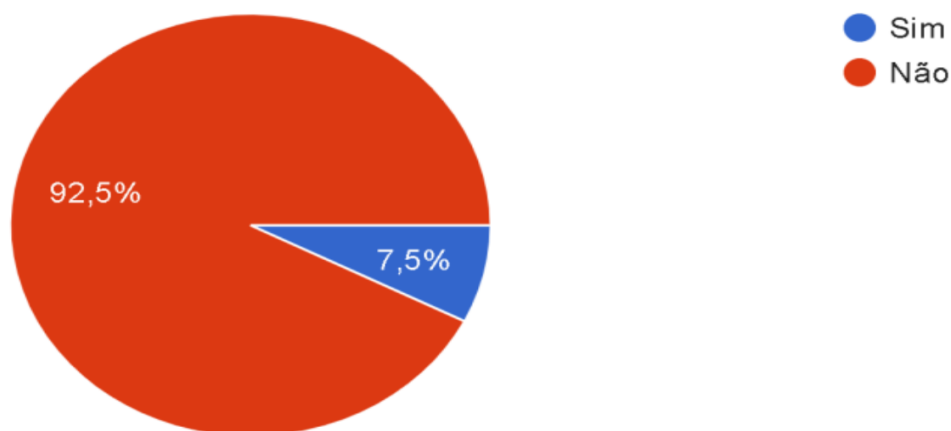
Gráfico 18 - Você teve acesso a informações (palestras/oficinas) sobre distúrbios ou síndromes relativas à saúde mental?



FONTE: Coleta de dados, 2020.

A importância dessa resposta para a nossa pesquisa, além de amostrar para a comunidade acadêmica a ausência de informações sobre o tema, “Distúrbios e síndromes mentais” vem para completar o nosso projeto que promove a elaboração de propostas de extensão e especialização acadêmicas, incluindo no portfólio desses cursos, disciplinas e temas voltados a qualificação profissional e utilizaremos essa coleta, que reuniremos a outras, que estão sendo colecionadas, para priorizarmos diante das necessidades, então aqui fica evidente nesse escore de 87,2% de a ausência de tais iniciativas. (Gráfico 18)

Gráfico 19 -Você tem informações (palestras/oficinas) sobre importância de atualização das vacinas para adultos jovens?



FONTE: Coleta de dados, 2020.

Nessa questão que apresentou um resultado mais expressivo da ausência de iniciativas de esclarecimento, 92%, de um tema que vem a ser de extrema importância para a qualidade de atuação do profissional de saúde nas frentes de atendimento público, corrobora com a iniciativa relatada na interpretação do gráfico anterior, e se estende, pois, torna-se material, para reforçar, uma proposta de política pública de controle e registro do processo de imunização nacional, iniciada pelos próprios profissionais de saúde, utilizando o momento de expansão e da oferta de ferramentas tecnológicas, indo além da simples conduta ética profissional, trazendo um benefício social. (Gráfico 19)

5. CONCLUSÕES

O estudo sobre vacinação e saúde mental: importantes formas de prevenção em saúde para acadêmicos dos cursos de fisioterapia e educação física requereu muita pesquisa, no sentido de analisar os múltiplos aspectos de maneira conjunta, como: saúde mental, transtorno mental e vacina e outros aspectos.

Destacamos alguns pontos relevantes do estudo, e iniciamos pelo controle dos esquemas de imunização dos próprios pesquisados, que responderam não lembrar se realizaram a vacina prevista, não sabem de suas carteiras de vacinação o único documento de registro, estão atualizados, fato preocupante diante da importância da manutenção da carteira em dia, outro ponto foi estabelecido pela resposta de que houve episódios que indicaram os sintomas de transtornos comuns, e que não foram devidamente tratados com acompanhamento profissional especializado, caracterizando uma incubação, podendo ser manifestado ao primeiro momento de desequilíbrio psíquico individual.

Constatamos que a falta de ações que destaquem esse cuidado próprio influencia, no entanto, a própria cultura contribui pelo tratamento que é atribuído ao processo de imunização, sendo ainda relacionado ao período neonatal, a infância e aos programas de imunização em massa, por prevenção de pandemias como mostra os acontecimentos mais recentes.

No entanto, para os profissionais de saúde atuantes ou candidatos a atuarem nos locais de intensa exposição aos fatores, que foram expostos no decorrer do estudo, reforçam a busca de atualizarmos e assumirmos condutas relativas a esse tema. Que pode iniciar pelo entendimento próprio, sendo repassadas de várias formas buscando atingir a comunidade por palestras, pesquisas e em simples conversas cotidianas entre os agentes.

Considerando os resultados apresentados através da pesquisa realizada, algumas recomendações podem ser apontadas como eixos para a análise, elaboração e intervenções com o sentido de propiciar aos acadêmicos informações no sentido de cuidados com a saúde e em contextos que assegurem a qualidade de vida como elementos fundamentais.

RECOMENDAÇÕES

É imprescindível buscarmos pela expansão de informações, que estabeleçam aos acadêmicos, precisamente nos cursos de formação de profissionais de saúde, criando esse vínculo ético, de cuidados com a sua própria saúde, para então tratar a saúde das outras pessoas, recomendamos duas maneiras para serem postas em prática imediatamente, apresentar projetos de controle utilizando a tecnologia, para o registro dos esquemas de vacinação, e aumentar priorizando a necessidade periódica de inspeção da saúde do profissional, incluindo principalmente a saúde mental.

E nas próprias IES incluir palestras e oficinas, apoiar a formação de grupos de acolhimento, semelhante aos que existem nos grandes centros de formação acadêmica, no entanto com adaptações culturais das localidades. E a proposta de criar meios de controle utilizando a tecnologia, como observaram essas propostas presentes em trabalhos de graduação dos cursos de enfermagem, que precisamos participar do eco dessas iniciativas dentro do nosso meio acadêmico e profissional.

Aliado a adesão de medidas de prevenção padrão, por meio de orientação adequada advinda de vários meios de comunicação, a fim de promover a transmissão e a disseminação de doenças, visando proteger o meio acadêmico e profissional.

Outra forma de atingirmos as grandes populações para o conhecimento e qualidade do tratamento, está presente nas metodologias alternativas, um apelo atual, que devem ser produzidas para tratar de propostas que venham contribuir para implantação de condutas de controle, dos esquemas de imunização e a busca de ajuda, ao primeiro sinal de sintomas que levem ao início do processo que se inicia com transtornos comuns, evoluindo ao suicídio, trajetória essa, que foi descrita com propriedade no decorrer de nosso estudo, pela construção de aporte teórico.

REFERÊNCIAS

BAZZANELLA; André, Metodologia Científica / André Bazzanella; Elizabeth Penzlien Tafner; Everaldo da Silva; Antonio José Muller (Org.). Indaial; UNIASSELVI, 2013.

BRINKS, Lucia Ferro. Pertussis: novas estratégias de vacinação para a prevenção de uma antiga doença. JHelth Biol Sci. 2013 abr-jun 1(2); 73-83.

BRASIL. Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, Proteção e os Direitos das Pessoas Portadores de Transtorno Mentais. Brasília: Senado, 2001.

BRASIL. Classificação Brasileira de Ocupações CBO, do Ministério do Trabalho. A Profissão de Educação Física, publicada em 17 de fevereiro de 2020. Disponível em: <http://www.crefsc.org.br/ministerio-do-trabalho-inclui-profissional-educacao-fisica-na-area-de-saude>.

CAMPELOS, Isabel Cristina de Souza Ferreira. A Ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde, 2006. Pós-graduação Universidade Fernando Pessoa/Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Cidade do Porto, 2006.

CARVALHO, Daniela Brito de. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da atenção básica à saúde. Universidade Estadual de Feira de Santana – BA – Brasil, 2016. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, ISSN: 2317 – 6369, 2016.

COSTA, Juvenal Soares Dias da, *et al.* Assistência a criança: preenchimento da caderneta de saúde em municípios do semiárido brasileiro. Programa de pós-graduação em saúde coletiva do vale dos rios dos sinos, São Leopoldo RS – Brasil. 2014

DE LUCCA, Sergio Roberto; CAMPOS Carlos Roberto. A Medicina do Trabalho no Mundo Contemporâneo: O perfil dos médicos do trabalho, desafios e competências. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), São Paulo, Brasil, 2011.

FERNANDES, Carla. Saúde em dia – Sistema para controle de caderneta de vacinação. Trabalho de conclusão do curso de graduação de sistema de informação, da universidade do sul de Santa Catarina. Tubarão – SC, 2017.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois Gadelha. Produção e o desenvolvimento de vacinas no Brasil. Debate. Publicação Manguinhos Vol. III. Rio de Janeiro, 1996, revisão 2004.

LIMA, Josefa Nayara de. Estratégias para utilização da caderneta no atendimento ao adolescente na saúde da família. Trabalho de conclusão de curso de residência multiprofissional em atenção básico apresentado a Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Caicó – RN, 2018.

PONTE, Carlos Fidelis. Vacinação Controle de qualidade e produção de vacinas no Brasil a partir de 1960. História Ciência e Saúde – Manguinhos, vol. 10 (suplemento 2) 619 – 53. Rio de Janeiro – 2003.

RESENDE, Marineia Crosara, *et al.* Saúde mental e ansiedade em agentes de comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia. (versão final), MG – Brasil. 2009.

SEGRE, Marco, e FERRAZ, Flavio Carvalho. O conceito de saúde. Revista de saúde pública – Volume 31, nº 5, departamento de medicina legal, ética médica e medicina social e do trabalho, da faculdade de medicina da universidade de São Paulo. SP – Brasil, 2006.

SOUZA, Luis Souza e, *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns em adultos no contexto da atenção primária saúde. Revista portuguesa de enfermagem de saúde mental, nº 18 de (dez – 2017). Disponível em: <http://dx.doi.org/10-19131>.

SILVEIRA, Stelyus Leônidas Mariano, *et al.* Preditores da Síndrome de *Bournout* em profissionais da saúde na atenção básica de Porto Alegre/RS. Publicado no caderno de saúde coletiva. Rio de Janeiro, 2014.

SILVA, Fabiane Blanco e, e GAIA, Maria Aparecida Munhoz. Preenchimento da caderneta de saúde da criança: Percepção dos profissionais. Apresentado como dissertação de mestrado do programa de pós-graduação de enfermagem da Universidade Federal do Mato Grosso. Cuiabá MT, 2015.

SOUZA, Fernanda de Oliveira, *et a.* Vacinação contra hepatite B e Anti-HBS, entre trabalhadores da saúde. Publicado no caderno de saúde publica Rio de Janeiro, 2015.

SANTOS, Eliane dos Matos. Estudo fase 1, de segurança e imunogenicidade, da vacina dupla viral, para sarampo e rubéola, em adultos jovens. Paper/estudo. 2020.

SILVA, Renata. Metodologia do Trabalho Científico/Renata Silva e Vilmar Urbaneski – Indaial: UNIASSELVI, 2009.

TAVARES, Daniela Patrícia Neves. Vacinação em adultos jovens: conhecimento e determinantes. Dissertação de mestrado apresentada a faculdade de medicina e ao instituto de ciências Abel Salazar da Universidade do Porto, 2013.

PRODUTOS DE TESES



PRODUÇÕES DA EDITORA

Conhecimento & Ciência