

Elisa Miranda Costa
(Organizadora)

Bases Conceituais
da **Saúde 3**

Elisa Miranda Costa
(Organizadora)

Bases Conceituais da Saúde

3

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Lorena Prestes e Geraldo Alves

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

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

B299 Bases conceituais da saúde 3 [recurso eletrônico] / Organizadora
Elisa Miranda Costa. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019.
– (Bases Conceituais da Saúde; v. 3)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-7247-134-3

DOI 10.22533/at.ed.343191502

1. Centro de Atenção Psicossocial – História. 2. Políticas de
saúde mental – Brasil. 3. Reforma psiquiátrica – Brasil – História.
I. Costa, Elisa Miranda. II. Série.

CDD 362.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

DOI O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de
responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos
autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

As Políticas de Saúde Mental no Brasil são marcadas pela criação do primeiro hospício até os fundamentos atuais orientados pelos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira como processo social complexo, sinalizadas pelo desinstitucionalização no âmbito da loucura e do sofrimento mental. O processo da reforma psiquiátrica no Brasil começou no final da década de 70, no contexto da redemocratização nacional, ou seja, na luta contra a ditadura militar.

Com a ruptura do hospital psiquiátrico, o sujeito deixa de ser reduzido à doença e passa a ser usuário, cidadão que utiliza os recursos públicos. O trabalho dito “terapêutico” dos profissionais que antes se restringia ao espaço manicomial e às atividades de controle e vigilância, agora se amplia para a atuação no território; espaço não apenas administrativo, mas das relações sociais, políticas, afetivas e ideológicas.

A Constituição de 1988 foi um salto importante na história da saúde mental brasileira. A saúde mental passa a ser um eixo dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A continuidade, o acolhimento, envolvimento e corresponsabilização dos seus grupos familiares são dispositivos importantes para a desconstrução manicomial.

As experiências dos Caps (Centro de Atenção Psicossocial) e das equipes volantes de psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, associados aos profissionais de saúde da ESF abrem o sulco do campo pós-manicomial e contribuem para a clínica comprometida com a vida, com uma subjetividade livre e com uma maneira de existir orientada para justiça social e a liberdade.

Suicídio, depressão, redução da intervenção psiquiátrica, diminuição de mortes por violência e a diminuição do uso patológico de drogas legais e ilegais se constituem hoje como problemas de saúde pública no Brasil e desafios para o SUS (Sistema Único de Saúde). Ao longo deste volume serão discutidos aspectos da Reforma Psiquiátrica no Brasil, os principais desafios da saúde mental, experiências e práticas implantadas na ESF e nos Caps brasileiros.

Elisa Miranda Costa

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A UTILIZAÇÃO DE DROGAS PSICOATIVAS E OS PROBLEMAS DE SAÚDE BUCAL NA ADOLESCÊNCIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA	
<i>Aline Costa Flexa Ribeiro Proença</i>	
<i>Lucas Lacerda de Souza</i>	
<i>Letícia Nakano Rangel de Oliveira</i>	
<i>Márcia Andrea Macedo do Nascimento</i>	
<i>Hélder Antônio Rebelo Pontes</i>	
<i>Regina Fatima Feio Barroso</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3431915021	
CAPÍTULO 2	5
ABSENTEÍSMO POR TRANSTORNOS MENTAIS NA EQUIPE DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA	
<i>Thassia Thame de Moura Silva</i>	
<i>Anna Claudia Lins Silva</i>	
<i>Dayseane Cintia de França Santos</i>	
<i>Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti</i>	
<i>Cândida Maria Rodrigues dos Santos</i>	
<i>Luciana Pedrosa Leal</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3431915022	
CAPÍTULO 3	18
ALTERAÇÕES NEUROPSIQUIÁTRICAS NA DOENÇA DE PARKINSON: DEPRESSÃO, APATIA E OS EFEITOS DA PRÁTICA DE DANÇA	
<i>Inara Priscylla Rodrigues Machado</i>	
<i>Viviane Kharine Teixeira Furtado</i>	
<i>Carlomagno Pacheco Bahia</i>	
<i>Lane Viana Krejčová</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3431915023	
CAPÍTULO 4	34
AS DIFICULDADES REFERENTES AO CUIDADO E OS RECURSOS ADAPTATIVOS UTILIZADOS PELOS CUIDADORES DOS PACIENTES COM DOENÇA MENTAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>Vaneska Tainá Pinto Barbosa</i>	
<i>Erika Marcilla Sousa de Couto</i>	
<i>Paolla Sabrina Rodrigues de Souza</i>	
<i>Sávio Felipe Dias Santos</i>	
<i>Nataly Yuri Costa</i>	
<i>Divane de Vargas</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3431915024	
CAPÍTULO 5	39
ATRIBUIÇÕES DO PSICÓLOGO HOSPITALAR NUMA EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS	
<i>Natalya Lima de Vasconcelos</i>	
<i>Camila Batista Nóbrega Paiva</i>	
<i>Ericka Barros Fabião no Nascimento</i>	
<i>Luziane Juzi Carvalho de Alencar Silva</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3431915025	

CAPÍTULO 6 44

ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Lidianny do Nascimento Gonçalves Braga
Lenice Bernardo dos Santos Cantalice

DOI 10.22533/at.ed.3431915026

CAPÍTULO 7 53

AUTOAGRESSÃO VERSUS COMPORTAMENTO SUICÍDA

Lethicia Araujo Cordeiro
Marcella Marinho Ribeiro
Yasmin Consolação de Lima Silva
André Luiz Xavier Canevaroli
Pedro Henrique Pacheco Monteiro
Claudio Herbert Nina e Silva

DOI 10.22533/at.ed.3431915027

CAPÍTULO 8 60

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NOS INDIVÍDUOS APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA: UMA REVISÃO DOS ESTUDOS

Gracielle Malheiro dos Santos
Leonídia Aparecida Pereira da Silva
Alessandro Dutra Bezerra
Ayrton de Queiroz Alves Barros
Bárbara Velluma Soares de Azevedo
Monilly Ramos Araújo Melo

DOI 10.22533/at.ed.3431915028

CAPÍTULO 9 72

CARACTERÍSTICAS DO USO DE BENZODIAZEPÍNICOS POR PACIENTES ATENDIDOS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DJALMA DE HOLANDA CAVALCANTE EM RECIFE-PE

Pablo Nunes Teles de Mendonça
Leonardo José Vieira Queiroz Filho
Antonio Malan dos Santos Nascimento
Tássio Martins de Oliveira
Domingos Sávio Barbosa de Melo

DOI 10.22533/at.ed.3431915029

CAPÍTULO 10 83

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: ENTRE A TEORIA E A PRÁTICA

Silvana Cavalcanti dos Santos
Gabriela Ferraz dos Santos
Marina Edileusa da Silva
Sílvia Camêlo de Albuquerque
Robervam de Moura Pedroza

DOI 10.22533/at.ed.34319150210

CAPÍTULO 11 93

CYBERLOAFING: IMPLICAÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Neiva Claudete Brondani Machado

Janine Goldschmidt de Avila

Andressa Peripolli Rodrigues

Rita Fernanda Monteiro Fernandes

Margot Agathe Seiffert

Marieli Terezinha Krampe Machado

DOI 10.22533/at.ed.34319150211

CAPÍTULO 12 102

DEPRESSÃO NO CLIMATÉRIO: RELAÇÃO ENTRE FATORES BIOLÓGICOS E PSICOLÓGICOS

Viviane Maia Santos

Júlia Colares

Alenice Aliane Fonseca

Ronilson Ferreira Freitas

Marina Colares Moreira

Alice Angélica S.R.C Moreira

Josiane Santos Brant Rocha

DOI 10.22533/at.ed.34319150212

CAPÍTULO 13 113

EXPERIENCIANDO A TERAPIA COMUNITÁRIA NO CONTEXTO DA RIS: REPERCUSSÕES DA TCI PARA RESIDENTES E TERRITÓRIO

Emanuella Cajado Joca

Francisca Lilliane Torres da Silva

Juliana Reis Lima

Clarissa Dantas de Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.34319150213

CAPÍTULO 14 120

FAMÍLIA: O OLHAR DO CAPS II “LUGAR POSSÍVEL” DR. JORGE NISSIIDE TOLEDO – PR PARA O CUIDADOR DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL SEVERO E PERSISTENTE

Inês Terezinha Pastório

Rosangela Aparecida Pereira

Marli Renate vonBorstel Roesler

DOI 10.22533/at.ed.34319150214

CAPÍTULO 15 129

PREVENÇÃO E IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Daniel Ferreira Moraes de Sousa

Adriana Cristhian Cardoso Sobrinho

Daniela Alarcão de Oliveira

Marcelo de Freitas Ribeiro

Lara Cândida de Sousa Machado

DOI 10.22533/at.ed.34319150215

CAPÍTULO 16 132

MANUAL DE PRÁTICAS DA PSICOLOGIA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Camila Batista Nóbrega Paiva

Natalya Lima de Vasconcelos

Luziane Juzi Carvalho de Alencar Silva

Isabelle Tavares Amorim

DOI 10.22533/at.ed.34319150216

CAPÍTULO 17 141

QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES DE IDOSOS DEPENDENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL DE ENSINO EM BELÉM-PA

Fernanda Oliveira Serrão
Elenilce Pereira de Carvalho
Elisângela de Macedo Maués
Adrielle Aguiar de Carvalho
Rozinéia de Nazaré Alberto Miranda

DOI 10.22533/at.ed.34319150217

CAPÍTULO 18 146

RECAÍDA PARA O USO DE CRACK: ESTUDO QUALITATIVO

Valéria Cristina Silva de Oliveira
Rosemeri Siqueira Pedroso

DOI 10.22533/at.ed.34319150218

CAPÍTULO 19 155

SOBRECARGA DE CUIDADORAS DOMICILIARES DE PESSOAS ACOMETIDAS POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E ENCEFÁLICO

Josefa Cláudia Borges de Lima
Michelly Guedes de Oliveira Araújo
Camila Grangeiro de Lima
Rosilene Santos Baptista

DOI 10.22533/at.ed.34319150219

CAPÍTULO 20 164

A GÊNESE BIOFÍSICA DA MEMÓRIA E SEU CAMPO DE INTERAÇÃO COM A FILOSOFIA

Arnaldo Pinto Guedes de Paiva Neto

DOI 10.22533/at.ed.34319150220

CAPÍTULO 21 175

ADOLESCER E GESTAR: PERCEPÇÕES DE GRÁVIDAS ADOLESCENTES SOBRE O PARTO E PUÉRPERIO

Anny Mayara de Araújo Oliveira
Maria Josenilda Félix Sousa Antunes
Luciana Dantas de Farias
Cinthia Caroline Alves Marques
Gigliola Marcos Bernardo de Lima

DOI 10.22533/at.ed.34319150221

CAPÍTULO 22 184

DO PRECONCEITO À INVISIBILIDADE: UMA REVISÃO DE LITERATURA SOBRE A HOMOSSEXUALIDADE FEMININA NO ÂMBITO DA SAÚDE

Maria Alice Miranda Fortes
André Augusto Dias Silveira
Emerson Souza Versiani Mendes
Ludmila Cotrim Fagundes
Luiz Felipe Lopes Campos
Luciana Tonette Zavarize

DOI 10.22533/at.ed.34319150222

CAPÍTULO 23 189

O EMPODERAMENTO É UMA PORTA QUE SÓ ABRE POR DENTRO(?): RELATO DE EXPERIÊNCIA DO SIGNIFICADO DO ALEITAMENTO MATERNO PARA AS MULHERES E SUAS INFLUÊNCIAS NO DESMAME PRECOCE

Renata di Karla Diniz Aires
Idehize Oliveira Furtado Lima
Ticianne Alcantara de Oliveira Fernandes

DOI 10.22533/at.ed.34319150223

CAPÍTULO 24 193

ORIENTAÇÕES SOBRE ALEITAMENTO MATERNO PARA PUÉRPERAS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO ESTADO DO PARÁ

Helloyza Halana Fernanda Aquino Pompeu
Sara Negreiros Santos
Evelym Cristina da Silva Coelho
Letícia Pamela Garcia Ribeiro
Vanessa de Oliveira Santos

DOI 10.22533/at.ed.34319150224

CAPÍTULO 25 198

PERCEPÇÃO DAS GESTANTES RELACIONADAS ÀS ALTERAÇÕES ANÁTOMO - FISIOLÓGICAS - PSICOLÓGICAS NA GRAVIDEZ

Priscila da Silva Barbosa
Juliana Lerche Vieira Rocha Pires
Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro

DOI 10.22533/at.ed.34319150225

CAPÍTULO 26 210

SIGNIFICADOS DE FAMILIARES SOBRE A PARTICIPAÇÃO DO PARCEIRO NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Michelle Araújo Moreira
Juliana Oliveira de Castro

DOI 10.22533/at.ed.34319150226

CAPÍTULO 27 225

PERCEPÇÃO DO PACIENTE SURDO NOS ATENDIMENTOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Sintya Gadelha Domingos da Silva
Amanda de Alencar Pereira Gomes
Jonathan Emanuel Lucas Cruz de Oliveira
Clístenes Daniel Dias Cabral
Débora Taynã Gomes Queiróz

DOI 10.22533/at.ed.34319150227

CAPÍTULO 28 233

VESTÍGIOS DE ABORDAGENS MANICOMIAIS ARRAIGADAS EM SERVIÇO INSTITUÍDO PELA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Vitória Chaves de Souza Dantas de Barros

DOI 10.22533/at.ed.34319150228

SOBRE A ORGANIZADORA..... 237

A UTILIZAÇÃO DE DROGAS PSICOATIVAS E OS PROBLEMAS DE SAÚDE BUCAL NA ADOLESCÊNCIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Aline Costa Flexa Ribeiro Proença

Universidade Federal do Pará, Faculdade de Odontologia
Belém – PA

Lucas Lacerda de Souza

Universidade Federal do Pará, Hospital Universitário João de Barros Barreto, Departamento de Patologia Bucal e Cirurgia Bucomaxilofacial
Belém – PA

Leticia Nakano Rangel de Oliveira

Universidade Federal do Pará, Faculdade de Odontologia
Belém – PA

Márcia Andrea Macedo do Nascimento

Universidade Federal do Pará, Faculdade de Odontologia
Belém – PA

Hélder Antônio Rebelo Pontes

Universidade Federal do Pará, Hospital Universitário João de Barros Barreto, Departamento de Patologia Bucal e Cirurgia Bucomaxilofacial
Belém – PA

Regina Fatima Feio Barroso

Universidade Federal do Pará, Faculdade de Odontologia
Belém – PA

1 | INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase do crescimento humano que envolve diversas alterações no corpo e na mente, apresentando-se como a transição entre a infância e a fase adulta. Ela envolve o crescimento físico, amadurecimento psicológico e da sexualidade, tal como as mudanças de relacionamento com os familiares e com o meio social. A utilização de drogas psicoativas na adolescência tem se tornado tema de vários estudos, haja vista que o tema tange aspectos multifatoriais. Segundo alguns autores, isto ocorre devido às diversas alterações fisiológicas, morfológicas e sociais dessa faixa etária, sendo resultado, principalmente, da diminuição do monitoramento dos pais e da necessidade de afirmação dos pares. É relatado na literatura que 60% dos indivíduos dependentes de substâncias psicoativas fizeram uso pela primeira vez antes dos 18 anos. Na Odontologia, o atendimento de pacientes que faz uso desses compostos é pouco estudado. Isso se dá devido ao fato de que muitos cirurgiões-dentistas desconhecem como atuar diante dessa parcela populacional. O uso dessas substâncias pode gerar problemas na aparência dental, tal como a fratura dentária devido ao apertamento e a erosão são relatadas, em decorrência da ineficaz higiene oral. Além disso, percebe-se

a presença de xerostomia, altos índices de Dentes Cariados Perdidos e Obturados, queilite angular, bruxismo, estomatites, gengivites e doença periodontal. Diante dessa perspectiva, o tratamento odontológico busca auxiliar no desenvolvimento da autoestima e ampliação da interação social do indivíduo, de forma a gerar um bem-estar que o auxilie no processo de tratamento da dependência. A necessidade de um atendimento diferenciado para esses pacientes é de suma importância, haja vista que precise acontecer um protocolo de um tratamento que responda às necessidades estéticas, funcionais, psicológicas e biológicas, capaz de ser aplicado com segurança neste grupo que necessita, além do atendimento odontológico, de um olhar diferenciado para o sucesso do tratamento e limitação dos danos.

2 | OBJETIVOS

O intuito do estudo é relatar aspectos de saúde bucal de pacientes adolescentes dependentes de drogas psicoativas, e a importância do cirurgião-dentista no auxílio ao tratamento desse grave problema de saúde pública.

3 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica do tipo descritivo, de caráter qualitativo acerca das consequências na saúde bucal do uso de drogas psicoativas por adolescentes publicada na Biblioteca Virtual de Saúde (BIREME), Scielo e Medline por meio dos seguintes descritores: drogas e adolescente, drogas psicoativas na adolescência, drogas e odontologia, “drugs and adolescent”, “drug and oral health” e “drug and dentistry”. Foram utilizados artigos do período entre 2006 a 2016, publicados na língua portuguesa e inglesa. Como critérios de inclusão foram selecionados temas relacionados à utilização de drogas psicoativas e a odontologia, e de exclusão todos não relacionados.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

As alterações biopsicossociais sofridas por jovens dependentes de drogas psicoativas os tornam pacientes que necessitam de condutas adaptativas especiais. Correa (2002) enfatiza que para que a promoção de saúde bucal do adolescente se torne uma realidade, o cirurgião-dentista deverá dispensar uma forma de atenção voltada ao perfil comportamental do jovem, de forma a obter sua cooperação e participação por meio de uma abordagem psicológica adequada. A qualidade de saúde bucal está inteiramente associada ao padrão psicossocial desses jovens. Isso pode ser exemplificado pelo fato de que a qualidade devida é multidimensional,

abrangendo aspectos diversos como o bem-estar social relacionado à realização pessoal, felicidade e prazer, influenciando, portanto na saúde bucal. Além disso, ainda ocorre um grande espectro associado à falta de conhecimento, orientação e promoção em saúde bucal. Shetty e Mooney (2010) relatam que a preocupação da beleza do sorriso, os problemas bucais e a dor causada pelos dentes geram estímulo para o envolvimento dos pacientes com intervenções odontológicas tanto em clínicas, quanto de preservação e motivação para o auto cuidado. Em adição, os autores apontam que o estilo de vida adotado por esses indivíduos e os seus hábitos, tendem a ser fatores influenciadores dos problemas de saúde bucal, apresentando-se como fatores de risco. Em confluência à esses aspectos, Dasanayake et al. (2010) aponta que a utilização de tabaco e bebidas alcoólicas está associado à uma grande quantidade de condições patológicas orais em adolescentes. Diante disso, pode-se perceber que quanto maior o consumo de substâncias psicoativas por pacientes dessa faixa etária, maior serão as consequências e impactos na qualidade de vida do indivíduo no que tangem a saúde bucal. Portanto, deve-se levar em consideração que os hábitos daqueles que fazem uso de substâncias psicoativas influenciam na qualidade de saúde bucal, pois apresentam pouca higiene, alimentação ruim, uma maior atenção para o vício do que para o seu bem-estar social e uma baixa quantidade de assistência odontológica. Ressalta-se, assim, a importância de o cirurgião-dentista estar atento à esse hábito de forma que se prepare uma conduta clínica que atenda da melhor forma possível as particularidades desses pacientes. O'Sullivan (2011) aponta para a necessidade do conhecimento prévio do profissional quanto as características bucais que o adolescente que fazem uso de substâncias psicoativas tendem a apresentar, mesmo sem o paciente relatar este hábito, tal como altos índices de cáries e cáries rapantes. A partir dessa perspectiva, deve-se salientar que a comunidade odontológica deve estar mais presente nos meios sociais em que essa parcela populacional se encontra, traçando estratégias mais amplas sobre o impacto na saúde bucal dos pacientes e criando medidas de promoção em saúde bucal que auxiliam na preservação e melhora da qualidade de vida dos pacientes.

5 | CONCLUSÃO

Diante dos aspectos tratados nessa revisão, percebe-se que a presença de adolescentes dependentes de substâncias psicoativas é um problema de saúde pública, que envolve fatores multifatoriais associados ao meio social em que os indivíduos se encontram. A não inclusão desses indivíduos em escolas ou em comunidades educativas colaboram para a sua inserção no mundo das drogas. Além disso, o contato com o álcool, tabaco e maconha ocorre ainda de forma precoce, como forma de se inserir no meio social, o que corrobora, futuramente, para a utilização de drogas mais pesadas e que geram um efeito alucinógeno e de dependência maior. Diante dessa

perspectiva, ajudar esses pacientes a recuperar a função bucal e a autoimagem através do tratamento odontológico pode se tornar uma medida importante no processo de recuperação e saída do mundo das drogas, sendo esse, um passo importante para contribuir para a recuperação de suas vidas. Em adição, uma participação mais ampla no atendimento aos usuários dessas substâncias daria aos odontólogos uma grande oportunidade de colaborar para reverter o sentido da perda de identidade, da vida, saúde e felicidade causadas pelos vícios.

Descritores: Drogas, manifestações bucais, psicologia, tratamento.

REFERÊNCIAS

CORREA, M.S.N.P.; **Sucesso no atendimento odontopediátrico – aspectos Psicológicos**. São Paulo: Santos; 2002.

DASANAYAKE, Ananda P. et al. Tooth Decay in Alcohol Abusers Compared to Alcohol and Drug Abusers. **International Journal Of Dentistry**, [s.l.], v. 2010, p.1-6, 2010.

LARANJEIRA, R.; ZALESKI, M.; Padrões de uso de álcool entre adolescentes brasileiros, **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.32, n.3, set, 2010.

O'SULLIVAN, E.m.. Prevalence of oral mucosal abnormalities in addiction treatment centre residents in Southern Ireland. **Oral Oncology**, [s.l.], v. 47, n. 5, p.395-399, maio 2011.

BAKHTIARI, Sedigheh et al. Orofacial Manifestation of Adverse Drug Reactions: A Review Study. **Clujul Medical**, [s.l.], v. 91, n. 1, p.27-36, 30 jan. 2018.

ABSENTEÍSMO POR TRANSTORNOS MENTAIS NA EQUIPE DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA

Thassia Thame de Moura Silva

Universidade Federal de Pernambuco,
Departamento de Enfermagem Recife, PE, Brasil.

Anna Claudia Lins Silva

Universidade Federal de Pernambuco,
Departamento de Enfermagem Recife, PE, Brasil.

Dayseane Cintia de França Santos

Universidade Federal de Pernambuco,
Departamento de Enfermagem Recife, PE, Brasil.

Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti

Universidade Federal de Pernambuco,
Departamento de Enfermagem Recife, PE, Brasil.

Cândida Maria Rodrigues dos Santos

Universidade Federal de Pernambuco,
Departamento de Enfermagem Recife, PE, Brasil.

Luciana Pedrosa Leal

Universidade Federal de Pernambuco,
Departamento de Enfermagem Recife, PE, Brasil.

RESUMO: Revisão Integrativa da Literatura que objetivou determinar as evidências científicas relacionadas ao absenteísmo por transtornos mentais na equipe de enfermagem. A busca dos dados foi realizada nas bases LILACS, Scopus, BDNF e PubMed, utilizando os descritores: Absenteísmo, Equipe de enfermagem e Transtornos mentais. Foram encontrados sete artigos cujos resultados elencaram-se em quatro categorias: Absenteísmo por transtornos mentais na enfermagem: maior incidência em âmbito hospitalar; Fatores epidemiológicos

na incidência do absenteísmo por transtornos mentais na enfermagem; Condições de trabalho e o desenvolvimento de transtornos mentais na enfermagem; Principais transtornos mentais que levam ao absenteísmo na equipe de enfermagem. Conclui-se que técnicos em enfermagem, do sexo feminino, com duplo vínculo empregatício, que trabalham a noite, estão mais vulneráveis ao absenteísmo. É necessário intervenções para melhorar as condições e relações de trabalho visando reduzir os riscos e cargas de trabalho, além da promoção do diálogo entre os envolvidos no processo de trabalho.

DESCRITORES: Absenteísmo; Equipe de enfermagem; Transtornos mentais.

ABSTRACT: Integrative Review of Literature that aimed to determine the scientific evidence related to absenteeism due to mental disorders in the nursing team. Data search was performed at LILACS, Scopus, BDNF and PubMed databases, using the descriptors: Absenteeism, Nursing staff and Mental disorders. Seven articles were found whose results were classified into four categories: Absenteeism due to mental disorders in nursing: higher incidence in hospital; Epidemiological factors in the incidence of absenteeism due to mental disorders in nursing; Working conditions and the development of mental disorders in nursing;

Major mental disorders leading to absenteeism in the nursing team. It is concluded that female nursing technicians with a double employment relationship who work at night are more vulnerable to absenteeism. Interventions are needed to improve working conditions and relationships in order to reduce risks and workloads, as well as to promote dialogue among those involved in the work process.

KEYWORDS: Absenteeism; Nursing team; Mental disorders.

INTRODUÇÃO

As frequentes modificações do mercado de trabalho proporcionam maiores exigências do profissional, muitas vezes solicitando atitudes polivalentes em seu desempenho laboral. A falta de clareza das tarefas a serem cumpridas, além de conflitos de interesse e sobrecarga, pode oferecer efeitos adversos sobre a saúde do trabalhador, expondo-o ao estresse e outros adoecimentos mentais, contribuindo para o surgimento do absenteísmo⁽¹⁾.

Segundo sua classificação, o absenteísmo pode ser entendido de duas formas: ausências previstas e não previstas ao trabalho. A primeira denominação refere-se às faltas de direito do trabalhador, como folgas, férias e feriados, enquanto que a segunda são as que efetivamente caracterizam o absenteísmo, devido a seu caráter imprevisível incluindo as faltas (justificadas ou não), as licenças (médicas, prêmio, paternidade, maternidade) e as suspensões⁽²⁾.

O afastamento trabalhista não previsto é considerado um problema administrativo para qualquer organização, sendo ainda mais grave nas instituições de saúde, pois além de gerar custos indevidos ao serviço, pode interferir na produtividade dos trabalhadores, comprometendo a capacidade da assistência e, conseqüentemente, afetando a recuperação do cliente e a qualidade de vida de toda a equipe profissional⁽³⁾.

Algumas profissões apresentam maior vulnerabilidade no desenvolvimento do absenteísmo, entre elas encontra-se a enfermagem. A complexidade das tarefas a serem executadas e o alto nível de estresse estão entre os causadores das faltas ao trabalho por parte destes profissionais⁽²⁾.

A ausência do trabalhador na enfermagem causa inúmeros problemas para a equipe influenciando negativamente na prestação do cuidado ao paciente, além de sobrecarregar os demais membros ocasionando desordens físicas e/ou psicológicas. Alguns desses afastamentos podem estar relacionados aos transtornos mentais, a exemplo da ansiedade e da depressão, distúrbios comumente relatados entre esses profissionais⁽⁴⁾.

Os transtornos mentais representam a terceira causa por longos afastamentos do trabalho e são definidos como alterações dos padrões psicológico, mental ou intelectual que podem ocasionar impacto na qualidade de vida do trabalhador e, como conseqüência, o afastamento do ambiente de trabalho^(5,6).

Na enfermagem, os principais distúrbios mentais que levam a ausência não

prevista ao trabalho estão associados à ansiedade, ao estresse, a depressão e a insônia, ocasionadas, entre outras razões, pela contenção das emoções e pela relação direta com o sofrimento dos pacientes. Muitas vezes o profissional não pode expor suas fraquezas e insatisfações, adquirindo um comportamento estereotipado da sua personalidade o que pode gerar adoecimento e afastamento do emprego por transtornos mentais⁽⁴⁾.

Diante dos problemas de ordem organizacional, econômica e psicológica que o absenteísmo pode ocasionar, da elevação do número de trabalhadores de enfermagem afastados por alterações mentais e de escassos estudos sobre o adoecimento por tais patologias, buscamos levantar através de evidências científicas, informações a respeito do absenteísmo por transtornos mentais na equipe de enfermagem.

Espera-se que este estudo possa contribuir no levantamento de informações plausíveis que auxiliem futuras elaborações e implementações de medidas preventivas que visem reduzir o absenteísmo por transtornos mentais na equipe de enfermagem. Além de evidenciar a necessidade da observação do contexto psicológico em associação as faltas trabalhistas, auxiliando assim, na manutenção de um clima organizacional motivador.

Desta forma, como critério de orientação da pesquisa utilizou-se a seguinte pergunta norteadora: Quais as evidências científicas relacionadas ao absenteísmo por transtornos mentais na equipe de enfermagem?

MÉTODO

Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura, método que consiste na construção de uma análise ampla das evidências científicas, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos⁽⁷⁾.

As etapas correspondentes a elaboração desta revisão versão sobre: a) elaboração da pergunta norteadora; b) busca de artigos na literatura; c) coleta de dados; d) análise dos artigos incluídos na amostra; e) discussão dos resultados; f) síntese dos artigos analisados⁽⁸⁾.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Artigos originais, publicados em bases científicas, disponíveis na íntegra, que respondessem a pergunta norteadora;
- Artigos publicados em português, inglês ou espanhol;
- Estudos publicados entre janeiro de 2005 a março de 2015.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

-Relatos de experiência, trabalhos de conclusão de curso de graduação, monografias de especialização, dissertações, teses, relatórios de pesquisa e resumo de eventos;

-Artigos do tipo ensaio teórico, reflexões, revisões bibliográficas, cartas, resenhas, editoriais, livros, capítulos de livros, boletins informativos, publicações governamentais;

-Artigos repetidos em cruzamentos anteriores.

A busca dos artigos foi realizada entre 23 de fevereiro a 31 de março de 2015, através de dois caminhos: 1) na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) <<http://www.bireme.br>>, 2) Banco de Bases de Dados de Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) <<http://www.capes.gov.br>>.

As bases incluídas nesta pesquisa foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), Biomedical Literature Citations and Abstracts (PubMed) e Scopus Info Site (Scopus).

As estratégias de busca foram feita em pares de forma simultânea, guiadas pelos termos controlados segundo os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), onde as palavras chave selecionadas foram: Absenteísmo (*Absenteeism*), Transtornos mentais (*Mental disorders*) e Equipe de enfermagem (*Nursing team*). Os mesmos foram cruzados entre si em língua inglesa, partindo do descritor eleito como principal (Absenteísmo; *Absenteeism*), como apresentado no Quadro 1.

Passos	Cruzamento dos descritores
1º	“Absenteeism” AND “Mental disorders”
2º	“Absenteeism” AND “Nursing team”
3º	“Absenteeism” AND “Mental disorders” AND “Nursing team”

Quadro 1 – Número de passos pelos cruzamentos dos descritores. Recife, PE, Brasil, 2015

O cruzamento dos descritores resultou em um total de 1012 artigos sendo consideradas as publicações nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola e com texto completo disponível.

Para a busca dos trabalhos que representam a amostra, em um primeiro momento foi feita a leitura dos títulos, resultando em uma seleção de 59 estudos, posteriormente, realizou-se a análise crítica de seus respectivos resumos resultando em um total de sete artigos. Os sete estudos que responderam satisfatoriamente a pergunta norteadora foram lidos na íntegra.

A justificativa para a exclusão dos artigos encontra-se representada na Tabela 1:

Critério	BDENF	LILACS	PUBMED	SCOPUS	Total
Total Localizado	92	196	372	352	1012
Não se enquadra a temática do estudo	55	179	379	349	962
Artigos repetidos	07	05	00	00	12
Não corresponde a pergunta norteadora	30	07	379	01	417

Tabela 1 - Critérios para a exclusão dos artigos segundo as bases de dados. Recife, PE, Brasil, 2018

Para a extração e coleta dos dados, os estudos foram catalogados de acordo com um instrumento previamente validado, que contempla os seguintes itens: a) identificação do artigo; b) instituição sede do estudo; c) tipo de publicação; d) características metodológicas; e) avaliação do rigor metodológico⁽⁸⁾.

Na avaliação da qualidade dos estudos, utilizou-se um instrumento previamente aprovado, (Critical Appraisal Skills Programme, CASP) que oferece um meio para avaliar a qualidade metodológica dos estudos selecionados, de forma objetiva, sistemática e de fácil entendimento⁽⁹⁾.

O CASP é composto por 10 itens pontuáveis, e, de acordo com a pontuação obtida, os artigos são classificados em duas categorias: **A** (06 a 10 pontos) estudos com boa qualidade metodológica e viés reduzido e, **B** (no mínimo 05 pontos) estudos com qualidade metodológica satisfatória, mas com potencial de viés aumentado⁽⁹⁾.

RESULTADOS

Os sete artigos que constituem a amostra foram lidos na íntegra, catalogados e avaliados quanto ao rigor metodológico e todos receberam conceito A segundo a análise CASP⁽⁹⁾.

Verificou-se que 85,8% dos estudos analisados são de natureza quantitativa do tipo exploratório. Seis dos sete trabalhos avaliados encontra-se em língua portuguesa e um em espanhol. Dentre os artigos encontrados, constatou-se que 14,3% foram desenvolvidos na região nordeste, 57,2% na região sudeste e 28,6% na região sul do Brasil. Certificou-se também que 71,5% das pesquisas foram realizadas nos setores de abrangência do hospital onde atuam os profissionais, 14,3% em UTI neonatal e 14,3 % na clínica médico- cirúrgico. A seguir, o quadro 2 sintetiza a amostra de forma catalogada.

Cd	Título do artigo	Autor	Base	Periódico	Ano
1	Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem	Ferreira CR, Griep RH, Fonseca MJM, Rotenberg L.	SCOPUS	Revista de Saúde Pública	2012

2	Absentismo en el equipo de enfermería en el ambiente hospitalario	Trindade LL, Grisa CC, VP, Adamy EK, Ferraz L, Amestoy SC, Bordignon M.	SCOPUS	Revista electronica trimestral de Enfermería	2014
3	Absenteísmo - doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação	Sancinetti TR, Gaidzinski RR, Felli VEA, Fugulin FMT.	LILACS	Revista Escola de Enfermagem-USP	2009
4	Absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário do Estado de Pernambuco.	Ferreira EV, Amorim MJDM, Lemos RMC, Ferreira MS, Silva FO, Filho JRL.	LILACS	Revista de Rede de Enfermagem do Nordeste (Rene)	2011
5	Absenteísmo na enfermagem em UTI neonatal: perfil do profissional e motivos das ausências	Castro I, Bernardino E, Ribeiro ELZ	LILACS	Cogitare enfermagem	2008
6	Ausências na equipe de enfermagem em unidades de clínica médico-cirúrgica de um hospital filantrópico*	Cucolo DF, Perroca MG	LILACS	Acta Paulista de Enfermagem	2008
7	Ausências por adoecimento na equipe de enfermagem de um hospital de ensino	Abreu RMD, Simões ALA	LILACS	Ciência, cuidado e saúde	2009

Quadro 2. Código dos artigos segundo título, autor, base de dados, periódico e ano de publicação da amostra. Recife, PE, Brasil, 2018.

O quadro 3 apresenta um resumo dos aspectos analisados, proporcionando a comparação e melhor compreensão dos seus objetivos, tipo de estudo, principais resultados e conclusões.

Continua

Cod	Tipo	Objetivos	Resultados	Conclusões
1	Transversal, quantitativo	Analisar fatores associados ao absenteísmo por doença autorreferida em trabalhadores de enfermagem.	Técnicos em enfermagem com mais de um emprego e servidores públicos apresentam chances mais elevadas ao absenteísmo.	Os fatores relacionados ao absenteísmo não podem ser explicados apenas por problemas de saúde, sugerindo sua determinação múltipla e complexa.
2	Descritivo, quantitativo	Analisar as causas de absenteísmo entre a equipe de enfermagem de um hospital público.	O afastamento do trabalho por doenças do trato digestório, osteomuscular, oftamológico e psíquico tiveram maior incidência em técnicos de enfermagem.	É preciso fomentar estratégias que promovam a qualidade de vida da equipe de enfermagem no ambiente hospitalar, como a adequação do ambiente de trabalho e satisfação profissional.
3	Descritivo-transversal, quantitativo	Analisar a quantidade e as causas de afastamentos por doença dos profissionais de enfermagem e sua relação com taxa de ocupação das unidades de internação de um hospital de ensino.	Os enfermeiros e os técnicos em enfermagem geraram a maior quantidade de dias de ausências no trabalho por doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo e por transtornos mentais.	Existe relação entre o processo de trabalho da enfermagem, exposição dos trabalhadores a diferentes cargas de trabalho que resultam em desgastes e as ausências por doença determinadas pelo trabalho.

4	Descritivo-exploratório, quantitativo	Identificar e analisar as causas de absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem do serviço de internação de um hospital universitário de Pernambuco.	Constatou-se a predominância do absenteísmo no sexo feminino, sendo os motivos mais frequentes das licenças médicas, os relacionados ao sistema osteomuscular.	É necessária a adoção de programas e ações preventivas que visem melhorias nas condições de trabalho, favorecendo uma melhor qualidade de vida aos profissionais de saúde e uma assistência de enfermagem digna aos usuários.
5	Descritivo, quali-quantitativo	Descrever o perfil dos trabalhadores de enfermagem e identificar os motivos das ausências.	A licença para cuidar da própria saúde é o maior motivo de ausência.	Considerar a possibilidade de monitorar a taxa de absenteísmo e a origem das doenças que afastam os funcionários
6	Descritivo, quantitativo	Identificar o percentual de ausências na equipe de enfermagem, determinar o índice de ausência para cada categoria profissional.	Para os técnicos e auxiliares de enfermagem as ausências tornam-se preocupantes, pois representam o maior contingente de profissionais.	É necessário identificar o índice de cobertura das ausências, para oferecer subsídios para planejar quanti-qualitativamente os recursos humanos desta área.
7	Exploratório descritivo	Conhecer o perfil, caracterizar o absenteísmo e classificar as ausências do trabalho por motivo de adoecimento.	Profissionais com duplo vínculo empregatício apresentam maior índice de absenteísmo, devido entre outras causas ao cansaço físico e mental.	Subsidiar a administração hospitalar na elaboração e implementação de medidas preventivas para reduzir este problema, bem como aperfeiçoar as condições laborais.

Quadro 3 – Código do artigo segundo tipo, objetivo, resultados e conclusões. Recife, PE, Brasil, 2018

DISCUSSÃO

Os dados relevantes encontrados na amostra foram agrupados em quatro categorias, na busca de sintetizar e articular o conhecimento obtido, como abordado a seguir:

Absenteísmo por transtornos mentais na enfermagem: Maior incidência em âmbito hospitalar

O absenteísmo na área hospitalar, especificamente no setor de enfermagem, é determinado por vários fatores, que vão desde o estado de saúde pessoal, a situação social e as condições do ambiente de trabalho^(3,4).

Algumas unidades específicas, como as de tratamento intensivo e as que requerem alta dependência para cuidados aos pacientes, estão mais propensas a ocorrência de faltas. Tal fato pode ser explicado pela maior exposição dos profissionais aos ruídos, aos barulhos dos equipamentos e da circulação de outras equipes no setor contribuindo para desgastes físicos e mentais^(3,4,11).

Os problemas relacionados a desordens físicas como no sistema osteomuscular e mentais, como os transtornos psíquicos, estão entre as causas mais encontradas nos estudos abordados e merecem atenção especial pelo alto índice de morbidade.

Quanto às doenças osteomusculares, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que neste ano, elas serão a primeira causa de maiores gastos em saúde, considerando que se constitui em um dos motivos mais freqüentes de absenteísmo laboral e invalidez permanente^(4,12,13).

Tal problema na enfermagem pode ser explicado entre outros, pelo constante transporte e movimentação de pacientes e equipamentos, a longa permanência em pé durante a assistência, posturas repetitivas e viciosas que provocam demasiado desgaste físico com consequentes queixas osteomusculares^(11,14).

Em relação aos transtornos mentais, o ambiente hospitalar pode proporcionar estresse e agravos psíquicos no trabalhador de enfermagem, pois é no recinto laboral que se estabelecem as diligências das tarefas e nele o profissional experimenta variados graus de controle sobre os serviços que executa¹². O ritmo acelerado das atividades, o excesso de responsabilidades, associados à ligação do sofrimento psíquico com a noção de adoecimento, contribui para a ausência ao trabalho em decorrência de problemas mentais⁽¹⁴⁾.

Agravos mentais, como os Distúrbios Psíquicos Menores, incluídos a depressão e a ansiedade, estão entre as desordens que mais acometem os profissionais de enfermagem e podem ser resultantes das condições precárias de trabalho, do estresse laboral crônico além da convivência diária com o sofrimento, a dor, a doença e a morte, tendo de suportar tais circunstâncias paralelamente aos seus problemas emocionais^(4,11).

O profissional de enfermagem, muitas vezes, adquire um estereótipo da sua personalidade, visto que não pode expor suas fraquezas e insatisfações na presença do paciente. A sensação de impotência frente a situações que não podem ser solucionadas, como a exemplo do tratamento paliativo para pacientes terminais, provoca retenção das emoções e sofrimento psíquico desencadeando sentimentos de insegurança, ansiedade e medo, levando ao adoecimento e afastamento do trabalho⁽⁴⁾.

Fatores epidemiológicos na incidência do absenteísmo por transtornos mentais na enfermagem

No Brasil e no mundo a enfermagem é uma profissão predominantemente feminina, marcada por conteúdos ideológicos que atribuíam as mulheres uma aptidão inata para o cuidar^(2,4,11,13). Sendo assim, o índice de absenteísmo nesta profissão é maior, fato que pode ser confirmado nos estudos analisados.

Acrescenta-se também a situação de que as mulheres inseridas no mercado de trabalho são responsáveis por diversas responsabilidades pessoais, como os afazeres domésticos, os cuidados com os filhos e com o marido, implicando em sobrecarga física e mental, preocupações e pouco repouso o que contribui para doenças psíquicas e/ou físicas e para as ausências do trabalho^(2,3,4).

Os extremos de idade foram identificados nos artigos pesquisados. Profissionais de enfermagem com faixa etária de até 50 anos tendem a se ausentar com mais frequência ao trabalho, evidenciando que quanto mais avançada a idade do indivíduo, menor a sua adaptação às condições estressantes do trabalho o que pode culminar em ausências⁽¹¹⁾. Apesar disto, outras análises revelam que quanto mais jovem é o indivíduo, mais sujeito ao estresse e a enfermidade no ambiente de trabalho ele está, devido especialmente as expectativas criadas no início da carreira e a realidade encontrada⁽¹³⁾.

Condições de trabalho e o desenvolvimento de transtornos mentais na enfermagem:

Os técnicos de enfermagem representam o maior contingente populacional da equipe e, frequentemente, suas atividades exigem mais esforço físico e ritmo intenso, estando mais propensos a desenvolver problemas de saúde^(3,11). Esta categoria, em particular, está exposta as condições precárias de trabalho, como amplas jornadas, turnos desgastantes incluindo domingos e feriados, pluralidade, repetitividade de funções e ao estresse que podem desencadear acidentes e prejuízos ao bem estar físico e mental^(4,11,13).

Ainda em relação a esta classe profissional, as ausências por licença INSS (Instituto Nacional do Seguro Social) tornam-se mais preocupantes, porque na maioria das vezes não é possível prever o retorno desses trabalhadores, o que compromete a carga de atividades dos demais funcionários da instituição⁽²⁾. A licença INSS é um tipo de benefício que o trabalhador poderá ter direito em caso de acidente ou doença e em função disso, ficar incapacitado para o seu trabalho⁽¹⁵⁾.

Quanto aos enfermeiros, eles apresentam menor índice de faltas em razão de ser em menor número nas instituições de saúde e ao seu grau de responsabilidade com a equipe tendendo a assumir papéis de liderança e que exigem maior assiduidade⁽¹¹⁾. Por encarregarem muitas vezes, de cargos administrativos no contexto hospitalar os enfermeiros possuem menor risco de contaminação biológica, acarretando menores índices de morbimortalidade e paralelamente de afastamento^(13,14).

Os estudos revelam também que os profissionais atuantes no período noturno se ausentam com maior frequência do emprego, quando comparados aos trabalhadores diurnos, devido a alterações do ritmo biológico que comprometem a capacidade de concentração, até conflitos no meio familiar e social em razão da incompatibilidade de horário para o convívio pessoal^(3,13,14).

Em relação ao número de empregos, quatro dos sete artigos analisados, afirmam que os profissionais com duplo vínculo empregatício apresentam maior taxa de absenteísmo, o que pode ser justificada por cansaço físico, estresse mental, ansiedade e tensão pelas atividades realizadas nos hospitais, além da insônia reforçada pela desestruturação do tempo de sono e repouso^(11,14).

Os profissionais também estão mais propensos a cometer erros como a imprudência, onde existe a execução de uma ação sem a devida precaução expondo o paciente a riscos desnecessários, e a negligência, situação que o trabalhador de enfermagem poderia ou deveria agir de determinado modo, mas não age, muitas vezes devido à fadiga física e mental⁽¹⁶⁾.

Principais transtornos mentais que levam ao absenteísmo na equipe de enfermagem

Dentre as desordens mentais que mais afetam os profissionais de enfermagem nos estudos analisados, destacam-se o estresse, a depressão, a ansiedade e a insônia. O estresse pode ocorrer em virtude da sobrecarga das atividades desempenhadas, da submissão ao autoritarismo gerencial além da complexidade das ações realizadas e do cuidado com paciente gravemente enfermos⁽¹³⁾.

O transtorno depressivo é caracterizado, dentre outros sintomas, por humor deprimido, perda do interesse ou prazer nas atividades usuais, aumento da fadiga, pensamentos recorrentes de morte, diminuição da concentração e pode ser consequência do estresse excessivo continuado por longos períodos, da falta de motivação, da baixa auto-estima, das condições desfavoráveis de trabalho além da relação interpessoal prejudicada e dos baixos salários^(4,13,17).

A insônia pode ser ocasionada por mudanças no ritmo circadiano, pela privação de sono e repouso, de cargas excessivas de trabalho e ao cansaço mental, provocando problemas na qualidade da assistência oferecida aos pacientes, uma vez que interfere na capacidade de efetuar os cuidados com aptidão⁽¹⁴⁾. Já a ansiedade é um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho⁽¹⁸⁾. Na enfermagem este transtorno deve-se, por exemplo, a mudanças para setores que requerem alta habilidade psicológica, a implantação de novas tecnologias e a treinamentos com a gerência.

CONCLUSÕES

Nos estudos analisados foi evidenciado que os profissionais de enfermagem, composta na maior parte por técnicos, mulheres adultas jovens, lotados no turno da noite, com mais de um vínculo empregatício e que trabalham em setores fechados estão mais propensos a diferentes cargas de trabalho que resultam em desgaste e afastamento por transtornos mentais ou físicos.

É notória a escassez de estudos relacionados a pergunta norteadora. Possivelmente por ser um tema de difícil abordagem onde muitos profissionais não se pronunciam sobre o assunto, muitos com medo de represálias no ambiente de trabalho e de serem julgados como loucos que precisam de internação psiquiátrica. O que explana a importância da realização de trabalhos exploratórios, envolvendo a temática.

É necessário que haja intervenções para melhorar as condições e relações de trabalho, colocando em prática medidas de proteção coletiva e individual que visem reduzir os riscos e cargas de trabalho, assim como a promoção do diálogo entre os envolvidos no processo de trabalho, pois demonstrar interesse pela dificuldade alheia pode aliviar o sofrimento dos profissionais.

Entretanto, em algumas situações, o diálogo não é suficiente, havendo necessidade de encaminhar tais profissionais à psicologia para um apropriado acompanhamento, podendo dessa maneira, externar suas emoções para um melhor enfrentamento dos problemas vivenciados, melhorando a sua qualidade de vida e a assistência aos pacientes.

REFERÊNCIAS

MANETTI, M.L; MARZIALE, M.H.P; **Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem.** Estudos de Psicologia, 2007.

CUCOLO, D.F; PERROCA, M.G; **Ausências na equipe de enfermagem em unidades de clínica médico- cirúrgica de um hospital filantrópico.** Acta Paulista de Enfermagem 2008; 21(3): 454-9.

CASTRO, I; BERNARDINO, E; RIBEIRO, E.L.Z. **Absenteísmo na enfermagem em UTI neonatal: perfil do profissional e motivos das ausências.** Cogitare Enfermagem 2008 Jul/Set; 13(3): 374-9.

FERREIRA, E.V.; AMORIM, D.M.; LEMOS, M.J.C.; FERREIRA, R.M.; SILVA, N.O.; RODRIGUES, JLF. **Absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário do estado de Pernambuco.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Rene, Fortaleza, 2011 out/dez; 12(4):742-9.

BERNARDES, J. **Transtorno mental resulta em longos afastamentos do trabalho.** Agência de notícias USP, 2013. [acesso em 18/03/2015]. Disponível em <http://www.usp.br/agen/?p=136538>

SOUZA, P.C.Z. **Trabalhando com saúde: trabalho e transtornos mentais graves.** Psicologia em estudo, Maringá, v. 11, n. 1, p. 175-183, jan./abr. 2006.

MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVÃO, C.M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2008; 17(4): 758-64.

SOUZA, M.T; SILVA, M.D; CARVALHO, R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** Einstein. 2010; 8 (1 Pt 1):102-6.

TOLEDO, M.M. **Vulnerabilidade de Adolescentes ao HIV/AIDS: Revisão Integrativa.** [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2008.

DALFOVO, M.S; LANA, R.A; SILVEIRA, A. **Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico.** Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, Blumenau, v.2, n.4, p.01- 13, Sem II. 2008.

ABREU, R.M.D; SIMÕES, A.L.S. **Ausências por adoecimento na equipe de enfermagem de um hospital de ensino.** Cienc Cuid Saude 2009 Out/Dez; 8(4):637-644.

Sancinetti, T., Gaidzinski, R., Felli, V., Fugulin, F., Baptista, P., Ciampone, M., Kurcgant, P., & Silva, F. (2009). **Absenteísmo - doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação.** *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 43(spe2), 1277-1283. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000600023>

TRINDADE, L.L; Ostrovski, C.C; Adamy P.V; Edlamar K.; Ferraz, F. A.; Coelho S.; & Bordignon, M. **Absentismo en el equipo de enfermería en el ambiente hospitalario.** *Enferm. glob.*, Murcia , v. 13, n. 36, p. 138-146, oct. 2014.

FERREIRA, R.C., Griep, R.H; Fonseca, M.J.M; Rotenberg, L. **Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem.** *Revista de Saúde Pública* vol.46 no.2, São Paulo Apr. 2012.

BRASIL. **Ministério da Previdência Social. Auxílio doença.** [acesso em 07/06/2015]. Disponível: <http://agencia.previdencia.gov.br/e-aps/servico/145>

CORTEZ, E.A, et al. **Preparo e administração venosa de medicamentos e soros sob a ótica da Resolução COFEN nº311/07.** *Acta Paulista de enfermagem* vol.23, número 6, SP, 2010.

CASTRO-COSTA, E; AGUIAR, C.C.T; BLAY, S.L. **A diferenciação entre os quadros depressivos com comprometimento cognitivo e demência nos idosos.** *Associação Brasileira de Psiquiatria-Revista Debates em Psiquiatria* jul/ago 2011, ano 1, número 4. [acesso em 08/06/2015] Disponível: [http:// abp.org.br](http://abp.org.br)

CASTILLO, A.R.G.L, et al. **Transtornos de ansiedade.** *Revista Brasileira de Psiquiatria* vol.22, SP, 2000.

ALTERAÇÕES NEUROPSIQUIÁTRICAS NA DOENÇA DE PARKINSON: DEPRESSÃO, APATIA E OS EFEITOS DA PRÁTICA DE DANÇA

Inara Priscylla Rodrigues Machado

Instituto de Filosofia e Ciências Humanas,
Universidade Federal do Pará
Belém – Pará

Viviane Kharine Teixeira Furtado

Instituto de Ciências da Arte, Universidade
Federal do Pará
Belém – Pará

Carlomagno Pacheco Bahia

Instituto de Ciências da Saúde, Universidade
Federal do Pará
Belém – Pará

Lane Viana Krejčová

Instituto de Ciências da Arte, Universidade
Federal do Pará
Belém – Pará

RESUMO: A Doença de Parkinson (DP) é uma doença neurodegenerativa de caráter crônico e progressivo. Apesar de seus sintomas motores serem amplamente conhecidos, seus sintomas não-motores incluem alterações neuropsiquiátricas de importância clínica. Dentre eles, a apatia e depressão são as alterações de maior prevalência. O presente trabalho objetivou investigar a apresentação dos quadros de depressão e apatia em pacientes com DP e a influência da prática de terapia em dança sobre esses aspectos. 22 pacientes com DP, sob esquema farmacológico

e com progressão clínica entre as fases I e III da Escala de Hoehn e Yahr, foram submetidos a intervenção terapêutica complementar em dança (2x/semana) durante seis meses, desenvolvido através do método *Baila Parkinson*, metodologia de trabalho em dança desenvolvido especificamente para o trabalho terapêutico na DP. Antes e após o período, aplicamos a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (GDS 15), Escala de Avaliação da Depressão de Montgomery e Asberg (MADRS) e a Escala de Apatia (EA) para detecção das frequências de apresentação de quadros depressivos e de apatia na amostra. Observamos uma elevada prevalência dos quadros psiquiátricos em pacientes com a DP na amostra, sendo a apatia a condição mais comumente observada. Após período de intervenção terapêutica em dança, observamos redução significativa na apresentação da apatia, todavia não encontramos diferenças significativas quanto à apresentação de depressão. A atividade terapêutica em dança apresentou-se efetiva na redução da apresentação dos quadros de apatia na DP e os mecanismos possivelmente envolvidos neste efeito necessitam ser investigados.

PALAVRAS-CHAVE: Doença de Parkinson, Depressão, Apatia, Dança.

ABSTRACT: Parkinson's disease (PD) is a

chronic and progressive neurodegenerative disease. Although its motor symptoms are widely known, its non-motor symptoms include neuropsychiatric disorders of clinical importance. Among them, apathy and depression are the most prevalent conditions. The present study aimed to investigate the presentation of depression and apathy in patients with PD and the influence of dance therapy on these aspects. 22 PD patients under pharmacological treatment and with clinical progression between phases I and III of the Hoehn and Yahr Scale, underwent complementary therapeutic intervention in dance (2x / week) for six months, developed using *Baila Parkinson* method, a methodology in dance specifically developed for PD adjuvant treatment. Before and after the period, we applied the Yesavage Geriatric Depression Scale (GDS 15), the Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS) and the Apathy Scale (EA) for the detection of the frequencies of depression and apathy in the sample. We observed a high prevalence of psychiatric conditions in patients with PD in the sample, with apathy being the most commonly observed condition. After the period of therapeutic intervention in dance, we observed a significant reduction in the presentation of apathy, however we did not find significant differences regarding the presentation of depression. The therapeutic activity in dance was effective in reducing the presentation of apathy in PD and the possible mechanisms involved in such effect remain to be investigated.

KEYWORDS: Parkinson's Disease, Depression, Apathy, Dance

1 | INTRODUÇÃO

A Doença de Parkinson (DP) caracteriza-se como uma desordem multissistêmica, de curso progressivo e etiologia ainda desconhecida, com evidências que apontam para uma multifatorialidade envolvida no aparecimento/surgimento da mesma (FLORES, 2009). Destarte, o diagnóstico da DP é demorado pois o sujeito comumente apresenta uma grande variedade de sintomas não motores especialmente nas fases iniciais, estes em sua maioria precedem os sintomas motores. Dentre a gama de sintomas não motores, alterações de curso neuropsiquiátrico configuram as manifestações mais frequentes, sendo importante a avaliação clínica cuidadosa destas alterações no acompanhamento da doença.

Naturalmente, o idoso tende a apresentar necessidades e alterações comportamentais específicas devido às mudanças fisiopatológicas e sociais que ocorrem durante o processo de envelhecimento e que podem afetar a sua saúde psicológica (ESQUENAZI et al., 2014). Na DP, por conta das marcantes manifestações motoras que precipitam o diagnóstico quando de seu aparecimento e que muitas vezes configuram o único ou principal foco do profissional envolvido, não é incomum na prática clínica a negligência com relação aos sintomas neuropsiquiátricos apresentados pelo paciente.

A compreensão das contingências envolvidas no processo diagnóstico, no manejo e na convivência com as limitações e alterações características da condição

aos quais o paciente com a DP é submetido incitam a reflexões sobre os sintomas não-motores e sua importância diagnóstica e terapêutica. Esta miríade sintomática inclui desordens sistêmicas, cognitivas e neuropsiquiátricas que se manifestam desde as fases iniciais da doença. A apatia e a depressão são as desordens neuropsiquiátricas de maior prevalência nos sujeitos com DP, e podem contribuir para o agravamento do quadro sintomático geral (AARSLAND et al., 2009; PETROVIC et al., 2016; WEN et al., 2016).

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2002), a depressão pode ser compreendida como um transtorno de desregulação do humor (vazio, triste ou irritável), aliado a mudanças somáticas e cognitivas que afetam consideravelmente a vida do indivíduo. A apatia, além da apresentação do sentimento de indiferença generalizado, inclui ainda uma tendência a não iniciar e/ou concluir as atividades diárias (DUJARDIN et al., 2007). Na DP, evidências apontam para a apatia como uma síndrome independente da presença de depressão (KIRSCH-DARROW et al., 2006).

Em indivíduos parkinsonianos a depressão está relacionada às questões subjetivas pertinentes à carga global da doença, bem como a alterações morfofuncionais no sistema mesolímbico, incluindo a amígdala, córtex orbitofrontal e córtex pré-frontal ventromedial. A apresentação da depressão implica alterações em diversos sistemas de neurotransmissores como o dopaminérgico, serotoninérgico, noradrenérgico e colinérgico (THOBOIS et al., 2017) e muitas dessas alterações podem ocorrer como uma consequência direta dos mecanismos fisiopatológicos de desenvolvimento da DP, sendo geralmente controladas com a administração de medicação serotoninérgica.

Na apatia, todavia, as alterações morfofuncionais do sistema nervoso central incluem atrofia no precuneus, ínsula, parietal inferior, giro frontal, córtex orbitofrontal e córtex cingulado anterior, além do hipometabolismo das regiões subcorticais, em específico o estriado ventral, com envolvimento predominante das vias dopaminérgicas (THOBOIS et al., 2017). Outrossim, a apatia na DP apresenta-se com maior frequência que a depressão, provavelmente por apresentar maior relação com os desbalanços dopaminérgicos (OGURU et al., 2010).

Atravessadas pelas contingências que propiciam tais transtornos, declínios neuroquímicos e em alguns casos a negligência à saúde integral do paciente, as desordens neuropsiquiátricas na DP contribuem para a morbidade e diminuem a qualidade de vida, e constituem importantes fatores de risco para o desenvolvimento de quadros demenciais (DUJARDIN et al., 2009; QUAGLIATO, 2015). Investigações acerca da caracterização da apresentação de depressão e apatia na DP bem como estratégias para sua prevenção e manejo são de grande importância para a compreensão dos quadros clínicos da doença e para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas de abordagem global.

A associação de terapias complementares às terapias farmacológicas para a DP vem ganhando importância nas últimas décadas, tanto para a desaceleração da sua progressão como para a atenuação dos sintomas característicos das condições neuropsiquiátricas associadas. A dança, por ser uma modalidade de exercício que ativa

diversos sistemas neurais para sua execução, apresenta alto potencial de indução de plasticidade e consiste em uma modalidade atrativa que pode ser utilizada como estratégia terapêutica não-farmacológica na DP (EARHART, 2009).

Dançar é uma atividade complexa que envolve controle sensório-motor altamente desenvolvido, auxiliado por um sofisticado processamento neural. Como a dança leva à ativação de intrincados sistemas neurais envolvendo estimulação motora, sensorial, cognitiva, emocional e psicossocial, muitas teorias defendem seus efeitos neurológicos benéficos em condições neurodegenerativas. Consciência corporal e espacial, sincronização rítmica, equilíbrio, intenção e planejamento motor, sincronia, propriocepção, memória, expressão emocional entre outras habilidades implicam a ativação de amplas áreas corticais primárias e associativas, núcleos da base, cerebelo e regiões do tronco encefálico (BROWN, MARTINEZ and PARSONS, 2005; BROWN and PARSONS, 2008; CALVO-MERINO et al., 2004; CALVO-MERINO et al., 2006; CALVO-MERINO et al., 2008; CROSS, HAMILTON and GRAFITON,., 2006). Tem sido demonstrado que pessoas que dançam regularmente apresentam melhores resultados em testes das funções cognitivas e redução do risco de desenvolvimento de demência no envelhecimento (VERGHESE et al., 2003).

A combinação de música e movimento resulta em um estado distinto caracterizado pela apazibilidade (BERNARDI, BELLEMARE-PEPIN and PERETZ, 2017), o que é muito importante para a aplicação da dança em um contexto terapêutico. Quando uma pessoa dança, a música e o ritmo estimulam áreas de recompensa do cérebro, e o movimento ativa amplas áreas corticais e subcorticais. A interação necessária entre pares ou grupos ajuda a desenvolver e recuperar habilidades sociais e de comunicação, e em aulas especificamente dirigidas a pacientes com o mesmo transtorno tendem a desenvolver um maior senso de confiança, cooperação e amizade resultante da identidade do grupo (PARKINSON, FISCHER and MANSTEAD, 2005; SMITH, SEGER and MACKIE, 2007). Os benefícios alcançam as esferas motora, cognitiva e neuropsiquiátrica, refletindo efetivamente na qualidade de vida (DOS SANTOS DELABARY et al., 2017; HEIBERGER et al., 2011; WESTHEIMER et al., 2015). Além disso, a agregação de valores emocionais, motivacionais e de apazibilidade podem induzir efeitos terapêuticos acentuados na dança em comparação com outras atividades. (KEYANI et al., 2005; YAN et al., 2017).

Destarte, a presente pesquisa objetivou investigar a influência da prática de terapia em dança sobre a apresentação de quadros de depressão e apatia em pacientes com DP. As observações aqui descritas podem auxiliar na orientação das práticas terapêuticas para o manejo da doença.

2 | METODOLOGIA

2.1 Aspectos Éticos

O projeto ao qual essa pesquisa está vinculada foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário João de Barros Barreto/Universidade Federal do Pará (UFPA) – Protocolo nº 49347115.0.0000.0017 – e obteve aprovação pelo Conselho da Escola de Teatro e Dança da UFPA. Todos os participantes receberam esclarecimentos acerca dos detalhes éticos, objetivos e procedimentos envolvidos na pesquisa. Após concordância voluntária e sanadas quaisquer dúvidas, os mesmos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cientes de não haverem quaisquer ônus ou compensações pela participação ou pelos serviços oferecidos.

2.2 Ambiente

A intervenção e as aplicações dos testes e retestes foram realizados no Laboratório de Estudos em Reabilitação Funcional (LAERF) da Universidade Federal do Pará. Compreendemos que o processo de construção da pesquisa necessita de um *rapport* entre o pesquisador e o pesquisado, e a simples presença de outras pessoas, mesmo o cuidador, podem influenciar nas respostas dos pacientes em testes que envolvem a percepção pessoal do sujeito sobre sua condição e ambiente. Assim, as coletas de dados na aplicação dos protocolos de avaliação foram realizadas apenas com o paciente na sala. O local no qual foram realizadas as coletas também apresentava as características necessárias para manter a privacidade, segurança e sigilo, garantindo os princípios éticos e de acomodação para o processo de aplicação dos instrumentos.

2.3 Amostra e Desenho Experimental

A amostra foi composta por 22 pacientes com DP com tempo de diagnóstico médio de 7 anos sob esquema farmacológico controlado (pacientes em seu melhor período *on*), com idades entre 42 e 80 anos, sendo 11 do sexo feminino e 11 do sexo masculino, que se inscreveram voluntariamente para ingresso no programa de reabilitação em dança no âmbito do projeto de pesquisa e extensão “Baila Parkinson”. Destes, após distribuição aleatória, 11 passaram pelo teste com a Escala de Apatia e 11 pelos testes MADRS e GDS-15 para detecção de quadro depressivo. Optamos por esse delineamento para (1) reduzir o tempo envolvido no processo de avaliação e, conseqüentemente, (2) reduzir o cansaço do paciente em responder muitas perguntas, fatores esses que poderiam influenciar os resultados obtidos, e ainda, para amenizar alguns dos fatores característicos de intervenções aplicando testes clínicos não automatizados como a alta susceptibilidade a vieses do pesquisador e do respondente – e.g. aquiescência, desejo social, habituação, desejo de confirmação, ordem de aplicação das perguntas e testes, questões principais, similaridade e efeito halo (DODOU and DE WINTER, 2014; GLUUD, 2006; PODSAKOFF et al., 2003).

Dessa forma, garantimos que a percepção do sujeito sobre o andamento de um teste característico não exerceu influência sobre o andamento do outro teste, avaliando de forma isolada a possível apresentação dos quadros de apatia e depressão antes e após o período de seis meses de intervenção em dança. A Figura 1 ilustra o desenho experimental empregado.

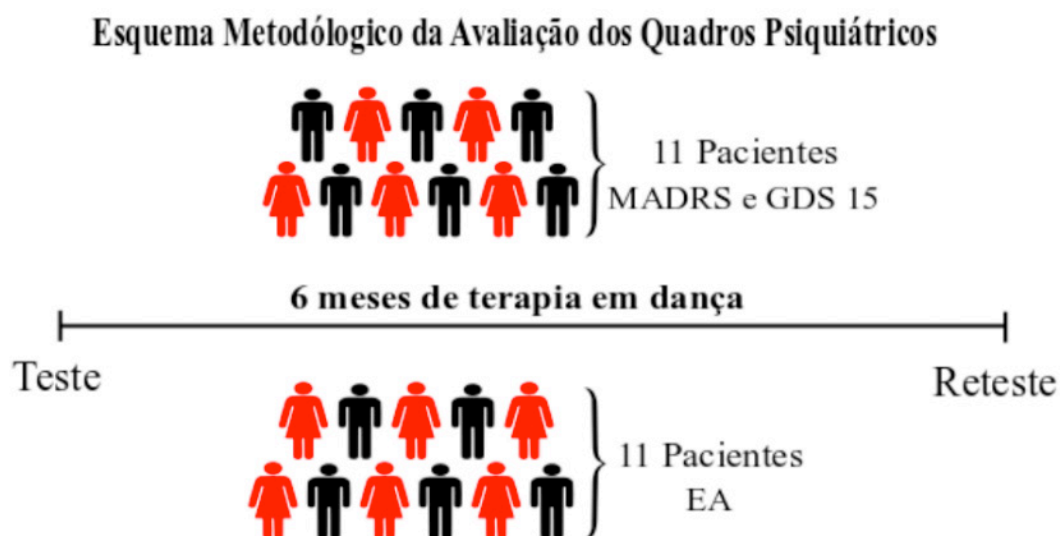


Figura 1. Esquema metodológico da avaliação dos quadros psiquiátricos. Duas amostras compostas por 11 pacientes passaram por avaliações para detecção de quadros de depressão (MADRS + GDS 15) ou apatia (EA). Após seis meses de intervenção terapêutica em dança, os mesmos testes foram novamente realizados para fins de comparação.

2.4 Instrumentos

Para melhor visualização do fenômeno, utilizamos instrumentos tanto de preenchimento pelo observador quanto de auto avaliação, sendo estes a Escala de Depressão Geriátrica (GDS 15), Escala de Avaliação da Depressão de Montgomery e Asberg (MADRS) e Escala de Apatia (EA). Ressaltamos que para todos os testes foram respeitadas as devidas necessidades de obtenção de licenças e treinamento para a aplicação.

A GDS é uma escala de auto avaliação idealizada por Yasevage. Nessa escala, para cada pergunta existem apenas duas opções de respostas, são elas: sim ou não, sendo que as pontuações variam entre 0 e 1. Essa pontuação é distribuída de forma que a resposta mais negativa (pode ser o “sim”, ou o “não”) é que pontua. Caso a pontuação seja igual ou maior que cinco o indivíduo é, de acordo com a GDS 15, classificado com algum grau de depressão. Selecionamos a versão que possui quinze perguntas fechadas (GDS 15), por abordar questões semelhantes à MADRS, o que facilita a análise dos dados obtidos, e pela sua praticidade na aplicação, garantindo que os resultados não sejam influenciados por variáveis como o cansaço do paciente por conta da demora na realização dos testes.

A MADRS, por sua vez, é respondida pelo observador após entrevista com o

paciente, sendo amplamente utilizada em âmbito internacional. A MADRS possui algumas vantagens para a avaliação dos quadros depressivos na DP, pelo fato de não possuir muitas questões relacionadas aos aspectos motores da vida diária, que podem ser fonte de equívocos diagnósticos em outras escalas quando aplicadas em pacientes com DP, uma vez que os sintomas motores clássicos podem ser confundidos com hipomotricidade relacionada à depressão. A MADRS contém dez questões fechadas com respostas do tipo *Likert* que variam entre 0, que representa condições típicas (sem possíveis quadros depressivos); e 6, que aponta para situações mais características de quadros depressivos.

A Escala de Apatia (EA) consiste em instrumento de larga utilização para a detecção da condição na DP. Possui quatorze perguntas fechadas relacionadas às manifestações clínicas da apatia. Para cada pergunta existem quatro respostas, sendo elas: “de jeito nenhum”, “mais ou menos”, “um pouco” ou “muito” organizadas no modelo *Likert* de pontuação (variando de 0 a 3), onde as maiores pontuações refletem um maior nível de indiferença, com pontuação de corte para apresentação do quadro de apatia sendo 21 pontos.

2.5 PROGRAMA DE TERAPIA EM DANÇA

Para imergir esses pacientes em programa de exercícios com especificidade para as demandas motoras e não-motoras de sua condição clínica em um ambiente socialmente reforçador, os mesmos foram inseridos no programa de reabilitação em dança *Baila Parkinson*. O programa consiste em sessões semanais de dança (2x/semana) com duração de uma hora, abrangendo conteúdo variado de diversos gêneros de dança (dança clássica, dança de salão, danças urbanas, jazz, dança teatral, etc.) planejados e adaptados para as necessidades específicas de atenuação sintomática do paciente parkinsoniano.

As aulas são planejadas por alunos e profissionais do curso de licenciatura em dança da UFFPA, com base em cinco eixos de trabalho focados nos grupos de sintomas da DP: (1) Psicoemocional, (2) Socialização, (3) Cognitivo, (4) Motor e (5) Percepção Corporal.

No eixo psicoemocional são trabalhadas principalmente as questões intrapessoais e emocionais, sendo realizados exercícios de expressividade através da dança, agindo, então, como fator de promoção do bem-estar psicoemocional. Desenvolvemos nesse eixo, por exemplo, exercícios de expressão corporal e emocional, tolerância ao estresse, espontaneidade e otimismo, e exercícios que propiciem a troca de experiências no grupo.

Os exercícios voltados ao eixo da socialização, são focados no trabalho em equipe associado à identidade característica de um grupo formado por pessoas que compartilham experiências similares. São incentivados os laços inter-relacionais gerando maior confiança entre os participantes e dos mesmos com relação ao programa. No eixo cognitivo, enfatizamos exercícios que estimulem essa função

neuropsicológica, com trabalhos de criatividade, percepção musical e coreografias com diferentes complexidades de movimento, bem como o uso constante de imageamento e inserção dos movimentos e coreografias em contextos que podem ser predefinidos ou criados pelo grupo durante a atividade.

O eixo motor, que predomina em todas as nuances do trabalho por tratar-se de terapia envolvendo atividade física, é trabalhado através da realização de movimentos, exercícios e técnicas com enfoque no equilíbrio, coordenação motora, sincronização rítmica e o trabalho com a voz. A força e o equilíbrio são trabalhados nos três níveis do espaço (alto, médio e baixo), no sentido de fortalecer as funções de sentar, levantar e alcançar o chão mantendo o equilíbrio e reduzindo assim o risco de quedas. Do mesmo modo, o fortalecimento dos grupos musculares individuais ocorre em diversos momentos, associados ou não aos desenhos coreográficos.

E, por fim, o eixo da percepção corporal, que compreende a estimulação tátil, educação somática, relaxamento, autopercepção em primeira instância, automassagem e ao cuidado na execução dos movimentos, refletindo assim na mudança de vícios posturais, hábitos internos e por consequência a mudança desses aspectos no decorrer do cotidiano com reestruturação da postura, dos movimentos, da marcha e consequente melhora das capacidades funcionais.

2.6 Análise de Dados

Todos os dados coletados foram organizados em planilha no programa *Microsoft Excel 2013*® e analisados através de estatística paramétrica, utilizando os programas *BioEstat 5.0*® e *Graph Prism 5.0*®, para verificação das possíveis diferenças entre os grupos, sendo observado intervalo de significância mínima de 95% ($p < 0,05$) para os testes estatísticos. Testes de normalidade foram realizados para exclusão de valores extremos da amostra. Para detecção de diferenças significativas entre os períodos, aplicamos teste t bicaudal para amostragem pareada.

Na análise do teste GDS 15, observamos a existência de três questões na qual o participante, provavelmente, pontuaria por estarem relacionadas com a sintomatologia da DP e não necessariamente apenas à sintomatologia depressiva. Portanto, foram incluídas em uma análise distinta do teste total da GDS 15, para análise mais profunda e detalhada de tais aspectos. As questões são: (1) “Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?”, como a DP afeta majoritariamente os aspectos motores do indivíduo, o paciente executará progressivamente com dificuldades – e em alguns casos pode impossibilitar – a manutenção de suas atividades diárias. (2) “Teme que algo ruim possa lhe acontecer?”, existem fatores de circunstâncias biológicas que afetam significativamente essa resposta, pois há, por exemplo, elevado risco de quedas entre idosos com a DP (DA MATA et al., 2008). Por fim, (3) “Acha que sua situação tem solução?”, é ampla e pode ser compreendida com ambiguidade pelo paciente. Dentre elas, o próprio caráter biológico da DP, sendo cabível ressaltar que

é uma doença neurodegenerativa, progressiva e sem cura. Como buscamos o menor nível de interferência durante a realização dos testes, optamos por fazer uma análise distinta, ao invés de especificar a que situação o indivíduo deveria responder.

3 | RESULTADOS

Os dados demográficos coletados no início dos experimentos estão descritos na Tabela 1. Os pacientes que desistiram da intervenção foram excluídos da amostra e seus dados não estão ilustrados no presente estudo, devido ao fato de, em sua maior parte, os *dropoffs* ocorrerem logo nas primeiras semanas de intervenção por motivos variados que incluíam as dificuldades financeiras, logísticas e de locomoção associadas à DP, bem como fatores culturais, sociais e religiosos envolvendo a conformidade do indivíduo quanto à participação em programa em dança. Como o foco do presente estudo não visa discutir tais questões, optamos somente pela exclusão dos *dropoffs* da amostra.

Para os testes iniciais (*baseline*), verificamos que de 45 a 54% da amostra não apresentava qualquer tipo de comorbidade psiquiátrica. Em contrapartida, 45,45% apresentavam quadros de depressão e 54,55% apatia. Na análise das questões ligadas à sintomatologia da DP no teste GDS-15, observamos que da amostra total de pacientes, 29,02% da pontuação total obtida pela amostra no teste estava relacionada a essas questões, enquanto que na amostra detectada com quadros depressivos a porcentagem de pontos diretamente ligados à sintomatologia da doença foi de 28,85%.

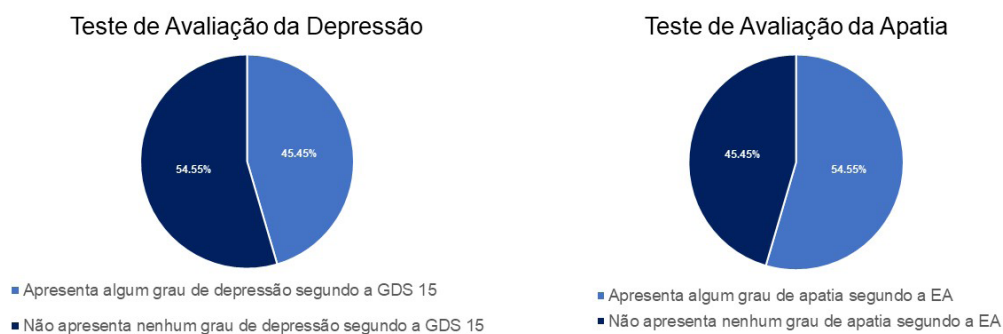


Figura 2 - Frequência dos Quadros Psiquiátricos em Pacientes com a Doença de Parkinson quando do ingresso no programa de reabilitação em dança (*baseline*).

Pacientes	Idade	Sexo	Tempo diagnóstico	UPDRS	Hoehn e Yahr
1°	65	F	11	110	3
2°	74	F	10	119	4
3°	51	M	6	85	2
4°	61	F	8	61	2
5°	61	M	11	76	3
6°	64	F	7	65	1
7°	70	M	5	67	2
8°	79	F	4	54	1
9°	55	F	6	79	1
10°	63	M	10	128	2
11°	66	M	6	51	1
12°	42	M	5	75	2
13°	65	F	9	84	2
14°	69	F	2	40	1
15°	67	M	15	80	4
16°	80	F	6	77	2
17°	68	M	3	51	2
18°	77	F	10	41	1
19°	61	M	4	69	2
20°	70	F	3	26	2
21°	63	M	9	68	2
22°	73	M	4	39	3

Tabela 1. Dados demográficos da amostra.

Após seis meses de intervenção em dança pelo método *Baila Parkinson*, observamos alterações nos índices de apresentação dos quadros de apatia, sem alterações detectáveis para a apresentação dos quadros depressivos, com os mesmos 45,45% da amostra apresentando depressão e apenas 18,18% apatia. Ainda, quando do reteste a porcentagem das pontuações ligadas à DP nos testes da GDS-15 na amostra total representaram 33,75% da pontuação total e 25,91% dessa pontuação na amostra detectada com quadro depressivo instalado (Figura 3).

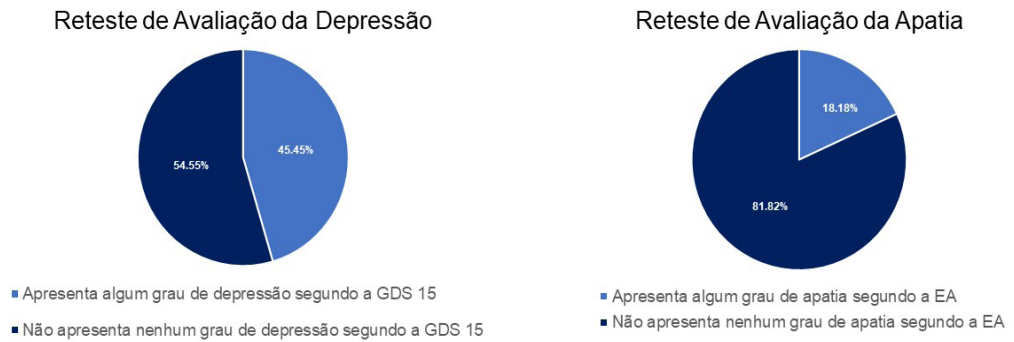


Figura 3 - Frequência dos Quadros Psiquiátricos em Pacientes com a Doença de Parkinson após seis meses de participação no programa de reabilitação em dança.

Os testes estatísticos revelaram diferença significativa nos períodos anterior (teste) e posterior (reteste) à intervenção para os resultados da Escala de Apatia (teste t, $p=0,004$). Não foram observadas diferenças significativas entre os resultados dos testes MADRS e GDS-15 entre os períodos. Não observamos correlação entre os resultados dos testes e o tempo de diagnóstico dos pacientes, porém observamos correlação positiva entre os resultados do GDS-15 e as pontuações diretamente relacionadas à sintomatologia da DP ($p<0,0001$).

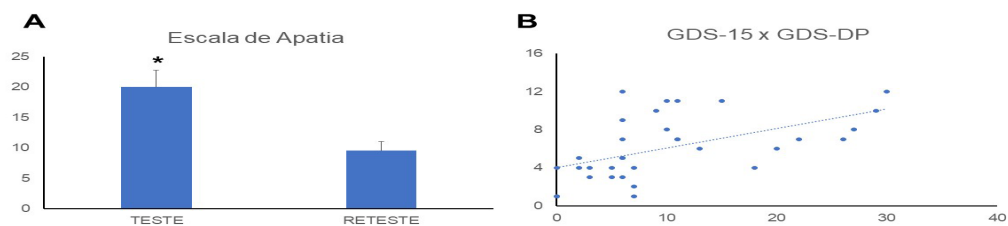


Figura 4 – A) Gráfico representativo das médias obtidas nos períodos de teste e reteste para a Escala de Apatia. * Teste t, $p=0,004$. B) Gráfico de dispersão demonstrando a relação entre as pontuações totais obtidas na GDS 15 e a pontuação referente às questões diretamente ligadas à sintomatologia da DP. Correlação positiva, r (Pearson)=0,655, $p<0,0001$.

4 | DISCUSSÃO

No presente artigo observamos uma redução significativa da apresentação de quadros de apatia induzidas pela inserção do paciente parkinsoniano em terapia complementar em dança. O programa *Baila Parkinson* foi desenvolvido de forma satisfatória durante o período, com bons índices de participação e aderência por parte dos pacientes. Todavia, não observamos alterações na apresentação de quadros depressivos no período detectáveis pelos instrumentos utilizados neste ensaio. Os resultados deste ensaio fornecem evidências sugestivas de que a terapia em dança pode favorecer a melhora das funções neuropsiquiátricas em pacientes com Parkinson

que, todavia, devem ser interpretados com cautela considerando importantes fatores que discutiremos a seguir.

Embora tenhamos observado significância estatística entre os períodos, é importante notar que, devido ao pequeno tamanho da amostra, o poder estatístico dos resultados não é suficiente para estabelecer conclusões que generalizem os resultados aqui apresentados para a população em geral. Os resultados aqui obtidos, todavia, são comparáveis aos observados em outros estudos com amostras relativamente maiores. A frequência de apresentação dos quadros depressivos aqui observada não apresentou diferença marcante das frequências já observadas em estudos anteriores, que demonstram uma incidência de depressão de aproximadamente 40% em pacientes com Parkinson (CUMMINGS, 1992). Os sintomas prevalentes atingem picos bimodais, que ocorrem geralmente em estágios iniciais e finais. No começo, os sintomas da doença são facilmente controláveis, no entanto, posteriormente o retrocesso motor contribui para a recorrência dos quadros depressivos.

Na DP sabe-se que há, principalmente, uma perda e/ou morte das células produtoras de dopamina (SHIH et al., 2006; SOUZA et al., 2011) e esse aspecto pode resultar não apenas em sintomas motores, mas também contribuir com outras comorbidades não motoras. A dopamina, além de ser o principal neurotransmissor envolvido nas alterações fisiopatológicas da DP, também está diretamente relacionada com a regulação dos processos neurais envolvidos na motivação, principal componente comportamental alterado na apresentação clínica da apatia. É fato elucidado que a depressão e a apatia constituem desordens distintas cuja apresentação pode ocorrer de forma independente durante a progressão da DP (OGURU et al., 2010). Ainda, estes transtornos afetivos podem preceder ou acompanhar o comprometimento cognitivo na DP. Ambos os quadros neuropsiquiátricos consistem em importantes sintomas que podem agravar e trazer danos na evolução do paciente, tendo grande influência sobre sua qualidade de vida e sobrecarregando ainda mais a família e cuidador, com custos adicionais ligados direta ou indiretamente ao tratamento (NILSSON et al., 2002).

A apatia, talvez por sua proximidade com as alterações neuroquímicas da DP, parece ser mais frequente que a depressão com estudos apontando para até 70% dos pacientes com Parkinson apresentando o quadro em alguma fase da doença. Aparentemente, a apatia parece ser uma consequência mais direta do desenvolvimento da doença e não uma reação psicológica à adaptação às mudanças na capacidade funcional (PLUCK and BROWN, 2002). Por conta do desenho experimental aqui empregado, não foi possível verificar a apresentação conjunta das duas condições na amostra, todavia os dados sugerem que a terapia em dança exerceu efeitos positivos apenas sobre os quadros de apatia no período observado. Ainda, apesar da proximidade clínica da depressão e apatia, ambos podem ser observados de forma isolada (KIRSCH-DARROW et al., 2006), como constatamos.

Tais resultados tornam-se relevantes quando consideramos que até o presente momento não existe terapia farmacológica com eficácia comprovada para a apatia,

sendo as estratégias paliativas não-farmacológicas de grande importância clínica. Ainda, é relevante notar que ambas as condições tendem a ser confundidas na prática clínica, e tratadas comumente com o uso de antidepressivos, que podem, devido às diferentes especificidades das condições, não apresentarem o efeito clínico desejado. Nesse contexto, a dança pode atuar como importante fator adjuvante com benefícios neuropsiquiátricos relevantes já observados anteriormente em pacientes parkinsonianos (LEWIS et al., 2016). De um modo geral, programas que promovem a atividade física para pacientes com DP geraram ganhos significativos de curto prazo, mas a adesão tem sido um problema. Uma análise baseada em evidências de ensaios clínicos usando fisioterapia em pacientes com DP resultou em quatro principais recomendações de tratamento: estratégias cognitivas para o movimento, treino das capacidades físicas, treinamento de equilíbrio e criação de pistas para o movimento (KEUS et al., 2007). Em nosso programa, tentamos incorporar todos esses quatro recursos utilizando a dança como ferramenta principal, trabalhada em torno dos eixos das funções neuropsicológicas afetadas pela DP.

Para a Psicologia da Saúde, o bem-estar necessita de um cuidado que envolva a completude das camadas biopsicossociais do ser (STRAUB, 2014) e não exclusivamente de uma. Tal fato ratifica a importância da dança e dos eixos propostos pelo método *Baila Parkinson*, pois o mesmo abrange desde a característica física até a camada psicossocial, o que auxiliou na condução das aulas e provavelmente contribuíram para as pontuações positivas observadas nos retestes. Todavia, estudos posteriores em larga escala fazem-se necessários para estabelecer correlações entre a dança e os sintomas motores e não-motores da doença, bem como estudos detalhados utilizando técnicas de imageamento e marcadores bioquímicos podem servir para elucidar os possíveis mecanismos envolvidos nos efeitos positivos da dança como estratégia terapêutica para pacientes com DP.

Nossa hipótese para tais resultados é que a intervenção em dança promove novas experiências que podem ativar os sistemas dopaminérgicos de recompensa no encéfalo. Em adição aos benefícios físicos e cognitivos já observados sendo promovidos pela dança (HACKNEY and EARHART, 2009; MCKEE and HACKNEY, 2013), este aumento transiente da liberação de dopamina pode resultar na redução da apresentação dos quadros de apatia. Fatores não-motores com a socialização, interação com pares e grupo, identidade de grupo, sincronização rítmica e criação de rotinas são alguns dos fatores que podem estar implicados nos resultados induzidos pela intervenção. A aderência e apazibilidade demonstrada pelos pacientes na realização das atividades confirmam parcialmente essa hipótese. Estudos posteriores serão necessários a fim de esclarecer tais afirmações e investigar os benefícios a longo termo da dança como estratégia terapêutica não-farmacológica para a DP.

5 | CONCLUSÕES

A dança, por se constituir como uma atividade estimulatória tanto em termos motores quanto cognitivos e psicológicos, demonstra ser uma ferramenta importante como terapia complementar à terapia farmacológica no manejo da DP. Outrossim, a dança consiste em ferramenta terapêutica com potencial para atenuação dos sintomas neuropsiquiátricos associados à DP. Ademais, os mecanismos envolvidos nos efeitos benéficos da dança para pacientes com DP necessitam estudos mais detalhados para sua elucidação. Conjuntamente, estes estudos servem como chave para recomendações de tratamento para inserção de dança em programas terapêuticos para a DP.

REFERÊNCIAS

AARSLAND, D., MARSH, L., SCHRAG, A.. **Neuropsychiatric symptoms in Parkinson's disease.** *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society*; v. 24, p. 2175-2186, 2009.

AARSLAND, D.; KRAMBERGER, M.G. **Neuropsychiatric Symptoms in Parkinson's Disease.** *Journal of Parkinson's Disease.* v.5, p. 659–667, 2015.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-V.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2014. 948 pp.

BERNARDI, N.F., BELLEMARE-PEPIN, A., PERETZ, I.. **Enhancement of pleasure during spontaneous dance.** *Frontiers in human neuroscience*; v.11, n. 572, 2017

BROWN, S., MARTINEZ, M.J., PARSONS, L.M. **The neural basis of human dance.** *Cerebral cortex*; v. 16, p. 1157-1167, 2005.

BROWN, S., PARSONS, L.M. **The neuroscience of dance.** *Scientific American*; v. 299, p. 78-83, 2008.

CALVO-MERINO, B. et al. **Action observation and acquired motor skills: an FMRI study with expert dancers.** *Cerebral cortex*; v. 15, p. 1243-1249, 2004.

CALVO-MERINO, B. et al. **Seeing or doing? Influence of visual and motor familiarity in action observation.** *Current Biology*; v.16, p. 1905-1910, 2006.

CALVO-MERINO, B. et al. **Towards a sensorimotor aesthetics of performing art.** *Consciousness and cognition*; v. 17, p. 911-922, 2008.

CROSS, E.S., HAMILTON, A.F.D.C., GRAFTON, S.T., **Building a motor simulation de novo: observation of dance by dancers.** *Neuroimage*; v. 31, p. 1257-1267, 2006.

CUMMINGS, J.L. **Depression and Parkinson's disease: a review.** *The American journal of psychiatry* v. 149, n. 443, 1992.

DA MATA, F.A.F., BARROS, A.L.S., LIMA, C.F. **Avaliação do risco de queda em pacientes com doença de Parkinson.** *Rev Neurocienc*; v. 16, p. 20-24, 2008.

DODOU, D., DE WINTER, J.C. **Social desirability is the same in offline, online, and paper**

surveys: A meta-analysis. Computers in Human Behavior; v. 36, p. 487-495, 2014.

DOS SANTOS DELABARY, M. et al. **Effects of dance practice on functional mobility, motor symptoms and quality of life in people with Parkinson's disease: a systematic review with meta-analysis.** Aging clinical and experimental research; p.1-9, 2017.

DUJARDIN, K. et al. **Apathy may herald cognitive decline and dementia in Parkinson's disease.** Movement Disorders; v. 24, p. 2391-2397, 2009.

DUJARDIN, K. et al. **Characteristics of Apathy in Parkinson's Disease.** Movement Disorders. v. 22, n. 6, p. 778-784, 2007.

EARHART, G.M. **Dance as therapy for individuals with Parkinson disease.** European journal of physical and rehabilitation medicine, v. 45, n. 231, 2009.

ESQUINAZI, D.; SILVA, S.R.B.; GUIMARÃES, M.A.M. **Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos.** Revista HUPE, Rio de Janeiro. v 13, n.2, p.11-20, 2014.

FLORES, F.T. **Equilíbrio Corporal de Indivíduos com a Doença de Parkinson.** 2009, 94 f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, 2009.

GLUUD, L.L. **Bias in clinical intervention research.** American journal of epidemiology; v.163, p. 493-501, 2006.

HACKNEY, M.E., EARHART, G.M. **Effects of dance on movement control in Parkinson's disease: a comparison of Argentine tango and American ballroom.** Journal of rehabilitation medicine v. 41, p. 475-481, 2009.

HEIBERGER, L. et al. **Impact of a weekly dance class on the functional mobility and on the quality of life of individuals with Parkinson's disease.** Frontiers in aging neuroscience; v. 3, 2011.

KEUS, S.H. et al. **Evidence-based analysis of physical therapy in Parkinson's disease with recommendations for practice and research.** Movement disorders; v.22, p. 451-460, 2007.

KEYANI, P. et al. **DanceAlong: supporting positive social exchange and exercise for the elderly through dance, CHI'05 extended abstracts on Human factors in computing systems.** ACM, p. 1541-1544, 2005.

KIRSCH-DARROW, L. et al. **Dissociating apathy and depression in Parkinson disease.** Neurology; v. 67, p.33-38, 2006.

LEWIS, C. et al. **Mood changes following social dance sessions in people with Parkinson's disease.** Journal of health psychology; v. 21, p. 483-492, 2016.

MCKEE, K.E., HACKNEY, M.E. **The effects of adapted tango on spatial cognition and disease severity in Parkinson's disease.** Journal of motor behavior; v. 45, p. 519-529, 2013.

NILSSON, F.M. et al. **Major depressive disorder in Parkinson's disease: a register-based study.** Acta Psychiatrica Scandinavica; v. 106, p. 202-211, 2002.

OGURU, M. et al. **Apathy and depression in Parkinson disease.** Journal of geriatric psychiatry and neurology; v. 23, p. 35-41, 2010.

PARKINSON, B., FISCHER, A.H., MANSTEAD, A.S. **Emotion in social relations.** Cultural, group,

and interpersonal processes, 2005.

PETROVIC, M. et al. **Neuropsychiatric symptoms in Serbian patients with Parkinson's disease.** Journal of the Neurological Sciences. v. 367, p. 342–346, 2016.

PLUCK, G., BROWN, R. **Apathy in Parkinson's disease.** Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry; v.73, p. 636-642, 2002.

PODSAKOFF, P.M. et al. **Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies.** Journal of applied psychology; v.88, 879, 2003.

QUAGLIATO, E.M.B. **Sintomas neuropsiquiátricos da doença de Parkinson.** Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica Neurologia; v. 15, n. 1, p. 15-22, 2015.

SHIH, M.C. et al. **Neuroimagem do transportador de dopamina na doença de Parkinson: primeiro estudo com [^{99m}Tc]-TRODAT-1 e SPECT no Brasil.** Arq. Neuro-Psiquiatr: São Paulo; v.64, n.3, 2006.

SMITH, E.R., SEGER, C.R., MACKIE, D.M.. **Can emotions be truly group level? Evidence regarding four conceptual criteria.** Journal of personality and social psychology; v. 93, 431, 2007.

SOUZA, C.F.D.M. et al. **A doença de Parkinson e o processo de envelhecimento motor: uma revisão de literatura.** Rev Neurocienc; v. 19, p. 718-723, 2011.

Straub, R.O. **Psicologia da saúde: uma abordagem biopsicossocial.** Artmed Editora Porto Alegre: Editora Artmed. p. 4-25, 2005.

THOBOIS, S. et al. **Imaging the etiology of apathy, anxiety, and depression in Parkinson's disease: implication for treatment.** Current neurology and neuroscience reports; v. 17, n. 76, 2017.

VERGHESE, J. et al. **Leisure activities and the risk of dementia in the elderly.** New England Journal of Medicine; v. 348, p. 2508-2516, 2003.

WEN, M.C. et al. **Depression, anxiety, and apathy in Parkinson's disease: insights from neuroimaging studies.** European Journal of Neurology. v. 23, p. 1001- 1019, 2016.

WESTHEIMER, O. et al. **Dance for PD: a preliminary investigation of effects on motor function and quality of life among persons with Parkinson's disease (PD).** Journal of Neural Transmission; v. 122, p. 1263-1270, 2015.

YAN, A.F. et al. **The Effectiveness of Dance Interventions on Physical Health Outcomes Compared to Other Forms of Physical Activity: A Systematic Review and Meta-Analysis.** Sports Medicine; p. 1-19, 2017.

AS DIFICULDADES REFERENTES AO CUIDADO E OS RECURSOS ADAPTATIVOS UTILIZADOS PELOS CUIDADORES DOS PACIENTES COM DOENÇA MENTAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Vaneska Tainá Pinto Barbosa

Universidade do Estado do Pará (UEPA), Escola de Enfermagem “Magalhães Barata”, Centro de Ciências Biológicas e Saúde.
Belém – Pará.

Erika Marcilla Sousa de Couto

Doutoranda em Ciência pela Universidade de São Paulo (USP).
Santarém – Pará.

Paolla Sabrina Rodrigues de Souza

Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Santarém – Pará.

Sávio Felipe Dias Santos

Universidade do Estado do Pará (UEPA), Escola de Enfermagem “Magalhães Barata”, Centro de Ciências Biológicas e Saúde.
Belém – Pará.

Nataly Yuri Costa

Universidade do Estado do Pará (UEPA), Escola de Enfermagem “Magalhães Barata”, Centro de Ciências Biológicas e Saúde.
Belém – Pará.

Divane de Vargas

Professor associado de Enfermagem em Saúde Mental e Adições da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP.
São Paulo – SP.

os profissionais de saúde buscam se adaptar e capacitar sua forma de cuidado a fim de garantir a acessibilidade desse indivíduo, assim como de quem os cercam, como familiares e cuidadores, nesse sentido, pode-se perceber a dificuldade que ainda há para alcançar tais objetivos e relacionar todo esse campo, profissionais, família e paciente, com a melhora e qualidade de vida biopsicossocial da pessoa com doença mental. Essa pesquisa teve como objetivo descrever a experiência vivenciada por acadêmicos do curso de Enfermagem durante aulas práticas da disciplina de Saúde Mental I, dentro do grupo familiar, realizado no CAPS II. O estudo foi feito por acadêmicos de enfermagem da Universidade do Estado do Pará em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), no município de Santarém. Os acadêmicos puderam visualizar um déficit no prontuário no que diz respeito a ações de educação em saúde envolvendo os cuidadores ou familiares dos pacientes com doença mental, logo, o grupo se subdividiu em temáticas que abordassem esse grupo para conscientiza-los. O grupo pode compreender que determinados acontecimentos não ocorriam apenas em um foco do grupo, mas sim na maioria dos participantes daquele dia e tais fatos puderam ser discutidos e refletidos pelos acadêmicos e pelo grupo que discorriam sobre as temáticas escolhida. Ao final da dinâmica, o grupo obteve

RESUMO: Com o intuito de inserir, novamente, a pessoa com doença mental à sociedade,

êxito nos objetivos propostos, conseguindo transmitir o conhecimento e compreender a educação em saúde como forma de aprendizado.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Educação em Saúde; Saúde Mental.

ABSTRACT: In order to reintegrate the person with mental illness into society, health professionals seek to adapt and train their way of care in order to guarantee the accessibility of this individual, as well as those around them, such as family members and caregivers, in this sense, it is possible to perceive the difficulty that still exists to reach such objectives and to relate the whole field, professionals, family and patient, with the biopsychosocial improvement and quality of life of the person with mental illness. This research had as objective to describe the experience lived by students of the Nursing course during practical classes of the discipline of Mental Health I, within the family group, realized in CAPS II. The study was carried out by nursing academics from the State University of Pará at a Psychosocial Care Center (CAPS II), in the city of Santarém. The academics were able to visualize a deficit in the medical record regarding health education actions involving caregivers or relatives of patients with mental illness, so the group was subdivided into themes that approached this group to raise awareness. The group may understand that certain events occurred not only in a group focus, but in most of the participants of that day, and such facts could be discussed and reflected by the academics and the group discussing the topics chosen. At the end of the dynamics, the group succeeded in the proposed objectives, succeeding in transmitting knowledge and understanding health education as a way of learning.

KEYWORDS: Nursing; Health Education; Mental Health.

1 | INTRODUÇÃO

Com as mudanças advindas das políticas de saúde mental baseadas na reforma psiquiátrica ocorrida durante a década de 70, o usuário com distúrbio mental adentra à sociedade com o intuito de relacionar-se como forma de reabilitação e apoio ao seu tratamento, nesse aspecto, inclui-se a família como principal alicerce nesse bem estar, visto que o vínculo entre o profissional de saúde e o usuário são interligados pelo elo que a mesma apresenta diante desse par (usuário com distúrbio mental e profissional da saúde) (AVELINO et al, 2013).

Nesse contexto, existe a mudança do ambiente de trabalho do profissional de saúde e do ambiente a qual o usuário será tratado, posto que a reforma prioriza a desinstitucionalização desse indivíduo e a busca de novas bases que englobem, de forma ampla, a assistência que a pessoa com distúrbio mental necessita para alcançar a sua qualidade de vida baseada nos seus aspectos biopsicossociais e espirituais (VICENTE et al, 2013).

A interação e assiduidade no tratamento em saúde mental baseia-se na ideia

de vínculo entre o cliente e o profissional (enfermeiro) que presta serviço a ele e essa ligação ocorre de forma progressiva e dinâmica, sendo que este profissional de enfermagem precisa ter a percepção de cuidar da qualidade de vida do usuário de forma holística, ou seja, o enfermeiro precisa ser habilitado em observar amplamente a situação e auxiliar todos os indivíduos presentes naquele cenário, de modo geral, trabalhar a saúde mental é olhar para a pessoa com distúrbio mental e quem a cerca, nesse sentido, inclui-se os seus familiares (BESSA; WAIDMAN, 2013).

O profissional de enfermagem deve trabalhar a saúde mental dos familiares do indivíduo que apresenta alguma deficiência mental, seja no cuidado propriamente dito, ou na educação em saúde, orientando esse meio familiar sobre condutas a serem prestadas em momentos de agudização da doença e procedimentos para o próprio autocuidado diante da situação a qual a família se encontra (DA SILVA et al, 2013; SAMPAIO; SEQUEIRA; LLUCH-CANUT, 2014).

Sendo assim, os profissionais de enfermagem que atende no âmbito da saúde mental, seja na atenção primária, urgência e emergência ou hospitais, devem ser criteriosos nesse cuidar do usuário com distúrbios mentais e familiares, pautando seu atendimento de forma que englobem o protagonismo de ambos (família e usuário), a fim de buscar a autonomia e a visibilidade de cada um como precursor de uma qualidade de vida eficiente e melhorada.

2 | OBJETIVOS

Descrever a experiência vivenciada por acadêmicos do curso de Enfermagem durante aulas práticas da disciplina de Saúde Mental I, dentro do grupo familiar, realizado no CAPS II.

3 | DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Os acadêmicos da Universidade do Estado do Pará realizaram uma visita prévia no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II, localizado no município de Santarém, em um dia o qual foram marcadas consultas de enfermagem aos usuários e foi observado um déficit nos prontuários, pois as reuniões para a educação em saúde envolvendo os cuidadores ou familiares dos pacientes eram quase nulas.

Logo, a turma se subdividiu em dois grupos para a realização de um momento onde somente os responsáveis pelos usuários foram convidados a participar de um encontro para trocas de experiências, interação e devidos esclarecimento sobre a doença. Então, a data escolhida foi o dia 17 de novembro de 2016, o público alvo foi convidado e no dia programado foram aplicados dois questionários: o primeiro com perguntas subjetivas a respeito dos recursos que as famílias desenvolveram para evitar ou amenizar as crises, e o segundo contendo perguntas sobre quais as maiores

dificuldades encontradas no cuidado com o familiar adoecido.

Em seguida, houve duas temáticas escolhidas, sobre a diversidade de sentimentos gerados na família com relação à situação de cuidador de doente mental e outra com algumas técnicas de como melhorar o relacionamento interpessoal entre a família e o paciente que possui transtornos mentais. Foram realizadas palestras pelos acadêmicos do curso de enfermagem, onde os cuidadores foram informados que a qualquer momento poderiam interromper e contribuir com suas experiências que foram construídas fora daquele local.

Através de questionários e relatos verbais que foram ditos no decorrer da conversa, observou-se que todos os cuidadores eram cientes que o paciente possuía algum problema mental, porém, desconheciam a etiologia e a sintomatologia da doença, que é de extrema importância para o cuidado. Identificou-se também que os cuidadores utilizavam diversos recursos para cuidar do paciente portador de transtorno mental, tais como: levar o paciente ao médico e posteriormente ao CAPS, realização de atividades físicas, afetividade, carinho, incentivar a reagir diante das dificuldades, e sempre apoiar nos momentos mais difíceis.

Além disso, os cuidadores relataram que para evitar crises nesses indivíduos é necessário sempre seguir o tratamento corretamente, dialogar e jamais contrariar, pois é de extrema importância haver essa compreensão para uma boa recuperação.

Foi relatada também uma sobrecarga considerável sobre os cuidadores, pois as atividades domésticas eram quase exclusivas deles, o que é um equívoco, o doente mental precisa sentir-se útil e realizar algumas tarefas, auxiliando o tratamento, desde que respeite as limitações do mesmo. No final da conversa, um vídeo motivacional foi exposto e alguns brindes sorteados entre os participantes.

4 | RESULTADO

Os familiares no decorrer da conversa grupal foram entendendo que não eram os únicos a vivenciar certos tipos de situações, pois a cada relato, outros familiares também passaram por algo parecido e assim algumas dúvidas foram cessadas e outros recursos adaptativos reconhecidos.

A turma de futuros enfermeiros respondeu a cada pergunta, orientou em relação a algumas condutas que poderiam ser melhoradas, obtiveram êxito, pois conseguiram realizar a troca de conhecimentos. A educação em saúde tornou-se um momento de grande aprendizado para todos os envolvidos de uma forma dinâmica.

5 | CONCLUSÃO

Conclui-se que independentemente da situação a qual o homem esteja vivenciando, ele sempre precisa do apoio de outros para conseguir superar suas

dificuldades e também compartilhar suas conquistas.

A experiência dos acadêmicos de Enfermagem com os familiares dos portadores de transtornos mentais foi muito gratificante, pois diversas situações e histórias vivenciadas foram expostas e todos se sentiram à vontade para relatar seus sentimentos, dúvidas e questionamentos, tornando uma conversa agradável e dinâmica.

Possibilitou uma visão diferente, pois além do questionário aplicado, as conversas informais relataram situações ocorridas desde o início do tratamento até atualmente mostrando o quanto é complexo o assunto e, principalmente, a importância do apoio familiar no êxito do tratamento.

REFERENCIAL

AVELINO, A.C.A.; CUNHA, A.R.R.; SILVA, P.M.C.; et al. **O cuidado ao idoso portador de transtorno mental sob a ótica da família.** Rev. Enferm Refer. v. 3. n. 9. p. 75-83. 2013.

BESSA, J.B.; WAIDMAN, M.A.P. **Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica.** Texto Contexto Enferm. v. 22. n. 1. p. 61-70. jan.-mar. Florianópolis. 2013.

DA SILVA, A.A.; TERRA, M.G.; DE FREITAS, F.F.; et al. **Cuidado de si sob a percepção dos profissionais de enfermagem em saúde mental.** Rev. RENE. v. 14. n. 6. p. 1092-1102. 2013.

SAMPAIO, F.; SEQUEIRA, C.; LLUCH-CANUT, T. **A intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental: conceitos e desafios.** Rev. Port. Enferm Saúde Mental. ed. esp. 1. p. 103-108. abr. 2014.

VICENTE, J.B.; MARIANO, P.P.; BURIOLA, A.A.; et al. **Aceitação da pessoa com transtorno mental na perspectiva dos familiares.** Rev. Gaúcha Enferm. v. 34. n. 2. p. 54-61. 2013.

ATRIBUIÇÕES DO PSICÓLOGO HOSPITALAR NUMA EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Natalya Lima de Vasconcelos
Camila Batista Nóbrega Paiva
Ericka Barros Fabião no Nascimento
Luziane Juzi Carvalho de Alencar Silva

INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos (CP) têm seu início junto ao movimento *hospice* contemporâneo, introduzido pela médica, enfermeira e assistente social inglesa Cicely Saunders, em 1967, com a fundação Saint Christopher, que prestava assistência integral a pacientes no período que antecederesse sua morte, assim como a seus familiares e amigos. A fundação também proporcionou um ambiente favorável ao desenvolvimento do ensino e da pesquisa, surgindo então um novo modelo de cuidado, mais humanizado, voltado para o paciente terminal. (HERMES; LAMARCA, 2013; ANCP, 2009).

Em 1990 a OMS publica sua primeira definição para Cuidados Paliativos. Sendo atualizada em 2002, clarifica-se que as práticas consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares diante de uma doença ameaçadora à vida. Para tanto, faz uso de prevenção e

alívio do sofrimento, da identificação precoce e tratamento adequado da dor e outros sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (INCA, 2001). Os Cuidados Paliativos baseiam-se nos conhecimentos inerentes e específicos de cada uma das especialidades envolvidas nessa modalidade de cuidado. Fala mais de princípios que de protocolos, sendo eles: promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis; afirmar a vida e considerar a morte um processo normal da vida; não acelerar nem adiar a morte; integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte; oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e no processo de enlutamento; oferecer abordagem multiprofissional com foco nas necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto, melhora da qualidade de vida, assim como exercer influência positiva no curso da doença; iniciar o mais precocemente possível o Cuidado Paliativo, junto a outras medidas de prolongamento da vida e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes (ANCP, 2009).

Ao longo da história, o entendimento sobre a morte vem adquirindo novos enfoques e formas de expressão, e, com o avanço da ciência, transmuta-se de evento biologicamente natural em algo inaceitável, cuja iminência precisa ser combatida a todo custo, fato que reflete na formação dos profissionais de saúde, os quais por muitas vezes têm como principal objetivo de suas práticas curar doenças e salvar vidas. (DOMINGUES et al., 2013; MELO; VALERO; MENEZES, 2013) O despreparo ou a dificuldade pessoal dos profissionais em lidar com a terminalidade acaba por privar o paciente e seus familiares do direito de falar sobre os conflitos, dificuldades, angústias e tantos outros estados emocionais que podem surgir diante da notícia de que não existem mais recursos para barrar o avanço de uma doença (BRAZ; FRANCO, 2017).

Considerando que a psicologia tem como principal preocupação aliviar o sofrimento humano e levando em conta os princípios norteadores dos Cuidados Paliativos, o profissional psicólogo surge como indispensável para a abordagem humanizada e integral aos pacientes e seus familiares amparados por essa filosofia de cuidado. Sabendo-se que, nos dias atuais, o indivíduo que antes morria em casa, junto aos seus, passa a morrer em hospitais (HERMES; LAMARCA, 2013), a Psicologia Hospitalar torna-se a especialidade psicológica com maior possibilidade de atuação em equipe de Cuidados Paliativos, tendo este trabalho o objetivo de, através de revisão bibliográfica, elencar as possibilidades de atuação do psicólogo hospitalar paliativista.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica realizada entre outubro de 2016 e maio de 2017, utilizando-se para tal as bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde - BIREME, e Google Acadêmico. Foram utilizados os descritores “cuidados paliativos”, “psicologia”, “psicologia hospitalar”, selecionando-se artigos em português. No estudo foram incluídos trabalhos de revisão bibliográfica, estudos de caso e relatos de experiência, além de manuais e livros referência nas temáticas.

Para tanto, foram utilizados como critérios de inclusão: estudos disponíveis em texto completo nas bases de dados selecionadas; com idioma em português e que relatassem a prática do psicólogo. Os critérios de exclusão foram: os artigos disponíveis apenas em resumo; publicados em fontes que não sejam disponíveis eletronicamente; editoriais; cartas ao leitor e sem conexão com o tema do trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), em seu manual, traz diretrizes sobre o papel do psicólogo na equipe de CP, a saber: trabalho em equipe; integração dos aspectos psicológicos ao tratamento do doente; atenção à família e

atenção à equipe (NUNES, 2009).

O trabalho em equipe é um dos princípios dos Cuidados Paliativos, que na sua perspectiva holística necessita integrar os saberes dos profissionais médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, conselheiro espiritual (DOMINGUES et al., 2013; FERREIRA; LOPES; MELO, 2011; MARTINHO; PILHA; SAPETA, 2015). É exigido do psicólogo a habilidade de comunicar-se com esses diferentes profissionais, promovendo interdisciplinaridade, sendo necessária clareza sobre possibilidades e limitações do seu campo de atuação. Diante da necessidade de vias de comunicação que possibilitem a troca de conhecimento entre as especialidades, a psicologia coloca-se como elo entre o profissional e a unidade de cuidados (PORTO; LUSTOSA, 2010).

Em relação à integração dos aspectos psicológicos ao tratamento do doente, parte-se da noção de “dor total”, desenvolvida por Cicely Saunders, que implica diretamente a ação do psicólogo. Tal noção refere-se ao tipo de dor complexa vivenciada pelo doente no fim da vida, reconhecendo o fator emocional ao lado do orgânico, do social e do espiritual, como aspectos envolvidos na dor e em outros sintomas físicos (ANCP, 2009). O psicólogo traz sua contribuição nesse aspecto a partir de uma visão da doença como pertencente ao campo da mente e das vivências e expressões da mesma pelo corpo (FERREIRA; LOPES; MELO, 2011). A escuta clínica, como intervenção indispensável ao psicólogo, permite ajudar o paciente a transformar aspectos que trazem sofrimento e prejuízo, atuando nas desordens psíquicas comuns diante da experiência do adoecer (HERMES; LAMARCA, 2013; MELO; VALERO; MENEZES, 2013). Trabalhando as angústias existenciais, o psicólogo pode ajudar a prevenir a sedação paliativa para alívio do sofrimento psicológico (MARTINHO; PILHA; SAPETA, 2015).

Algumas condutas de pacientes ou familiares, como agressividade, negação ou má adesão ao tratamento, podem gerar estresse na equipe de saúde, cabendo ao psicólogo ajudar a equipe a entender a natureza desses comportamentos, buscando evitar ocorrência de resistências e posições de contra-ataque, que prejudicam o ato de cuidar. O apoio emocional também pode ser ofertado, uma vez que profissionais de saúde são formados para salvar vidas e a perda de um paciente pode levar os membros da equipe a se deparar com sua própria finitude (DOMINGUES et al., 2013; MARTINHO; PILHA; SAPETA, 2015).

A família também deve ser acompanhada, uma vez que ela costuma adoecer no processo de terminalidade de um ente querido, solicitando do psicólogo a habilidade de lidar com grupos (DOMINGUES et al., 2013). O relacionamento entre doente e seus familiares pode ter influência positiva ou negativa no curso do adoecimento, morte e luto, sendo de extrema importância que eles contem com sistema de suporte que possibilite a exata compreensão do processo da doença durante todas as fases, prevenindo barreiras de comunicação que impedem expressões de sentimentos e emoções (FERREIRA; LOPES; MELO, 2011; MARTINHO; PILHA; SAPETA, 2015;

MELO; VALERO; MENEZES, 2013). Os rituais de despedida com famílias que têm um doente com prognóstico reservado parece beneficiar a todos os envolvidos e surgem como intervenção psicológica que possibilita pedidos de perdão, agradecimentos, despedidas e redefinições de questões em aberto, diminuindo sensações de impotência e culpa dos familiares (MELO; VALERO; MENEZES, 2013; SCHMIDT; GABARRA; GONÇALVES, 2011).

CONCLUSÕES

Foi possível perceber que as diretrizes de Cuidados Paliativos se encontram em consonância aos propósitos da Psicologia Hospitalar quando entendemos que o seu foco é o aspecto psicológico em torno do adoecimento, que gera sofrimento no paciente, em seus familiares e na equipe que o assiste, preocupando-se não apenas com esses atores isolados, mas com as relações entre eles (SIMONETTI, 2005). E, desta forma, o psicólogo deve responder às demandas de forma criativa e embasada num referencial teórico consistente, articulando teoria e prática na definição de sua identidade nessa equipe.

A partir da análise dos textos, verificou-se que Cuidados Paliativos é uma prática assistencial onde há muito a ser realizado em termos de pesquisa, organização de serviços, ensino e formação de recursos humanos. Para implantação de uma assistência adequada às demandas em Cuidados Paliativos, torna-se essencial a implantação de programas de treinamento e capacitação dos profissionais de saúde que atuam nesta área. Pois, por se tratar de um contexto no qual a maioria dos pacientes apresenta grande comprometimento emocional e comportamental, torna-se primordial que os profissionais de saúde estejam capacitados a atender este tipo de demanda, e, para isto, devem estar aptos a trabalhar de acordo com a filosofia desses cuidados.

Acredita-se, então, que a realização desta revisão bibliográfica tem sua validade e contribuição para apresentar sugestões de possibilidades de atuação e de melhorias da prática assistencial, além de demonstrar lacunas existentes tanto na implantação dos Cuidados Paliativos quanto na escassa produção de conhecimento acerca da temática, principalmente no que concerne à pesquisa empírica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. - Rio de Janeiro: INCA, 2001

PALIATIVOS, AN de C. **Manual de Cuidados Paliativos** - ANCP. 1st ed. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009.

BRAZ, M. S.; FRANCO, M. H. P. Profissionais Paliativistas e suas Contribuições na Prevenção de

Luto Complicado. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 1, p. 90-105, 2017.

DOMINGUES, G. R., et al. A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares. **Psicol. hosp.** (São Paulo), São Paulo, v. 11, n. 1, p. 02-24, jan. 2013.

FERREIRA, A. P. Q.; LOPES, L. Q. F.; MELO, M. C. B. de. O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer*. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 85-98, dez. 2011.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I.C.A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2577-88, 2013.

MARTINHO, A. R.; PILHA, L.; SAPETA, Paula. **Competências do psicólogo em cuidados paliativos**. IPCB: Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias (ESALD). 31 p., 2015.

MELO, A. C. de; VALERO, F. F.; MENEZES, M. A intervenção psicológica em cuidados paliativos. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 14, n. 3, p. 452-469, nov. 2013.

NUNES, L.V. Papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos. In: **Manual de Cuidados**

Paliativos. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). São Paulo: ANCP, p. 218-220, 2009.

PORTO, G.; LUSTOSA, M. A. Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 76-93, jun. 2010.

SCHMIDT, B.; GABARRA, L. M.; GONÇALVES, J. R. Intervenção psicológica em terminalidade e morte: relato de experiência. **Paidéia**, v. 21, n. 50, p. 423-430, 2011.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar**. Casa do Psicólogo, 2005.

ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Lidianny do Nascimento Gonçalves Braga

Universidade Federal da Paraíba

João Pessoa-PB

Lenice Bernardo dos Santos Cantalice

Secretaria Municipal de Saúde

João Pessoa-PB

RESUMO: A Reforma Psiquiátrica Brasileira propõe a substituição do modelo manicomial pela criação de uma rede de serviços substitutivos territorializados, entre eles os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), onde o profissional enfermeiro desenvolve um trabalho em equipe multiprofissional na busca da reabilitação psicossocial e promoção da cidadania ao usuário. Desse modo, o presente estudo teve como objetivo caracterizar a produção científica acerca da atuação de enfermagem no âmbito dos CAPS, através de uma revisão integrativa da literatura. O estudo foi desenvolvido junto à BVS (LILACS, BDENF), a partir do cruzamento dos descritores: Enfermagem Psiquiátrica; Reforma Psiquiátrica; Centro de Atenção Psicossocial, separados entre si pelo operador AND. A busca resultou em 62 artigos, nos quais foram aplicados os critérios de inclusão, restando 10 para a composição da amostra desse estudo. A análise categorizou os estudos a partir de três eixos temáticos que explicam as atuações

de enfermagem nos CAPS, sendo estas: intersetoriais, de promoção à saúde mental e técnico-administrativas. Observou-se que os profissionais enfermeiros que atuam nos CAPS buscam prevenir o sofrimento psíquico de forma que o indivíduo possa ser inserido na sociedade e na família. Aponta-se que, qualquer que seja o âmbito da atuação da enfermagem, esta deve desencadear formas de interação continuada com o usuário, promovendo o cuidado e o vínculo. Faz-se necessário conhecer as possíveis transformações da enfermagem nos serviços extra-hospitalares, estabelecendo estratégias que auxiliem o sujeito em seu tratamento, trazendo um novo olhar em saúde mental para além do cuidado clínico.

PALAVRAS-CHAVE: enfermagem, reforma psiquiátrica, CAPS.

ABSTRACT: The Brazilian Psychiatric Reform proposes the replacement of the asylum model by the creation of a network of territorially substitute services, among them the Centers for Psychosocial Care (CPSC), where the nurse professional develops a multiprofessional teamwork in the quest for psychosocial rehabilitation and promotion of citizenship to the user. Thus, the present study had the objective of characterizing the scientific production about nursing performance within the CPSC, through an integrative review of the literature. The

study was developed together with the VHL (LILACS, BDEF), from the cross-over of the descriptors: Psychiatric Nursing; Psychiatric Reform; Center for Psychosocial Care, separated by the AND operator. The search resulted in 62 articles, in which the inclusion criteria were applied, leaving 10 for the composition of the study sample. The analysis categorized the studies from three thematic axes that explain the nursing activities in the CPSC, being these: intersectoral, of promotion to mental health and technical-administrative. It was observed that the nurses working in the CPSC seek to prevent psychological suffering so that the individual can be inserted in society and in the family. It is pointed out that, whatever the scope of nursing action, it should trigger forms of continuous interaction with the user, promoting care and bonding. It is necessary to know the possible transformations of nursing in extrahospital services, establishing strategies that help the subject in his treatment, bringing a new look in mental health beyond clinical care.

KEYWORDS: nursing, psychiatric reform, CPSC.

1 | INTRODUÇÃO

A busca pela transformação da saúde mental, pautada historicamente por modelos de cuidado hospitalocêntricos e manicomiais, passa a ser uma realidade na política de saúde pública brasileira a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica na década de 1980, buscando compreendê-la em sua complexidade e abordá-la de modo humanitário (VIDAL et al., 2012), promovendo a desinstitucionalização e uma reorientação do cuidado em saúde mental, implicando em novas maneiras de lidar e enxergar a loucura, incluindo a criação de serviços que substituam o manicômio (NASI; SCHENEIDER, 2011).

Neste sentido, o modelo de atenção em saúde mental, antes focado na assistência psiquiátrica hospitalar, marcada pelo silêncio, exclusão social, violação dos direitos humanos e pouca qualidade do cuidado, foi substituído por outra forma de atenção que tem como objetivo principal o resgate dos direitos das pessoas com transtornos mentais, sobretudo a partir da lei 10.216, de 2001, que marca a proposta de uma luta antimanicomial (OLIVEIRA et al., 2013).

Entre as propostas da Reforma Psiquiátrica, tem-se a ampliação dos serviços, como leitos psiquiátricos em hospitais gerais, ambulatórios de saúde mental e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), formando uma rede constituída com o intuito de consolidar a assistência em saúde mental a partir de uma visão pautada não mais no modelo biomédico, mas no modelo psicossocial (BORBA et al., 2012), trazendo propostas de cuidados inovadoras e substitutivas ao modelo manicomial.

Ressalta-se que a proposta é que estes novos serviços sejam substitutivos e não complementares à instituição psiquiátrica, criando, portanto, uma assistência sustentada nos serviços extra-hospitalares de base comunitária, de modo a propor um ambiente mais adaptado, buscando suprir as necessidades individuais e familiares

das pessoas com sofrimento psíquico (RIBEIRO; DIAS, 2011).

Os CAPS foram legitimados em 2002 pela portaria GM/MS nº 336, tendo várias modalidades, sendo definidas por complexidade, porte e área de abrangência populacional, sendo eles: CAPS I, CAPS II, CAPS III – têm como objetivo assistir pessoas (adultos) com transtornos mentais; CAPS i – têm como objetivo assistir estas que sejam crianças e adolescentes; e CAPS AD – têm como objetivo assistir usuários compulsivos de substâncias psicoativas (SPA). Estes serviços são compostos por uma equipe multiprofissional na qual o enfermeiro faz parte juntamente com médicos psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, oficinairos, entre outros (BRASIL, 2012).

Apointa-se que o objetivo dos CAPS é colaborar com a desinstitucionalização, evitando que a pessoa com transtorno psíquico e/ou usuário de substâncias psicoativas seja privada dos seus laços sociais por causa da internação psiquiátrica, promovendo uma assistência humanizada, respeitando seus direitos e estimulando sua autonomia (FEITOSA et al., 2012).

Ao considerar as dificuldades para a transformação do modelo de atenção em saúde mental, as perspectivas das políticas públicas em relação aos CAPS e a ação de seus profissionais, entre estes os profissionais da enfermagem (de nível técnico e superior), torna-se importante investigações acerca da prática que o enfermeiro desenvolve no cotidiano desses serviços (BICHAFF, 2006).

Diante dessas discussões, pressupõe-se que o profissional de enfermagem contribui em suas ações no CAPS realizando atendimento assistencial, medicamentoso, oficinas terapêuticas, acolhimento dentre outros, sempre com uma visão psicossocial, respeitando a necessidade de cada um. O enfermeiro também deve sempre estar se aperfeiçoando nas experiências práticas em saúde mental pautando-se na construção de vínculos com o usuário (FEITOSA et al., 2012).

Considerando o exposto, o presente estudo tem como objetivo caracterizar a produção científica acerca da atuação de enfermagem no âmbito dos CAPS, através de uma revisão integrativa da literatura, utilizando-se a seguinte questão norteadora: “Quais as atuações de enfermagem nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)?”.

Portanto, a realização deste torna-se relevante à medida que busca mostrar a produção científica sobre as ações de enfermagem que são realizadas nos CAPS, identificando as estratégias e as ferramentas de cuidado da enfermagem direcionadas às pessoas com algum sofrimento psíquico, visando uma assistência e tratamento qualificados, conforme proposto pela Reforma Psiquiátrica.

2 | MÉTODO

Tratou-se de uma revisão integrativa da literatura, seguindo seis passos: identificação do tema e redefinição da questão de pesquisa; realização de busca das

publicações; avaliação do que foi encontrado; interpretação dos achados e, por fim, síntese do que pode ser adquirido de conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A partir da questão norteadora do estudo, conforme explicitada anteriormente, realizou-se uma investigação on-line junto a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que dispõe de bases as quais estão disponíveis publicações relevantes na área da saúde. A investigação foi feita a partir do cruzamento dos descritores: Enfermagem Psiquiátrica; Reforma Psiquiátrica; Centro de Atenção Psicossocial, separados entre si pelo operador AND.

Foram inicialmente considerados os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados em português, no período de 2009 a 2014, disponíveis na íntegra na base de dados selecionada e relacionados ao tema proposto. Após, foram excluídas as teses e dissertações, bem como artigos que não abordassem ou se referissem às atuações dos enfermeiros nos CAPS. Também foram excluídos os artigos cujos resumos encontraram-se indisponíveis e aqueles que não abordassem a temática proposta, partindo da questão norteadora.

Neste sentido, no total, foram encontrados 62 artigos e, a partir dos critérios requeridos, selecionados 10, os quais compuseram a amostra desse estudo, sendo seis artigos da LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), e quatro da BDEF (Base de dados em Enfermagem).

Assim procedeu-se às análises dos artigos na íntegra, sendo agrupados e avaliados a partir de categorias temáticas, caracterizando as possibilidades de atuações da enfermagem nos CAPS. Essa categorização foi realizada a partir da leitura dos artigos, da compreensão e descrição dos conteúdos trazidos pelos mesmos e, após, da junção destes a partir de categorias nomeadas a partir do apresentado, permitindo a discussão dos dados apresentados.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor visualização dos dados dos artigos encontrados, foi realizada uma descrição dos mesmos, conforme pode ser visto no quadro abaixo:

Nº	BASES DE DADOS	TÍTULO	AUTORIA	REVISTA
1	LILACS	O perfil e a ação profissional da (o) enfermeira (o) no Centro de Atenção Psicossocial	DIAS, C. B.; SILVA, A. L. A.	Rev. Esc. Enferm, v.44, n. 2, 469-75, 2010.
2	LILACS	O cuidado de enfermagem nos Centros de Atenção Psicossocial	CAVALCANTE, S. P. S. da; OLIVEIRA, R. M. P. de; CACCAVO, P. V.; PORTO, I. S.	Rev. Cienc. Cuid. Saúde, v. 13, n. 1, 111-19, 2014.

3	BDEF	A atuação do enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial á luz do modo psicossocial	KANTORSKI, L. P.; HYPOLITO, A. M.; WILLRICH, J. Q.; MEIRELLES, M. C. P.	Rev. REME. Min. Enferm, 399-407, jul./set., 2010.
4	BDEF	Percepção sobre a prática de enfermagem em centro de atenção psicossocial.	OLIVEIRA, F. B. de; SILVA, K. M. D.; SILVA, J. C. E.	Rev. Gaúcha. Enferm, v. 30, n. 4, 692-99, dez, 2009.
5	LILACS	Atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial: implicações históricas da enfermagem psiquiatria.	FILHO, A.J.A.de.; MORAES, A.E.C.; PERES, M.A.A.de.	Rev. Rene, v. 10, n. 2, 158-65, abr/jun., 2009.
6	LILACS	Prática de cuidar/cuidado aos portadores de transtornos mentais: concepção dos enfermeiros	VIDAL, F.D.L et al.	Rev. Ciências e Saúde, v. 5, n. 2, p.99-106, jul./dez., 2012.
7	LILACS	Enfermeiro e a família do portador de transtorno mental.	MORENO, V.	Rev. Brasileira de Enfermagem, jul./ago, 2011.
8	BDEF	A enfermagem e a saúde mental após a reforma psiquiátrica	LACCHINI, A.J.B et al.	Rev. Contexto & Contexto, v. 10. n. 20, jan./jun., 2011.
9	BDEF	O papel da equipe de enfermagem no Centro de Atenção Psicossocial.	SOARES, R. D et al.	Rev. Esc Anna Nery, v. 15, n. 1, 110-15, 2011.
10	LILACS	O trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial: dificuldades da equipe de enfermagem	ZERBETTO, S. R.; EFIGÊNIO, E. B.; SANTOS, N. L. N. dos.; MARTINS, S. C.	Rev. Eletr. Enf. v. 13, n. 1, 99-109. 2011.

Tabela 1 – Identificação da amostra do estudo

A partir da leitura minuciosa dos 10 artigos, categorizou-se as atuações dos enfermeiros em três eixos temáticos: atuações intersetoriais, atuações de promoção à saúde mental e atuações técnico-administrativas.

No que concerne ao primeiro eixo temático, o qual refere-se às *atuações intersetoriais*, os autores dos artigos 2 e 3 descrevem como os enfermeiros psiquiátricos cuidam da clientela com transtorno mental e analisam as ações desses profissionais, apontando que maioria dos enfermeiros por muitos anos teve sua prática de cuidado voltada para lógica manicomial, e com a nova forma de tratamento extra manicomial precisou adequar sua prática de cuidado no cotidiano, tornando-se criativo, flexível e trabalhando em equipe. Rompendo assim com o paradigma da exclusão e da logística hospitalocêntrica.

Já o autor do artigo 7 ressalta a importância de conhecer os enfermeiros em saúde mental para obter conhecimentos sobre a família como forma de garantir o tratamento da pessoa em sofrimento psíquico nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Portanto os enfermeiros percebem a importância de inserir a família no projeto terapêutico do sujeito. Devendo esse profissional trabalhar de forma educativa e terapêutica na resistência da família, estimulando a forma de modificar o olhar para

o cuidado do sujeito, visando melhorar a convivência e permitir a reinserção no meio familiar. O enfermeiro deve possibilitar que a família sejam parceiros nessa nova forma do cuidado.

Os autores do artigo 10 discutem o trabalho de profissionais de enfermagem em um CAPS a partir do SUS perspectivas que requer dos profissionais de enfermagem um trabalho que contemple práticas que ajudem os usuários na potencialização e identificação de recursos internos e externos, para viver em comunidade, ter acesso ao lazer, aos direitos civis e ao trabalho.

Conforme mencionam os autores do artigo 8, na atenção ao paciente psiquiátrico o enfermeiro tem seu trabalho voltado para prevenção da doença mental, na atenção psiquiátrica hospitalar, ambulatorial e emergencial, tanto em serviços especializados como serviços gerais, bem como em estratégias de reabilitação psicossocial. Esse profissional deve trabalhar com o sujeito, não resolvendo o problema dele, mais buscando soluções adequadas para sua condição, utilizando-se de suas habilidades e conhecimentos, oferecendo-lhe intervenções terapêuticas, visando uma melhoria na vida do sujeito.

Desse modo, conforme relatam autores dos artigos 7 e 9, é preciso conhecer o papel da equipe de enfermagem nos CAPS para atender as dificuldades decorrentes ao transtorno mental, o enfermeiro usa como estratégia formar parceria com a família e cliente para entender o que acontece com a saúde mental do indivíduo. Isso exige que o enfermeiro tenha conhecimento para trabalhar junto ao portador de doença mental e transtorno relacionado à dependência química, entendendo suas necessidades. No entanto o trabalho do enfermeiro em saúde mental é atuar junto com a equipe interdisciplinar; promove cuidados a adultos, idosos, criança e adolescente nos ambientes terapêuticos. Esse profissional também é responsável a promover educação em saúde mental com o cliente e família.

Já no segundo eixo temático, que diz respeito à atuação dos profissionais da enfermagem na *promoção à saúde mental*, os autores do artigo 1 centram suas discussões a partir da sua função de prestar cuidados a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes nesse novo dispositivo de atenção em saúde mental. E ainda focam na reabilitação psicossocial do sujeito que envolve os profissionais, os familiares, usuários e comunidade em geral. Relata ainda que a reabilitação visa promover pleno exercício de cidadania a esse sujeito

Os autores do artigo 8 ainda referem-se às ações da enfermagem no modo psicossocial que estão voltadas para promoção da saúde mental, ajuda ao paciente doente a enfrentar as pressões da doença mental e na capacidade em atender a família, comunidade e o paciente. No entanto para esses enfermeiros realizar suas funções nesses serviços, deve usar a observação, formular interpretação válida, percepção, planejar a assistência, delinear campo de ação com tomada de decisões, avalia as condutas e desenvolvimento de processos terapêuticos.

Os autores dos artigos 1 e 5 apontam a reflexão acerca da atuação do enfermeiro

na assistência ao paciente psiquiátrico em CAPS, focando na construção do conhecimento em saúde mental. Portanto é necessário que haja mudanças no ensino, estimulando a intuição, o imaginário, criatividade e a sensibilidade para a construção do conhecimento, e que esse conhecimento seja um estímulo para aprender, reaprender e pensar.

E ainda relatam que o enfermeiro da atualidade precisa ter pensamentos abertos e navegar nas descobertas e curiosidades, procurar explorar várias possibilidades para abertura de novas potencialidades. Uma vez que o enfermeiro que atua na área de saúde mental deixa de ser direcionado para a cura do doente e passa a atuar em cidadania, construção, afetividade e produção da saúde.

De acordo com os autores do artigo 6, faz-se necessário conhecer a percepção dos CAPS acerca do cuidar\cuidado de portadores de transtornos mentais e analisar as especificidades desse cuidar cuidado prático. E menciona também que os profissionais de enfermagem estejam preparados para essa nova realidade. Além de desenvolver um trabalho de característica coletiva, onde acolhe o usuário na busca da reabilitação psicossocial. No entanto essa tarefa não é fácil, é importante que o profissional de enfermagem reveja sua postura diante do outro. As ações que os enfermeiros desenvolvem devem atender as expectativas dos grupos sociais envolvidos.

Para esses autores supracitados cuidar é compreendido como elemento central da prática de enfermagem, visto como esforço no sentido de promover, proteger, ajudando o outro a encontrar sentido na doença, dor e sofrimento. O cuidado nesse sentido exige habilidades e técnicas, é, sobretudo, a capacidade de reconhecer as expressões dos sentidos dos seres humanos. Cuidar é criar uma possibilidade de transformar e intervir as situações.

No que diz respeito ao terceiro eixo temático, o qual refere-se às *atuações técnico-administrativas*, aponta-se para uma questão importante que os autores do artigo 3 trazem, que é a análise das atuações desenvolvidas pelos enfermeiros no cotidiano do CAPS. E que os profissionais enfermeiros têm mostrado atitude em interagir com a equipe, respeitando as necessidades coletivas e individuais, buscando colaborar nas organizações do serviço para que tais necessidades sejam supridas. Assim um dos pontos fortes do trabalho dos enfermeiros nos serviços substitutivos é o conhecimento organizacional.

Por outro lado os autores do artigo 4 que é necessário conhecer a percepção dos profissionais enfermeiros que atua nos campos da saúde mental sobre a prática nesses serviços. E que além das funções tradicionais participa de atividades grupais, triagem, visitas domiciliares, reuniões de equipe, participam de eventos festivos, realizam palestras na comunidade, atividades individuais. As práticas de enfermagem devem ser realizadas com uma perspectiva, humanística, criativa, crítica e reflexiva. Deve-se dizer sim ao cuidado e não à exclusão numa dinâmica interdisciplinar.

Como mencionam os autores do artigo 1 para caracterizar o perfil profissional do enfermeiro que atua no CAPS e verificar as atividades de caráter administrativo,

assistencial, supervisão da equipe de enfermagem e controle de psicofármacos, como também promove ações para o bem estar físico e mental dos pacientes como alimentação, cuidados com a higiene, controle dos efeitos da medicação e realizações de exames.

Assim, a partir dos dados encontrados nesta pesquisa, evidencia-se que os serviços substitutivos na modalidade de um CAPS, sustentado pelo modelo psicossocial emergente da Reforma Psiquiátrica, diferem das instituições psiquiátricas e torna uma realidade possível de desinstitucionalização. A transformação das formas de cuidado em saúde mental mostra-se viável e favorece a efetivação da proposta da Reforma, na qual o usuário recebe um atendimento que respeita sua cidadania e autonomia.

Observa-se, portanto, na análise integrativa realizada, que o processo inovador da reforma psiquiátrica traz propósitos em despertar os profissionais enfermeiros, devendo este ter um olhar para com o sujeito em sofrimento mental como um todo, levando em consideração suas personalidades e relações interpessoais. Assim, observou-se que as atividades do enfermeiro que atuam nos CAPS são de caráter terapêutico, promoção a saúde, preventiva, educativa, técnico administrativa e intersetorial, promover cuidado, visando o bem estar físico e mental dos sujeitos.

Neste sentido, para garantir um tratamento eficaz no CAPS às pessoas em sofrimento psíquico, é necessário que os enfermeiros insiram a família no projeto terapêutico do indivíduo, pois, para atender as dificuldades relacionadas ao transtorno mental, é indispensável esta parceria, visando melhor entender o que acontece com a pessoa em sofrimento.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta deste estudo foi investigar a atuação do profissional enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial, identificando as dificuldades, facilidades, promoção à saúde mental, prevenção, educação, comunicação terapêutica e o relacionamento enfermeiro paciente, bem como a disponibilidade de escuta ao usuário.

Esse trabalho poderá colaborar para que os enfermeiros de serviços de saúde mental possam pensar sobre suas atuações nos locais aos quais trabalham, promovendo uma melhor assistência ao paciente.

Destaca-se que ser enfermeiro nesse ambiente de trabalho extra hospitalar, requer disposição para estabelecer um novo fazer em enfermagem psiquiátrica, baseado na humanização da assistência, por intermédio do relacionamento interpessoal terapêutico com o paciente, objetivando o desenvolvimento de elementos e instrumentos apropriados para oferecer as pessoas em sofrimento psíquico a melhora da sua qualidade de vida.

Aponta-se também que a reorientação da prática psiquiátrica, ainda traz muitas interrogações surgidas no cotidiano do profissional da enfermagem, sendo necessária

a construção e a divulgação de mais conhecimentos e experiências em saúde mental.

Frente o exposto, ressalta-se que os enfermeiros ainda se deparam com muitas dificuldades no manejo com paciente, principalmente quando está em crise no contexto do CAPS, bem como na formação de vínculos com esse paciente e seus familiares, sendo necessárias mais investigações científicas que clarifiquem essa atuação.

Pensando dessa forma, é também importante conhecer não só as práticas, mas as percepções e crenças destes profissionais que atuam nesses serviços, investigando se sua forma de atuar é realizada com humanização, criatividade e, utilizando-se de uma dinâmica de cuidado promotora de inclusão, desenvolvendo um trabalho de caráter coletivo e acolhedor, buscando assim a reabilitação do sujeito e o respeito à sua subjetividade.

REFERÊNCIAS

BICHAFF, R. **O trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para consolidação da Reforma Psiquiátrica.** 217 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Escola de Enfermagem de São Paulo, USP, 2006.

BORBA, L. O. et al. Assistência em saúde mental sustentada no modelo psicossocial: narrativas de familiares e pessoas com transtorno mental. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 46, n. 6, 1406-414, dez., 2012.

BRASIL, E. G. M.; COSTA, E. C.; JORGE, M. S. B. Representações sociais de usuários e trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial da Região Nordeste. **Rev. Baiana de Saúde Pública**. v 36, n.2, 368-385, abr/jun., 2012.

FEITOSA, K. M. A et al. (Re)construção das práticas em saúde mental: compreensão dos profissionais sobre o processo de desinstitucionalização. **Psicol. teor. prat**, São Paulo, v.14, n.1, abr., 2012.

NASI, C.; SCHENEIDER, J. F. O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Caetano, v. 45, n. 5, out., 2011.

OLIVEIRA, E. N et al. Caracterização da clientela atendida em centro de atenção psicossocial- álcool e drogas. **Rev. Rene**, v. 14, n.4, 748-56, 2013.

RIBEIRO, J. M.; DIAS, A. I. Política e inovação em atenção à saúde mental: limite ao descolamento do desempenho do SUS. **Rev. Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 12. dez., 2011.

VIDAL, F. D. L et al. Prática de cuidar /cuidado aos portadores de transtornos mentais: concepção dos enfermeiros. **Rev. Ciências e Saúde**, Porto Alegre, v.5, n.2, 99-106, jul/dez, 2012.

AUTOAGRESSÃO VERSUS COMPORTAMENTO SUICÍDA

Lethicia Araujo Cordeiro

Acadêmica de Medicina da Universidade de Rio Verde (UniRV)
Rio verde- Goiás

Marcella Marinho Ribeiro

Acadêmica de Medicina da Universidade de Rio Verde (UniRV)
Rio Verde- Goiás

Yasmin Consolação de Lima Silva

Acadêmica de Medicina da Universidade de Rio verde (UniRV)
Rio Verde- Goiás

André Luiz Xavier Canevaroli

Acadêmico de Medicina da Universidade de Rio Verde (UniRV)
Rio Verde- Goiás

Pedro Henrique Pacheco Monteiro

Acadêmico de Medicina da Universidade de Rio Verde (UniRV)
Rio Verde- Goiás

Claudio Herbert Nina e Silva

Professor Adjunto de Psicologia da Personalidade (Faculdade de Psicologia/UniRV); Grupo de Estudo de Neurociências e Saúde (GENS/FAMERV/UniRV); Laboratório de Psicologia Anomalística e Neurociências, Faculdade de Psicologia/UniRV
Rio Verde- Goiás

permanentemente um membro ou outra parte essencial do corpo. O termo suicídio pode ser nomeado como morte voluntária, intencional ou autoinfligida, este envolve vários fatores socioculturais, genéticos, psicodinâmicos, filosófico-existenciais e ambientais. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) o suicídio pode ser conceituado como ato deliberado e levado a cabo por alguém que tem plena consciência de seu resultado final. Dessa forma, o paciente suicida deseja finalizar sua própria vida diferente daquele que se autoflagela. Este estudo objetiva esclarecer por meio de uma revisão de literatura a diferença entre autoagressão e comportamento suicida. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica a respeito da diferença entre autoagressão e comportamento suicida. Para confeccioná-lo utilizou-se dados estatísticos e bases teóricas. Segundo o DSM-V, o indivíduo que se auto flagela declara uma ausência de intenção suicida ou pode-se inferir sua intenção através de um comportamento repetido, em que ele sabe que provavelmente não resultará em morte. Sendo assim, a intenção da pessoa que se auto agride não é provocar o fim de sua vida, mas causar um flagelo que o “distraia” de sua dor emocional. Dessa forma são situações clínicas diferentes e carecem terapêuticas e abordagens psicológicas diferentes, visando um bem-estar global do paciente em questão.

RESUMO: Automutilação é o ato de lesar o próprio corpo, até o ponto de cortar ou destruir

PALAVRAS-CHAVE: Autoagressão, suicídio, transtornos mentais.

ABSTRACT: Self-injury is the act of injuring ones own body to the point of permanently cutting or destroying a limb or other essential part of the body. The term suicide can be named as voluntary, intentional, or self-inflicted death, which involves various sociocultural, genetic, psychodynamic, philosophical, existential and environmental factors. For the World Health Organization (WHO) suicide can be conceptualized as a deliberate act and carried out by someone who is fully aware of the end. In this way, the suicidal patient wishes to finalize his own life, different from the self-flagellating one. This study aims to clarify by means of a literature review the difference between self-harm and suicidal behavior. This is a literature review on the difference between self-harm and suicidal behavior. To prepare it, statistical data and theoretical bases were used. According to the DSM-V, the self-injurers declares an absence of suicidal intention or can infer his intention through repeated behavior, in which he knows that probably will not result in death. Therefore, the intention of the self-injury person is not to cause the end of their life, but to cause a scourge that “distracts” them from their emotional pain. In this way they are different clinical situations and they need different therapies and psychological approaches, aiming at a global well-being of the patient in question.

KEYWORDS: Self-injury, suicide, mental disorder

1 | INTRODUÇÃO

Segundo a definição dos Descritores em Ciências da Saúde (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2015), automutilação é o “ato de lesar o próprio corpo, até o ponto de cortar ou destruir permanentemente um membro ou outra parte essencial do corpo”. A prática da automutilação inclui o ato de infligir dor a si próprio, o que é inconcebível para a maioria das pessoas. Vem daí também a dificuldade de discussão sobre o assunto, entre automutiladores e pessoas próximas, como familiares e amigos (ARAÚJO et al., 2016).

O comportamento de automutilação é complexo e pode ter inúmeras motivações, sejam elas biológicas, psicológicas e/ou sociais (JACOBSON; GOULD, 2007; SNIR et al., 2018). Entre as motivações para a autolesão encontram-se: raiva de si mesmo ou de outros, alívio da tensão e, intolerância a dor emocional, dessa forma o indivíduo busca mudar o foco de atenção da dor. Uma pesquisa, realizada com mulheres jovens, sugere-se que a autolesão serve como uma âncora para a realidade, proporcionando um senso de autocontrole para pessoas com habilidades adaptativas comprometidas (ARCOVERDE; SOARES, 2012).

O comportamento autolesivo ocorre em diversas faixas etárias, sendo predominante em adolescentes do sexo feminino (CEDARO; NASCIMENTO, 2013). Em geral, tem início entre os 13 e 14 anos e pode persistir por 10 ou 15 anos ou ainda,

por mais tempo (GIUSTI, 2013). Um estudo americano revelou prevalência de 6% da população geral que praticou automutilação pelo menos uma vez na vida, sendo que 1% praticou por 10 vezes ou mais (KLONSKY, 2011). No estudo de revisão de literatura de Jacobson e Gould (2007), estimou-se a prevalência de automutilação não suicida variando entre 13% e 23,2% da população geral. No Brasil, os estudos sobre prevalência do comportamento autolesivo ainda se apresentam incipientes, entretanto verifica-se aumento significativo na realização desse comportamento autolesivo (GIUSTI, 2013).

A palavra suicídio tem origem no latim “sui caedere”; sui = si mesmo e caedes = ação de matar. Por vezes, o termo suicídio pode ser nomeado como morte voluntária, intencional ou autoinfligida (FERREIRA, 2008). Já quando se usa o termo “comportamento suicida”, se engloba uma situação de pessoas que ameaçam tirar sua vida, mas não logram efetivação.

De acordo com o Ministério da Saúde, entre os anos 2011 a 2016, foram registradas 62.804 mortes por suicídio, a maioria (62%) por enforcamento. Os homens concretizaram o ato mais do que as mulheres, correspondendo a 79% do total de óbitos registrados. No mesmo período, ocorreram 48.204 tentativas de suicídio. Ao contrário da mortalidade, foram as mulheres que atentaram mais contra própria vida, 69% do total registrado. Entre os jovens de 15 a 29 anos, a taxa é de 9 mortes por 100 mil habitantes (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE TENTATIVAS E ÓBITOS POR SUICÍDIO NO BRASIL, 2017).

O suicídio envolve vários fatores socioculturais, genéticos, psicodinâmicos, filosófico-existenciais e ambientais. A existência de um transtorno mental é considerada um forte fator de risco para o suicídio. Os transtornos mentais mais comumente associados ao suicídio são: depressão, transtorno do humor bipolar, dependência de álcool e de outras drogas psicoativas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2015).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) o suicídio pode ser conceituado como ato deliberado e levado a cabo por alguém que tem plena consciência de seu resultado. Dessa forma, o paciente suicida deseja finalizar sua própria vida diferente daquele que se autoflagela.

Este estudo objetivou esclarecer, por meio de uma revisão de literatura, a diferença entre autoagressão e comportamento suicida.

2 | METODOLOGIA

O presente trabalho foi uma pesquisa bibliográfica a respeito da diferença entre autoagressão e comportamento suicida. Para confeccioná-lo, utilizaram-se dados estatísticos e bases teóricas, tais como o DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana. Também foi realizada

uma consulta de artigos nas bibliotecas virtuais SciELO (Biblioteca científica eletrônica online), LILACS e PubMed-MEDLINE (Biblioteca Nacional de Medicina do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos) por meio dos termos de busca “automutilação” “comportamento suicida”, “suicídio”, os descritores em inglês foram “self-injury”, “suicidal behavior”, “suicide”.

Os critérios de inclusão na amostra de análise foram: 1) artigos nos idiomas português e inglês; 2) publicações a partir do ano de 2011-2018, apresentando, assim, as evidências mais modernas sobre o assunto. Após a seleção de artigos, estes foram lidos e agregados aos dados obtidos, adquirindo-se informações quantitativas e qualitativas dos casos de automutilação e sua diferença em relação ao suicídio.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A autoagressão é qualquer comportamento intencional, direcionado a si mesmo, que causa destruição de tecidos corporais (KERR et al., 2010). Esse comportamento pode ser manifestado de diversas formas, como cortes na pele, queimaduras e golpes (ARCOVERDE; SOARES, 2012).

A automutilação causa estranhamento assombro na população, por que um indivíduo causaria dor a si mesmo? Esse espanto pode ser explicado pela tendência natural dos seres humanos de, a princípio, evitar a dor e buscar o prazer (FREUD, 1940/1996; BRENNER, 1973). Logo, uma pessoa que se autoagride vai de encontro com o ímpeto da sobrevivência “livrar-se da dor”.

De acordo com estudos psiquiátricos, o comportamento automutilante pode ser classificado em quatro categorias: 1) estereotipado; 2) maior; 3) compulsivo; e 4) impulsivo (SILVA; BOTTI, 2017). Na categoria “estereotipado”, o comportamento automutilante é bastante repetitivo e monótono. As lesões tendem a manter um mesmo padrão, que pode variar desde ferimentos leves até graves que, algumas vezes, colocam em risco a vida do paciente. A categoria “maior” inclui formas de autoferimentos graves, que colocam, de maneira recorrente, a vida do paciente em risco, causando danos irreversíveis como castração e amputação de extremidades. Por sua vez, a categoria “compulsivo” inclui comportamentos repetitivos, às vezes rítmicos, podendo ocorrer várias vezes durante o mesmo dia e diariamente, tais como a tricotilomania. E, por fim, a categoria de comportamento automutilante “impulsivo” é a mais comum, incluindo cortar a própria pele, queimar-se e bater-se. Este comportamento costuma ocorrer após a vivência de uma forte emoção, como a raiva, sendo considerado como uma forma de se lidar com essa emoção. Logo, comportamentos automutilantes impulsivos podem ser desencadeados por uma vivência traumática ou apenas por sua lembrança (SILVA; BOTTI, 2017).

Independentemente das razões do indivíduo, a autoagressão provoca consequências sérias para a vida deste. O paciente costuma evitar socializações,

passa a usar roupas que escondem evidências de autolesão e procura se isolar das pessoas. A pessoa tem extrema dificuldade de falar sobre seu comportamento, seja por vergonha, seja por pensar que os outros não o entenderão, pois trata-se de um ato autodestrutivo e consciente (FORTES, 2017).

Segundo dados da OMS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017), mais de 800 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano em todo o mundo, o que equivale a uma morte a cada 40 segundos, sendo que a cada três segundos uma pessoa atenta contra a própria vida. O suicídio não apenas está entre as dez principais causas de morte, como também está entre as duas ou três causas mais frequentes de morte para o grupo de adolescentes e adultos jovens.

Pensamentos sobre morte, ideação suicida ou tentativas de suicídio são consequências do transtorno depressivo maior, tais pensamentos variam desde um desejo passivo de não acordar pela manhã, ou uma crença de que os outros estariam melhor se o indivíduo estivesse morto (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2016). As motivações para o suicídio podem incluir desejo de desistir diante de obstáculos percebidos como insuperáveis, anseio de pôr fim a um estado emocional extremamente doloroso, incapacidade de encontrar algum prazer na vida ou a avidez de não ser um “fardo” para os outros.

É bastante difícil compreender por que um determinado indivíduo decide cometer suicídio, ao passo que outras pessoas em situação similar não o fazem. O que se pode afirmar, considerando a experiência clínica e a experiência de pesquisa, é que há grande complexidade para compreender o comportamento suicida (ULBRICH et al, 2017). Sabemos que há fatores emocionais, psiquiátricos, religiosos e socioculturais. São um conjunto de fatores que ajudam a compreender a situação de vida, o sofrimento que essa pessoa carrega e, por isso, a busca da morte (ULBRICH et al, 2017).

Segundo os critérios diagnósticos do DSM-5 (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2016), o indivíduo que pratica autoagressão, deve-se engajar em cinco ou mais dias, em dano intencional à superfície de seu corpo, com a expectativa de que a lesão levasse somente a um dano físico menor ou moderado. A ausência de intenção suicida foi declarada pelo indivíduo ou pode ser inferida por seu engajamento repetido em um comportamento que ele sabe que, provavelmente, não resultará em morte.

Sendo assim, a intenção da pessoa que se autoagride não é provocar o fim de sua vida, mas causar um flagelo que o “distraia” de sua dor emocional. Ele objetiva obter alívio de um estado de sentimento negativo e dessa forma resolver uma dificuldade interpessoal (GIUSTI, 2013).

Algumas medidas que objetivam a prevenção tanto do comportamento suicida quanto do autolesivo já são evidenciadas, como o treinamento de médicos para identificar e tratar corretamente episódios de depressão, a restrição ao acesso a meios letais e o acompanhamento dos pacientes após episódios de tentativas de suicídio ou fenômenos de agressões corporais auto impostas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE

PSIQUIATRIA, 2017). É importante diferenciar o indivíduo suicida daquele auto lesivo para proporcionar uma terapêutica adequada ao mesmo.

4 | CONCLUSÃO

A automutilação é definida como qualquer comportamento intencional envolvendo agressão direta ao próprio corpo sem intenção consciente de suicídio. Alguns pacientes apresentam rituais de automutilação e passam muito tempo pensando em executá-la. Por sua vez, o suicídio é cada vez mais um fenômeno de relevância social, devido ao seu impacto social, visto que estudos mostram que pelo menos seis pessoas são afetadas por um suicídio. Ambas situações envolvem uma dor emocional excruciante que leva o indivíduo a tomar decisões extremas, porém, o paciente suicida deseja acabar com seu sofrimento definitivamente, finalizando sua própria vida, já aquele que se auto agride procura uma “distração” de sua dor, uma forma de amenizar a dor emocional e recanaliza-la para a dor física. Dessa forma são situações clínicas diferentes e carecem terapêuticas e abordagens psicológicas diferentes, visando um bem-estar global do paciente em questão.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, J. F., SCHEINKMAN D. C., CARVALHO, I. S.; VIANA, T. C. O corpo na dor: automutilação, masoquismo e pulsão. **Estilos Clin.**, São Paulo, v.21. n.2., 2016.
- ARCOVERDE, R.L.; SOARES, L.S.L.C. Funções neuropsicológicas associadas a condutas autolesivas: revisão integrativa de literatura. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 293-300, 2012.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Comportamento suicida: conhecer para prevenir.** Rio de Janeiro: 2016.
- ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5.** 5ª. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2016.
- BRENNER, C. **Noções básicas de Psicanálise.** Rio de Janeiro: Imago, 1973.
- CARDOSO, G.T. **Comportamentos autolesivos e ideação suicida nos jovens.** 2016. 66f. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2016.
- FREUD, S. Esboço de psicanálise. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XXIII.** Rio de Janeiro: Imago, 1996/1940.
- GIUSTI, J. S. **Automutilação: Características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo compulsivo.** 2013. 184 f. Tese de Doutorado - Universidade de São Paulo, São Paulo. 2013.
- JACOBSON, C.M.; GOULD, M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of literature. **Archives of Suicide Research**, v. 11, n. 2, p. 129-147, 2007.

KERR, P.L.; MUEHLENKAMP, J.L.; TURNER, J.M. Nonsuicidal self-injury: a review of current research for family medicine and primary care physicians. **Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 23, n. 2, p. 240-259, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Suicídio. Saber, agir e prevenir**. Brasília-DF: Secretaria de vigilância em saúde, v. 48, n. 30, p.1-14, 2017.

SILVA, A.C.; BOTTI, N.C.L. Comportamento autolesivo ao longo do ciclo vital: Revisão integrativa da literatura. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 18, p. 67-76, 2017.

SILVA, T. P. S.; SOUGEY, E. B.; SILVA, J. **Estigma social no comportamento suicida: reflexões bioéticas**. Revista Bioética, Brasília, V. 23, n. 2, p. 419-426, ago. 2015.

SNIR, A. et al. Explicit motives, antecedents, and consequences of direct self-injurious behaviors. **Crisis**, v. 39, n. 4, p. 255-266, 2018.

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NOS INDIVÍDUOS APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA: UMA REVISÃO DOS ESTUDOS

Gracielle Malheiro dos Santos

Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Educação e Saúde. Unidade Acadêmica de Saúde.
Cuité-Paraíba.

Leonídia Aparecida Pereira da Silva

Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Unidade Acadêmica de Psicologia.
Campina Grande – Paraíba

Alessandro Dutra Bezerra

Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Unidade Acadêmica de Psicologia.
Campina Grande – Paraíba

Ayrton de Queiroz Alves Barros

Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Unidade Acadêmica de Psicologia.
Campina Grande – Paraíba

Bárbara Velluma Soares de Azevedo

Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Unidade Acadêmica de Psicologia.
Campina Grande – Paraíba

Monilly Ramos Araújo Melo

Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Unidade Acadêmica de Psicologia.
Campina Grande – Paraíba

RESUMO: Trata-se de uma revisão sistemática da literatura de modo a descrever e analisar os resultados da avaliação psicológica feita nos indivíduos que realizaram cirurgia bariátrica. Foi realizado um levantamento de artigos científicos, trabalhos de dissertação e teses. As fontes da pesquisa foram Portal da Capes e Google Acadêmico. O período investigado foi de janeiro de 2007 a março de 2018. A seleção e a análise das publicações foram feitas por dois juízes no mesmo intervalo de tempo de forma independente. Foram aplicados critérios de inclusão e exclusão, foram incluídos 06 trabalhos. Todos os trabalhos têm como modelos explicativos ou a justificativa do possível elo entre obesidade e as sintomatologias das doenças psiquiátricas. Os resultados apontam para necessidade de melhor avaliar o tempo e os efeitos da cirurgia. A maioria dos trabalhos não encontrou associação entre as doenças e/ou distúrbios relacionados à cirurgia. Os instrumentos utilizados não passam por análise de adequação ou de administração quanto à quantidade de testes, sendo esse um problema de qualidade. Conclui-se que sejam necessários maiores investimentos as pesquisas que corroborem com práticas profissionais da psicologia que melhor demonstrem sua função e possam vir a contribuir com os indivíduos que passam pela cirurgia bariátrica.

PALAVRAS-CHAVE: avaliação psicológica.

revisão sistemática. cirurgia bariátrica.

ABSTRACT: This is a systematic review of the literature in order to describe and analyze the results of the psychological evaluation done in the individuals who underwent bariatric surgery. There was a survey of scientific articles, dissertation works and theses. The sources of the research were Portal da Capes and Google Scholar. The period investigated was from January 2007 to March 2018. The selection and analysis of the publications were done by two judges in the same time interval independently. Inclusion and exclusion criteria were applied, 06 papers were included. All the papers have explanatory models or the justification of the possible link between obesity and the symptoms of psychiatric diseases. The results point to the need to better evaluate the time and effects of surgery. Most of the studies did not find an association between diseases and / or disorders related to surgery. The instruments used do not undergo analysis of adequacy or administration in terms of the number of tests, which is a quality problem. We conclude that more investments are needed in research that corroborates with professional practices of psychology that best demonstrate its function and can contribute to individuals who undergo bariatric surgery.

KEYWORDS: psychological evaluation. systematic review. bariatric surgery.

1 | INTRODUÇÃO

Estima-se que 1,9 bilhões de pessoas tenham excesso de peso e outros 600 milhões estejam obesas no mundo (WHO, 2014). No Brasil, 49% da população acima de 20 anos de idade apresenta excesso de peso e outros 14,8% obesidade (IBGE, 2010). A obesidade e o excesso de peso são um desafio para a sociedade no século XX. Suas gêneses são multifatoriais, associam-se a fatores psicológicos, sociais, ambientais, econômicos, culturais, situação de segurança alimentar no domicílio e acesso a serviços de saúde e educação (SANTOS, 2014). A obesidade e a depressão não têm na literatura um consenso sobre sua associação (LOPES, 2007). Todavia, referem-se a obesidade o aumento nas probabilidades de transtornos de humor, ansiedade e depressão em uma população adulta, assim como a autoimagem negativa aparece relacionada com a ansiedade e depressão (COSTA et al., 2012).

Em pacientes que realizaram bariátrica não existe consenso sobre o impacto psicológico pós-procedimento. No entanto, observa-se tanto a diminuição da sintomatologia psiquiátrica e como do uso de substâncias psicoativas após-cirurgia (TAE et al., 2014). Entretanto, os benefícios não se mantêm em parte dos casos, sendo associados aos desequilíbrios entre o paciente e sua imagem, as dificuldades com a reintegração social, desamparo por fragilidades das relações sociais e familiares e a problemas devido a necessidade de novos procedimentos cirúrgicos mediante a flacidez que a grande perda de peso ocasiona (MAGDALENO-JÚNIOR; CHAIM; TURATO, 2010).

Para melhor avaliar clinicamente o sobrepeso e a obesidade é preciso um trabalho multiprofissional (WHO, 2016). Principalmente quando realizassem procedimentos cirúrgicos a avaliação e o acompanhamento deve ocorrer no período pré e pós-operatório. A avaliação psicológica anterior à operação, é parte essencial do processo sendo de responsabilidade do psicólogo e/ou o psiquiatra que integram a equipe multidisciplinar no pré-operatório, estar atento para avaliar, por exemplo, a incidência de quadros psicóticos ou demenciais. Bem como assegurar-se de que o paciente é capaz intelectual e cognitivamente de compreender os riscos da cirurgia e investigar as condições de vida para sua manutenção (FLORES, 2014).

A atuação do psicólogo pode reorganizar o esquema da consciência do paciente no mundo, ou seja, na adaptação à nova imagem corporal, em todas as fases (antes, durante e depois) (PINTO, 2004). Às possibilidades das práticas psicológicas são amplas porém o impacto nas intervenções e no tratamento da obesidade e na cirurgia bariátrica têm lacunas na literatura tanto a psicologia como no campo interdisciplinar, apesar das legislações em vigor que promove o trabalho multiprofissional (BRASIL, 2007 a, 2007b, 2007c).

Diante da prevalência da obesidade no Brasil e o aumento do número de cirurgias bariátricas eleva-se a demanda pela atuação do profissional da Psicologia no que se refere ao campo da avaliação e acompanhamento pré e pós-operatória. Deste modo, o trabalho em questão tem por finalidade realizar uma revisão sistemática da literatura de modo a descrever e analisar os resultados da avaliação psicológica nos indivíduos que realizaram cirurgia bariátrica.

2 | METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão sistematizada da literatura a partir do levantamento de artigos científicos, trabalhos de dissertação e teses. As fontes da pesquisa foram Portal da Capes e Google Acadêmico. Para ampliar a busca foi utilizada a combinação dos descritores considerados mais gerais dentro do tema. E para refinar os operadores booleanos de inclusão foram adicionados, assim os termos do levantamento em ambos os sítios de busca foram respectivamente (Bariatric Surgery) AND (Psychological Assessment) e “Bariatric Surgery” AND “Psychological Assessment”. Os descritores foram determinados com o uso da terminologia pertinente a psicologia desenvolvida pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-Psi), por ser ela a ferramenta concernente a padronização do uso dos termos na área no Brasil (COSTA; ZOLTOWSKI, 2014).

O período investigado foi de janeiro de 2007 a março de 2018. Para garantir acesso a maior número de estudos a pesquisa ocorreu a partir da biblioteca de uma instituição de ensino superior. Em um primeiro momento, foram excluídos os trabalhos duplicados entre as bases de dados. Sequencialmente, aplicaram-se os critérios de inclusão, a saber, período de publicação/realização (2007 a 2018), trabalhos científicos

realizados com população brasileira e escritos em português. Utilizando os próprios sistemas de critérios das bases de dados. Esses critérios foram determinados a fim de garantir uma discussão referente a resultados que traçassem um panorama dos temas no país. O recorte de período corresponde à instituição das diretrizes para atenção a saúde e a operacionalização da assistência ao portador de obesidade grave a partir das portarias do Ministério da Saúde lançadas a partir d 2007 (BRASIL, 2007a, 2007b, 2007c).

Com a leitura dos títulos e resumos aplicou-se os critérios de exclusão. Foram excluídos: a) revisões, b) estudos com delineamento qualitativo, c) artigos de opinião, d) resumos em Anais de Congresso, e) pesquisas realizadas fora do país, f) investigações de propriedades psicométricas de instrumentos psicológicos e g) estudos que não realizaram avaliação psicológica foram tidos como critérios de exclusão. Os textos completos foram recuperados e submetidos a uma nova seleção com a utilização dos mesmos critérios de exclusão. O *EndNote* serviu ao armazenamento dos dados e para garantir a melhor procedimento para a revisão. A seleção e a análise das publicações foram feitas por dois juízes no mesmo intervalo de tempo de forma independente, para garantir adequada seleção dos artigos (COSTA; ZOLTOWSKI, 2014). As divergências da aplicação dos critérios foram resolvidas por consenso e leitura completa do material.

A extração dos dados foi feita utilizando tabelas com as categorias e a avaliação recomendadas para o tipo de estudo (COSTA; ZOLTOWSKI, 2014) e adaptações conforme o objetivo da revisão. A planilha geral incluiu: Nome do estudo (ano publicação); tipo de trabalho; tipo do estudo, referencial teórico utilizado para avaliação psicológica; objetivos; localização temporal da intervenção com o público/ amostra, contexto, instrumentos, dimensões psicológicas avaliadas, descrição dos participantes, principais achados e limites e problemas encontrados. A avaliação dos artigos pretendeu avaliar a qualidade dos artigos a partir dos ditos pontos altos comparando os resultados dos trabalhos, conseguiu atender aos objetivos da pesquisa e os delineamentos utilizados. E como pontos baixos as limitações metodológicas, problemas de amostragem e limites dos instrumentos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A figura 1 apresenta os aspectos metodológicos referentes à busca, seleção e critérios de inclusão e exclusão. Para compor esta revisão, selecionaram-se 06 estudos, publicados entre janeiro de 2007 a março de 2018 e que realizaram avaliação psicológica em pacientes pós- cirurgia bariátrica. Sendo o público brasileiro e com trabalho escrito em português. Na seleção o critério de estar escrito em língua portuguesa foi o que teve maior impacto na redução do número de trabalhos. Apesar do crescimento da quantidade de publicações na área desde 1980 (PRIMI, 2010) sobre o tema e escritos em português o número reduz-se apontando para um limite a

área e uma possibilidade para aprofundar a pesquisa. No entanto a ausência de uma resolução do Conselho Federal da Psicologia possa vir a contribuir com esse resultado. Assim como, haver pouca produção no Brasil entre a associação da obesidade com transtornos mentais (GUERRA, 2014).

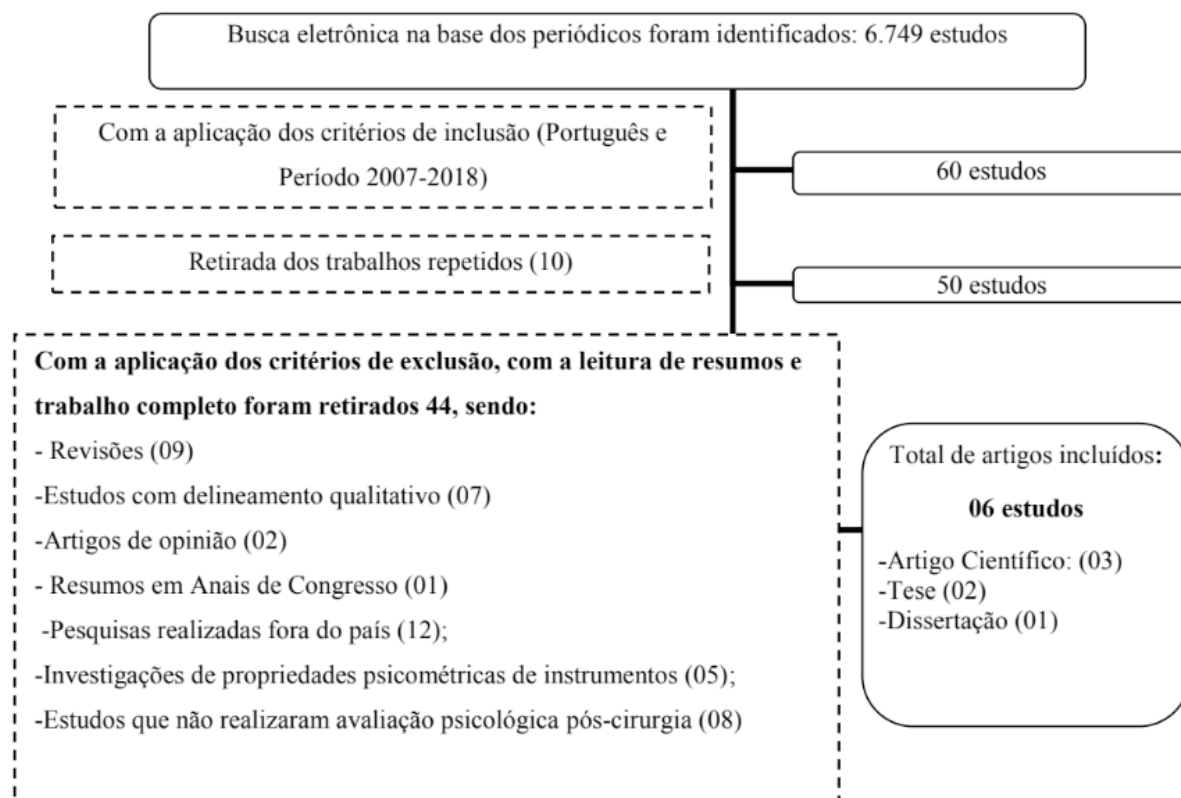


Figura 01: Fluxograma de busca de artigos.

A realização da avaliação psicológica após o procedimento da cirurgia bariátrica foi identificada nos estudos de Méa & Peccin (2017), Veiga (2017), Mota; Costa & Almeida (2014), Marques (2014), Verzon (2013) e Ribeiro; Santos; Loureiro (2011). Estes foram identificados pela sequência alfabética de “A-F”, dispostos do mais recente ao mais antigo, tendo seus títulos, ano de publicação, tipo do estudo e objetivos descritos na tabela 1.

Todos os trabalhos têm como modelos explicativos ou a justificativa do possível elo entre obesidade e as sintomatologias das doenças psiquiátricas, assim como acompanha a literatura (TRAVADO, 2004; ALCIATI et al.; NORRIS, GAUER, 2003) provavelmente por não haver consenso dessa associação (GUERRA, 2014).

Título (ano publicação)	Tipo do estudo	Objetivos
A- Sintomas de ansiedade, depressivos e uso de substâncias psicoativas em pacientes após a cirurgia bariátrica (2017)*	Transversal	Avaliar sintomas de ansiedade, depressão e uso de substâncias psicoativas em pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica
B- Evolução bioquímica, nutricional e condição psicológica em cirurgia bariátrica: estudo de coorte de 2 anos (2017)¥	Coorte	Avaliar indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica e verificar se há relação entre condição psicológica e evolução dos indicadores bioquímicos e nutricionais
C- Imagem corporal, ansiedade e depressão em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica (2014)*	Transversal	Avaliar os níveis de sintomas de ansiedade e depressão e a imagem corporal em mulheres antes e depois da cirurgia bariátrica
D- Efeito da perda de peso induzida por cirurgia bariátrica (2014)¥	Comparativo	Avaliar o impacto da perda de peso induzida pela cirurgia bariátrica sobre metabolismo cerebral e função cognitiva de obesos Correlacionar metabolismo cerebral e função cognitiva antes e após a cirurgia bariátrica com marcadores metabólicos e inflamatórios.
E- Características psicológicas do paciente obeso grave e suas implicações pós-operatórias na cirurgia bariátrica (2013)°	Comparativo	Investigar as características psicológicas e comportamentais de pacientes obesos graves submetidos à cirurgia bariátrica há pelo menos dois anos com, e sem, obtenção e manutenção de perda ponderal estimada.
F- Perfil Psicológico de mulheres e a cirurgia bariátrica: estudo exploratório (2011)*	Transversal	Caracterizar, por meio do método de Rorschach, o perfil psicológico de mulheres com obesidade grau III, antes e depois da cirurgia bariátrica, tendo como foco principal a presença de indicadores de angústia

Tabela 01: Descrição dos estudos incluídos na revisão sistemática.

Legenda: * W Científico/ ¥Tese/°Dissertação

Os instrumentos da avaliação psicológica são de uso exclusivo do profissional de psicologia (CFP, 2003) mas apenas Veiga (2017) e Marques (2014) contaram com profissional da área para aplicação dos testes psicológicos contidos em suas pesquisas. Percebe-se que não há apenas a utilização de testes aprovados pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (Satepsi). A Tabela 02 apresenta esses achados e quais as dimensões psicológicas foram avaliadas nos trabalhos dessa revisão, bem como o perfil dos participantes.

	Instrumentos	Dimensão psicológica avaliada	Perfil do público
A	Escalas Beck de Ansiedade (BAI) ± e de Depressão (BDI)±; <i>Teste de Triagem do Envolvimento com Alcool, Cigarro e Outras Substâncias (ASSIST)</i>	Ansiedade, Depressão e uso de substâncias psicoativas	20 pacientes.
B	Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL) ±; Escala Baptista de Depressão - Versão adulto (EBADE-P-A) ±; Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) ±; <i>Sobrecarga do Cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)</i>	Sintomatologia depressiva; estresse e relação entre o indivíduo e a família.	75 adultos começaram e 16 participaram de toda coorte
C	<i>Escala de figuras de silhuetas (EFS)</i> ; BDI± e BAI±	Ansiedade, Depressão e Auto-imagem	50 mulheres

D	<i>Dígitos direto e indireto (WMS-III- Wechsler);</i> Quociente de Inteligência (WASI) \pm ; <i>Testes das trilhas (Trail Making Test); Teste de identificação de figura familiares (MFFT-20); Iwo Gambling Task;</i> Teste de aprendizagem auditivo-verbal de Rey (RAVLT) \pm ; <i>Teste Stroop de cores;</i> Teste de classificação de cartas de Wisconsin \pm ; <i>Figura Complexa de Rey</i> \pm .	Memória, aprendizagem, inteligência, capacidade de controle inibitório, cognição	17 mulheres obesas
E	Método de Rorschach - Sistema Compreensivo (SC) \pm ; <i>Inventário de Personalidade de Millon (MCMI-III); Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP)</i>	Presença de transtornos clínicos e de personalidade; Transtornos Alimentares- Compulsão Alimentar Periódica	40 adultos
F	Método de Rorschach Sistema Compreensivo (SC) \pm ;	Auto-expressão	16 participantes

Tabela 02: Instrumentos de avaliação psicológica, dimensão psicológica avaliada e perfil do público.

Legenda: Itálico: Testes não aprovados pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (Satepsi)/ \pm - Testes aprovados Satepsi. Disponível em: <http://satepsi.cfp.org.br/imprimeListaTeste.cfm?status=1>. Acesso em: 12 de março de 2018.

Foram mais frequentemente avaliadas as dimensões da depressão e ansiedade, mais não há uma padronização quanto às dimensões psicológicas a serem avaliadas nos estudos, assumindo que a avaliação psicológica é um complexo e técnico procedimento que envolve a testagem psicológica, mas também, requer metodologias específicas de acordo com cada área de conhecimento, sendo ela um procedimento dinâmico e fonte de informações de caráter explicativo sobre fenômenos psicológicos que fornece subsídios as diferentes áreas de atuação do psicólogo (BORSA, MUNIZ, 2016).

Quando adequado ao indivíduo a avaliação psicológica e o acompanhamento podem ainda apoiar-se nas indicações e contra-indicações a cirurgia como elementos que possam vir a ser analisados. Como na Portaria 492/2007 indica-se como parte da fase inicial de avaliação multiprofissional no quesito psicológico verificar os transtornos do humor, do comportamento alimentar e outros relevantes para o tratamento cirúrgico da obesidade de forma que devam ser abordados, orientados e tratados (BRASIL, 2007c). Entre as maiores contra-indicações verificadas entre os candidatos a cirurgia bariátrica estão o uso/abuso/dependência de substâncias, transtornos alimentares, transtornos psicóticos, depressão e tentativas de suicídio (D'ÁVILA, BATISTA & SILVA, 2010). Todavia, retira-se a não recomendação quando o paciente esta estável (BRASIL, 2018).

Nessa revisão o uso de álcool e drogas ilícitas foi avaliada por apenas um dos estudos (MÉA & PECCIN, 2017). Outro aspecto importante pouco avaliado nos estudos inclusos na revisão foi o comportamento alimentar. Apesar das problemáticas quanto ao comportamento alimentar não serem consideradas como quesito para a elegibilidade a cirurgia, não há um consenso se a presença dos transtornos nesse aspecto seriam uma contra-indicação (ASHTON; LEE, 2008; HOUT; VERSCHURE;

HECK, 2005; FLORES, 2014). Um dos trabalhos avaliou esta dimensão, com um instrumento não indicado pelo Satepsi no país, porém a literatura indica seu uso para pesquisa (FLORES, 2014).

A maioria do público avaliado foram mulheres, tal fato pode ocorrer, pois a distribuição é mais prevalente nesse público (IBGE, 2010), bem como pelo viés de seleção e pelos fatores associados à maior utilização e procura de mulheres a serviços de saúde. E todos os estudos ocorreram em serviços especializados onde houve o procedimento de intervenção cirúrgica, exceto um que buscou ativamente os pacientes no pós-operatório (RIBEIRO, 2011).

Os principais achados dos trabalhos são apresentados na Tabela 03. Neles percebe-se a necessidade de avaliar em relação ao tempo os efeitos da cirurgia em diferentes dimensões. A maioria dos trabalhos com dados quantitativos não encontrou associação entre as doenças e/ou distúrbios relacionados à cirurgia, exceto Verzon (2013). E Ribeiro; Santos; Loureiro (2011) indicaram como as técnicas projetivas apresentam achados aos quais os testes não têm avaliado quanto as relações e a auto-imagem. Qualquer nuance de dificuldade psicológica, ou, do sujeito, é em alguma medida sempre multifatorial. Daí cabe ao profissional avaliar e articular o contexto e os objetivos da avaliação, no caso com o antes e depois da cirurgia bariátrica, de maneira que sejam respeitadas as suas especificidades enquanto técnica e que atendam o perfil do indivíduo. Essas diferentes características e demandas também são essenciais para a escolha dos testes psicológicos, o que requer boa técnica e formação. Mesmo que os testes não consigam sozinhos responder a todas as questões, estas são ferramentas úteis, e que podem ser complementados por informações de outras fontes a fim de ter em mãos recursos, métodos e técnicas coerentes as fases e o desenvolvimento do indivíduo (BORSA, MUNIZ, 2016).

	Principais achados
A	A intensidade dos sintomas depressivos aumenta proporcionalmente ao uso de substâncias, ou vice-versa. A cirurgia bariátrica não é um fator significativo para o desenvolvimento de depressão e ansiedade.
B	Quando existe sintomatologia baixa de depressão e as alterações bioquímicas no pré-operatório há melhor prognóstico no pós-operatório entre os indivíduos.
C	Diminuição dos sintomas de ansiedade e estresse após a cirurgia bariátrica. E percepção negativa da auto-imagem com a perda de peso no pós-procedimento.
D	Não houve diferença significativa entre os grupos no desempenho dos testes neuropsicológicos antes e após a cirurgia. No entanto, refere-se que a função executiva melhorou entre as mulheres obesas quando comparadas a mulheres eutróficas.
E	A cirurgia não garante a manutenção da perda de peso. Os indivíduos com maior tempo de cirurgia apresentam elevação de transtornos clínicos (depressivo maior; somatoforme, distímia). Aqueles que tiveram perda de peso < 50% após a cirurgia, apresentaram maior gravidade nos transtornos de personalidade e compulsão alimentar comparados aqueles com perda de peso superior a 50% do peso antes da cirurgia.
F	Após a cirurgia as mulheres tendem a aumentar sua produtividade, a se ater mais a detalhes das situações, com diminuição de resposta de detalhe branco relacionado aos indicadores de submissão e passividade frente ao meio. Não foram verificadas diferenças na percepção da auto-imagem quando comparado o grupo antes e após a cirurgia. Os indicadores de vivências de angústia tornaram-se descontroladas.

Tabela 03: Principais achados

Alguns fatores são considerados relevantes à avaliação psicológica no pré-operatório (FLORES, 2014), quais podem ser avaliados de forma contínua no pós-procedimento, logo que versam sobre os aspectos psicossociais, habilidades em aderir a as recomendações, comportamento alimentar, co-morbididades psiquiátricas pregressas, motivações e suporte social, funcionamento cognitivo e autoestima.

Na tabela 04 são apresentados a avaliação da qualidade dos estudos identificados pelo(s) autor(es). Os trabalhos de coorte tiveram grandes perdas de segmento trazendo fragilidade aos resultados encontrados nos trabalhos. Com exceção de um trabalho que não apontou nenhum limite metodológico os demais reconheceram o problema do tamanho amostral sem reconhecer qualquer outro limite quanto à adequação ou não as questões iniciais do estudo. Alguns desenhos não se adéquam a pergunta inicial e mesmo não respondendo a questão não são reconhecidos os limites metodológicos. Os instrumentos utilizados não passaram por análise de adequação ou de administração quanto à quantidade de testes, sendo esses mais um problema de qualidade.

	Limites metodológicos identificados pelo(s) revisor(es)	Problemas com os instrumentos identificados pelo(s) revisor(es)
A	Tamanho da amostra reduzido e a correlação encontrada entre sintomas depressivos e o consumo de álcool não foi avaliado quanto ao tempo ou variação de intensidade dos sintomas.	Não identificado
B	Perda grande de segmento durante a coorte.	Não identificado
C	Tamanho da amostra e instrumento com limite técnico para aplicação antes e depois no grupo.	O instrumento de avaliação da auto-imagem - (EFS)- não comporta silhuetas com ÍMCI correspondente aos das pacientes antes da cirurgia (existe um limite técnico em seu uso).
D	Não houve crítica quanto aos resultados e nem a indicação de limites da pesquisa. .	Alta quantidade de testes, sem critérios ou justificativas para o uso dos instrumentos utilizados.
E	Tamanho da amostra reduzido.	Não identificado
F	Tamanho da amostra e composição única por mulheres.	Não identificado

Tabela 04: Avaliação da qualidade dos estudos

Os resultados dos trabalhos apontam para necessidade de novos desenhos de pesquisa e práticas profissionais para área, incluindo novas dimensões psicológicas e relações a serem observadas. Permanece a recomendação do avanço quanto ao uso e criação de protocolos das práticas aos profissionais de Saúde Mental (FLORES, 2014). Quanto à avaliação da qualidade observam-se como um dos maiores limites as amostras serem intencional e não representativas e a diversidade de desenhos credita-se a ideia de facilidade dos procedimentos de coleta dos dados durante o desenvolvimento das pesquisas como um critério que tenha sido utilizado pelos pesquisadores nos títulos avaliados.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho enquanto revisão pretendeu ampliar a avaliação do campo teórico e dar uma perspectiva dos resultados encontrados e os procedimentos realizados até o momento. Os limites deste trabalho versam quanto à metodologia de busca e seleção dos trabalhos que pode ter sido influenciada devido o período avaliado e os descritores adotados. Apesar da intenção de verificar os trabalhos no país ter sido intencional, a perda de publicações devido o uso do critério da língua também foi tida como um elemento a ser repensada em revisões futuras, a ampliação pode incorporar nova perspectiva quanto a problemática aqui analisada.

Os limites dos estudos não permitiram configurar os procedimentos e práticas possíveis no pós-cirúrgico à psicologia. Esta revisão permitiu identificar a ausência de instrumentos e pesquisas na avaliação psicológica no uso de drogas ilícitas e álcool; compulsão alimentar e outros transtornos de saúde mental e de auto-imagem. A prática do profissional de psicologia no contexto da realização da cirurgia bariátrica corresponde a um campo em pleno desenvolvimento, na prática e na pesquisa. Como ampliar e ter qualidade no cuidado e na assistência elementos a serem aprofundados a partir da pesquisa na área, em momentos antes e pós-operatório, bem como na manutenção dos cuidados ao paciente. Para corroborar com essa demanda é crucial maior investimento das agências financiadoras de pesquisa e órgãos da área de psicologia e afins.

REFERÊNCIAS

ALCIATI, A; D'AMBROSIO, A; FOSCHI D.; CORSI F.; MELLADO, C. ANGST J. Bipolar spectrum disorders in severely obese patients seeking surgical treatment. **J Affect Disord**, 2007, 101 (1-3): 131-8.

ASHTON, MC; LEE K. The prediction of Honesty- Humility related criteria by the HEXACO and Five-Factor Models of personality. **J Res Pers** (2008), 42(5), 1216-28.

BORSA, Juliane Callegaro; MUNIZ, Monalisa. Testagem Psicológica com crianças e adolescentes. Cap. 20. In: **Psicodiagnóstico**. Organizadores, Claudio Simon Hutz et al. – Porto Alegre : Artmed, 2016.

BRASIL. Atenção Especializada e Hospitalar. **Indicações para Cirurgia Bariátrica**. Ministério da Saúde, Informações de Saúde, 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/especialidades/obesidade/tratamento-e-reabilitacao/indicacoes-para-cirurgia-bariatrica>>. Acesso em: 12 de março de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Portaria n. 1.570 de 28 de junho de 2007.. Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1570_28_06_2007.html. Acesso em 06 de Março de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Portaria n. 1.569 de 28 de junho de 2007**. Institui as diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e à assistência ao portador de obesidade. Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html>. Acesso em 06 de Março de 2018.

BRASIL. Secretaria de Atenção a Saúde. **Portaria n. 492, de 31 de agosto de 2007**. Definir a Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave. Ministério da Saúde, SAS. 2007c.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Resolução n. 02 de março de 2003**. Define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos e revoga a Resolução CFP n. 025/2001. Brasília, 2003. Disponível em: site.cfp.org.br/resolucoes/resolucao-n-2-2003/> Acesso em: 12 de março de 2018.

COSTA, Angelo Brandelli; ZOLTOWSKI, Ana Paula Couto. Como escrever um artigo de revisão sistemática. Cap. 3. In: KOLLER, Maria Clara P. de Paula Couto HOHENDORFF, Jean Von. **Manual de produção científica**. Porto Alegre: Penso, 2014.

D'ÁVILA RL, BATISTA E SILVA H. Resolução nº. 1.942, de 5 de fevereiro de 2010. Brasília: **Conselho Federal de Medicina**; 2010

FLORES, Carolina Aita. Avaliação psicológica para cirurgia bariátrica: práticas atuais. (2014) **Arq Bras Cir Dig**, 27 (Suppl. 1): 59-62.

GUERRA, Leorides Severo Duarte. Frequência de transtornos mentais em pacientes obesos candidatos à cirurgia bariátrica por meio de entrevista clínica estruturada para transtornos do DSM. **[dissertação]**. Orientador Wang Yuan-Pang. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Psiquiatria. São Paulo, 2014.

HOUT, GCM; VERSCHURE, SKM; HECK GL. Psychosocial predictors of success following bariatric surgery. **Obes Surg** 2005 Apr; 15(4):552-560.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**. Medidas Antropométricas. Brasília, 2010. Disponível: <https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/impressa/ppts/0000000108.pdf>>. Acesso em: 12 de março de 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa de Orçamentos Familiares – 2008-2009**. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pb#>>. Acesso em: 05 fev. 2018.

LOPES, C. S. Obesidade e Saúde Mental: evidências e controvérsias. In: KAC, G.; SICHIERI, R.; GIGANTE, D. P. **Epidemiologia Nutricional**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2007.p. 473-484.

MAGDALENO-JÚNIOR, Ronis; CHAIM, Elinton Adami; TURATO, Egberto Ribeiro. Surgical treatment of obesity: some considerations on the transformations of the eating impulse. **Rev.Latinoam. Psicopat**. V. 13, n.3, p. 425-440, 2010.

MARQUES, Emerson Leonildo. Efeito da perda de peso induzida por cirurgia bariátrica sobre metabolismo cerebral e função cognitiva. **[Tese]** Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação de Endocrinologia. Orientadora Cintia Cercato. São Paulo, 2014.

MÉA, Cristina Pilla Della, & PECCIN, Carlisa. (2017). Sintomas de ansiedade, depressivos e uso de substâncias psicoativas em pacientes após a cirurgia bariátrica. **Revista Psicologia e Saúde**, 9(3), 119-130.

MOTA, Diana Cândida Lacerda, COSTA, Telma Maria Braga, & Almeida, Sebastião Sousa. (2014). Imagem corporal, ansiedade e depressão em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. **Psicologia: teoria e prática**, 16(3), 100-113.

NORRIS, R. V. GAUER, G. J. C. Transtorno do stresse pós-traumático e transtorno do humor bipolar. **Rev.Bras. Psiquiatria**, 2003; 25(Supl): 55-61.

PRIMI, Ricardo. Avaliação psicológica no Brasil: fundamentos, situação atual e direções para o

futuro. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília , v. 26, n. spe,p. 25-35, 2010 .

SANTOS, N. H. A. **Associação entre padrões alimentares e índice de massa corporal em crianças e adolescentes no nordeste do Brasil, 2010**.2014. 108f. (Dissertação) Programa de Pós Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde da Escola de Nutrição, da Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2014

SCHAKAROWSKI, Fabiana Brum, & OLIVEIRA, Viviane Ziebell de. (2014). O corpo (im)possível através da intervenção cirúrgica: uma revisão sobre imagem corporal, obesidade e cirurgia bariátrica. **Aletheia**, (45), 177-189.

TAE, Barbará. et al. O impacto da cirurgia bariátrica nos sintomas depressivos e ansiosos, comportamento bulímico e na qualidade de vida. **Rev. Col. Bras.**, 41(3), 155-160, 2014.

TRAVADO, Luiza et al. Abordagem psicológica da obesidade mórbida: caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. **Análise Psicológica**, v.3, n.22, p. 533-550, 2004.

VEIGA, Alessandro Gabriel Macedo. Evolução bioquímica, nutricional e condição psicológica em cirurgia bariátrica: estudo de coorte de 2 anos. **[tese]** Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Medicina de Botucatu. Orientador> Silva Justina Papini. Botucatu, 2017. <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/152702>

VENZON, Clarissa Nesi. Características psicológicas do paciente obeso grave e suas implicações pós-operatórias na cirurgia bariátrica. **[Dissertação]** Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Natal, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity and overweight**, Geneva, WHO, 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>>. Acesso em: 05 fev 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity: preventing and managing the global epidemic, report of WHO consultation. WHO Technical Report Series 894**. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>. Acesso em: 7/03/2018.

CARACTERÍSTICAS DO USO DE BENZODIAZEPÍNICOS POR PACIENTES ATENDIDOS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DJALMA DE HOLANDA CAVALCANTE EM RECIFE-PE

Pablo Nunes Teles de Mendonça

Universidade Maurício de Nassau
Recife – Pernambuco

Leonardo José Vieira Queiroz Filho

Universidade Maurício de Nassau
Recife – Pernambuco

Antonio Malan dos Santos Nascimento

Universidade Maurício de Nassau
Recife – Pernambuco

Tássio Martins de Oliveira

Universidade Maurício de Nassau
Recife – Pernambuco

Domingos Sávio Barbosa de Melo

Universidade Maurício de Nassau
Recife – Pernambuco

RESUMO: Os benzodiazepínicos (BZD) são drogas que agem diretamente no sistema nervoso central, alterando aspectos cognitivos e psicomotores. Estão entre as drogas mais prescritas no mundo. Na atenção básica, um dos desafios é a abordagem em saúde mental dos pacientes portadores de transtorno depressivo/ansioso ou ao portador de algum sofrimento mental. Este trabalho tem como objetivo identificar o perfil dos usuários de benzodiazepínicos na atenção primária e as características de sua utilização. Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal e analítico, com abordagem quantitativa, realizada por

meio de aplicação de um questionário adaptado no período de três meses. Como resultados, destacaram-se a faixa etária de 50 anos ou mais, gênero feminino e, em relação à escolaridade, o primeiro grau incompleto. Os medicamentos mais usados foram o Clonazepam seguido do Diazepam. A maioria dos pacientes afirmaram serem dependentes da medicação, fazendo uso de forma crônica, muitos por mais de 10 anos; e que já tentaram interromper o uso da medicação, muitas vezes sem sucesso. Faz-se presente a necessidade de reorganizar o processo de trabalho na instituição investigada, de forma que se propicie uma adequação das prescrições e um seguimento mais eficaz destas. Conhecer o motivo pelo qual alguns pacientes da USF Djalma Cavalcante de Holanda estão fazendo uso de benzodiazepínicos e suas principais características contribuirá para o desenvolvimento futuro de trabalhos educativos junto à comunidade, possibilitando assim a diminuição do uso indiscriminado dessa classe de fármacos.

PALAVRAS-CHAVE: Benzodiazepínicos, Ansiolíticos, Atenção primária, Consumo de medicamentos.

ABSTRACT: Benzodiazepines (BZDs) are drugs that act directly on the central nervous system, altering cognitive and psychomotor aspects. They are among the most prescribed

drugs in the world. In primary care, one of the challenges is the approach in mental health of the patients with depressive / anxious disorder or to the patient of some mental suffering. This study aims to identify the profile of benzodiazepine users in primary care and the characteristics of their use. This is a descriptive cross-sectional and analytical study, with a quantitative approach, carried out through the application of an adapted questionnaire in the three-month period. As results, the age group of 50 years or more, female gender and, in relation to schooling, the incomplete first degree were highlighted. The most commonly used drugs were Clonazepam followed by Diazepam. Most patients reported being dependent on the medication, making use of chronic, many for more than 10 years; and who have tried to stop using the medication, often without success. It is necessary to reorganize the work process in the investigated institution, in order to allow an adaptation of the prescriptions and a more effective follow-up of the prescriptions. To know the reason why some USF patients Djalma Cavalcante de Holanda are using benzodiazepines and their main characteristics will contribute to the future development of educational work in the community, thus enabling the reduction of the indiscriminate use of this class of drugs.

KEYWORDS: Benzodiazepines, Anxiolytics, Primary care, Drug use.

1 | INTRODUÇÃO

De acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção básica é responsável, pelo conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (M.S, 2005). Na década de 90, o Programa de Saúde da Família, ora denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi criado com o objetivo de prevenir e promover a saúde da população brasileira. A atenção básica é o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, e se orienta pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo de continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. E nestes tempos, no qual o uso de medicamentos destinados ao controle de estresse, ansiedade, insônia e fobias estão no auge do consumo, devido ao ritmo da vida moderna. A atenção básica se torna uma porta de entrada importante para pacientes e suas famílias que necessitam de atenção psicossocial (M.S, 2005).

Na atenção básica, um dos desafios é a abordagem em saúde mental. O tratamento do portador de transtorno depressivo/ansioso ou ao portador de algum sofrimento mental caracterizou-se por muito tempo pelo afastamento do indivíduo de seu convívio social e familiar. Entretanto. Atualmente o que se busca é uma estratégia de atendimento dessa população que possibilite a sua reinclusão na família e comunidade e sua conscientização para o uso racional dos seus psicotrópicos e em especial dos benzodiazepínicos (BZD) (PEREIRA, 2009).

Disponíveis desde 1960 e com um controle rigoroso de sua prescrição devido

ao seu potencial de adição, através do formulário azul e da retenção de receita, os benzodiazepínicos são uma classe dos psicofármacos das mais prescritas atualmente (ROSENBAUM JF, 2005).

No Brasil, é a terceira classe de drogas mais prescritas, sendo utilizada por aproximadamente 4% da população (PEREIRA, 2009). Os benzodiazepínicos são drogas que agem diretamente no sistema nervoso central, alterando aspectos cognitivos e psicomotores no organismo (ROSENBAUM JF, 2005). Hoje em dia, são indicados apenas para o tratamento agudo e subagudo de ansiedade, insônia e crises convulsivas, embora, no passado, tenham sido usados como primeira linha de tratamento para vários transtornos, principalmente psiquiátricos. Esse grupo de substâncias se caracterizam pela ação no sistema de neurotransmissão do ácido gama-amino-butírico (GABA), que é o principal sistema de neurotransmissão inibitória do SNC. A ação desse grupo de fármacos em receptores localizados no complexo GABAA promove a abertura de canais de cloro com promovendo influxo do ânion para dentro do neurônio e consequente hiperpolarização da célula (COELHO, 2006).

Os usuários de BZD são, em maioria, mulheres (duas a três vezes mais do que homens), e seu número aumenta conforme a idade. No Brasil, é usado principalmente por divorciadas ou viúvas, com menor renda, de 60 a 69 anos de idade. Seu uso é três vezes mais provável em pacientes portadores de transtornos psiquiátricos (ROSENBAUM JF, 2005).

A prescrição desses fármacos, em geral, também é inadequada, em especial no nível primário de atendimento. Os principais motivos para tal são a falta de tempo, a subestimação da quantidade de usuários, da gravidade do uso, dos efeitos colaterais e até mesmo a não observação dos guidelines (PEREIRA, 2009). O uso desses fármacos deve ser norteado pela administração das menores doses terapêuticas e pelo menor período de tempo possível devido aos riscos de dependência e abuso (FIRMINO K.F, 2008). O potencial de abuso dos BZD foi relatado nos anos 70, quando estudos evidenciaram o desenvolvimento de dependência e sintomas de abstinência em doses terapêuticas de Diazepan (LARANJEIRA R, 2018).

O Brasil carece de dados a respeito da utilização de BZD, em especial para a população que se utiliza de unidades básicas de saúde (UBS), o pilar do atendimento primário. Deste modo, é interessante para a saúde pública a análise dos usuários, seu perfil socioeconômico e de uso, além da adequabilidade da prescrição, neste cenário frequentado principalmente por mulheres (ROSENBAUM JF, 2005).

O uso e abuso dos BDZ ganhou nos últimos anos status de um grave problema de saúde pública, uma vez que sua indicação muitas vezes é feita indiscriminadamente, gerando mais malefícios do que benefícios. Conhecer o motivo pelo qual alguns pacientes da USF Djalma Cavalcante de Holanda estão fazendo uso de benzodiazepínicos e suas principais características contribuirá para o desenvolvimento futuro de trabalhos educativos junto à comunidade, possibilitando assim a diminuição do uso indiscriminado dessa classe de fármacos.

Diante disso, o presente trabalho tem como objetivo identificar o perfil dos usuários de benzodiazepínicos na atenção primária e as características de sua utilização.

2 | METODOLOGIA:

A presente pesquisa trata-se de um estudo descritivo de corte transversal e analítico, com abordagem quantitativa, na USF Djalma de Holanda Cavalcante, Estado de Pernambuco, durante 3 meses. A população foi formada por pacientes em uso de benzodiazepínicos atendidos na unidade de saúde da família Djalma de Holanda Cavalcante e a análise estatística foi realizada através da utilização do programa Epi Info 7.2. Foram realizadas análises descritivas para a determinação das frequências, além do cálculo de P value e teste do qui-quadrado, considerando como significantes os valores de $p < 0,05$.

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa (CEP) via Plataforma Brasil sob número do CAAE 92405118.6.0000.5193.

A coleta dos dados foi realizada 02 vezes na semana, no turno da manhã e da tarde, durante as consultas médicas dos pacientes atendidos em uma USF do município de Recife, Pernambuco, no referido período de estudo. A coleta de dados foi realizada por meio de aplicação de um questionário adaptado preenchida pelos pesquisadores. O questionário foi composto de 21 perguntas sendo 10 sobre o perfil socioeconômico e 11 sobre as características de uso dos BZD. Foram excluídos do trabalho os pacientes com demência grave ou que não sabiam informar suas características socioeconômicas e de uso da medicação. A realização deste estudo foi baseada pela Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa será preservada. Foi aplicado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a todos os interessados em participar nesta pesquisa. A preservação da privacidade dos sujeitos será garantida por meio do Termo de Compromisso do Pesquisador.

3 | RESULTADOS

No presente trabalho foram entrevistados 50 pacientes que utilizavam benzodiazepínicos na USF Djalma de Holanda Cavalcanti, sendo a população estimada da USF 9000 pacientes. Com relação aos dados sociodemográficos dos pesquisados, verificou-se, como mostrado na Tabela 1, que dos 50 pacientes entrevistados a faixa etária mais prevalente foi de 50 anos ou mais (70%), a maioria foi composta pelo sexo feminino (62%), consideravam-se de etnia branca (58%). A respeito da escolaridade dos entrevistados, ficou constatado que 68% não chegaram a começar o ensino médio (sem instrução e ensino fundamental completo ou incompleto), e apenas 1 (2%) possuía ensino superior. No que concerne religião, foi constatado que a maioria afirmou serem

católicos (50%) ou evangélicos (42%). De acordo com os dados coletados a renda familiar mensal mais prevalente foi de até 1 salário mínimo (55,1%), apenas 2 (4,10 %) afirmaram reverberação de 4-5 salários mínimos e nenhum entrevistado recebia mais de 5 salários mínimos. Não houve diferença entre os solteiros e casados, cada grupo contendo 38% da amostra. A maioria dos entrevistados possuía 2-3 pessoas vivendo em sua residência (40%). Todas as moradias eram de alvenaria e 94% possuíam saneamento básico em sua residência. A ausência de atividade física estava presente em 88% dos entrevistados.

Durante a pesquisa, foram identificados 5 tipos de benzodiazepínicos utilizados como mostrado na tabela 2. O medicamento de maior uso pelos entrevistados foi o Clonazepam, referido por 31 pacientes (62%), seguido por Diazepam, 9 (18%), Alprazolam 03 (6%), Bromazepam 5 (10%) e Lorazepam 2 (4%). Em relação ao horário das medicações, pôde-se constatar que a maior parte (84%) faz uso no horário correto das medicações. Pelo menos 1 familiar também fazia uso de BZD em 30,6% dos entrevistados. A principal indicação foi ansiedade (36,7%), seguido de insônia (28,5%) e síndrome do pânico (14,3%). Encontramos um perfil de uso crônico tendo que 36% dos pacientes faziam uso de benzodiazepínicos há mais de 10 anos, onde a maioria da amostra relatou não ser capaz de viver sem a medicação (74%). Na tabela 3 evidenciamos que 70% já tentaram em algum momento interromper uso da medicação, não obtendo sucesso em 94,3% das vezes, sendo o principal motivo do insucesso o aparecimento de insônia na ausência da medicação em 36,1%, seguido de ansiedade em 19,4%. E, mesmo aqueles que relataram sucesso na interrupção do tratamento, no momento da pesquisa estavam em uso da medicação.

4 | DISCUSSÃO

Os benzodiazepínicos são drogas que agem diretamente no sistema nervoso central, alterando aspectos cognitivos e psicomotores. Estão entre as drogas mais prescritas no mundo. Principalmente por sua excelente eficácia terapêutica associado ao baixo risco de intoxicação, o que leva a grande preferência da classe médica a esses medicamentos. Seus principais efeitos terapêuticos são a sedação, hipnose e relaxamento muscular. (FORSAN, 2010).

No que concerne ao gênero, as pessoas do sexo feminino representam 62% dos usuários de BDZ do estudo atual; concordando com a literatura onde mulheres os utilizam em proporção duas vezes maior que homens. Sendo a maioria das prescrições de benzodiazepínicos dirigida a mulheres e idosos com insônia ou com queixas físicas crônicas (HUF et al, 2000). Esta prevalência por mulheres pode ser explicada porque as mesmas, se comparado ao gênero oposto, tendem a dar mais importância a transtornos afetivos, como ansiedade e depressão, e procurar serviços de saúde com maior frequência (ALONSO et al, 2004).

Variável	N = 50	%
Sexo		
Masculino	19	38%
Feminino	31	62%
Idade		
18-30 anos	01	2%
31-40 anos	04	8%
41-50 anos	10	20%
>50 anos	35	70%
Estado Civil		
Solteiro	19	38%
Casado	19	38%
Divorciado	04	8%
Viúvo	08	16%
Etnia		
Branca	23	46%
Negra	03	6%
Parda	18	36%
Amarela	06	12%
Religião		
Católica	25	50%
Evangélica	21	42%
Espirita	02	4%
Outra	02	4%
Nº de pessoas por residência		
1 pessoa	09	18%
2-3 pessoas	22	44%
4-5 pessoas	14	28%
>5 pessoas	05	10%
Renda Familiar		
Até 1 salário	27	55,1%
2-3 salários	20	48,8%
4-5 salários	02	4,10%
>5 salários	00	0%
Tipo de residência		
Tijolo	50	100%
Taipa	00	0%
Outro	00	0%
Saneamento básico		
Sim	42	84%
Não	08	16%
Escolaridade		
s/ instrução	11	22%
Ensino Fundamental	23	46%
Ensino Médio	15	30%
Ensino Superior	01	2%

Tabela 1: Características demográficas dos entrevistados (idade, sexo, estado civil, etnia, número de pessoas por residência, renda familiar, religião, escolaridade, tipo de moradia e presença de saneamento básico)

Variável	N=50	%
Benzodiazepínico utilizado		
Clonazepam	31	62%
Diazepam	09	18%
Alprazolam	03	6%
Bromazepam	05	10%
Lorazepam	02	4%
Motivo de uso		
Ansiedade	18	36,7%
Insônia	14	28,6%
Síndrome do pânico	07	14,3%
Outras comorbidades	09	18,4%
Não sabe informar	01	2%
Uso em horário correto		
Sim	42	84%
Não	08	16%
Tempo de uso		
Até 1 ano	00	0%
>1 ano	04	8%
>2 anos	16	32%
>5 anos	12	24%
>10 anos	18	36%
Nº de familiares que utilizam benzodiazepínicos		
0	34	69,40%
1	11	22,45%
2	03	6,10%
3 ou mais	1	2,05%
Atividade Física		
Não	44	88%
Sim	6	12%
Dependente da medicação		
Sim	38	76%
Não	12	24%

Tabela 2: Benzodiazepínico utilizado, motivo do uso, tempo de uso, nº de familiares que utilizam benzodiazepínicos, dependência da medicação, uso em horário correto.

Fonte: Dados da pesquisa

Variável	N	%
Tentativa prévia de interrupção		
N=50		
Sim	35	70%
Não	15	30%
Sucesso ou insucesso na interrupção		
N=35		
Sucesso	2	5,7%
Insucesso	33	94,3%
Motivo do Insucesso		
N=33		
Ansiedade	07	21,2%
Insônia	13	39,3%

Tremores	03	9%
Palpitações Cardíaca	01	3%
Outros	09	27,2%

Tabela 3: Pacientes que tentaram interromper a medicação e obtiveram sucesso ou insucesso e, de acordo com o insucesso o motivo do mesmo

Fonte: Dados da pesquisa

A faixa etária de maior utilização do estudo condiz com o descrito na literatura sendo o uso dos BDZ mais prevalente na faixa etária acima dos 50 anos (ANTHIERENS et al, 2007).

Foi encontrado que pessoas em relacionamento estável apresentam a mesma tendência de uso que solteiros, o que está em desacordo com o estudo espanhol de atenção primária, onde foi encontrado um percentual maior de uso por pessoas em relacionamento estável (ESCRIVA et al, 2000).

Em relação à escolaridade, apenas 30 % dos entrevistados frequentaram o ensino médio e 2% o superior. Concordando com a literatura que demonstra uma prevalência maior em pessoas que possuem o primeiro grau incompleto (TELLES FILHO et al., 2011).

Alguns estudos apontam que embora a baixa renda seja um fator de risco para o consumo de psicofármacos, em grupos com renda mais elevada, também se observa o consumo significativo desses fármacos (LIMA et al, 2008). No atual estudo, mais da metade dos entrevistados tinham renda familiar de até um salário mínimo e 48,8 % tinham entre dois e três salários; nenhum entrevistado recebia mais de 5 salários. Alguns estudos, também, associam o maior predomínio no uso de ansiolíticos entre trabalhadores que encaram grandes jornadas de trabalho e ficam mais expostos ao estresse. Essa característica pode colaborar para um início precoce no consumo dessa medicação e o consequente uso crônico, através da compulsão, em idades mais avançadas (TELLES FILHO et al., 2011).

A prática de atividade física regular, tem como resultado diversas adaptações orgânicas frente à exigência metabólica e estado corporal. Deste modo, ao adotar um estilo de vida mais ativo, baseado em exercícios regulares, reduz os riscos de desenvolvimento da maior parte das doenças crônico-degenerativa (FERREIRA et al, 2001). Em nossa pesquisa, a não realização de atividade física (88% dos pacientes) estava associada ao uso dos Benzodiazepínicos. Além disso, realizar atividades físicas com frequência diminui os níveis de estresse, ansiedade e depressão. Assim, indivíduos ativos são menos acometidos destas patologias do mundo moderno. E isto acontece, especialmente, por conta da liberação de endorfinas pelo corpo a partir dessas atividades motoras.

No Brasil, a alta prevalência do uso de Diazepam e Clonazepam é justificada pelo Programa Nacional de Assistência Farmacêutica que distribui gratuitamente esses dois medicamentos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). O estudo atual verificou

uma prevalência maior de Clonazepam (62%) sobre Diazepam (18%) diferentemente do estudo realizado por Telles Filho et al. (2011) que demonstrou que os medicamentos mais usados eram Diazepam (37,03%) seguido de Clonazepam (25,92%).

Os principais empregos clínicos são em casos de ansiedade agregado a condições cardiovasculares ou gastrintestinais, perturbação do sono, convulsões, espasmos musculares involuntários, etilismo e dependência a outras substâncias (TELLES FILHO et al., 2011). Em nosso estudo a principal indicação foi ansiedade (36,7%), seguido de insônia (28,5%) e síndrome do pânico (14,3%). O que está de acordo com o estudo citado anteriormente.

Insônia e ansiedade são sintomas que exigem investimento, recursos terapêuticos, gastos financeiros e motiva sérias consequências para a saúde, no rendimento e na qualidade de vida do paciente (WALSH, USTUN, 1999). A prevalência da insônia no Brasil e episódios de ansiedade, em geral aparecem em cerca de 12% a 76% da população, levando em conta o tipo de pesquisa e critério utilizado no levantamento (Rocha, 2000). Em um estudo feito em Campo Grande-MS, Souza et al. (2002) depararam com o predomínio de insônia em 19,1% da população analisada.

Sobre o tempo de utilização da medicação, o perfil medicamentoso foi crônico, sendo 36% da amostra em uso de BZD há mais de 10 anos. Foi notado que todos os usuários já utilizavam a medicação por pelo menos 1 ano. Embora a literatura preconize que os BDZ devam ser utilizados por um curto período de tempo, o que se observa mundialmente, que se repete nesse estudo, é a continuidade do uso por um tempo indeterminado (LUIJENDIJK, 2007).

Tanto médicos quanto pacientes declaram que os benzodiazepínicos são as drogas mais difíceis de cessar o consumo, e os estudos mostram que 50% dos pacientes que interromperam um tratamento com benzodiazepínicos retornam o uso após o período de um ano. Em nosso estudo evidenciamos que 70% já tentaram em algum momento interromper uso da medicação, não obtendo sucesso em 94,3% das vezes e o principal motivo do insucesso foi o aparecimento de insônia na ausência da medicação em 36,1% seguido de ansiedade 19,4%.

Segundo Nordon et al. (2009), a alta incidência de tentativas de descontinuar o uso dos BZD pode ser um reflexo do próprio motivo do consumo: a queixa de ansiedade, que é a segunda mais predominante (39,5%), algo relativamente controlável com a mudança de pensamento. A insônia, também, pode ser uma queixa inconstante (e controlável de acordo com a ansiedade), o que acarretaria a uma maior interrupção do uso crônico.

5 | CONCLUSÃO

Através deste trabalho, foi observado o padrão de uso de BZD pelos pacientes da USF Djalma de Holanda Cavalcanti, analisando as características de uma população

de baixa renda e escolaridade, sendo a amostra composta predominantemente de mulheres com faixa etária de 50 anos ou mais, em relacionamento estável ou solteiras. O BZD mais utilizado foi o Clonazepam, e a maioria da amostra iniciou o tratamento para tratar ansiedade ou insônia. Uma grande parcela da amostra relatou ser dependente da medicação, não conseguindo viver sem a mesma.

Muitos dos pacientes já tentaram interromper seu uso previamente e a taxa de insucesso foi bastante alta, sendo seu principal motivo crises de insônia. Mesmo os pacientes que relataram ter tido sucesso numa interrupção prévia da medicação, no momento do exame, por alguma razão, faziam uso da mesma.

Os autores acreditam que este trabalho contribui um pouco mais para os conhecimentos das características da população atendida pelo serviço primário de saúde em bairros carentes. A necessidade de mais estudos a respeito, tendo em vista as danosas consequências do uso prolongado de BZD, são bastante necessárias e ajudariam a diminuir a prescrição desses medicamentos para uso crônico.

REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Programa Saúde da Família. Brasília (DF); 2005.** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 27 fev. 2018.

PEREIRA, Alexandre. A; VIANNA, Paula. C.M. **Saúde Mental.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009.p.76.

ROSENBAUM JF. **Attitudes toward benzodiazepines over the years.** J Clin Psychiatry. 2005;66 Suppl 2:4-8.

COELHO, F.M.S. et al. Benzodiazepínicos: uso clínico e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina,** São Paulo, v.63, n.5, p. 196-200, 2006.

FIRMINO, K.F. **Benzodiazepínicos: um estudo da indicação/prescrição no Município de Coronel Fabriciano.** Dissertação (mestrado 2008) - Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais,

LARANJEIRA R, Castro LAPG. **Dependência de Benzodiazepínicos.** Disponível em: <<http://www.uniad.org.br>>. Acesso em: 27 fev. 2018.

FRIEDMAN, L; Fleming, NF; Roberts, DH; Hyman, SE - **Source Book of Substance Abuse and Addiction.** Baltimore, Maryland, USA. Williams & Wilkins, 1996

TELLES FILHO, P. C. P. et al. **Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma estratégia de saúde da família: implicações para enfermagem.** Escola Anna Nery. Rio de Janeiro, v. 15, n. 3,p. 581-586, jul./set. 2011.

HUF, G. et al. **O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 351-362, abr./jun. 2000.

ESCRIVA R, Pérez A, Lumbreras C, Molina J, Sanz T, Corral MA. **Prescripción de benzodiazepinas en un centro de salud: prevalencia, cómo es su consumo y características del consumidor.** Aten Primaria. 2000;25(2):107-10.

ANTHIERENS S, Habraken H, Petrovic M., Christiaens T. The lesser evil? **Initiating a benzodiazepine prescription in general practice: a qualitative study on GPs perspectives.** Scand J Prim Health Care. 2007;25(4):214-9.

WALSH J, Ustun B. **Prevalence and health consequences of insomnia.** *Sleep* 1999; 22(Suppl 3):S427-S36.

ROCHA F. **Um estudo com base populacional de hábitos de sono, prevalência e fatores associados a insônia.** [Tese] Brasília: Universidade de Brasília; 2000.

SOUZA JC, Magna LA, Reimão R. **Insomnia and hypnotic use in Campo Grande general population, Brazil.** *Arq Neuropsiquiatr* 2002; 60(3-B):702-7.

ALONSO J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, et al. (2004) **Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project.** *Acta Psychiatr Scand-Suppl*: 55–64

NORDON, D. G. et al. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul.** Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 152-158, set.-dec. 2009.

FERREIRA, S. E.; TUFIK, S.MELLO, M. T. de. **Neuroadaptação: uma proposta alternativa de atividade física para usuários de drogas em recuperação.** Ver. Bras. Ciênc. E Mov., Brasília, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Relação nacional de medicamentos essenciais.** 7ª ed. Brasília (DF); 2010.

LUIJENDIJK HJ, Tiemeier H, Hofman A, Heeringa J, Stricker BHC. Determinants of chronic benzodiazepine use in the elderly: a longitudinal study. *Br J Clin Pharmacol*. 2007 Apr; 64(4): 593–99.)

FORSAN, M.A. **O uso indiscriminado de benzodiazepínicos : uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado.** Trabalho de conclusão 9(Especialização em 2010). - Universidade Federal de Minas Gerais 2010. 26p.

LIMA MCP, Menezes PR, Carandina L, César CLG, Barros MBA, Goldbaum M. **Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas.** *Rev Saúde Pública*. 2008;42(4):717-23.

CENTRO DE ATENÇÃO PSSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: ENTRE A TEORIA E A PRÁTICA

Silvana Cavalcanti dos Santos

Docente da Escola Superior de Saúde de Arcoverde- ESSA, Arcoverde- PE.

Gabriela Ferraz dos Santos

Graduada em Enfermagem pela Escola Superior de Saúde de Arcoverde- ESSA, Arcoverde- PE.

Marina Edileusa da Silva

Graduada em Enfermagem pela Escola Superior de Saúde de Arcoverde- ESSA, Arcoverde- PE.

Sílvia Camêlo de Albuquerque

Docente da Escola Superior de Saúde de Arcoverde- ESSA, Arcoverde- PE.

Robervam de Moura Pedroza

Docente do Curso Bacharelado em Enfermagem IFPE Campus Pesqueira-PE, Pesqueira- PE.

RESUMO: O Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPSad) é apresentado como a principal estratégia de atenção à saúde relacionada ao consumo de substâncias psicotrópicas. A Política Nacional para Usuários de Álcool e outras Drogas preconiza que a assistência deve ser ofertada em todos os níveis de atenção, e de maneira integral a todos os usuários. Esse estudo visa relatar a realidade vivenciada pelas acadêmicas durante o período de estagio realizado no CAPSad III de Arcoverde-PE, apresentando dados reais sobre a organização e funcionamento dos serviços, bem como sobre a

qualidade da assistência prestada aos usuários. Trata-se de um relato de experiência de caráter exploratório, do tipo pesquisa de campo, que por meio de um questionário semi-estruturado com perguntas objetivas e subjetivas, construindo pelas acadêmicas, e também por meio de revisão de literatura nas principais bibliotecas virtuais de saúde, foi possível realizar uma análise das condições de trabalho e dos serviços ofertadas pela perspectiva dos profissionais e usuários. Conclui-se que o CAPS AD de Arcoverde funciona de modo independente e que as abordagens são as mesmas para qualquer tipo de droga, salva-se alguns casos com condições mais graves e específicas. Vale ressaltar que como em outros serviços de saúde a disponibilidade de recursos observada é insuficiente para a demanda do serviço, fato que dificulta e por vezes impossibilita uma assistência mais ampla e integral, deixando usuários e funcionários insatisfeitos. Esta experiência contribuiu para melhor percepção do fenômeno do uso/abuso de drogas sob a ótica dos usuários.

PALAVRAS-CHAVE: Serviço de Saúde Mental. Educação em enfermagem. Usuários de Drogas.

ABSTRACT: Psychosocial Attention results from a set of modifications that structured the foundation for a new model of practices in

collective mental health. It is characterized by the opposition to the asylum or psychiatric model and inserts new conceptions of the health-disease process and the theoretical-technical means in the dynamic that involves the psychic suffering, overlapping the psychic and sociocultural determination of the suffering to the organic determination. Consistent with the current situation in Brazil, in the town of Arcoverde and surrounding cities have been showing an increase in the demands related to harmful consumption and increase of the indices of alcohol and others drugs addicts, provoking the need to offer a specific assistance service to *CAPS AD III* is implemented in this town. This is an exploratory, field-research experience report. Experience reporting is a descriptive research tool. Thus, the present experience report aims to promote information about the care provided to users who are cared for in *CAPS AD III Vereador Jairo Freire*, in the town of Arcoverde-PE. The objective was to demonstrate the therapeutic interventions performed, to characterize its functioning and to point out the difficulties experienced in the operationalization of care in the service. In this perspective, health education highlights the importance of activities that contemplate the “theoretical-practical” relationship, aiming at a learning environment capable of eliciting in students the awakening to personal growth and a critical vision to promote social reintegration and guarantee the rights of these users.

KEYWORDS: Mental Health Service. Nursing education. Drug users

1 | INTRODUÇÃO

A Atenção Psicossocial resulta de um conjunto de modificações que estruturou o alicerce para um novo modelo das práticas em saúde mental coletiva. Caracteriza-se pela oposição ao modelo asilar ou psiquiátrico e insere novas concepções do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos na dinâmica que envolve o sofrimento psíquico, sobrepondo a determinação psíquica e sociocultural do sofrimento à determinação orgânica. Desta forma, o sintoma é visto como pertencente ao indivíduo, compreendido à sua situação, não sendo algo à parte dele e removível. Muda-se a visão de doença-cura para existência-sofrimento, compreendendo o tratamento do sujeito dentro de uma clínica ampliada e transdisciplinar (SILVA, 2015).

Dentro dessa perspectiva, para acolher a nova demanda de cuidado em saúde mental, instala-se uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico que se estruturam através de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo este, um serviço estratégico e de referência a partir do qual a rede de assistência se desdobra. Além disso, caracteriza-se como um serviço de saúde com abordagem de cuidado integral aos indivíduos em sofrimento psíquico e suas famílias (SANTOS, 2012). Assim, em consonância com esse novo olhar, os usuários de serviços de saúde mental, incluindo os que sofrem de problemas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas devem usufruir de uma assistência centrada na atenção comunitária, como também dos serviços de saúde com atividades de reabilitação e reinserção.

De forma que, como estratégia específica de atenção à saúde voltada para o atendimento destes, é instituído com a portaria GM/336 (Brasil, 2002) o Centro de Atenção Psicossocial para álcool e drogas (CAPSad), sofre redefinição com a portaria GM/130 (BRASIL, 2012) e mais recentemente através da portaria GM/3.588 (BRASIL, 2017) têm incluída a modalidade assistencial de CAPS AD IV. Segundo o Ministério da Saúde, um CAPS AD tem por finalidade proporcionar atendimento à população, respeitando-se a adstrição do território, oferecendo-lhe atividades terapêuticas e preventivas, tais como: atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica ampliada de redução de danos; gerenciamento dos casos, oferecendo cuidados personalizados; condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem; cuidados aos familiares dos usuários dos serviços; promover a reinserção social e ações junto aos usuários e familiares, para os fatores de proteção do uso e da dependência de substâncias psicoativas.

É importante lembrar que a assistência à saúde mental deve ser garantida de forma integral e em todos os níveis, ou seja, de maneira específica, tem-se por base na Política Nacional para Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003) e na Rede de Atenção Psicossocial para Pessoas com Transtorno Mental e com Necessidades Decorrentes do Uso de Crack, Álcool e Outras Drogas, no âmbito do SUS - RAPS (BRASIL, 2011) uma proposta que visa a integralidade do cuidado com o desenvolvimento de ações articuladas entre os CAPS, a Atenção Primária à Saúde, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), as unidades de urgência e emergência e serviços de hospitalização especializada.

Além destes, há também a possibilidade de articulação em torno de outros dispositivos de suporte já existentes nas comunidades, configurando redes flexíveis de cuidados com a possibilidade no desempenho de novas dinâmicas assistenciais pautadas na demanda que urge de características locais. Dentro dessa percepção, Azevedo e Miranda (2010) definem que os CAPSad, por sua vez, é um meio que impulsiona o cuidado centrado na reabilitação psicossocial do usuário e de sua família, compartilhando esforços também para a comunidade a qual o usuário está inserido, por meio de um processo de trabalho e cuidado em saúde caracterizado pelo acolhimento, atenção integral, humanização, vínculo e corresponsabilização.

Em consonância com a realidade atual no Brasil, o município de Arcoverde e cidades circunvizinhas vêm apresentando um crescimento das demandas relacionadas ao consumo nocivo e aumento dos índices de dependentes de álcool e outras drogas, suscitando a necessidade de oferta de um serviço de assistência específico para atendimento dessa clientela, e assim, é implantado o CAPS AD III neste município.

Para tanto, sabe-se que a viabilização deste serviço depende de aspectos políticos, técnicos e institucionais que passam a exercer influência na sua forma de funcionamento. Acerca disto, Silva e Lima (2017) colocam que além das diversidades decorrentes da regionalização do serviço, espera-se o reconhecimento de estruturas mínimas capazes de conferir aos CAPS a oferta e o cumprimento de atividades

para as quais se propõem. E assim, o presente relato de experiência visa promover informações acerca da assistência prestada aos usuários que são atendidos no CAPS AD III Vereador Jairo Freire, no município de Arcoverde-PE. O objetivo foi demonstrar as intervenções terapêuticas realizadas, caracterizar o seu funcionamento e apontar as dificuldades vivenciadas na operacionalização da assistência no serviço.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de caráter exploratório, do tipo pesquisa de campo. O relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica. A experiência vivenciada aconteceu no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Vereador Jairo Freire – CAPS ad III no município de Arcoverde- PE por discentes do curso de enfermagem da Escola Superior de Saúde de Arcoverde – ESSA, durante as atividades do Teórico-Prático componente curricular da disciplina de Saúde Coletiva no sexto período, nos meses de abril a maio de 2016.

O CAPS ad III está localizada no 256 Km, da capital do estado Recife/PE, foi criado para atender os municípios da VI Gerencias Regionais de Saúde (VI GERES) composta por treze municípios (Arcoverde, Pedra, Buíque, Sertânia, Custódia, Venturosa, Ibimirim, Tupanatinga, Manari, Inajá, Jatobá, Petrolândia, Tacaratu), representando um serviço de atenção psicossocial, realizando um trabalho fundamentado na abstinência e reabilitação para usuários de álcool e outras drogas. São realizadas atividades laborais cotidianas, trabalho espiritual/religioso, artesanato e execução de atividades rurais (horta), conforme a aptidão de cada usuário. Trata-se de um espaço com capacidade para abrigar 70 usuários do sexo masculino e feminino, com idade superior a 18 anos.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário semi-estruturado com questões objetivas, construído pelas acadêmicas de enfermagem. O mesmo auxiliou apenas para guiar as acadêmicas diante às observações realizadas durante a vivência da rotina do ambiente de estudo, acerca da implantação e funcionamento do CAPS ad. O questionário serviu apenas de roteiro o preenchimento de um diário de campo, certificando-se que não houve exposição de funcionários ou pacientes.

Para a construção deste artigo, foi realizada uma revisão de literatura na biblioteca do Ministério da Saúde e em periódicos de enfermagem dispostos em meio eletrônico, além do diário de campo produzido durante a vivência.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Funcionamento do CAPS ad

O Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e outras drogas (CAPS ad III) de Arcoverde-PE, está localizado na Rua Félix Pascoal no bairro São Cristóvão, foi inaugurado em 13 de novembro de 2015. Fundado devido ao aumento da população usuária de álcool e outras drogas na região. Funciona 24 horas todos os dias da semana. Comporta atualmente uma população equivalente à 70 pessoas, grande parte dos pacientes pertence ao município de Arcoverde.

A busca dos usuários por atendimento é feita de várias formas, como por exemplo, demanda espontânea (pelos próprios usuário), por usuários acompanhados de familiares ou por meio de encaminhamentos diversos: Unidade Básicas de Saúde, Hospital Geral, Emergência, Serviços Assistenciais (Secretaria de Assistência Social, CR) e demandas judiciais. Muitas vezes, os usuários chegam ao CAPS ad, por insistência da família ou de forma compulsória, o que atrapalha a inserção do mesmo ao tratamento.

A equipe é composta por diversas especialidades, em conformidade a portaria nº130/2012, as quais são: médico especializado em psiquiatria, médico clínico geral, enfermeiro, nutricionista, limpeza geral, serviços de cozinha, psicólogo, assistente social, técnico agrícola, técnico de enfermagem, terapeuta ocupacional, educador físico e vigilante. Que trabalham de forma humanizada visando a reinserção do usuário na sociedade, respeitando as particularidades de cada paciente, sendo todos sensibilizados a receber opiniões dos usuários sobre o melhor método de atendimento e convivência no ambiente do CAPS.

Para Vargas et. al (2014) a presença da equipe multiprofissional no CAPS ad, permeia o trabalho de profissionais de forma mútua, reflexo da própria dinâmica de trabalho de um CAPS, que requer uma equipe integrada, facilitando um bom inter-relacionamento entre os membros da equipe terapêutica. Segundo Silva e Knobloch (2016), cabe aos profissionais a exigência de revisão contínua das suas práticas para além das políticas, técnicas e teorias. Incluindo uma análise coletiva de idéias preconcebidas e valores morais, uma vez que estes influenciam diretamente o manejo com os usuários de substâncias psicoativas no cotidiano dos serviços.

Já no que diz respeito ao acolhimento realizado, ocorre no mesmo dia da procura de atendimento pelo usuário acompanhado com um familiar, e é realizada pelo médico e enfermeiro do plantão. Durante o acolhimento é feita uma avaliação do paciente, a qual inclui dados de anamnese para montar o plano terapêutico, exame físico e histórico, e através de uma abordagem integral de avaliação. No momento da admissão, o paciente tem que permanecer 14 dias albergado nas comodidades do CAPS ad para os casos necessários, este período tende a ser um passo para a adaptação terapêutica e “desintoxicação” das drogas no organismo do paciente. Após esse período no albergue, o paciente passará novamente por avaliação médica

e verá se pode receber a alta e seguir com um plano terapêutico, ou prosseguir o internamento por mais alguns dias.

O CAPS ad desenvolve diversas atividades, de acordo com o MS (BRASIL, 2012), conforme necessidade dos usuários que fazem uso inadequado de álcool e outras drogas, das quais, destacam-se: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras).

O CAPS ad vem desenvolvendo atividades internas para gerar renda. Os pacientes que precisam de ajuda financeira e não tem onde morar, recebem ajuda de órgãos não governamentais e do próprio CAPS ad. A reinserção do usuário no mercado de trabalho não vem sendo efetivado como deveria, pelo motivo de não encontrar empresas que possam se vincular ao centro psicossocial para a contratação de usuários de drogas, pois há o receio de que o paciente poderá utilizar o dinheiro como mecanismo de recaída.

Assistência de enfermagem

Quanto a prática realizada observou-se que as atividades realizadas ainda estão centradas nas ações técnicas (controle de sinais Vitais, coleta de exames, curativos e administração de medicações), e ações de educação e saúde. Deve-se ressaltar que os profissionais estimulam os usuários a exercerem sua autonomia nas atividades diárias e ao participar como membro da equipe multiprofissional o enfermeiro desenvolve ações conjuntas relacionadas ao cuidar dos usuários.

Para Vargas e Duarte (2011) os enfermeiros no CAPS Ad ainda encontram obstáculos para ocupar novos espaços devido a carência de preparo (formação), para atuar nas questões relacionadas a substâncias psicoativas e pouco conhecimento de conteúdo específicos da saúde mental.

O perfil dos profissionais dos CAPS ad é um aspecto significativo, pois são eles os responsáveis pelo cotidiano dos serviços no tratamento oferecido aos sujeitos. Faz-se necessário investimento na formação em diversos níveis: no ensino superior, que tenha por base atividades de ensino, extensão e pesquisa no campo das drogas; na educação continuada, com temáticas de acordo com o contexto institucional e territorial dos atuais; e na formação permanente em serviço, que proporcione um ambiente de troca de saberes (SILVA, 2016).

A Educação Permanente em Saúde buscar uma maior integração entre ensino, gestão e assistência à saúde e o controle social, favorecendo a criação de espaços de diálogos entre atores e instrumentos para o cuidado em saúde e o fomento à circulação de saberes e práticas desenvolvidas no âmbito das políticas, nos contextos sociais, dos serviços e das instituições (SILVA, 2016).

Desafios do serviço

Uma das maiores dificuldades diz respeito à grande demanda de usuários, pois o CAPS ad de Arcoverde é referência para as cidades vizinhas e de toda a VI GERES, o que não permite uma cobertura assistencial completa em relação ao número de habitantes de toda a região. Há uma necessidade de implantação de novos CAPS ad ou o aumento da estrutura física deste que fora observado, principalmente um serviço que possa ofertar 24 horas, integralizando assim a assistência a população. Assim, como também, a inserção na região de um CAPS *i* para poder auxiliar no tratamento de crianças e adolescentes que faz uso de psicotrópicos, tornando-se ainda mais necessário através da ideia de que o consumo de drogas está cada vez mais precoce, e os casos que chegam na região são encaminhados para a capital que na maioria das vezes fica longe da cidade de onde o paciente e família mora.

Evidenciou-se um número significativo de “recaídas” ou “desistências”, situação a qual os profissionais tentam solucionar ou minimizar com modificações no planejamento das intervenções da equipe e busca ativa através da assistência social, sendo vista como parte do processo de tratamento a revisão de vários aspectos: a motivação, a medicação (quando necessário), uma mudança no plano terapêutico. É um momento difícil no processo de tratamento tanto para o usuário quanto para os profissionais e familiares, que por vezes apresenta frustração com o retrocesso ou fracasso do plano terapêutico.

Alguns fatores que complicam o tratamento nos CAPS ad são: o contato precoce com as drogas, o tempo de uso, a quantidade consumida, os déficits cognitivos e em habilidades sociais, a desmotivação para mudanças, e as comorbidade. É sabido, dentre os usuários dos CAPS ad os que fazem uso do crack são os que mais estão propensos a abandonar o tratamento. Alguns dos fatores preditivos para o abandono são problemas com a lei, baixa habilidades sociais de enfrentamento, transtorno mental no histórico familiar e transtorno de dependência de álcool associada, entre outros (GUIMARÃES, SANTOS, FREITAS & ARAUJO, 2008; KESSLER & PECHANESKY, 2008).

Quanto às dificuldades referentes aos processos/condições de trabalho observou-se pouco investimento no CAPS ad, dificuldade quanto a formação dos profissionais dos recursos humano quanto a qualificação necessária entre outros. Xavier e Monteiro (2013) apontam alguns problemas semelhantes falta de verbas públicas não repassadas aos CAPS e poucos investimentos; espaço físico insuficiente, problemas de manutenção; trabalhadores de saúde que não possuem conhecimento, qualificação e identificação com a área de dependência química, rotatividade. Estes entraves vivenciados pelos profissionais interferem no tratamento dos pacientes e nas suas atividades laborais.

Em relação à dependência, observa-se que a necessidade de ter um “*olhar científico*” diante a problemática das drogas. Além dessa ausência de conhecimento

ocasionada durante o processo de formação, há ainda falta de iniciativa do próprio serviço no oferecimento de capacitação e treinamento. Para se capacitar é necessário dispor de tempo e a oferta de cursos de capacitação e especialização na área de saúde mental aos profissionais têm apresentaram dificuldade quanto aos aspectos financeira para seu custeio (VARGAS E DUARTE, 2011).

Quanto à Rede, os desafios observados estão relacionados a integração da rede(Unidades básicas de saúde, Hospital Geral, CAPS I, Policlínicas) em torno do trabalho de rede realmente efetivo, com a corresponsabilidade e alternativas pensadas em conjunto e trabalho e cuidado integral. Nesse sentido um maior envolvimento dos entes federados nas três esferas de governo são fundamentais para o fortalecimento de Políticas Públicas voltadas para a saúde Mental que possam envolver a sociedade.

Para fortalecer a estratégia do SUS de equidade e integralidade na assistência para os CAPS, algumas sugestões foram trazidas, como: horário mais flexível para acolhimento, possibilitando àqueles que trabalham ou estudam tenham a garantia de atendimento; qualificação e capacitação para os profissionais, com a oferta de mais cursos de atualização e participação de congressos que tratem sobre álcool e outras drogas; valorização dos usuários a cada conquista realizada; criação e implementação de Consultórios de Rua, como suporte para atendimento de usuários que não chegam ao CAPS ad, principalmente os que se encontram em vulnerabilidade social (XAVIER e MONTEIRO, 2013).

De acordo com o que foi presenciado no CAPS ad, foram identificadas muitas dificuldades e desafios, e que o tratamento da dependência é um campo transposto de dificuldades e incertezas. Portanto para efetivação dos serviços é importantíssimo o envolvimento dos gestores e o trabalho intersetorial nas ações necessárias para o enfrentamento do álcool e outras drogas.

Aproximação dos acadêmicos com o serviço do CAPS ad contribuiu para sua formação enquanto profissional de saúde, possibilitando a compreensão do funcionamento do CAPS ad, seus desafios para assistência e o trabalho da equipe multidisciplinar. Desperta o senso crítico dos acadêmicos frente às contribuições de uma terapêutica não manicomial, através da horizontalidade das relações e a participação ativa do usuário tratamento. Fomenta no imaginário dos discente a possibilidade da reinserção social com o resgate da autonomia do usuário, colocando-o como principal ator e responsável de sua vida.

4 | CONCLUSÃO

Analisando os resultados, foi possível observar que o CAPS ad funciona de modo independente e que as abordagens são as mesmas para qualquer tipo de droga, salvo alguns casos com condições mais graves e específicas. Vale ressaltar que a disponibilidade de recursos impossibilita uma assistência mais ampla e integral,

pois por mais que os profissionais tenham interesse e força de vontade de promover efetividade aos serviços, isso se torna inviável na maioria das vezes.

Esta experiência contribuiu para que os acadêmicos percebessem a relevância do fenômeno do uso/abuso de drogas sob a ótica dos usuários (problemática de vida) e lançassem novos olhares sobre as estratégias de prevenção e promoção à saúde, a serem desenvolvidas na comunidade e nos serviços de saúde do município.

Nesta perspectiva, a formação em saúde destaca a importância de atividades que contemplem a relação “teórico-prática”, objetivando um ambiente de aprendizagem capaz de suscitar nos alunos o despertar para o crescimento pessoal e uma visão crítica para promover a reinserção social e garantir os direitos de cidadania destes usuários.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. **Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPSad do município de Natal-RN: com a palavra a família.** Revista Esc Anna Nery. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 56-63, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 336/GM, 19 fev. 2002. Ed. revista e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** 2. Ed. revista e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas: Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína/Crack no Sistema Único de Saúde.** Texto preliminar destinado à consulta pública. Brasília, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abordagemus.pdf>. Acesso em 14 de maio de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação n.3 e n.6. de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 dez. 2017.

GUIMARÃES, C. F.; SANTOS, D. V. V.; Freitas, R. C. e Araujo, R. B. (2008). **Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS).** Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, v.30, n.2, pag.101-108. Acessado em agosto de 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082008000300005>

KESSLER, F. e PECHANESKY, F. (2008) **Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade.** Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, v.30, n. 2, pag.96-98. Acessado em 12 de março de 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101->

SANTOS, E. O. et. al. **Serviços substitutivos na perspectiva da reabilitação Psicossocial: um relato de experiência.** Revista Cienc Cuid Saude.Maringá, v. 11, n. 3, p. 588-592, Jul/Set ,2012.

SILVA, S. N.; LIMA, M. G. **Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial da região do Médio Paraopeba, Minas Gerais.** Rev. Epidemiol. Serv. Saúde. Brasília, v. 1, n. 26, p. 149-160, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n1/2237-9622-ress-26-01-00149.pdf>. Acesso em: 15 setembro 2018.

SILVA, D. L. S.; KNOBLOCH, F. **A equipe enquanto lugar de formação: a educação permanente em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas.** Interface-Comunicação, Saúde, Educação. São Paulo, v. 20, n. 57, p. 325-335, 2016.

SILVA, Gelcimary Menegatti da et al . **Concepções sobre o modo de atenção psicossocial de profissionais da saúde mental de um CAPS.** Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande , v. 7, n. 2, p. 161-167, dez. 2015 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 setembro 2018.

XAVIER, R. T.; MONTEIRO, J. K. **Tratamento de Pacientes Usuários de crack e outras drogas nos CAPS AD.** Psicologia Revista. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde. ISSN 1413-4063, v. 22, n. 1, p. 61-82, 2013.

YASUI, S. **A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível.** Cad. Bras. Saúde Mental [CD-ROM]v.1, n.1, 2009.

VARGAS, Divane de et al . Centros de atenção psicossocial álcool/drogas: inserção e práticas dos profissionais de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 101-106, Mar. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100101&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Sept. 2018. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140015>.

VARGAS, D.; OLIVEIRA, M.A.F; DUARTE, F.A.B. **A inserção e as práticas do enfermeiro no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD) da cidade de São Paulo, Brasil.** Rev. latino-am. enfermagem.São Paulo, v. 19, n.1, pag.115-22, jan/fev, 2011.

SILVA, N.M.R.M.O. **Centros de atenção psicossocial álcool e drogas: modelo de cuidado, competências e demandas de aprendizagem dos profissionais.** Tese [Doutorado Instituto de Psicologia] - Universidade de Brasília; 2016.

CYBERLOAFING: IMPLICAÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Neiva Claudete Brondani Machado

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia Farroupilha
Santo Ângelo - Rio Grande do Sul

Janine Goldschmidt de Avila

Hospital Unimed Missões / SENAC – Serviço
Nacional de Aprendizagem Comercial
Santo Ângelo - Rio Grande do Sul

Andressa Peripolli Rodrigues

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia Farroupilha
Santo Ângelo - Rio Grande do Sul

Rita Fernanda Monteiro Fernandes

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia Farroupilha
Santo Ângelo - Rio Grande do Sul

Margot Agathe Seiffert

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia Farroupilha
Santo Ângelo - Rio Grande do Sul

Marieli Terezinha Krampe Machado

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia Farroupilha
Santo Ângelo - Rio Grande do Sul

dia mais acessível e que foi se generalizando e massificando, fazendo parte do cotidiano das pessoas. Embora tenha contribuído para a transformação das organizações e dos seus processos produtivos, esta tecnologia abriu portas a desvios comportamentais no local de trabalho, como o uso indiscriminado dessa ferramenta durante a jornada de trabalho, por exemplo. Essa utilização indevida da internet no local de trabalho é conhecida como *cyberloafing*. Assim, objetiva-se discutir a prática do *cyberloafing* no cenário hospitalar e suas implicações para a assistência de enfermagem. Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência vivenciado no cenário hospitalar de um hospital localizado na região noroeste do Rio Grande do Sul (Brasil), desde 2015, durante a supervisão de estágio curricular supervisionado obrigatório de estudantes de enfermagem. Ao se relacionar a atuação profissional no cenário da saúde, vislumbra-se outra dimensão de trabalho, o de atuar diante do cuidado às pessoas, podendo envolver uma relação conflituosa e permeada por dilemas éticos, devido à ambiência de situações de enfrentamento a doença. Ainda, ressalta-se a existência de uma sobrecarga de trabalho dos profissionais de enfermagem, contrapondo-se a legislação de dimensionamento de pessoal nos serviços de saúde. Somada a excessiva carga

RESUMO: O acesso à internet é uma porta aberta para o mundo, uma vez que se encontra em todos os locais: em casa, no trabalho, no transporte público, entre outros. Assim, o contato com o mundo virtual constante é a cada

de trabalho, como modo de 'fuga', o profissional de saúde acaba usando de maneira indevida (*cyberloafing*) o equipamento móvel, tentando minimizar o seu desconforto diante da rotina de trabalho, na maioria das vezes, desgastante. Com isso, são necessárias discussões e pesquisas que compreendam os fatores envolvidos nesse uso e que contribuam para o avanço na construção de regulamentação que respeite ao usuário do serviço de saúde, a instituição de saúde e o profissional de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Instalações de saúde; Enfermagem; Tecnologia da Informação; Pacientes.

ABSTRACT: Internet access is an open door to the world, since it is found in all places: at home, at work, in public transport, among others. Thus, the contact with the constant virtual world is more and more accessible and has been generalizing and massifying, being part of the daily life of people. Although it has contributed to the transformation of organizations and their production processes, this technology has opened doors to behavioral deviations in the workplace, such as the indiscriminate use of this tool during the working day, for example. This misuse of the internet in the workplace is known as cyberloafing. Thus, we aim to discuss the practice of cyberloafing in the hospital setting and its implications for nursing care. This is a study of the type of experience experienced in the hospital setting of a hospital located in the northwestern region of Rio Grande do Sul (Brazil), since 2015, during the supervision of the compulsory supervised curricular internship of nursing students. When relating the professional performance in the health scenario, another dimension of work is seen, that of acting before the care of the people, being able to involve a conflictive relationship and permeated by ethical dilemmas, due to the environment of situations of coping with the disease. Also, the existence of an overload of nursing professionals' work is highlighted, as opposed to the personnel dimensioning legislation in health services. In addition to this high workload, as a way to manage this wear and tear, the healthcare professional can end up using cyberloafing the mobile equipment, trying to minimize their discomfort in the face of the most exhausting work routine. Therefore, there is a need for discussions and research that understand the factors involved in this use and that contribute to the progress in the construction of regulations that respect the health service user, the health institution and the nursing professional.

KEYWORDS: Health Facilities; Nursing; Information Technology; Patients.

1 | INTRODUÇÃO

A Internet é uma das tecnologias que mais se desenvolveu e contribuiu para a democratização dos acessos à informação, permitindo que, aos diferentes níveis organizacionais, os funcionários pudessem dispor em um curto espaço de tempo, recursos que outrora lhes eram inacessíveis ou de difícil acesso (NUNES, 2011). Esta acessibilidade à informação permitiu rentabilizar recursos e acelerar os processos de comunicação.

Além disso, o crescimento do uso das redes sociais nos últimos anos trouxe novos contextos para os processos de comunicação e para os discursos. Esse fato permite que novas e antigas práticas sociais (re) surjam e se popularizem nas redes sociais *on-line* (RECUERO; SOARES, 2013).

Nesse contexto, o acesso à Internet é uma porta aberta para o mundo, uma vez que se encontra em todos os locais: em casa, no trabalho, no transporte público, entre outros. Assim, o contato com o mundo virtual constante é a cada dia mais acessível e que foi se generalizando e massificando, fazendo parte do cotidiano das pessoas.

Da mesma maneira, a internet foi também ganhando o seu espaço nas organizações, proporcionando novas formas de trabalho e de comunicação (interna e externa) e uma nova e diversificada gestão da informação (ESPARTEIRO, 2011). Embora tenha contribuído para a transformação das organizações e dos seus processos produtivos numa rede de processos mais eficazes, esta tecnologia abriu igualmente portas a desvios comportamentais no local de trabalho, como o uso indiscriminado dessa ferramenta durante a jornada de trabalho, por exemplo.

Aliado a esse uso indiscriminado, a utilização das tecnologias de informação no contexto organizacional trouxe inúmeras alterações à natureza e ao conteúdo do trabalho humano, em que muitas tarefas surgiram, outras foram modificadas e algumas se tornaram obsoletas. No entanto, são ainda escassos os estudos a respeito da utilização indevida da internet no local de trabalho, conhecida como *cyberloafing* (DIAS, 2011).

Citam-se como exemplos de utilização da internet considerada *cyberloafing*: enviar e-mails lúdicos, fazer compras online, estar em chats e aplicativos de mensagens, postagens em blogs, fazer downloads de músicas e filmes, participar e navegar em redes sociais, efetuar pagamentos de contas online e jogar em sites de apostas (DIAS, 2011).

Nesta perspectiva, autores referem que os trabalhadores se refugiam no *cyberloafing* por dois grandes fatores: lidar com certos tipos de estressores e a sobrecarga no trabalho (MACHADO *et al.*, 2016). Relacionando ao contexto dos serviços hospitalares, entende-se que os profissionais vivenciam tais fatores por desenvolverem atividades desgastantes e pelo déficit no dimensionamento de pessoal, que contribui com a desmotivação e a necessidade de encontrar uma saída para o cansaço físico e mental.

Com isso, é fundamental a discussão sobre o tema, uma vez que os profissionais de enfermagem, cientes de suas atribuições, são responsáveis pela gestão do cuidado ao paciente, desempenhando um importante papel no alcance da qualidade dos serviços de saúde, permeando por suas ações o atendimento integral às necessidades humanas (GABRIEL, 2010).

Desta forma, objetiva-se discutir a prática do *cyberloafing* no cenário hospitalar e suas implicações para a assistência de enfermagem.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência vivenciado no cenário hospitalar de um hospital localizado na região noroeste do Rio Grande do Sul (Brasil). Os hospitais têm sido cenários de grandes avanços científicos no decorrer da história, a partir do aprimoramento de técnicas relacionadas ao cuidado humano e o uso vertiginoso das tecnologias que facilitam os diagnósticos e as condutas terapêuticas.

Os recursos tecnológicos, inegavelmente, transformaram muitas profissões e o mesmo acontece na área da saúde. Entretanto, a moderna explosão tecnológica apresenta distintas facetas e o contato virtual pode agregar inovações neste cenário, como também pode interferir negativamente nos processos de trabalho.

A vivência ocorreu desde 2015, durante a supervisão de estágio curricular supervisionado obrigatório de estudantes de enfermagem de um Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia. O Estágio Curricular Supervisionado Obrigatório faz parte da formação profissional e a atuação nos campos de prática representa a identificação da realidade dos serviços de saúde, auxiliando diretamente no desenvolvimento de habilidades teóricas e práticas, considerando a inserção no ambiente de trabalho (EVANGELISTA; IVO, 2014).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O uso de tecnologia virtual se relaciona ao perfil do indivíduo, conferindo a essa pessoa poder de agir conforme a sua escolha. No ambiente virtual, o espaço, apesar de promover encontros, torna-se algo intangível, por outro lado, a ideia da materialidade dada ao trabalho realizado em um ambiente presencial oferece uma constituição sólida, que prende o indivíduo ao meio no qual ele se encontra, destituindo a sua liberdade (PARDINI *et al*, 2013).

A partir disso, a equivocada administração desta liberdade interfere no processo profissional, podendo emergir uma desatenção para com as responsabilidades profissionais, diante das condições do sujeito durante a assistência de enfermagem. Nesse contexto, a ética e a bioética, que permeiam a atuação do profissional de saúde, buscam refletir o cuidado a ser realizado com os indivíduos, em uma perspectiva de respeito e envolvimento com a dor, a angústia e o sofrimento frente ao desconhecido e que exige total dedicação para esse momento, conforme destaca Nogueira (2016):

Ética significa caráter, e deve ser entendida como o conjunto de princípios morais que regem os direitos e deveres de cada um e que são estabelecidos e aceitos numa época específica. Trata-se da “ciência da moral ou filosofia da moral”. Centrada no ser humano, a ética pretende estimular sua perfeição, mediando à relação entre o bem e o mal. Para as teorias éticas, o desejável é o ser: ser livre e autônomo, ser que age para a benevolência e beneficência, ser que exercita a justiça e ser virtuoso no caráter. Qualquer discussão ética é pautada pelo princípio da responsabilidade, quer individual, quer pública, quer planetária, e visa à adoção de postura consciente, solidária, responsável e virtuosa de todos os seres humanos

A profissão indistintamente da área de atuação vincula-se a condição de plena capacidade em tomar decisões importantes em áreas técnicas, baseando-se em uma formação profissional fortemente alicerçada em conhecimento científico que precederá uma trajetória profissional de êxito. Em se tratando de responsabilidade profissional, ressalta-se o respeito e a honestidade do ser humano, pressupostos de uma conduta moral e ética (BORGES; MEDEIROS, 2007), garantindo credibilidade profissional e nível de confiança satisfatório, onde o sujeito poderá ser cuidado com tranquilidade e respeito.

Quando se trata de atuação profissional no cenário da saúde, vislumbra-se outra dimensão de trabalho, a de atuar diante do cuidado às pessoas com possíveis relações conflituosas, permeadas por dilemas éticos, devido à ambiência de situações de enfrentamento a doença. Nesse sentido, o processo saúde/ doença exige a reflexão sobre a relação entre estes e a importância da qualidade de vida dos sujeitos, vislumbrando a saúde como bem comum (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012).

A complexidade da vida em sua plenitude e a observância de como os componentes de ordem biológica, social, cultural e econômica representa agravantes e ou atenuantes de um processo de adoecimento que decorre da relação com estes fatores é essencial. Do ponto de vista das políticas públicas de saúde, entende-se que insistir na separação entre o social e a saúde significa contrariar o princípio da integralidade, reforçando a fragmentação da vida e a contrariedade em relação às diretrizes do Sistema Único de Saúde (GARBOIS, 2017), o que evidencia a fragilidade do indivíduo adoecido e que necessita de cuidado.

Para tanto, é importante destacar que no processo de trabalho as relações com o ser humano fragilizado estão sob o olhar do gerenciamento do estresse, considerando, especialmente, a aplicação da reflexão bioética à enfermagem. Nesse contexto, considera-se bioética a vertente da ética aplicada que mais simula a condição humana atual, por se referir aos principais conflitos que surgem na prática profissional diária, induzindo a reflexão e a resolubilidade dos conflitos, tanto em nível individual como coletivo, em todos os âmbitos de atuação profissional (COUTO FILHO, 2013).

Os serviços de saúde são ambientes de atenção ao ser adoecido que encontra na integralidade do cuidado o ponto de sustentação, onde as pessoas se colocam, de maneira consciente ou não, sob os cuidados de profissionais capacitados para o ato de cuidar integralmente. Nesta vertente, a integralidade na promoção da saúde, é uma estratégia de produção de saúde, com respeito às potencialidades e especificidades de cada um, permitindo que o adoecimento não seja o foco da atenção, mas que a assistência em saúde seja acompanhada do acolhimento, da escuta e da análise das condições de vida de cada indivíduo (BRASIL, 2014).

A integralidade do cuidado é um conceito difundido entre os profissionais de

enfermagem, uma vez que reconhecem que, para que a saúde seja plena e completa, o ser humano precisa ser assistido integralmente em todas as suas particularidades (COLIMÓIDE, 2017). Assistir a um sujeito de maneira integral requer do profissional a atenção e o envolvimento efetivo com o ser cuidado, exigindo tempo e atenção às peculiaridades de cada caso sob os cuidados do profissional.

Em se tratando de atendimento a pacientes internados em hospitais, há de se considerar que cada profissional de enfermagem tem sob seus cuidados um número elevado de pacientes, cada qual com sua história de vida/saúde/doença, com os agravantes e atenuantes de ações de uma vida inteira, e, ainda sob a ansiedade e angústia, presentes nesse momento. Assim, essa assistência exige foco e atenção absolutos do profissional da saúde.

Acrescido a isso, ressalta-se a existência de uma sobrecarga de trabalho dos profissionais de enfermagem, que representa uma realidade de todas as regiões do país, contrapondo a legislação de dimensionamento de pessoal nos serviços de saúde. O dimensionamento de pessoal é o método de previsão de recursos humanos de enfermagem para atender as necessidades de demanda de cuidados de determinada clientela, que deve considerar as características dos indivíduos segundo o grau de dependência de cuidados de enfermagem, o que irá definir a carga de trabalho da equipe cuidadora (VASCONCELOS *et al.*, 2017).

O dimensionamento de pessoal de enfermagem no Brasil não determina apenas o número total de profissionais requeridos ao atendimento, mas também estima a quantidade de trabalhadores em proporção às categorias profissionais (nível superior e médio) da enfermagem. No entanto, destaca-se que a elevada carga de trabalho da equipe de enfermagem pode comprometer diretamente a qualidade do cuidado, contribuindo para um elevado risco de morte aos pacientes; aumento de eventos adversos como lesões por pressão, quedas e erros na administração de medicamentos; infecções hospitalares; e aumento no tempo de permanência na internação (VASCONCELOS *et al.*, 2017).

Ainda, a demasiada carga de trabalho pode contribuir para piores resultados entre os indicadores de gestão de recursos humanos de enfermagem, como a rotatividade e o absenteísmo (VASCONCELOS *et al.*, 2017). As cargas de trabalho são elementos que refletem diretamente no corpo do trabalhador, gerando processos de adaptação que se traduzem em desgaste, definidos como a perda da capacidade efetiva e/ou potencial corporal e psíquica, que englobam os processos biopsíquicos (SANTANA *et al.*, 2013).

Diante desta elevada exigência laboral em um ambiente de demandas estressantes relacionadas à vida e saúde de pessoas, como subterfúgio a esse desgaste, o profissional de saúde pode acabar usando de maneira indevida (*cyberloafing*) o equipamento móvel, tentando minimizar o seu desconforto diante da rotina exaustiva e desgastante de trabalho. Por estes profissionais atuarem diretamente com indivíduos, é fundamental a abordagem do tema em serviços de saúde, pois as

atribuições envolvem a assistência de enfermagem e a responsabilidade na promoção e reabilitação da saúde do ser cuidado.

É indiscutível que a internet é uma importante ferramenta para as organizações e seus negócios, pois a comunicação faz-se de maneira rápida e possibilita o acesso a grande quantidade de informações. Também não é menos verdade que possibilita acesso a outros conteúdos com outro propósito. No entanto, esse desvio de conduta pode ocasionar danos ao trabalho desempenhado por profissionais de saúde. Em se tratando do âmbito hospitalar, esses danos podem ser maiores ainda, pois repercutem direta ou indiretamente sobre paciente, comprometendo a assistência e a segurança do mesmo. Devido à escassez de produção científica sobre o tema é imprescindível a atual discussão.

4 | CONCLUSÕES

Este relato de experiência evidencia um tema atual e que interfere na vida dos indivíduos. A utilização indevida de tecnologias no cenário do trabalho de enfermagem e a repercussão deste uso para a profissão que tem como pressuposto a atenção e o envolvimento com o sujeito sob o cuidado integral e que pode gerar consequências à assistência prestada. A utilização desequilibrada desta tecnologia pode interferir negativamente sobre a segurança do paciente e colocar em risco os valores éticos e de respeito ao ser humano.

O uso de tecnologias de comunicação individual no ambiente de trabalho é uma realidade que interfere no processo de trabalho das instituições de saúde. Entretanto, é necessário encontrar o equilíbrio entre o uso excessivo e a necessidade de manuseio destes dispositivos para os trabalhadores em saúde.

Conclui-se também que é importante desenvolver políticas que regulem o uso apropriado da internet e de dispositivos de comunicação no âmbito hospitalar. Ressalta-se que nenhuma política terá o efeito pretendido se não estiver associada a uma cultura organizacional que influencie as atitudes e os comportamentos dos trabalhadores.

Impera sobre o tema a necessidade de discussões e pesquisas que compreendam os fatores envolvidos nesse uso e que contribuam para o avanço na construção de regulamentação que respeite ao usuário do serviço de saúde, a instituição de saúde e o profissional de enfermagem.

REFERÊNCIAS

BORGES, E.; MEDEIROS, C. Comprometimento e ética profissional: um estudo de suas relações juntos aos contabilistas. **Rev. contab. financ.**, v. 18, n. 44, p. 60-71, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-70772007000200006&lng=en&nrm=iso>.

Acesso em: 25 set. 2018.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Política nacional de promoção da saúde: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. p. 7.

COLIMÓIDE, F.P. *et al.* Integralidade na perspectiva de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 611-617, dez. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422017000300611&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2018.

COUTO FILHO, J.C.F. *et al.* Ensino da bioética nos cursos de Enfermagem das universidades federais brasileiras. **Rev. Bioét.** Brasília, v. 21, n. 1, p. 179-185, abr. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000100021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2018.

DIAS, H.R.F.C. **Fatores de stress e o uso indevido da internet em contexto laboral**. (Dissertação de Mestrado em Gestão de Recursos Humanos 2011). Disponível em: <<https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/4533/1/DM-HRFCD-2011.pdf>>. Acesso em: 12 de set. 2018.

ESPARTEIRO, J.M. **O uso da Internet no local de trabalho para fins pessoais: estudo de caso numa empresa de Consultoria**. 2011. Dissertação (Mestrado em Gestão de Recursos Humanos). Universidade Técnica de Lisboa – Instituto Superior de Economia e Gestão.

EVANGELISTA, D.L.; IVO, O.P. Contribuições do estágio supervisionado para a formação do profissional de enfermagem. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v.3, n.2, p.123-130, Dez. 2014. Disponível em <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/391/340>>. Acesso em: 12 set. 2018.

GABRIEL, C.S. *et al.* Qualidade na assistência de enfermagem hospitalar: visão de alunos de graduação. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 31, n. 3, p. 529-35, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n3/v31n3a17.pdf>>. Acesso em: 12 de set. 2018.

GARBOIS, J.A.; SODRE, F; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde Debate**, v. 41, n. 112, p. 63-76, mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000100063&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 set. 2018.

MACHADO, N.C.B. *et al.* Cyberloafing e as implicações para o cuidado de enfermagem. **II Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Promoção da Saúde**, 2016. Disponível em: <<http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/CBIPS/article/view/16059/3949>>. Acesso em: 25 set. 2018.

MASCARENHAS, N.B.; MELO, C.M.M.; FAGUNDES, N.C. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária. **Rev Bras Enferm**, v.65, n.6, p. 991-999, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a16v65n6.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2018.

NOGUEIRA, F.M. Aspectos éticos da inovação em saúde em Portugal. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 83-90, abr. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422016000100083&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 set. 2018.

NUNES, M.V. Novas tecnologias e cidadania: a internet como fator de politização ou de adequação das comunidades excluídas ao sistema produtivo? **Revista do Programa de Pós-Graduação em Comunicação (UFC)**, v. 2, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/passagens/article/viewFile/1154/1109>>. Acesso em: 25 set. 2018.

PARDINI, D.J. *et al.* Os significados da virtualização do trabalho: manifestações discursivas das percepções tecnológicas, processuais e pessoais nas relações intraorganizacionais. **Cad. EBAPE. BR**, v. 11, n. 1, p. 85-103, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_

arttext&pid=S1679-39512013000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 set. 2018.

RECUERO, R; SOARES, P. Violência simbólica e redes sociais no facebook: o caso da fanpage “Diva Depressão”. **Galáxia (São Paulo)**, v. 13, n. 26, p. 239-254, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-25532013000300019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2018.

SANTANA, L.L. *et al.* Cargas e desgastes de trabalho vivenciados entre trabalhadores de saúde em um hospital de ensino. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 64-70, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2018.

VASCONCELOS, R.O. *et al.* Dimensionamento de pessoal de enfermagem hospitalar: estudo com parâmetros oficiais brasileiros de 2004 e 2017. **Esc Anna Nery**, v.21, n.4, p. e20170098, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0098.pdf>. Acesso em: 25 set. 2018.

DEPRESSÃO NO CLIMATÉRIO: RELAÇÃO ENTRE FATORES BIOLÓGICOS E PSICOLÓGICOS

Viviane Maia Santos

Universidade Estadual de Montes Claros –
Unimontes

Montes Claros – Minas Gerais

Júlia Colares

Instituto de Ciências da Saúde/Faculdades
Integradas do Norte de Minas – ICS/Funorte

Montes Claros – Minas Gerais

Alenice Aliane Fonseca

Universidade Federal dos Vales Jequitinhonha e
Mucuri- UFVJM

Montes Claros – Minas Gerais

Ronilson Ferreira Freitas

Universidade Estadual de Montes Claros –
Unimontes

Montes Claros – Minas Gerais

Marina Colares Moreira

Faculdades Integradas Pitagóras- FiPMOCe

Alice Angélica S.R.C Moreira

Faculdades Integradas Pitagóras- FiPMOCe
Universidade Estadual de Montes Claros –

Unimontes

Montes Claros – Minas Gerais

Josiane Santos Brant Rocha

Faculdades Integradas Pitagóras- FiPMOCe
Universidade Estadual de Montes Claros –

Unimontes

Montes Claros – Minas Gerais

RESUMO: O climatério é um período biológico marcado pelo declínio da atividade ovariana e

se estende até o encerramento completo de sua função hormonal, com a permanente cessação da menstruação e o fim do potencial reprodutivo da mulher. Estudos relatam que durante essa fase da vida da mulher, sinais de ansiedade e depressão são frequentes, entretanto, essa relação ainda é alvo de muitos questionamentos e inconclusões. Neste sentido, este estudo teve como objetivo discutir a relação entre fatores biológicos e psicológicos, sobretudo a ansiedade e depressão no climatério. Esse trabalho caracteriza-se como uma revisão narrativa, constituída por uma análise ampla da literatura, sem estabelecer uma metodologia rigorosa e replicável em nível de reprodução. Entretanto, a partir deste estudo, foi possível observar que o climatério é uma fase de profunda vulnerabilidade para as mulheres, onde crises depressivas e ansiosas podem ocorrer sob influência de diversos fatores desencadeantes. **PALAVRAS-CHAVE:** Climatério. Depressão. Ansiedade. Fatores Biológicos. Fatores Psicológicos.

ABSTRACT: The climacteric is a biological period marked by the decline of ovarian activity and extends until the complete closure of its hormonal function, with the permanent cessation of menstruation and the end of the reproductive potential of the woman. Studies report that during this phase of women's life, signs of anxiety

and depression are frequent, however, this relationship is still the subject of many questions and inconclusions. In this sense, this study aimed to discuss the relationship between biological and psychological factors, especially anxiety and depression in the climacteric. This work is characterized as a narrative review, constituted by a broad analysis of the literature, without establishing a rigorous and replicable methodology at the reproduction level. However, from this study, it was possible to observe that climacteric is a phase of profound vulnerability for women, where depressive and anxious crises can occur under the influence of several triggering factors.

KEYWORDS: Climacteric. Depression. Anxiety. Biological Factors. Psychological Factors.

1 | INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em informes sobre a situação mundial da saúde, vem alertando países, governantes e a população em geral, sobre a extrema gravidade da escala universal das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Estimativas da OMS apontam que as DCNT já são responsáveis por 60% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doença. Espera-se que até ao ano de 2020, as condições crônicas sejam responsáveis por 73% das mortes e 60% da carga de doença (WHO, 2010). No climatério essa proporção adquire relevância ainda maior, pois é nesse período que a incidência de doenças crônicas não transmissíveis aumenta, sendo responsáveis por um índice de mortalidade de 53% (FEBRASGO, 2010).

O climatério representa uma transição entre a fase reprodutiva e a não reprodutiva da vida feminina (THE NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY, 2010) que é comumente encontrado entre as faixas etárias compreendidas dos 35 a 65 anos. É conceituado pelas entidades científicas no Brasil como uma endocrinopatia verdadeira, diferindo da Organização Mundial de Saúde (OMS) que a estabelece como um processo fisiológico natural da vida da mulher, não sendo assim um fenômeno patológico, mas uma transição entre o período reprodutivo e não reprodutivo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

É acompanhada por alterações endócrinas devido ao declínio da atividade ovariana, mudanças biológicas em consequência da diminuição da fertilidade e a mudanças clínicas, oriundas das alterações do ciclo menstrual e de uma variedade de sintomas. (NOSSE; MOREIRA; ANDRADE, 2009). Esse período é estratificado nas chamadas fases pré-menopausal, peri-menopausal e pós-menopausal, sendo que o termo pré-menopausa corresponde a um período em que a mulher climatérica ainda apresenta ciclos menstruais, regulares ou não, e que tende a iniciar-se em torno da quarta década de vida.

O climatério também pode ser analisado como resultado de um processo pessoal, abrangendo o indivíduo e sua integralidade, com mudanças gradativas ocorrendo

frente à influência de variáveis orgânicas, contexto sociocultural e experiências vivenciadas. (VALENÇA; FILHO; GERMANO, 2010) Dessa forma, salienta-se o impacto desse período na qualidade de vida feminina, sendo este aspecto apontado na literatura especializada, como de grande relevância social e científica, (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012) além de que, identificar os indivíduos que mais sofrem com tais repercussões é uma meta dos profissionais da saúde. (CASTELO-BRANCO; BLUMEL; CHEDRAUI, 2006)

Dentre as manifestações que ocorrem durante o climatério, há relatos de sintomas psicológicos, tais como depressão e ansiedade, como os encontrados em pesquisa na cidade de São Luiz no Maranhão, onde se descobriu elevada frequência de nervosismo (45%) e irritabilidade (44,8%) entre as mulheres pesquisadas, sendo a depressão, uma ocorrência presente, mas com menor frequência (23,3%) do que se esperava. (MALHEIROS et al., 2014).

A depressão configura um dos transtornos de humor que afetam o ser humano, sendo que é mais frequentemente encontrado entre os indivíduos com idades mais avançadas. (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005) Crê-se que cerca de um terço das mulheres apresentará, ao menos, um episódio depressivo durante sua vida, com uma prevalência estimada em torno de 9% no período do climatério. Esse período apresenta fatores que podem favorecer o surgimento da depressão como o medo de envelhecer, sentimento de inutilidade, carência afetiva entre outros. As complicações de um evento depressivo expressivo incluem desde dificuldades sociais, conjugais, profissionais até o risco de suicídio, resultando portanto em significativa perda da qualidade de vida. (GALLICCHIO et al, 2007)

A ansiedade é uma condição afetiva normalmente vivida pelas pessoas, mas que quando se apresenta em excesso, leva a distúrbios do humor, de pensamento, comportamento e da atividade fisiológica (SILVA; LEITE, 2000). Costuma cursar com tensão, medo, insegurança, preocupação, relaxamento, agitação e pânico. (POLISSENI et al., 2009)

A relação entre o climatério, depressão e ansiedade, ainda é alvo de muitos questionamentos e inconclusões. Existe uma teoria na literatura sobre uma possível relação das flutuações hormonais que ocorrem na fase do climatério com o surgimento desses transtornos do humor (WOODS et al., 2007) e baseando-se nessa hipótese a perimenopausa seria um período de maior vulnerabilidade para os transtornos psíquicos, (TANGEN; MYKLETUN, 2008) principalmente quando presentes outros fatores de risco, como elevado índice de massa corpórea, antecedentes de síndrome de tensão pré-menstrual (TPM), ondas de calor, distúrbios do sono, desemprego e estado marital entre outros. (FREEDMAN et al., 2005; ALEXANDER et al., 2007)

Há ainda o questionamento sobre a influência da presença de sintomas vasomotores juntamente com distúrbios do sono no aparecimento dos quadros depressivos e ansiosos, sendo tal hipótese denominada de Teoria Dominó. (SOARES, 2008)

Em pesquisa realizada por Polisseni et al., (2009) observou-se que os fatores de risco relacionados à ansiedade configuraram a presença de depressão e antecedentes de tensão pré-menstrual. Além disso, destacou-se no grupo avaliado uma relação significativa entre a presença de sintomas climatéricos de intensidade moderada e a presença dos distúrbios do humor.

Dessa forma evidencia-se que por essa fase da vida a mulher pode passar sem queixas ou necessidade de medicamentos. Outras têm sintomas que variam na sua diversidade e intensidade. No entanto, em ambos os casos, é fundamental que haja um acompanhamento sistemático, visando à promoção da saúde, o diagnóstico precoce, o tratamento imediato dos agravos e a prevenção de danos, para que se possa vivenciar essa experiência de maneira mais amena, mediante ao turbilhão existencial que lhes permeiam (MAIA; GUILHERME; LUCCHESI, 2010).

Neste sentido, o objetivo deste estudo é discutir a relação entre fatores biológicos e psicológicos, sobretudo a ansiedade e depressão no climatério.

2 | DESENVOLVIMENTO

Esse trabalho caracteriza-se como uma revisão narrativa, constituída por uma análise ampla da literatura, sem estabelecer uma metodologia rigorosa e replicável em nível de reprodução de dados e respostas quantitativas para questões específicas (VOSGERAU; ROMANOWSK, 2014). Sendo fundamental para a aquisição e atualização do conhecimento sobre a ansiedade e depressão em mulheres climatéricas.

Como critérios de elegibilidade foram incluídos estudos publicados nos últimos dez anos, com texto completo disponível e sem restrição de idioma. Os artigos que avaliaram outras populações; não investigaram a depressão; e os artigos em duplicata foram excluídos.

Para o desenvolvimento deste estudo foi realizada pesquisas nos bancos de dados *SCiELO*, *LILACS*, *Google Scholar* e *PubMed*. A estratégia de busca foi feita conforme os descritores: “Climatério” and “Menopausa” and “Ansiedade” and “Depressão” e suas correspondentes em inglês, “*Climacteric*” and “*menopause*” and “*anxiety*” and “*depression*”.

O procedimento de avaliação envolveu uma leitura prévia para análise dos artigos, sendo que, para essa etapa, os artigos foram analisados de acordo com título e resumo. Posteriormente, os artigos selecionados e que se apresentavam na íntegra foram lidos para que se coletassem as informações referentes à temática.

Por fim, após a leitura e análise prévia da literatura selecionada para o aprofundamento do conhecimento acerca da ansiedade e depressão no climatério, o presente estudo foi dividido em quatro subseções, são elas: conceito de climatério; conceito de depressão e ansiedade; depressão e climatério; ansiedade e climatério.

2.1 Conceito de Climatério

O climatério representa uma transição entre a fase reprodutiva e a não reprodutiva da vida feminina (THE NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY, 2010) que é comumente encontrado entre as faixas etárias compreendidas dos 35 a 65 anos. É conceituado pelas entidades científicas no Brasil como uma endocrinopatia verdadeira, diferindo da Organização Mundial de Saúde (OMS) que a estabelece como um processo fisiológico natural da vida da mulher, não sendo assim um fenômeno patológico, mas uma transição entre o período reprodutivo e não reprodutivo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

É acompanhada por alterações endócrinas devido ao declínio da atividade ovariana, mudanças biológicas em consequência da diminuição da fertilidade e a mudanças clínicas, oriundas das alterações do ciclo menstrual e de uma variedade de sintomas (NOSSE; MOREIRA; ANDRADE, 2009). Esse período é estratificado nas chamadas fases pré-menopausal, peri-menopausal e pós-menopausal, sendo que o termo pré-menopausa corresponde a um período em que a mulher climatérica ainda apresenta ciclos menstruais, regulares ou não, e que tende a iniciar-se em torno da quarta década de vida.

A Perimenopausa abrange a fase com início dois anos antes da última menstruação, estendendo-se até um ano após, com relato de ciclos menstruais irregulares e alterações endócrinas. (FEBRASGO, 2004) O termo menopausa, que nada mais é do que uma sinalização da perda da função folicular ovariana compõe um importante marco no climatério, equivalendo-se à cessação permanente dos ciclos menstruais, que somente é assim reconhecida depois de passados 12 meses de estado de amenorreia (THE NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY, 2010). Por último há a pós-menopausa, iniciando-se um ano após a última menstruação e podendo ser subdividida em precoce (até cinco anos da última menstruação) ou tardia (mais de cinco anos) (FEBRASGO, 2004).

A redução dos níveis de hormônios ovarianos que marca a menopausa pode ocorrer de forma natural ou ser induzida através de processo cirúrgico, quimioterapia ou radiação (THE NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY, 2006). Quando essa cessão hormonal ovariana se instala em idades inferiores aos 40 anos, essa condição é denominada de insuficiência ovariana primária (COULAM; ADAMSON; ANNEGERS, 1986) e não é classificada como uma forma natural pela constatação de um estado com baixos níveis de estrogênio mais prolongado do que normalmente observada na menopausa natural cuja fisiopatologia ainda é obscura (KOK et al., 2006).

2.2 Conceito de Ansiedade e Depressão

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define depressão como um transtorno comum em todo mundo e estima que mais de 300 milhões de pessoas sofram com este distúrbio afetivo (WHO, 2017). É uma das doenças mais incapacitantes, considerada

um agravo sério, que gera sofrimento e redonda em alto custo social e econômico (RANCANS *et al.*, 2014; TSAI *et al.*, 2017), podendo ser classificada de acordo com a CID-10 como leve, moderada ou severa (APA, 2014).

De acordo com Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), a depressão é caracterizada por um conjunto de critérios que inclui humor deprimido (tristeza, desesperança), perda de interesse e prazer por atividades anteriormente satisfatórias, perda ou ganho de peso e diminuição da energia, insônia ou hipersonia, retardo ou agitação psicomotora, fadiga, sentir-se inútil ou culpa excessiva, dificuldades de concentração, tomada de decisões e pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida (APA, 2014). Ainda de acordo com o DSM-5 se cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas pode se caracterizar como depressão (APA, 2014).

Diferenças sexuais e de gênero, da forma como se relacionam às causas, estão estabelecidas para uma série de doenças, incluindo determinados transtornos mentais (APA, 2014). Mulheres são quase duas vezes mais propensas que os homens as alterações de maior intensidade, estas diferenças entre sexos podem ser explicadas por fatores afetivos, biológicos (vulnerabilidade genética e hormonais). Prováveis variações nos níveis dos hormônios estrogênio podem elucidar provável explicação para a diferença de gênero (BORKOLES *et al.*, 2015).

A transição para a menopausa pode representar um momento de vulnerabilidade biológica, juntamente com relevantes sintomas psiquiátricos, presença de sintomas afetivos negativos (WARISO *et al.*, 2017) associada a sintomas somáticos (dor, mialgia, fadiga, sintomas vasomotores, queixas urogenitais e distúrbios sexuais), psicológicos sintomas (irritabilidade, ansiedade, baixa libido) e distúrbios do sono, todos os fatores de risco específicos para o desenvolvimento sintomas depressivos (ANNIVERNO *et al.*, 2017).

Os sintomas depressivos são explicados pelo modelo cognitivo como resultantes da crença do indivíduo de que está condenado ao fracasso, bem ilustrada pelo modelo de Beck (BECK *et al.*, 1998) ilustrado na figura 1.

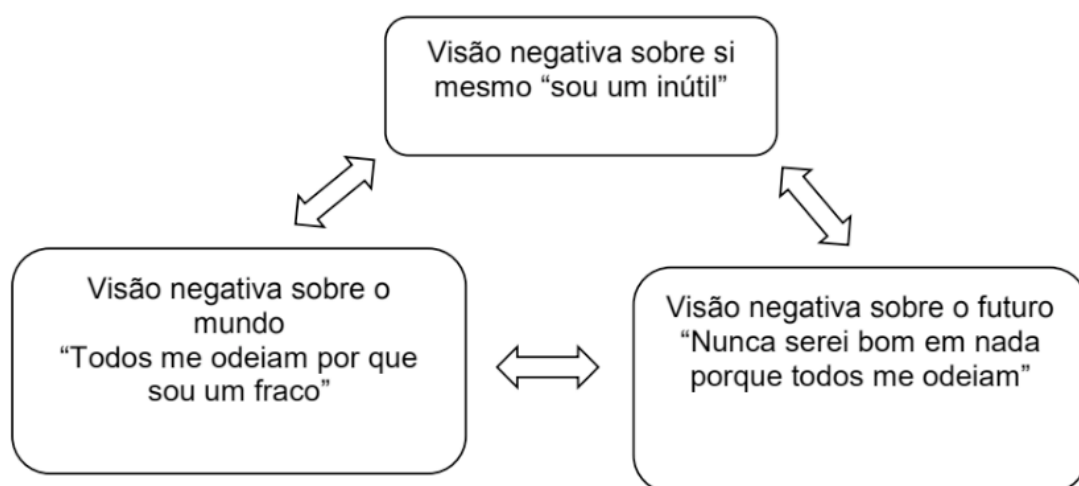


Figura 1 – Modelo de Beck

O indivíduo vê-se como inapto e desamparado. Desvaloriza-se e inferioriza-se na realização das tarefas banais, desenvolvendo a tendência a procurar o conforto e ajuda dos outros para se sentir mais competente e útil (BECK *et al.*, 1997).

Os transtornos de ansiedade são altamente prevalentes em todo o mundo (SIEGEL *et al.* 2015). Fatores como os hábitos de vida, as condições sócio-econômicas e o estágio menopausal, com uma tendência significativa dos fatores de ordem biopsicossocial, estão relacionados com o advento dos sintomas de ansiedade (PEREIRA *et al.*, 2009).

O estudo dos sintomas depressivos e ansiosos no climatério é muito antigo. Maudsley, na Inglaterra, em 1876, descreveu uma forma de melancolia que ocorreria nessa fase da vida. O conceito de melancolia involutiva foi introduzido por Kraepelin em 1921 como uma entidade nosológica distinta, diferenciando-a da psicose maníaco-depressiva por critérios evolutivos. Esse conceito foi muito questionado e ele o reformulou, concluindo que o surgimento desse quadro clínico, após os 45 anos, se devia ao aumento de número de casos de doença afetiva e não de uma nova condição clínica (APOLINÁRIO, 1999). Essa afirmativa é questionada por vários pesquisadores. Com os diversos estudos realizados sobre os sintomas depressivos e de ansiedade, não se encontrou base científica para apoiar um conceito único (NELSON *et al.*, 2009). A associação entre o climatério e instalação da depressão e ansiedade continua sendo foco de controvérsias (POLISSENI *et al.*, 2009).

2.3 Depressão e climatério

Depressão é a maior causa de incapacidade em todo o mundo (WHO, 2002) e as mulheres são quase duas vezes mais propensas que os homens a sofrer transtornos depressivos maiores (BORKOLES *et al.*, 2015; GONÇALVES *et al.*, 2018). Durante a transição menopausal, o organismo da mulher passa por adaptações a um novo meio hormonal e emocional (CREMA, TÍLIO; CAMPOS, 2017) e, desse modo, elas vivenciam alterações hormonais e metabólicas que podem ser acompanhadas por mudanças somáticas, psíquicas e relacionais (SILVA *et al.*, 2018).

No entanto, a associação entre o climatério e instalação da depressão continua sendo foco de controvérsias (MULHALLA; ANDEL; ANSTEYA, 2018; POLISSENI *et al.*, 2009). Uma vez que o aparecimento de diversas teorias tem estimulado várias pesquisas nesse campo.

Segundo Borkoles *et al.* (2015), as controvérsias em relação aos episódios depressivos na menopausa são parcialmente devidas a alterações metodológicas dos estudos, diagnóstico da depressão (auto-relato vs. avaliação clínica), e diferenças no status da menopausa. Uma vez que os estudos epidemiológicos geralmente não encontram aumento nos sintomas depressivos na menopausa (MULHALLA; ANDEL; ANSTEYA, 2018; NOGUEIRA *et al.*, 2018), enquanto estudos clínicos encontraram maiores taxas de prevalência (BROMBERGER *et al.*, 2011).

Neste contexto, Silva *et al.* (2008) e Jafari *et al.* (2014) relatam que a transição menopausal parece agir como facilitadora e não como causadora dos sintomas do

humor. Ou seja, as razões para esses transtornos de humor não pode ser atribuído apenas ao status da menopausa.

Uma vez que, a menopausa ocorre em um momento da vida em que as mulheres estão enfrentando muitos desafios, como a aposentadoria do parceiro, tornando os filhos mais independente, a morte dos pais ou cuidados constantes, entre outros. Além disso, estudos como o de Mulhalla, Andel e Ansteya (2018), Jafari *et al* (2014), Deeks (2003) discorrem que fatores sociodemográficos, estresse da vida, estilo de vida, imagem corporal, relacionamento interpessoal, papéis sociais, fatores socioculturais e declínio físico da saúde não podem ser ignoradas, uma vez que podem resultar em sintomas depressivos. Tornando importante não identificar a menopausa como a única razão para reduções na qualidade de vida de tais indivíduos. Os sinais sugestivos de depressão em quase metade dessas mulheres podem estar relacionados a fase da vida que elas estão atravessando (do ponto de vista das alterações biológicas desse período) e a eventos psicossociais.

2.4 Ansiedade e climatério

Os anos do climatério representam uma transição significativa no ciclo de vida das mulheres em todo o mundo, Dentre as diversas consequências das alterações hormonais que ocorrem no corpo da mulher, destaca-se ansiedade. Um estudo recente de mulheres de meia idade descobriu que o grau de ansiedade foi significativamente associado com a incidência de depressão (COLVIN *et al.* 2014).

Estudo realizado por Polissen et al., (2009) concluiu que os fatores de risco relacionados à ansiedade foram a presença de depressão e os antecedentes de tensão pré-menstrual. Neste estudo, foi possível observar ainda relação significativa entre a presença de sintomas climatéricos de intensidade moderada e o aparecimento das alterações do humor.

Outro estudo realizado por Pereira et al., (2009) conclui que nas mulheres que cursam os estágios da transição e pós-menopausa, é alta a prevalência de ansiedade e, entre os diversos fatores associados incluem-se os hábitos de vida, as condições sócio-econômicas e o estágio menopausal, com uma tendência significativa dos fatores de ordem biopsicossocial.

Mulheres na perimenopausa e pós-menopausa relatando ondas de calor apresentaram sintomas depressivos e ansiosos, quando presentes na história clínica, queixas de insônia e baixo nível educacional (JUANG *et al.*, 2005). A ansiedade é secundária em relação à ocorrência de sintomatologia climatérica, principalmente os fogachos, que alterariam o sono e conseqüentemente o humor destas pacientes; é a chamada “Teoria do Efeito Dominó” (APPOLINÁRIO *et al.*, 2001). Soares, Prouty e Poitras (2002) confirmam esta teoria, pois estudando mulheres na perimenopausa e pós-menopausa, com sintomas depressivos e ansiosos, obtiveram melhora do quadro com a administração de estradiol, independente da intensidade dos sintomas vasomotores.

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo, foi possível observar que o climatério é uma fase de profunda vulnerabilidade para as mulheres, onde crises depressivas e ansiosas podem ocorrer sob influência de diversos fatores desencadeantes. Neste sentido, os profissionais de saúde devem estar preparados para reconhecer e agir com presteza, sobretudo na Atenção Primária a Saúde, ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado.

Neste sentido, a atenção integral à saúde da mulher nessa fase da vida tornar-se cada vez maior devido aspectos sociodemográficos que resultaram na mudança da composição populacional mundial. Espera-se que os resultados obtidos, neste estudo, possam fornecer informações para a compreensão das associações existentes entre o climatério e as condições apresentadas, além de subsidiar a otimização das políticas públicas voltadas para essa população no contexto da APS.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDER, J. L.; et al. Role of stressful life events and menopausal stage in wellbeing and health. *Expert Review of Neurotherapeutics*. v.7, 2007.
- APPOLINÁRIO, J.C.; et al. A depressão na menopausa: uma entidade específica? *Inf Psiquiatr*. 1999;18(4):107-14.
- BORKOLES, E. The role of depressive symptomatology in peri- and post-menopause. **Maturitas**, v.81, p. 306–310, 2015.
- BROMBERGER, J. T. et al., Major depression during and after the menopausal transition: study of Women's Health Across the Nation (SWAN), *Psychol. Med.* 41 (9) (2011) 1879–1888.
- COULAM, C.B.; ADAMSON, S.C; ANNEGERS, J.F. A incidência de falência ovariana prematura. *Obstetrics e Gynecology*, v.67, p.604-606, 1986.
- CREMA, I. L.; DE TILIO, R.; CAMPOS, M. T. A. Repercussões da Menopausa para a Sexualidade de Idosas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n.3, p. 753-769, 2017.
- DEEKS, A. A. Psychological aspects of menopause management. **Clin Endocrinol Metab**, v.17, p. 17-31, 2003.
- DE LORENZI, D. R. S.; BARACAT, E.C. Fatores associados à qualidade de vida após a menopausa. *Revista da Associação Médica Brasileira*. v.52, n.5, p.312-17, 2006.
- FEBRASGO. Climatério. Manual de Orientação. **São Paulo: Ponto, 2004**.
- FREEDMAN, R.R. Objective or subjective measurement of hot flashes in clinical trials: quo vadis. *Maturitas*. v.67, n.2, p.99-100, 2010.
- GALLICCHIO, L. Correlates of depressive symptoms among women undergoing the menopausal transition. *Journal of Psychosomatic Research*. v.63, n.3, p.263-8, 2007.

- GALLON, C.W.; WENDER, M.C.O. Estado nutricional e qualidade de vida da mulher climatérica. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 34, n.4, p.175-83, 2012.
- GONÇALVES, A.M.C, et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **J Bras Psiquiatr**. v.67, n.2, p.101-9, 2018.
- GRUNDY, S.M.; CLEEMAN, J.I.; DANIELS, S.R. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute scientific statement. *Circulation*, v. 112, n. 17, p. 2735–2752, 2005.
- MAIA, C.; GUILHERME, D.; LUCCHESI, G. Integration of health surveillance and women's health care: a study on comprehensiveness in the Unified National Health System. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 26, n. 4, p. 682-692, 2010.
- MALHEIROS, E.S.A.; et al. Síndrome climatérica em uma cidade do Nordeste brasileiro: um inquérito domiciliar. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. v.36, n.4, p.163-9, 2014.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Manual de atenção à mulher no climatério/ menopausa. Brasília: MS; 2008.
- MULHALL, S.; ANDEL, R.; ANSTEY, K. J. Variation in symptoms of depression and anxiety in midlife women by menopausal status. **Maturitas**, v.108, p. 7–12, 2018.
- NAMS - The North American Menopause Society. Management of osteoporosis in postmenopausal women: 2010 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2010;17(1):25-54.
- Nelson, D.B.; et al. Effect of physical activity on menopausal symptoms among urban women. *Med Sci Sports Exerc*. 2008;40(1):50-8.
- NOGUEIRA, J. S.; OLIVEIRA, B.S.; MAMEDE, M. V.; SILVA, L. D. C. Sintomas psicológicos em mulheres climatéricas cardiopatas. **Cogitare Enferm**, v.23, n.2, 2018.
- NOSSE, T.M.; MOREIRA, S.L.N.; ANDRADE, K.C. Avaliação dietética de mulheres climatéricas atendidas em uma clínica-escola de nutrição no município de São Paulo. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. v.7, n.21, p.26-31, 2009.
- PARADELA, E.M.; LOURENÇO, R.A.; VERAS, R.P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*. v. 39, n.6, p.918-23. 2005.
- PEREIRA, W. M. P. et al. Ansiedade no climatério: prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 89-97, jan./abr. 2009.
- POLISSENI, A. F.; POLISSENI, F.; FERNANDES, L. M.; MORAES, M. A.; GUERRA, M. O. Depressão em mulheres climatéricas: fatores associados. **HU Revista**, v. 35, n. 3, p. 183-189, 2009.
- POLISSENE, A.F.; et al. Depressão e ansiedade em mulheres climatéricas: fatores associados. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. v. 31, n.1, p.28-34, 2009.
- SILVA, M.M. Depressão em mulheres climatéricas: análise de mulheres atendidas ambulatorialmente em um hospital universitário no Maranhão. **Rev Psiquiatr RS**, v.30, n.2, p. 150-154, 2008.
- SILVA, V. H.; ROCHA, J. S. B.; CALDEIRA, A. P. Fatores associados à autopercepção negativa de saúde em mulheres climatéricas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.5, p.1611-1620, 2018.

SILVA, F.T.; LEITE.; J.R. Physiological modifications and increase in state anxiety in volunteers submitted to the Stroop Color-Word Interference Test: a preliminary study. *Physiology & Behavior*. v.70, p.113-8, 2000.

SOARES, C.N. Depression during the menopausal transition: window of vulnerability or continuum of risk? *Menopause*. v.15, n.2, p.207-9, 2008.

TANGEN, T. MYKLETUN, A. Depression and anxiety through the climacteric period: an epidemiological study (HUNT-II). *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. v.29, n.2, p.125-31, 2008.

WHO. World Health Organization. *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. 1.^a edição, Lisboa, 2002.

WOODS, N.F.; et al. Symptoms during the menopausal transition and early postmenopause and their relation to endocrine levels over time: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Journal of Women's Health (Larchmt)*. v.16, n.5, p.667-77, 2007.

VOSGERAU, D. S. A. R.; ROMANOWSKI, J. P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Revista de Diálogo Educacional**, v.14, n.41, p. 165-189, 2014.

EXPERIENCIANDO A TERAPIA COMUNITÁRIA NO CONTEXTO DA RIS: REPERCUSSÕES DA TCI PARA RESIDENTES E TERRITÓRIO

Emanuella Cajado Joca

(Residente da ESP-CE, psicóloga, psicodramatista e multiplicadora de Teatro do Oprimido);

Francisca Liliane Torres da Silva

(Residente da ESP-CE, enfermeira obstetra, especialista em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde);

Juliana Reis Lima

(Residente da ESP-CE, assistente social, especialista em Serviço Social, Seguridade Social e Legislação Previdenciária);

Clarissa Dantas de Carvalho

(Residente da ESP-CE, terapeuta ocupacional, Mestre Reiki, instrutora de Yoga e massoterapeuta.

RESUMO: Este relato tem como objetivo apresentar a experiência com a Terapia Comunitária de uma equipe de residentes do programa de Residência Integrada em Saúde, da Escola de Saúde Pública do Ceará, ênfase em Saúde Mental Coletiva. Esse programa está vinculado à perspectiva das Redes de Atenção à Saúde na lógica da clínica ampliada e em consonância com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, buscando efetivar cuidados em saúde com base comunitária. Nesse sentido, faz-se necessário adentrar o território e buscar, juntamente com os sujeitos, propostas de enfrentamento das dificuldades e fortalecimento

da autonomia diante do adoecimento. Conforme esse pensamento, a oportunidade de formação em Terapia Comunitária articulada à RIS/ESP-CE corroborou com a inserção da equipe no território, haja vista a potência da TC como tecnologia de cuidado e promoção de saúde. A equipe de residentes encontra-se em processo de constituição que apresentou uma fase inicial na qual foi necessário se desnudar dos aspectos arraigados durante a nossa formação profissional. Ao nos depararmos com a metodologia da roda, que proporciona o compartilhamento de vivências, estabelecimento de vínculos, troca, ensinamentos, dentre outros, seguimos aos poucos, envolvendo-nos no balançar da roda, deixando fluir a emoção. Ao longo dos dias, nós, terapeutas em formação, fomos ganhando confiança, estreitando a amizade do grupo e trazendo para nossa vida uma maior compreensão de si e do outro, transformando-nos pessoal e socialmente no enfrentamento das situações cotidianas.

PALAVRAS CHAVE: Saúde Mental; Promoção da saúde; Residência Multiprofissional.

INTRODUÇÃO

A Terapia Comunitária vem se consolidando como uma estratégia de promoção da saúde mental e prevenção de outras doenças. Propicia

um espaço de acolhida e partilha, buscando viabilizar a inclusão social e a participação ativa, incentivando práticas de cidadania e a transformação do sujeito.

A reforma psiquiátrica brasileira tem apontado para um modelo de base comunitária que visa atender às demandas de saúde mental no território. Nesse sentido, a oportunidade de formação em Terapia Comunitária vinculada à Residência Integrada em Saúde/ESP-CE corroborou com a inserção da equipe no cenário de prática.

A atenção psicossocial se constitui com propostas transformadoras e com alternativas viáveis para redefinir a lógica do cuidado em saúde mental. Os Centros de Atenção Psicossocial são os principais dispositivos que compõem a rede e caracterizam-se como serviços de base comunitária que buscam realizar intervenções no território.

Sendo assim, a TC emerge como tecnologia leve que potencializa o território devido sua metodologia, proporcionando à comunidade momentos de integração, partilha e solidariedade. Os participantes se encontram para falar dos seus problemas, dificuldades, o que favorece a construção de vínculos. Na medida em que se trabalha a superação do sofrimento, fortalecem-se os laços entre os participantes e promove-se a saúde.

Em saúde mental, quando falamos em território, estamos falando em articular serviços com diferentes finalidades para ajudar na construção de territórios existenciais que possibilitem reinventar a vida em todos os aspectos do seu cotidiano, um cotidiano no qual a loucura foi privada de conviver. É desejável que as atividades funcionem como catalisadoras de novos territórios existenciais, nos quais os usuários possam reconquistar espaços perdidos e conquistar novos espaços no decorrer de sua vida (SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS DE SAÚDE MENTAL E INCLUSÃO NO TERRITÓRIO: CONTRADIÇÕES E POTENCIALIDADES *in* oficinas para quê?).

A Terapia Comunitária é um método de acolhimento grupal utilizado pelo psiquiatra e antropólogo cearense e professor da Universidade Federal do Ceará, Dr. Adalberto Barreto, há mais de 18 anos. Ele desenvolveu o método com moradores da comunidade “Quatro Varas”, onde seu irmão, o advogado Dr. Airton Barreto, coordenava um centro de direitos humanos e atendimento jurídico. Após atender às queixas psiquiátricas encaminhadas de “Quatro Varas” para o Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Ceará, o Dr. Adalberto de Paula Barreto resolveu ir à fonte dos problemas e iniciou um tipo de acolhimento na própria comunidade, com um grupo de pessoas em conflito e sofrimento psíquico que se reuniam à sombra de um cajueiro. No decorrer dos encontros, o método foi se desenvolvendo e se estruturando (BARRETO, 2008).

Desse modo, a equipe de residentes em saúde mental coletiva percebeu a TC como uma estratégia de intervenção que possibilitaria a entrada no território. A facilitação das rodas de TC iniciou-se em outubro de 2013, incentivadas pelo curso de Especialização em Terapia Comunitária Integrativa, promovido pelo Centro de Estudos

da Família e da Comunidade através da escola de saúde pública do Ceará – ESP/CE junto ao coletivo de residentes.

As rodas de terapia comunitária no território acontecem às quartas-feiras, na Fundação Silvestre Gomes, sempre às 9h. Aberta não só aos familiares e usuários do CAPS Geral da SER III, mas a toda a população.

A escolha da Fundação Silvestre Gomes se deu devido a esta se inserir no cenário da regional III, tendo historicamente uma trajetória de ações, como a base comunitária promovendo cursos, atividades culturais e atendimento médico à população do município. Salienta-se o importante trabalho de incentivo ao protagonismo das pessoas com transtorno mental, principalmente com as ações do Bloco Doido é Tu, mobilizando usuários, familiares e trabalhadores dos CAPS no período que antecede o carnaval e durante o desfile dos Blocos de Fortaleza.

Sendo assim, a equipe de residentes teve a oportunidade de vivenciar de perto a metodologia da Terapia Comunitária, todos os seus passos, suas regras para a convivência e toda subjetividade empregada. Adentrando à roda, desnudando-se dos aspectos arraigados durante a formação profissional, foi possível o compartilhamento de vivências, sofrimentos, angústias, inquietações e também de alegrias e superações, o que proporcionou ao grupo, ao longo dos encontros, o estabelecimento de vínculos, a ajuda mútua e a troca.

OBJETIVOS

Apresentar a experiência de residentes em saúde mental coletiva com a prática das rodas de terapia comunitária para a promoção da saúde no território.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência da vivência das residentes em saúde mental coletiva em conduzir rodas de terapia comunitária na Fundação Silvestre Gomes, na SR III do município de Fortaleza. Contamos em média com dez participantes adultos, em sua maioria do sexo feminino. Utilizaram-se as fichas de registro de 20 rodas de TC.

Optou-se por fazer um grupo aberto à comunidade, contando ainda com os encaminhamentos dos dispositivos CAPS que incluíam familiares, usuários e outras demandas, de ambos os sexos, a partir de 12 anos.

Antes de começarem as sessões de TC, foram realizadas divulgações nos três CAPS da área, nos postos de saúde, escolas e outras instituições parceiras, no entanto, os participantes, em sua grande maioria, eram encaminhados dos CAPS Geral e AD.

A sessão sempre se inicia com uma breve explicação do que é a Terapia Comunitária e uma integração de grupo, ela se desenvolve através das seguintes etapas: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização e finalização.

Em todas as etapas citadas, procura-se sempre fazer a inclusão de músicas, piadas ou provérbios, pois se acredita que dessa forma o participante sente-se melhor acolhido.

Na fase de finalização da roda sempre se procurou fazer um momento de cuidado, para que as pessoas possam sair bem e fortes para enfrentar as dificuldades da vida. É nessa fase onde se pergunta as sugestões para as próximas rodas e reforça-se a importância de continuar vindo para elas.

EMBASAMENTO TEÓRICO

A Terapia Comunitária (TC) tem constituído como uma potente ferramenta de intervenção social no sentido da promoção da saúde através da construção de redes solidárias. Conforme Barreto (2008), são cinco grandes eixos teóricos que fundamentam a TC: Pensamento Sistêmico; Teoria da Comunicação; Antropologia Cultural; Pedagogia de Paulo Freire; e Resiliência.

O Pensamento sistêmico assumido pela TC coloca a compreensão de que os fenômenos sociais/comunitários/individuais são produtos da integração de uma complexa rede. Dessa forma, o corpo, a mente e o social estão interligados, e as questões suscitadas pelos grupos são produto da interação desses aspectos.

Outro fundamento, a Teoria da Comunicação, preconiza o diálogo respeitoso, claro e sincero como estruturador do ser humano e das boas relações interpessoais, e isso compreendendo que cada grupo comunitário tem sua cultura, modo de viver e se relacionar que constrói identidades, colocando a referência da antropologia cultural.

A TC é um espaço de construção coletiva de conhecimento, portanto é no pensamento do educador Paulo Freire que tem o seu fundamento pedagógico. Na TC e na pedagogia do oprimido, aspectos como a fala, a expressividade e o diálogo estão presentes, considerando os seres humanos como sujeitos histórico-culturais. Todos os envolvidos sejam educadores/terapeutas ou educandos/comunidade estão juntos no processo de aprendizagem. “Na escuta ativa, aprendo. Quando falo de mim, estou ensinando e quando ouço o outro, estou aprendendo. Somos todos coterapeutas-terapeutas e terapeutizados, docentes e discentes.” (BARRETO, p. 281). São três os aspectos da Pedagogia de Paulo Freire que são pontuados por Barreto (2008) como presentes na TC: a circularidade e a horizontalidade da comunicação; a problematização como princípio pedagógico; e a valorização dos recursos pessoais e das raízes culturais.

O fundamento da resiliência está presente na proposta da TC ao estimular o sujeito a encontrar em seu repertório de vida e no da comunidade estratégias de refazer-se frente às adversidades do dia a dia.

Esses aspectos embasaram a prática de intervenção da equipe de residentes/terapeutas comunitárias nas rodas de TC. Essa foi uma estratégia para a promoção da saúde, focando na saúde mental comunitária, por ser, como afirmou Silva,

(...) um espaço de interlocução dos sujeitos e um ambiente colaborativo, faz emergir o potencial resiliente dos participantes, bem como suas habilidades, muitas vezes adormecidas. Uma vez que está alicerçada na pedagogia de Paulo Freire, promove a autonomia e a emancipação social do sujeito. (SILVA, p. 39)

RESULTADOS ESPERADOS E ALCANÇADOS

A vivência das residentes como terapeutas comunitárias em formação promoveu o fortalecimento do vínculo entre a equipe de residentes e corroborou para a intensificação do papel de trabalhador em saúde mental, enriquecendo a perspectiva que o profissional de saúde, ao atuar no campo da saúde mental, deve enraizar nas suas práticas ações integrativas, de modo a propiciar a modificação de padrões sociais que giram ao redor do sofrimento mental, buscando ampliar espaços de empoderamento dos sujeitos e reflexão da sociedade diante da possibilidade de se conviver com a diferença.

Acreditamos que a realização das rodas na Fundação Silvestre Gomes veio ainda mais a fortalecer esta instituição como um espaço eficaz de convivência, agregando a terapia comunitária ao seu cardápio de ofertas de atividades junto à comunidade.

Para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da SRIII, as rodas de terapia comunitária tornaram-se um referencial de ação de promoção à saúde mental no território, consolidando um espaço de cuidado integral em saúde mental, bem como um eixo de inclusão social e desconstrução do estigma da pessoa com transtorno mental contando com a participação de usuários, familiares e pessoas da comunidade.

A aplicação das rodas de terapia comunitária é uma potente ferramenta de inclusão social integradora e fornecedora de um processo voltado para o desenvolvimento pessoal, assim como a criação de novos laços sociais.

Estando em consonância com os objetivos da reabilitação psicossocial e modelo de atenção psicossocial conforme Ferreira Filha (2010),

O modelo de atenção psicossocial ao investir em novas modalidades de tecnologia em saúde, apostando especialmente nas chamadas tecnologias leves a exemplo da Terapia Comunitária, tem observado resultados muito positivos em mudanças de padrões interativos, relações interpessoais mais dialógicas e sensíveis, abrindo uma possibilidade de aceitar e interagir com a diferença por parte dos membros da sociedade.

As rodas de terapia comunitária contaram em média com a participação de dez participantes adultos em sua maioria do sexo feminino. As principais problemáticas sinalizadas pelos participantes estavam relacionadas à saúde, comunitário, de ordem familiar e pessoal. Foram apontados como principais problemas: depressão, perda de ente querido, desilusão amorosa, decepção por ser enganado por uma pessoa em que admirava, culpa em não saber como lidar com as emoções, raiva em relação à inveja, angústia em relação à sensação de impotência diante da problemática do uso

de drogas na comunidade, dentre outros.

Dentre as estratégias de enfrentamento, destacam-se contar com a presença dos amigos e familiares, a espiritualidade, criar menos expectativas de si mesmo, buscar fazer novas atividades, procurar ajuda profissional e amar a si mesmo.

A partir das estratégias apresentadas, percebemos que as pessoas se sentiam mais revigoradas e fortes no enfrentamento dos seus próprios problemas, pois percebiam que não estavam sozinhas e que seu problema também era vivido por outras pessoas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O “balançar da roda”, a condução metodológica durante o processo formativo foram fundamentais para que nós, residentes e terapeutas em formação, fôssemos ganhando confiança, estreitando a amizade e trazendo para nossa vida uma maior compreensão de si e do outro, transformando-nos pessoal e socialmente no enfrentamento das situações cotidianas.

Profissionalmente, verificamos que a proposta da Terapia Comunitária contribuiu para o enfrentamento de situações na comunidade, atendendo às metas que se propõe, sendo um modelo de cuidado efetivo, assegurando a participação popular e a aquisição de autonomia dos sujeitos. A partir dos vínculos, é possível pensar estratégias de promoção da saúde com base comunitária e quebra de paradigmas comuns à saúde mental.

No entanto, foram encontradas algumas dificuldades nesse processo, apesar de todas as articulações feitas no território da SR III, a parceria com os profissionais no que concerne à divulgação e ao encaminhamento fora insipiente. Por vezes, tínhamos que reforçar que a terapia comunitária ainda estava acontecendo e que eles precisavam encaminhar os usuários.

Devido a essa problemática, a vinculação de novos participantes quase não ocorreu, permanecendo o grupo com uma média de 10 participantes. Entretanto, foi um grupo assíduo, participativo e fortalecido.

Descritores: Saúde Mental; Promoção da saúde; Residência Multiprofissional.

REFERÊNCIAS

BARRETO, Adalberto de Paula. **Terapia Comunitária:** Passo a Passo. 3 ed. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.

FERREIRA FILHA, M.O.; CARVALHO, M.A.P. **A Terapia Comunitária em um Centro de Atenção Psicossocial:** (des)atando pontos relevantes. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre (RS) 2010.

PINHO, L.B.; HERNÁNDEZ, A.M.B.; KANTORSKI, L.P. **Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território:** contradições e potencialidade. Ciência, Cuidado e Saúde, 2010 Jan/Mar.

PITTA, A.M.F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 19-30.

SILVA, Sandra Saraiva Leão Leite da. **Promoção da Saúde e Terapia Comunitária**: um diálogo que promove a Participação Social. 2009. 53 f. Monografia (Especialização em Educação e Promoção da Saúde) – Universidade de Brasília. Brasília, 2009.

FAMÍLIA: O OLHAR DO CAPS II “LUGAR POSSÍVEL” DR. JORGE NISSIIDE TOLEDO – PR PARA O CUIDADOR DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL SEVERO E PERSISTENTE

Inês Terezinha Pastório

Mestre e Doutoranda em Desenvolvimento Rural Sustentável- DRS, pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, *campus* de Marechal Cândido Rondon. Assistente Social no CAPS II Toledo -PR. Pesquisadora do Grupo de Estudo e Pesquisa em Políticas Ambientais e Sustentabilidade (GEPPAS/UNIOESTE) e e do Grupo Interdisciplinar e Interinstitucional de Pesquisa e Extensão em Desenvolvimento Sustentável (UNIOESTE).

Rosangela Aparecida Pereira

Assistente Social (ITECNE- Cascavel), especialista em Saúde Mental e Gestão da Atenção Psicossocial. Técnico de Enfermagem no CAPS II Toledo-PR.

Marli Renate vonBorstel Roesler

Professora Associada do Curso de Serviço Social e dos Programas de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural Sustentável (D/M), Serviço Social (M) e de Ciências Ambientais (M) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Mestre em Educação (PUC/PR), Doutora em Serviço Social (PUC/SP), Pós-doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento (UFPR). Pesquisadora Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa em Políticas Ambientais e Sustentabilidade (GEPPAS/UNIOESTE/CNPq).

RESUMO: Esse trabalho constituiu-se em um estudo com pesquisa bibliográfica e relato de experiência com base no trabalho desenvolvido em um centro de atenção psicossocial – CAPS

II, há alguns anos. Desta forma este trabalho tem por finalidade abordar a importância do cuidar do cuidador de pessoa com transtorno mental, considerando a família enquanto o primeiro grupo social e parte integrante do cuidado e desenvolvimento de seus entes. Assim sendo, o cuidar torna-se presente na sociedade fundamentalmente no papel de pais e de mães que tem sob sua responsabilidade a vida dos filhos que desde os primeiros anos de vida exigem cuidados constantes por parte dos pais ou adultos na condição de cuidador, e se estende a instituições que complementam esse cuidado em conjunto com a família. Como resultado observa-se que o trabalho com a família/cuidador é de extrema importância para a manutenção da saúde mental do cuidador e a estabilidade do quadro clínico da pessoa com transtorno.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidador; Família; Transtorno Mental.

ABSTRACT: This study consisted of a study with bibliographical research and experience report based on the work developed in a psychosocial care center - CAPS II, some years ago. In this way, this study aims to address the importance of caring by the caregiver of a person with mental disorder, considering the family as the first social group and an integral part of the care and development of their family members. Thus,

caring becomes present in society fundamentally in the role of fathers and mothers who have under their responsibility the lives of children who from the first years of life require constant care by parents or adults as caregivers, and extends to institutions that complement this care to the family. As a result, it is possible to see, that work with the family / caregiver is extremely important for the maintenance of the mental health of the caregiver and the stability of the clinical picture of the person with the disorder.

KEYWORDS: Caregiver; Family; Mental Disorder.

1 | INTRODUÇÃO

A instituição família desde os seus primórdios se torna responsável pela emancipação ou dependência de seus filhos porem com as institucionalizações dos “loucos”/diferentes dentro da sociedade se utilizava da internação psiquiátrica como meio de penalidade ao diferente como Rosa (2003, p.59) salienta o papel da família dentro do transtorno mental que,

Ao penetrar no universo familiar, identificam na determinação da doença ou das disfunções a maneira como os pais conduzem a educação dos seus filhos. A ação psiquiátrica tendia a culpabilizar os pais pelas inadequações do comportamento da criança, orientando sua interpretação de conduta para a má educação ou para a doença.

A partir da reforma psiquiátrica, que se configurou a partir dos anos 70 no Brasil, com forte influência da reforma psiquiátrica ocorrida na Europa (Itália, promovida por Franco Basaglia), culminou na elaboração da Lei nº 10.2016/01, que garantiu a desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental, até então enclausuradas em hospitais psiquiátricos durante muitos anos, assim sendo, o trabalho de desospitalização está voltado a reconstruir as pessoas como atores sociais, impedir o sufocamento sob o papel social que exerce, o comportamento, a identidade estereotipada e introjetada que é a máscara que se sobrepõe à dos doentes mentais e que tratar signifique transformar os modos de viver e sentir aflição do paciente para que sua vida transforme concretamente e siga a sua rotina (ROTELLI, 1990). Desta forma, oportunizando o resgate da cidadania dessas pessoas.

Neste sentido Carvalho (2014, p.13) afirma que “Construir cidadania envolve mobilizar e agir junto às comunidades com seus moradores e redes sociais a que se vinculam. Mobilizar a rede de serviços das diversas políticas públicas, vocalizando novos valores de compromisso com o coletivo”. Isso precisa ocorrer em conjunto com a família. Uma vez que baseado nas diversas mudanças dos paradigmas na saúde mental, muda também a relação da família e a pessoa com transtorno mental, pois com a desinstitucionalização eles podem participar da sociedade e de sua família.

Portanto, a família é a primeira instituição que oferece o cuidado ao recém-nascido, o acolhe em seu seio e o acompanha durante seu processo de crescimento e amadurecimento, em condições normais esta criança ao atingir a sua maturidade,

constitui nova família e ou se torna independente de sua família de origem, mas algumas vezes esse processo cíclico se rompe culminando em cuidados posteriores devido a fases da vida que leva o ser humano a existência de sofrimento em conexão com o social, sobrecarregando seus entes/cuidadores nesse processo de adoecimento a pessoa rompe o linear de resiliência e sua família precisa manejar novos caminhos para a manutenção da vida e estratégias para que a pessoa retorne ao linear de resiliência.

Carvalho (2014, p.297) traz ainda em seu texto que tanto a família quanto as políticas públicas têm funções semelhantes, pois ambas buscam “dar conta da reprodução e da proteção social dos grupos que estão sob sua tutela”, sendo atualmente essas tarefas compartilhadas pela família e o estado por meio das políticas públicas.

2 | CUIDANDO DO CUIDADOR DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL

O cuidado, exige do cuidador, estar atento, empenhar-se no bem estar do outro, manter sua integridade física, prover as condições necessárias de subsistência, para que sua integralidade/singularidade se desenvolva e o seu desenvolvimento saudável e pleno de suas emoções, dentre outras necessidades que se apresentarem no processo do cuidar e do desenvolver-se. Contudo nosso olhar recai no cuidado que excede essas fases em razão do adoecimento mental, uma vez que ao adoecer se torna alvo de cuidados específicos ao que permanece no seio familiar ou ainda, muda-se completamente as relações no novo núcleo familiar que constitui.

Assim sendo, o cuidado perpassa várias dimensões do ser social, onde o cuidado deve considerar o sofrimento psíquico não como busca da cura, mas a emancipação/ressocialização desse sujeito, onde por várias razões foi tolhido seu estado de sanidade o levando a hospitalizações.

Diante disso, se efetiva o novo formato de atendimento extra hospitalar em instituições de atendimento psicossocial que passam a atender esta demanda com a finalidade de reinserção sócio familiar, promovendo a emancipação familiar e do sujeito adoecido, porém, quando algo interfere nesse processo de crescimento e amadurecimento desse sujeito socialmente e no seio familiar, este pode sofrer e tornar-se dependente, economicamente quanto em cuidados de atenção básicos, da família por um período maior ou durante toda a sua vida, como no caso deste desenvolver um transtorno mental, acaba por ficar com a família e sob cuidados e proteção desta, uma vez que de acordo com Simões (2009, p.185) “a família constitui a instância básica, na qual o sentimento de pertencimento e identidade social é desenvolvido e mantido e, também, são transmitidos os valores e condutas pessoais”, possibilitando a proteção/emancipação desse sujeito em sua singularidade.

Contudo, a porta de entrada dos pacientes para os CAPs e estes novos serviços oferecidos aos doentes mentais, são as Unidades Básicas de saúde, e, em última

instância, pode-se dizer, que, a verdadeira porta de entrada para este tratamento ou serviço é a ética, pelo fato de que toda ação é situada por uma ética, que nos leva a questionar o que fazer, qual nosso direito de intervir. Cabendo destacar que, a escolha por intervir, é livre e, compete, a cada profissional de cada Unidade Básica de Saúde ou serviços oferecidos. Estas mudanças passam a exigir também, uma nova conduta da sociedade em relação ao transtorno mental, porém, com discussões para o aperfeiçoamento destes serviços.

Desta forma, é possível constatar que, a loucura, ao longo da história sempre se fez presente não sendo algo novo (doença moderna) o que mudou na verdade, foi a forma como ela foi vista no contexto sociocultural onde se apresentou, e principalmente, a forma como esta foi tratada em cada período da história e, como está sendo tratada na atualidade, saindo de um modelo de cerceamento e reclusão passando para a reinserção dos pacientes “loucos” na família com uso de medicações que permitem uma vida com convívio social e oportuniza melhoras consideráveis no quadro clínico do paciente.

Contudo, as mudanças que vem ocorrendo na sociedade nas relações de trabalho, relações educacionais influenciaram as famílias, sua dinâmica pois, esta é complexa e esta em constante movimento, portanto com mudanças que podem ser influenciadas por fatores sociais e midiáticos e se tornarem mais acentuadas alterando e muitas vezes desgastando as relações estabelecidas no meio familiar, apesar de, em sua grande maioria permanecendo a afetividade e o cuidado. (SARTI, 2015).

Desta forma, a família configura-se como cuidadora de um direito humano existencial - de vida digna e segura, sofrendo o impacto da sobrecarga de cuidados intensos e contínuos com o ente doente, com os impactos socioeconômicos, que decorrem das mudanças sociais e da condição de autonomia do familiar com transtorno mental e conseqüentemente da própria família, que veem nos serviços especializados e/ou nas políticas sociais um espaço onde pode buscar auxílio para melhorar as condições de saúde mental de seu ente, as relações entre si e da família como um todo, pois a rede familiar está desgastada com a sobrecarga de cuidados, com a agressividade e/ou dependência de uma pessoa que em situações e condições de normalidade já seria autônoma, mas ainda está atrelada ao cuidado e proteção da família.

Contudo, a doença mental causa muitas vezes tanto ao doente, como na família angustias medos, receios, vergonha, humilhações, preconceitos tanto pelo doente como pela família, que sofrem esses impactos no cotidiano de vida, tanto na rede familiar como na rede social, tencionando os fios que tecem essas redes e esses laços, podendo rompê-los sob situações constantes de desgastes e estresse, sendo necessárias intervenções nesse contexto familiar para que a tensão reduza e os fios tensionados possam diminuir a pressão e não venham a romper-se.

Diante disso, o estigma enfrentado pelos familiares e o ser social acometido de transtorno mental, causa várias lacunas na relação família/doente, uma vez que a

não compreensão da família e a falta de apoio dos meios de atenção básica (UBS) e especializada (RAPS), possibilita ainda mais a quebra de vínculo interfamiliar culminando na potencialidade do transtorno mental e o aumento do desvinculo da família. Onde a rede de atenção tende a atuar no reconhecimento do núcleo familiar e a necessidade de compreender que a família precisa de apoio por parte dos serviços uma vez que a família tem o papel social fundamental para o bom desenvolvimento do cuidado da pessoa adoecida mentalmente. Assim sendo, a rede tem a função de realizar “a construção do vínculo necessário para o manejo das situações demandadas no domicílio decorrente de conflitos do familiar com o doente, muitas vezes com a vizinhança, causa efeitos sobre a saúde de toda a família [...]” (CORREIA, BARROS, COLVERO, 2011,p.1503), que devido aos desgastes diários vão adoecendo mentalmente e fisicamente devido ao desgaste emocional e muitas vezes físicas por necessitar conter esse ente, onde as novas oportunidades de tratamento de internamentos domiciliares com acompanhamento psicossocial possibilita um escape a família no período em que seus familiares estão nas unidades alternativas.

Segundo Carvalho (2014), fala-se em maior proporção e convicção da internação familiar, e no caso menos em internação hospitalar, assim está em alta o médico de família, e outros serviços que possam dar conta do atendimento e tratamento no âmbito familiar.

Contudo, a política social de saúde, precisa dar o apoio necessário para que estas consigam realizar agendamentos, serem atendidos com menor burocracia, contudo respeitando e tendo a integridade ética por meio de profissionais e estrutura adequada.

Assim sendo, as políticas de saúde e os serviços de saúde mental tem um papel primordial, na manutenção dos laços e cuidado com a pessoa com transtorno mental, mas também com o cuidador/familiar dessa pessoa, para que possa manter sua saúde mental e lidar com os pontos de estresse para que tanto cuidador como pessoa com transtorno tenham maior qualidade de vida, mantendo os laços de convivência e cuidado, primando pela humanização do atendimento a pessoa com transtorno mental e seus familiares, uma vez que a Política de Humanização do SUS possibilita “[...] uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos, democratização d gestão dos serviços e ampliação integral à saúde, promovendo a intersetorialidade”(BRASIL,2003,p.14).

E as equipes de saúde cabe realizar o trabalho de maneira humanizada com vistas a garantir a sua autonomia/cidadania propiciando o protagonismo por mediação de ações realizadas pelo SUS o qual se tornou fundamental para atenção desse grupo na ressocialização psicossocial.

Assim sendo, a família como primeiro aporte do ser humano e como o primeiro núcleo social faz-se necessário uma atenção maior uma vez que seu ente era mentalmente bem e por vários motivos internos e/ou externos o levou a desenvolver o transtorno mental que por sua vez desestrutura a família, inclusive as relações sociais da mesma, seja por preconceito, estigma da pessoa que em existência de sofrimento

em conexão com o social propicia a agudização dos quadros clínicos levando a internação psiquiátrica e no retorno o sofrimento ainda maior, o ente se torna muitas vezes dependente de seu familiar, não retornando ao seu cotidiano (trabalho, escola, etc.) tornando-se condicionado ao seu familiar/cuidador.

Contudo, a sobrecarga psicossocial e biopsicossocial que esse ente/núcleo familiar passa a possuir está aquém do cuidar, mas da função de tutelar os atos e manter seu ente em sociedade, que marginaliza e afasta os diferentes do meio social. Assim sendo, a família vai ficando enclausurada dentro da “loucura” ideológica de não conseguir sair ou manter seu ente no meio social, o que vai acarretando dificuldades e medos constantes relacionados ao ente adoecido/sociedade. Como reforça Cardoso e Galera (2010, p.690) que,

a sobrecarga familiar pode ser definida, como sendo o estresse emocional e econômico a que as famílias se submetem, quando um parente recebe alta de um hospital psiquiátrico e retorna a seu lar, principalmente quando laços familiares foram rompidos pelo padrão de cronicidade [...].

Como sabe-se a família como núcleo central da vida, a mesma se torna responsável nos casos de adoecimento mental de prover e monitorar o ente adoecido, mas na maioria dos casos os familiares/cuidadores vão adoecendo gradativamente com o passar dos anos cuidando do seu familiar, necessitando de apoio das instituições que atendem seus entes, para que possam manter a sua saúde mental.

Assim se faz necessário trabalhar com as famílias, nos diferentes espaços e serviços existentes, como é o caso do CAPS II “Lugar Possível” Dr. Jorge Nisiide, que existe no município de Toledo, desde 2004, oferecendo atendimento a pessoas portadoras de transtornos mentais severos e persistentes, egressos de hospitais psiquiátricos a partir da reforma psiquiátrica e com vínculos sociais e familiares fragilizados.

O CAPS II oferece atendimento individual e em grupo através de oficinas terapêuticas com objetivo de reinserção social e familiar ao usuário com sofrimento psíquico. Assim, com as oficinas terapêuticas desenvolvidas é possível promover a autonomia destes pacientes, restabelecendo laços familiares e sociais propiciando a reinserção dos mesmos e, em alguns casos, a reinserção no mercado de trabalho, levando ao aumento da qualidade de vida dos pacientes e familiares.

Com o intuito de fortalecer o familiar/cuidador e manter a sua saúde mental, o CAPS II desenvolve as reuniões de família as quais são realizadas nas terças quartas-feiras do mês. Estas têm por objetivo discutir e facilitar aos familiares a compreensão do que são os transtornos mentais, as especificidades de cada doença e sintomas, e proporcionar um momento de troca de experiências entre os familiares de pessoas com transtorno mental e assim realizar o manejo com a pessoa com transtorno mental contribuindo para a melhora e estabilidade do quadro clínico levando a relações sócio familiares mais harmônicas possibilitando ao cuidador um menor desgaste

psicoemocional, bem como a manutenção da sua saúde mental do cuidador, que por muitas vezes se esvai dentro das lacunas da “loucura” que não obstante se tornam o empecilho para que ocorra a junção desses laços familiares que foram rompidos no transcorrer da doença, e após a alta hospitalar volta à família dependente/doente, uma vez que perdeu seu papel social, ou seja suas representações já não existem, uma vez que é através dessas representações que descrevemos, elucidamos e acreditamos na nossa realidade e o fazemos de acordo com o nosso grupo social (LANE, 1994), ou seja, a mudança de status muitas vezes de como provedor para dependente de seus familiares. Cabendo ressaltar, que esse sofrimento também assola a pessoa com sofrimento psíquico, pois o mesmo perde suas relações sociais e a quebra desses vínculos aumentam o sofrimento mental, assim torna-se necessário atuar junto ao cuidador para que esse ente adoecido e sua família possam não potencializar a doença e nem adoecer os cuidadores. Sabe-se que de acordo com Cardoso, Galera (2010, p.690)

Os serviços de saúde mental precisam oferecer uma assistência de saúde que contemple cuidados para identificar e aliviar a sobrecarga dos cuidadores além de promover treinamento de habilidades que estimulem a autonomia e reabilitação psicossocial dos doentes mentais.

Portanto, a importância de se abrir um espaço para os familiares que possibilitem o diálogo e a escuta sensível, observando as famílias de forma singular, e subjetiva, o que propicia a atenção integral desse núcleo familiar visando melhor estabilidade do quadro clínico e ao mesmo tempo o não adoecimento do cuidador que por vezes a sobrecarga os afligem biopsicossocialmente causando doenças psicossomáticas ou ainda a desenvolver transtornos mentais.

Ainda, o trabalho desenvolvido pelo CAPSII, diante a necessidade de trabalhar o sujeito adoecido, não vê e não considera este, como inapetente para a vida, mas, como um ser social capaz de autonomia necessária e necessitando ser ressocializado, para as relações sociofamiliares, e muitas vezes trabalhistas, desde a sua família/sociedade e ainda trabalhar “o novo”, ou seja, o novo meio de viver e conviver com o sofrimento psíquico propiciando a inserção social, uma vez que em situação de sofrimento psíquico fragilizam e agudizam os sintomas.

Destarte, o adoecimento psíquico em consonância com as relações sociais e intrafamiliares pode agudizar os transtornos mentais se não forem trabalhados em sua gênese, assim as reuniões de família se tornam meios eficazes para mediar a emancipação do sujeito e retificar o estigma da saúde mental embutidas nas mazelas de anos de “loucura” institucionalizadas em hospitais e asilos. Assim sendo a reforma psiquiátrica vem trazer esse diálogo de ressignificação da “loucura” como doença e pode ser tratado em sociedade, promovendo emancipação e potencializando os vínculos familiares.

Além das reuniões de família o CAPS II oferece sempre que houver a demanda

da parte dos familiares o acolhimento e a escuta qualificada com a finalidade de estabelecer e fortalecer os vínculos familiares e sociais, possibilitando pensar em alternativas e/ou possibilidades de repensar o cuidar e evitar desgastes demasiados e o adoecimento do cuidador.

CONSIDERAÇÕES

Pode-se considerar que a política de saúde mental na modalidade CAPS II, foi um grande avanço em nosso país sendo um aporte para o resgate da cidadania da pessoa com transtorno mental, vislumbrando e garantindo assim a capacidade de reinserir-se na família e na sociedade. Tornando-se um serviço de referência e de suma importância para a manutenção da saúde mental do cuidador de pessoas com transtorno mental e na manutenção do quadro clínico da pessoa com o transtorno, oportunizando atendimentos aos familiares e o cuidar destes.

Assim ressalta-se que ao longo da trajetória e do desenvolvimento dessas atividades, tanto as reuniões quanto o acolhimento individual ao familiar realizado no CAPS II, com base em relatos de familiares que participam das reuniões e atendimentos, observa-se que se obtiveram resultados positivos em relação à saúde mental do cuidador e na estabilidade do quadro clínico da pessoa com transtorno mental.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo técnico da política nacional de humanização. **Humaniza SUS política de humanização**/Ministério da Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. Famílias e políticas públicas. **In.** Família: redes, laços e políticas públicas/ Maria Amália Faller Vitale, Ana Rojas Acosta. (Organizadoras). – 6 ed. – São Paulo: Cortez: Coordenadoria de estudos e Desenvolvimento de Projetos especiais- PUC – SP, 2015.

CARDOSO, Lucilene. GALERA, Sueli Aparecida Frari. **O cuidado em Saúde mental na atualidade**, In Biblioteca digital da produção intelectual. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/3109>. Acesso setembro 2018.

CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sonia; COLVERO, Luciana de Almeida. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe saúde da família. In Revista Escola de Enfermagem USP. 2011 Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a32.pdf> acesso setembro 2018.

LANE, Silvia T. Maurer O que é Psicologia Social, São Paulo; Brasiliense, 2004(coleção primeiros passos;39) 5reimpr. Da 22, Ed, de 1994.

ROSA, Lúcia. Transtorno Mental e o cuidado na família. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, Franco. A Instituição Inventada. In Revista “Per la salute mentale” e/ For mental health” 1/88 – do “Centro Studi e Ricerche per la Salute Mentale della Regione Friuli Venezia Giulia”. 1990 Disponível http://oriundi.net/files/istituz.invent_po.pdf. Acesso setembro 2018.

SARTI, Cinthia A. Famílias enredadas. **In.** Família: redes, laços e políticas públicas/ Maria Amália Faller Vitale, Ana Rojas Acosta. (Organizadoras). – 6 ed. – São Paulo: Cortez : Coordenadoria de estudos e Desenvolvimento de Projetos especiais- PUC – SP, 2015.

SIMÕES, Carlos. **Curso de direito do serviço social**/ Carlos Simões - 3. ed. rev. e atual. — São Paulo: Cortez, 2009. — (biblioteca básica de serviço social).

PREVENÇÃO E IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Daniel Ferreira Moraes de Sousa

Faculdade de Medicina, Universidade de Rio Verde - UniRV.
Rio Verde - Goiás

Adriana Cristhian Cardoso Sobrinho

Faculdade de Medicina, Universidade de Rio Verde - UniRV.
Rio Verde - Goiás

Daniela Alarcão de Oliveira

Faculdade de Medicina, Universidade de Rio Verde - UniRV.
Rio Verde - Goiás

Marcelo de Freitas Ribeiro

Faculdade de Medicina, Universidade de Rio Verde - UniRV.
Rio Verde - Goiás

Lara Cândida de Sousa Machado

Mestra e Professora na Faculdade de Medicina, Universidade de Rio Verde – UniRV.
Rio Verde – Goiás

RESUMO: O pós-parto é um período de difícil adaptação para todas as mulheres, devido ao constante desequilíbrio emocional e intolerância ao se adaptar com as necessidades do recém-nascido e com isso, a sociedade vem apresentando um grande distúrbio decorrente dessa fase: A Depressão pós-parto. Portanto, é de extrema responsabilidade dos profissionais da saúde estarem capacitados a identificarem

precocemente este mal e trata-lo. **Objetivo:** Conscientizar os leitores sobre a detecção precoce da DPP e parâmetros relevantes sobre a doença. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica e teve como principais fontes de pesquisa a biblioteca virtual Scielo e Revista Latino-Americana de Enfermagem.

PALAVRAS CHAVE: Maternal representations; Postpartum depression; Mother-infant interaction.

ABSTRACT: The postpartum period is a difficult period for all women, due to the constant emotional imbalance and intolerance in adapting to the needs of the newborn and with this, the society has presented a great disturbance due to this phase: The Postpartum Depression. Therefore, it is an extreme responsibility of health professionals to be able to identify this disease early and treat it. **Objective:** To make readers aware of the early detection of PPD and relevant parameters about the disease. **Methodology:** This is a bibliographical review and had as main sources of research the virtual library Scielo and Latin American Journal of Nursing.

Introdução e Objetivos: O fato de tornar-se mãe, é um processo de grandes adaptações para as mulheres. O pós-parto é um período de

difícil adaptação, visto que essa fase exige da mãe domínio do equilíbrio emocional e tolerância ao se adaptar com as necessidades do recém-nascido. Um grande problema enfrentado pela sociedade nos dias atuais é a depressão pós-parto (DPP). Este pode ocorrer no período de até 12 meses após o parto, sendo que os sintomas são parecidos com a depressão que atinge a população de maneira geral. Entre eles, podem ocorrer diminuição da concentração, baixa autoestima, ansiedade, tristeza, irritabilidade leve e alterações do sono. A DPP pode estar associada a diferentes fatores que a mulher passou antes e durante a sua vida gestacional. Alguns estudos comprovam que as mulheres que tiveram acontecimentos estressantes durante a vida, ansiedade pré-natal e doenças psiquiátricas podem ter maior probabilidade de desenvolver a DPP. Além disso, costumes, influência dos familiares desempenham papéis determinantes na diminuição ou no aumento da DPP. Dessa forma, os obstetras possuem alta influência na detecção e no combate dos sintomas depressivos no período pós-parto, diminuindo os impactos causados na saúde da mãe, recém-nascido e familiares. Visando estes aspectos, essa determinada dissertação tem como principal objetivo conscientizar os leitores sobre a detecção precoce da DPP e parâmetros relevantes sobre essa doença.

Metodologia: Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter qualitativo. Foram consultados, principalmente, a biblioteca virtual Scielo e Revista Latino-Americana de Enfermagem, utilizando-se os termos de busca “*Maternal representations; Postpartum depression; Mother-infant interaction.*”. Com essa pesquisa, foi obtido um total de 8.110 resultados, sendo destes, 20 lidos atenciosamente e selecionados 5 como principais fontes para a execução dessa dissertação. A amostra de consulta foi determinada pelos seguintes critérios de inclusão: 1) artigos com data de publicação dos últimos oito anos (a partir de 2009) em periódicos; 2) estudos empíricos; 3) estudos realizados tanto mundialmente como no Brasil, sendo excluídos todos aqueles trabalhos que não se enquadrassem aos critérios de inclusão.

Resultados e Discussão: No Brasil, há grande prevalência de gestações conturbadas ou que são expostas a fatores estressores, o que pode ocasionar um quadro depressivo da gestante ou no período perinatal. Acredita-se também, que a presença dessa manifestação pode estar relacionada a pensamentos negativos, que incluem a autopunição por achar que é incapaz de cuidar bebê e atender suas necessidades. A DPP ocorre, com prevalência, de 10 a 15% das mulheres, geralmente, de 4 a 12 semanas após o parto, sendo manifestada com sintomas como: irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, sensação de ser incapaz de lidar com novas situações, bem como queixas psicossomáticas (SOUSA, D. D., PRADO, L. C. & PICCININI, C. A. 2009). Vale ressaltar que grande maioria das pacientes vítimas da DPP, não procuram aconselhamento médico e assistência psicológica, o que contribui para o maior índice de mortalidade materna, no período

perinatal. É de grande valia ressaltar o positivo impacto que os familiares possuem, na participação no processo de recuperação da saúde materna, tendo valor contributivo para a identificação dos sintomas, amparo psicológico e orientação à consultas regulares no pós-parto. Avaliando os diversos diagnósticos diferenciais, todos os transtornos psiquiátricos puerperais são também alterações do humor e assim, podem refletir, no quadro clínico uma amplitude de sintomas que em sua maioria não são tão específicos daquela fase. Como o diagnóstico da depressão é difícil de realizar, devido a não haver parâmetros fisiológicos, foram criadas escalas para medir e caracterizar os sintomas, sendo a mais utilizada, a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), traduzida para 24 idiomas, com estudos de validação na maioria dos países. No Brasil, foi validada em 2003 e seu uso é predominante nos estudos nacionais. Além de ser um instrumento específico para identificar a depressão pós-parto, é, também, de fácil aplicação e interpretação, com grande acessibilidade e simplicidade na sua incorporação à rotina clínica, podendo ser aplicada por profissionais na Atenção Primária em saúde, inclusive pelo enfermeiro, durante os momentos que entra em contato com a mulher e, particularmente, na consulta puerperal. Contudo, entende-se que a chave para um diagnóstico seguro é o reconhecimento da instalação dos sintomas e o desenvolvimento dos mesmos, analisados com uma específica avaliação clínica e escalas de avaliação da DPP.

Conclusão: A (DPP) é um mal que acomete mulheres no pós-parto, com prevalência, relativamente alta, ocorrendo entre a quarta e décima segunda semana no período perinatal. Esse quadro, aparece comumente em mulheres que foram submetidas a fatos marcantes e estressores durante a gestação, e os familiares têm papel essencial no cuidado psicológico da gestante, sendo responsável por orientá-la à consulta médica. Diante desses fatos, é possível concluir que a ajuda psicoterapêutica e assistência familiar é de extrema importância para a estabilidade mental da mãe.

REFERÊNCIAS

GOMES, et. al. **Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: Importancia do diagnostico precoce.** Rev. Rene.15, Dezembro, 2010.

LOBATO, et. al. **Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática.** Rev. Bras. Matern. Infant, Recife. 08, Agosto, 2011.

RODRIGUES, et.al. **Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto.** Rev. Bras Ginecologia e Obstetricia. 20, Outubro, 2011.

SILVA. Et. Al. **Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família.** Scielo. Fortaleza (CE). 01, Junho, 2010.

SOUSA, D. D., Prado, L. C. & Piccinini, C. A. **Representações Acerca da Maternidade no Contexto da Depressão Pós-Parto.** Redalyc. 17, Setembro, 2009.

MANUAL DE PRÁTICAS DA PSICOLOGIA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Camila Batista Nóbrega Paiva

Hospital Universitário Lauro Wanderley/ EBSEERH,
camilanobrega_@hotmail.com

Natalya Lima de Vasconcelos

Hospital Universitário Lauro Wanderley/ EBSEERH,

Luziane Juzi Carvalho de Alencar Silva

Hospital Universitário Lauro Wanderley/ EBSEERH,

Isabelle Tavares Amorim

Hospital Universitário Lauro Wanderley/ EBSEERH,

RESUMO: A inserção dos psicólogos nos hospitais gerais brasileiros é recente, sendo datados os primeiros registros a partir da década de 50. Atualmente há um crescimento do número deste profissional neste contexto, e, como novo campo de atuação da Psicologia, que contém uma própria dinâmica, nota-se que as peculiaridades desse trabalho foram exigindo dos profissionais uma nova postura, teórica e prática, mais voltada para atender à nova demanda, porém, o embasamento teórico- prático não está bem coeso entre os profissionais que atuam nesta área. Assim, torna-se importante a sistematização das intervenções a serem realizadas neste contexto, baseado em um instrumental técnico e científico, para, desta forma, estruturar o serviço de psicologia e possibilitar o desenvolvimento de práticas fundamentadas em evidências, além de produzir conhecimentos que direcionam e

unificam a atuação, auxiliando na valorização e reconhecimento da profissão. Portanto, o objetivo deste trabalho consiste em relatar a experiência do setor de psicologia na estruturação de documentos que visem a sistematização das ações desenvolvidas e facilitem o seu acompanhamento através de instrumentos de estatísticas. Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, do tipo relato de experiência da prática profissional em Psicologia Hospitalar, desenvolvida pelo setor de psicologia do HULW, cujo design possibilita a verificação da prevalência de atividades realizadas em âmbito hospitalar. Foram realizadas reuniões para definir cada atividade a ser realizada, constituindo assim, um glossário para o setor de psicologia. A descrição dos itens foi embasada em textos sobre psicologia da saúde, nas resoluções do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e pela própria prática no hospital. Os itens a serem preenchidos, caso sejam realizados naquele dia, são: o número total de usuários atendidos, contado com paciente e acompanhantes ou visitantes; admissão psicológica, que seria o primeiro contato com o usuário; apoio e acolhimento psicológico, uma disposição afetiva, uma atitude de escuta qualificada, que visa receber e aceitar a demanda trazida pelo paciente; intervenção psicoeducativa, o estabelecimento de um fluxo de informações do psicólogo para o paciente e

vice-versa, com o objetivo de familiarizar os pacientes e acompanhantes em relação a sua doença, aos procedimentos clínicos e rotinas da hospitalização; intervenção psicoprofilática, aquela que sugere um enfoque preventivo, cuja principal finalidade é minimizar os riscos cognitivos e afetivos; intervenção psicoterapêutica, trabalho com a resignificação da situação de adoecimento/hospitalização/tratamento através de reestruturação cognitiva e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento; evolução no prontuário, pautada em uma conduta ética, técnica e científica para compartilhar informações relevantes acerca do caso clínico, respeitando sempre o sigilo do paciente; reuniões multiprofissionais; administrativas; resposta a pedidos de consultas ; atividades de ensino; entre outras. Por se tratar de um hospital geral, o HULW conta com variadas clínicas e setores que possuem dinâmicas diversas, neste sentido, realizar uma padronização das atividades do setor de psicologia se mostrou importante para a unificação das ações, dando uma singularidade a este setor.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia Hospitalar, Padronização Instrumental, Intervenções Psicológicas.

INTRODUÇÃO

A Psicologia da Saúde é uma área do conhecimento que estuda o processo saúde-doença com objetivo de aumentar a eficácia das ações de saúde. Seu foco são ações que vão desde a promoção e prevenção da saúde até o tratamento e reabilitação de doenças, trazendo como resultado novas perspectivas teóricas e modelos de intervenção (CASTRO, E. 2007; PEREIRA; PENIDO, 2010). No Brasil, o termo Psicologia da Saúde é, muitas vezes, confundido com a Psicologia Hospitalar, e, apesar de serem complementares, o primeiro é mais amplo e inclui ações em todos os níveis de atenção, já a última é restrita ao âmbito secundário e terciário (CASTRO; BORNHOLDT, 2004).

O Conselho Federal de Psicologia (CFP), em sua Resolução nº 02/01, define a Psicologia Hospitalar como uma especialidade onde a atuação ocorre em serviços de nível secundário que tem por principais objetivos: realizar intervenções com a tríade pacientes, familiares/acompanhantes e equipe multiprofissional; identificar, avaliar e acompanhar as urgências psicológicas no ambiente hospitalar; promover intervenções na relação do paciente com seu processo de adoecimento, hospitalização e tratamento, como também na relação entre os atores envolvidos neste processo, visando o bem-estar físico e emocional.

A inserção dos psicólogos nos hospitais gerais brasileiros é recente, sendo datados os primeiros registros a partir da década de 50. Atualmente, há um crescimento do número deste profissional na área e, como novo campo de atuação da Psicologia, que contém uma dinâmica própria, nota-se que as peculiaridades desse trabalho foram exigindo dos profissionais uma nova postura, teórica e prática, mais voltada para atender à nova demanda, porém, o embasamento teórico-prático não está bem

coesos entre os profissionais que atuam nesse campo (SÁ, et al, 2005).

Assim, torna-se importante a sistematização da atenção psicológica dirigida às pessoas hospitalizadas, baseada em um instrumental técnico e científico, para, desta forma, estruturar o Serviço de Psicologia e possibilitar o desenvolvimento de práticas fundamentadas em evidências, além de produzir conhecimentos que direcionam e unificam a atuação, auxiliando na valorização e reconhecimento da profissão.

Portanto, o objetivo deste trabalho consiste em relatar a experiência do Setor de Psicologia na estruturação de um instrumento para a sistematização e acompanhamento estatístico da prática psicológica desenvolvida no âmbito hospitalar, seja ela clínica-assistencial (ambulatório ou clínicas de internação), técnica-administrativa ou atividade de ensino.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, do tipo relato de experiência da prática profissional em Psicologia Hospitalar desenvolvida pelo Setor de Psicologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW, cuja estruturação possibilita a verificação da prevalência de atividades realizadas em âmbito hospitalar.

O HULW é um hospital-escola vinculado a Universidade Federal da Paraíba (UFPB), com adesão da universidade à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). De acordo com o Plano Diretor Estratégico 2016/2017, o HULW conta com 220 leitos ativos, 10 laboratórios e 80 consultórios médicos. Nesse espaço são realizados um total de cerca de 20 mil atendimentos, 700 internações, 250 cirurgias e até 50 mil exames por mês.

O Setor de Psicologia conta com um quadro de profissionais composto por dez psicólogas, sendo uma delas a coordenadora, distribuídas nas diversas clínicas do HULW (Pediatria, Clínica Médica, Obstetrícia, UTI Adulto, UTI Neonatal e UTI Pediátrica) ou programas/serviços ambulatoriais (Psiquiatria, Cirurgia Bariátrica, SAE, Ambulatório Adulto, Infantil, Pré-Natal e Follow Up). Além de contar com seis psicólogos da Residência Multiprofissional em Saúde Hospitalar (RIMUSH), divididos em três ênfases de atuação: Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Idoso e Saúde do Paciente Crítico.

Através de reuniões semanais realizadas com toda a equipe do Setor de Psicologia, nas quais discutia-se a prática psicológica dentro do hospital, evidenciando diferenças e semelhanças na atuação, constatou-se que o setor necessitava de uma padronização das atividades para garantir que elas não se distanciem dos objetivos da Psicologia Hospitalar.

Somando-se a isso, em 2013 a UFPB adere à EBSEH, que passa a administrar efetivamente o HULW, trazendo mudanças estruturais e institucionais, dentro das quais, a necessidade de mensuração das atividades desenvolvidas pelos diversos

setores do hospital (VIEIRA, 2017).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a chegada da EBSEH, o setor passou por modificações devido à entrada de novos servidores, e ainda se encontra em processo de atualização das normas operacionais. Um dos pontos discutidos pela equipe foi a sistematização da atenção Psicológica no âmbito hospitalar, sobretudo a necessidade de registro através de uma planilha de estatística mensal, pois no dia-a-dia percebeu-se a ausência de uniformidade da prática entre os psicólogos, dificultando o reconhecimento do serviço por parte de profissionais de outras categorias.

Foram realizadas reuniões para definição de cada atividade desenvolvida, constituindo assim um glossário para a prática do profissional de psicologia na instituição. Para tanto, foram usados referenciais teóricos da Psicologia da Saúde, resoluções do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e na própria prática no hospital.

A seguir, a descrição sistematizada da prática dirigida às pessoas hospitalizadas no HULW registrada diariamente pelos psicólogos, sejam elas as atividades clínico-assistenciais (ambulatoriais e clínicas de internação), técnico-administrativas ou atividades de ensino.

1. Usuários Atendidos	2. Admissão Psicológica	3. Visita Multiprofissional	4. Visita ao usuário	5. Acolhimento ao usuário
6. Atendimento Compartilhado	7. Intervenção Psicoeducativa	8. Intervenção Psicoprofilática	9. Intervenção Psicoterapêutica	10. Evolução de prontuário
11. Emissão de documentos e encaminhamento	12. Reunião de Paciente/familiares e/ou acompanhantes com a equipe multiprofissional	13. Reunião com Familiares e/ou acompanhantes	14. Reunião do Setor de Psicologia	15. Discussão multiprofissional de caso
16. Interconsulta	17. Intervenção Lúdica	18. Visita Domiciliar	19. Visita Institucional	20. PTS
21. Resposta de pedido de consulta	22. Atividade em grupo	23. Atividades administrativas	24. Participação Eventos/ Atividades	25. Atendimento Individual Ambulatorial
26. Atendimento em Grupo Ambulatorial	27. Supervisão de estagiários	28. Reunião de Estágio	29. Reunião de ênfase	30. Preceptoria dos Residentes

30. Tutoria dos Residentes	32. Avaliação de Residente			
----------------------------	----------------------------	--	--	--

Quadro 1. Atividades da prática registradas por cada profissional de psicologia.

O número total de Usuários Atendidos, sejam eles pacientes, familiares, acompanhantes e/ou visitantes, deverá ser preenchido ao final de cada dia. Já a conduta realizada com cada usuário deve ser especificada, variando desde a Admissão Psicológica, que seria o primeiro contato com o usuário, no qual é feita uma avaliação para detectar a presença de urgência psicológica relacionada ao processo de adoecimento, hospitalização e tratamento; exame das funções psíquicas; identificação de fatores psicológicos de risco e de proteção; condições de vulnerabilidade e existência de uma rede de apoio; clarificação da rotina hospitalar e funcionamento do Serviço de Psicologia naquela unidade de internação. De acordo com Baptista e Dias (2003), esse momento deve acontecer até cinco dias de internação e se mostra bastante importante, pois o paciente se encontra em processo de adaptação e formação de suas primeiras impressões em relação ao ambiente hospitalar, permeadas pelo sentimento de estranheza. Assim, o psicólogo deve ter atitude empática que vise a formação de um vínculo terapêutico e favoreça o suporte emocional deste paciente (PEREIRA; PENIDO, 2010).

Quando o psicólogo se dirigir ao paciente e/ou familiares/acompanhantes no leito hospitalar com o objetivo de manutenção do vínculo terapêutico será considerada Visita ao Usuário no Leito. Essa conduta deve ser rotina diária do profissional e possui caráter preventivo. Já a Visita Multiprofissional, seja ela no leito ou não, refere-se à participação do psicólogo juntamente com a equipe de discussão de cada caso clínico, para identificar demandas e planejar ações que considerem a integralidade do sujeito.

Consideramos Acolhimento ao Usuário uma prática comum aos diversos profissionais de saúde que versa sobre uma postura ética e implica na escuta qualificada ao usuário, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, no compromisso de resposta às suas necessidades e no encaminhamento seguro e implicado. Essa conduta é registrada independente de o usuário está hospitalizado ou não (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2008). No que tange a particularidade da psicologia, entende-se que o acolhimento como uma disposição afetiva por parte do profissional, uma atitude de escuta qualificada, que visa receber e aceitar a demanda trazida pelo paciente e seu familiar, além de facilitar a formação da aliança terapêutica, sendo bastante corriqueira essa intervenção no dia-a-dia do ambiente hospitalar (PERFEITO, MELO, 2004).

O psicólogo hospitalar na assistência prestada à tríade pacientes, familiares/acompanhantes e equipe multiprofissional, seja na modalidade de atendimento psicológico individual ou em atendimento psicológico em grupo, realiza as seguintes intervenções terapêuticas alinhadas à técnica da psicoterapia breve.

A Intervenção Psicoeducativa, é quando há o estabelecimento de um fluxo de informações do psicólogo para o paciente e vice-versa, com o objetivo de tornar familiar para os pacientes e familiares/acompanhantes aspectos relacionados à doença, aos procedimentos clínicos e rotinas da hospitalização, tornando-os empoderados a assumir atitudes resilientes diante da situação de adoecimento, favorecendo a redução da ansiedade e a previsibilidade de eventos estressores. Quando esse tipo de intervenção for realizada juntamente com outras categorias profissionais, será considerada um Atendimento Compartilhado. A psicoeducação também é bastante utilizada no contexto hospitalar, desde a fase da admissão até a alta, pois potencializa a adesão e continuidade do tratamento e auxilia no combate às crenças e às visões disfuncionais (PEREIRA; PENIDO, 2010; FIGUEIREDO et al, 2009).

Compreendemos como Intervenção Psicoprofilática aquela que sugere um enfoque preventivo, cuja principal finalidade é minimizar os riscos cognitivos, afetivos e comportamentais (estados de ansiedade, angústia e depressão) associados ao adoecimento, tratamento e hospitalização que possam prejudicar a evolução do quadro clínico do paciente. Desta forma, diminui-se a possibilidade de surgir complicações posteriores, quer sejam orgânicas ou psicológicas, como também aumenta as chances dos pacientes e familiares aderirem à prescrição terapêutica (JUAN, 2005; DOCA; COSTA JÚNIOR, 2007).

Quando realizamos uma intervenção mais focal, dando voz à subjetividade do usuário, para que dessa forma venhamos a possibilitar uma ressignificação da situação de adoecimento/hospitalização/tratamento através de reestruturação cognitiva e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, estamos diante de uma Intervenção Psicoterapêutica. Esse tipo de intervenção geralmente está mais presente quando a hospitalização vai sendo prolongada e a situação de crise fica ainda mais configurada, predispondo o paciente a uma série de reações emocionais como estados de angústia e depressão, que podem gerar apatia, labilidade afetiva, ideias destrutivas, perda de motivação e de apetite, insônia, entre outras (MAZUTTI; KITAYAMA, 2008; GOMES; PERGHER, 2010).

Toda prática profissional do psicólogo realizada com o paciente hospitalizado deverá ser registrada através de Evolução no Prontuário, pautada em uma conduta ética, técnica e científica para compartilhar informações relevantes acerca do caso clínico, respeitando sempre o sigilo do paciente, referindo-se apenas ao momento da intervenção e aos aspectos pertinentes ao plano terapêutico da equipe (CFP, 2005). Todos os outros documentos técnicos solicitados ao Setor de Psicologia, com exceção das respostas a pedidos de consulta, são assinalados como Emissão de Documentos e Encaminhamentos.

Há Reunião entre Paciente, Familiares/Acompanhantes e Equipe Multiprofissional, quando profissionais de mais de uma área de atuação se reúnem com o paciente e/ou familiares/acompanhante para orientar e esclarecer sobre o andamento do caso (diagnóstico/prognóstico/exames/rotinas...), discutir sobre as dificuldades existentes,

dando voz a este usuário para melhor resolutividade dos problemas e compreensão do tratamento. Quando o usuário não estiver presente, mas seu caso for discutido com mais de uma categoria profissional visando um melhor andamento do caso, é considerada uma Discussão Multiprofissional de Caso. Essa integração da equipe de saúde é imprescindível para que o atendimento e o cuidado alcancem a amplitude do ser humano, considerando as diversas necessidades do paciente, e assim transcendendo a noção do conceito de saúde de que a ausência de enfermidade significa ser saudável, ou seja, a pessoa é vista como um todo e passa a ter um atendimento humanizado (FOSSI; GUARESCHI, 2004).

A Reunião com Familiares ocorrerá quando o psicólogo os reunir a fim de acolher suas demandas e fazer as orientações psicológicas necessárias. Esse trabalho com a família se mostra de suma importância, pois os familiares também têm necessidades específicas e apresentam frequências elevadas do nível de estresse, distúrbios do humor e ansiedade durante o acompanhamento da internação. Além disso, quando um componente adoece, há uma desestruturação do desenho familiar (MENDES; LUSTOSA; ANDRADE, 2009).

A Reunião do Setor de Psicologia, deve ser sempre registrada quando os psicólogos do HULW se reúnem para discussão de assuntos administrativos e/ou discussões de casos clínicos ou estudos teóricos.

Sendo bastante usual a prática da Interconsulta na rotina hospitalar, trata-se de uma modalidade de atendimento clínico que visa auxiliar profissionais de outras áreas no diagnóstico e tratamento de pacientes com problemas psiquiátricos ou psicossociais (situações emocionais emergentes) e intermediar a relação entre os envolvidos na situação (equipe de saúde, pacientes e familiares) facilitando a comunicação, a cooperação e a elaboração dos conflitos (ROSSI, 2008). Por sua vez, a Intervenção Lúdica é aquela realizada pelo psicólogo com o usuário através de recurso lúdico, visando a estimulação/avaliação de aspectos cognitivos, afetivos, da linguagem, dentre outros, além de favorecer a redução de estresse e melhor adaptação à rotina/procedimentos hospitalares e o fortalecimento do vínculo terapêutico.

A atenção da psicologia não se restringe apenas a atividades desenvolvidas dentro da estrutura hospitalar. Se realizarmos uma visita, juntamente ou não com a equipe multidisciplinar, ao domicílio do paciente com a finalidade de obter novas informações para esclarecimento e melhor compreensão do caso, estamos diante de uma Visita Domiciliar. Caso ocorra uma visita realizada pelo psicólogo a outra instituição de saúde visando a continuidade do acompanhamento de alguns casos, ou mesmo, para aprimoramento técnico será preenchida a lacuna de Visita Institucional.

Algumas vezes, um caso clínico chama a atenção da equipe devido à sua singularidade, ou pela emergência de ações mais efetivas, então a realização de um projeto terapêutico singular (PTS), que se constitui como um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas em discussão coletiva interdisciplinar, cuja dimensão singular é a essência deste dispositivo, na qual se inscreve a concepção integral do

ser humano. Tem como objetivos: cuidar, melhorar a qualidade de vida dos usuários, ampliar o entendimento e a apropriação do processo saúde/doença (SILVA, et al, 2013).

Nos deparamos no dia-a-dia com solicitação de pedidos de consultas emitidos por outro profissional da equipe multiprofissional para atendimento/avaliação psicológica do paciente hospitalizado. Nestes casos emitimos a resposta escrita formalizada através do relatório de consulta. Consideramos atividade em grupo momentos de sensibilização; grupo terapêutico; rodas de conversa; atividades comemorativas realizadas pelo psicólogo, ou em conjunto com outra categoria profissional a usuários e/ou integrantes da equipe nas enfermarias.

Atividades administrativas se referem a organização de materiais burocráticos (GDC, estatísticas, avaliação de desempenho, banco de talentos, etc). Também informamos nossa participação em eventos científicos ou administrativos. As atividades ambulatoriais também devem ser quantificadas, na modalidade de atendimento individual ambulatorial ou em grupo.

Atividades de ensino também são registradas e contabilizadas, dentre elas a supervisão individual de estágio curricular; a reunião de estágio; a preceptoria e/ou tutoria dos Residentes Multiprofissionais; reunião de ênfase e a avaliação final de cada residente.

CONCLUSÕES

Por se tratar de um hospital geral, o HULW conta com variadas clínicas e setores que possuem dinâmicas diversas, neste sentido, realizar uma padronização das atividades do setor de psicologia se mostrou importante para a unificação das práticas psicológicas no âmbito hospitalar, dando uma singularidade a este setor.

Espera-se, com este trabalho, que as experiências relatadas possam contribuir para outros pesquisadores da área, como nos traz Gorayeb (2001) que para construir uma profissão de respeito junto aos outros profissionais precisamos produzir cada vez mais e melhor, trazendo conhecimentos calcados em atividades de pesquisa que auxiliem na nossa forma de atuação, desenvolvendo um conjunto sistemático de conhecimentos sobre a dos psicólogos no hospital. Desta forma, a classe não precisará mais pleitear seu lugar neste espaço de trabalho, mas será solicitada a estar participando ativamente da atenção diferenciada e integral à saúde dos usuários.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, M. N; DIAS, R. R. **Psicologia Hospitalar: Teoria, Aplicações e Casos Clínicos**. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

CASTRO, E. K. *Psicologia pediátrica: a atenção à criança e ao adolescente com problemas de saúde*.

Psicologia: ciência e profissão, v. 27, n. 3, p. 396-405, 2007.

CASTRO, E. K.; BORNHOLDT, E. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. **Psicol. Cienc. Prof.**, v.24, n.3, p.48-57, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de ética profissional do psicólogo** (XII Plenário do conselho Federal de Psicologia). Brasília, DF: Autor. 2005.

DOCA, F.N.P.; COSTA JÚNIOR, Á.L. Preparação psicológica para admissão hospitalar de crianças: uma breve revisão. **Paidéia** (Ribeirão Preto) [online], v.17, n.37, p.167-179, 2007.

FIGUEIREDO, Â.L. et al. O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 11, n. 1, p. 15-24, 2009.

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. F. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 7, n. 1, p. 29-43, jun. 2004 .

GOMES, J. A. L.; PERGHER, G. K. A TCC no pré e pós operatório de cirurgia cardiovascular. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro , v. 6, n. 1, p. 173-194, jun. 2010.

GORAYEB, R. A prática da psicologia hospitalar. In: MAURINHO, M.L.; CABALLO, V.E. (orgs) **Psicologia Clínica e da Saúde**. Editora: UEL – Granada: APICSA, p. 263-278, 2001.

JUAN, K. Psicoprofilaxia cirúrgica em urologia. **Psicol. hosp.** (São Paulo), São Paulo , v. 3, n. 2, ago. 2005 .

MAZUTTI, S. R. G.; KITAYAMA, M. M. G. Psicologia hospitalar: um enfoque em terapia cognitiva. **Revista da SBPH**, v. 11, n. 2, p. 111-125, 2008.

MENDES, J.A.; LUSTOSA, M.A.; ANDRADE, M.C.M.. Paciente terminal, família e equipe de saúde. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 151-173, jun. 2009.

PEREIRA, F.M.; PENIDO, M.A. Aplicabilidade teórico-prática da terapia cognitivo comportamental na psicologia hospitalar. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 6, n. 2, p. 189-220, 2010.

PERFEITO, H.C.C.S.; MELO, S.A. Evolução dos processos de triagem psicológica em uma clínica-escola. **Estud. psicol.** (Campinas), v. 21, n. 1, p. 33-42, Apr. 2004.

ROSSI, L. **Gritos e sussurros: a interconsulta psicológica nas unidades de emergências médicas do Instituto Central do Hospital das Clínicas**. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, SP, 2008.

SÁ, A.K.J.M.; et al. Psicólogo Hospitalar da Cidade de Recife–PE Formação e Atuação. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 25, n. 3, p. 384-397, 2005.

SILVA, E. P., et al. Projeto Terapêutico Singular como estratégia de prática da multiprofissionalidade nas ações de saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, 17(2), 197-202, 2013.

QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES DE IDOSOS DEPENDENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL DE ENSINO EM BELÉM-PA

Fernanda Oliveira Serrão

Universidade Federal do Pará (UFPA)
Belém-PA

Elenilce Pereira de Carvalho

Universidade Federal do Pará (UFPA)
Belém-PA

Elisângela de Macedo Maués

Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA)
Belém-PA

Adrielle Aguiar de Carvalho

Universidade Federal do Pará (UFPA)
Belém-PA

Rozinéia de Nazaré Alberto Miranda

Universidade Federal do Pará (UFPA)
Belém-PA

RESUMO: O aumento do número de idosos aponta para a importância de indivíduos prestadores de cuidados. O objetivo desse estudo foi avaliar a qualidade de vida dos cuidadores de idosos dependentes internados em um Hospital de ensino em Belém-PA, conhecer o perfil epidemiológico, clínico-físico e nutricional dos cuidadores de idosos, bem como verificar o grau de dependência dos idosos. Para identificação do perfil socioeconômico e estilo de vida do cuidador, foi aplicado um questionário semiquantitativo. Com o intuito de avaliar o estado nutricional dos cuidadores, foram aferidas as seguintes medidas antropométricas: peso,

altura, circunferência da cintura e calculado o IMC. Utilizou-se o índice de Katz para verificar o grau de dependência dos idosos e em seguida, aplicou-se o questionário do World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref). Percebe-se a necessidade de atenção aos cuidadores de idosos, visto que se encontram expostos a condições de risco de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidador; Idosos; Qualidade de vida.

ABSTRACT: The increase of elderly populations points to the importance of individuals who provide care. The aim of this study was to evaluate the quality of life of elder caregivers interned in a university hospital in Belém-PA, know the epidemiological, clinical-physical and nutritional profile of caregivers, as well as to verify the degree of dependence of the elderly. To identify the socioeconomic profile and lifestyle of the caregiver, a semi qualitative questionnaire was applied. In order to evaluate the nutritional status of the caregivers, the following anthropometric measures were measured: weight, height, waist circumference and calculated the BMI. The Katz index was used to verify the degree of elder's dependency and then the questionnaire of World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref).

It is noticed the need of attention to elderly

caregivers, since they are exposed to health risk conditions.

KEYWORDS: Caregiver; elderly; quality of life.

1 | INTRODUÇÃO

Ao assumir o papel de cuidar, muitos cuidadores deparam-se com mudanças significativas em seu cotidiano, bem como na sua saúde. O tempo para realizar as atividades de vida diárias e para o lazer encontra-se reduzido, além das mudanças no relacionamento com familiares e amigos.

Cuidar de alguém dependente requer esforço mental, físico e psicológico (RODRIGUES, WATANABE e DERNTL, 2006). Logo, os cuidadores de idosos se tornam propensos a distúrbios em sua saúde, uma vez que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o conceito de saúde é o conjunto formado por bem-estar físico, mental e social. Portanto, estando um desses fatores comprometidos, compromete-se, também, a saúde do indivíduo

2 | OBJETIVOS

Avaliar a qualidade de vida dos cuidadores de idosos dependentes internados em um Hospital de ensino em Belém-PA; conhecer o perfil epidemiológico, clínico-físico e nutricional dos cuidadores de idosos, bem como verificar o grau de dependência dos idosos.

3 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e correlacional, oriundo do Projeto de Extensão intitulado “Qualidade de vida de cuidadores de idosos”, realizado com cuidadores formais e informais de idosos dependentes internados em um hospital universitário em Belém. Possui amostragem não probabilística, selecionada por conveniência. Foi desenvolvido entre os meses de junho de 2015 a maio de 2016.

Para identificação do perfil socioeconômico e estilo de vida do cuidador, foi aplicado um questionário semiquantitativo. Com o intuito de avaliar o estado nutricional dos cuidadores, foram aferidas as seguintes medidas antropométricas: peso, altura, IMC e circunferência da cintura, e de acordo com o diagnóstico nutricional, foram feitas as devidas orientações.

Utilizou-se o índice de Katz para verificar o grau de dependência dos idosos e em seguida, aplicou-se o questionário do World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref) para a avaliação da qualidade de vida do cuidador.

Realizou-se análise estatística descritiva, utilizando-se média e desvio padrão

(dp), bem como correlação de Spearman entre os domínios do WHOQOL-bref e variáveis quantitativas do cuidador.

Os dados foram armazenados no software Microsoft Office Excel®. Os testes estatísticos foram realizados utilizando-se o pacote estatístico Bioestat 5.0.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário João de Barros Barreto, sob o parecer consubstanciado nº 1124360. Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 45179515.4.0000.0017.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 85 idosos, 47% são totalmente dependentes; 32% dependentes e 21% parcialmente dependentes. Em relação aos cuidadores, 96% são informais; 97% são do sexo feminino; 37% são filhos (a); 68,3% casados. A idade variou de 18 a 67 anos, com média de 41 anos ($dp=3,4$). A maioria dos cuidadores (35,6%) apresenta ensino fundamental completo, e verificou-se que 40% são donas de casa.

Os dados sociodemográficos encontrados nesta pesquisa corroboram com os achados de outros autores ao afirmarem que a maioria dos indivíduos que exercem a tarefa de cuidar é do sexo feminino e, na maioria das vezes, filhas ou esposas (GRUNFELD, GLOSSOP, MCDOWELL, DANBROOK, 1997). 70% desses cuidadores coabitam com o idoso e exercem esse papel, em média, há quatro anos, dedicando-se aos cuidados de 5 a 7 vezes por semana e mais de 12 horas por dia. 93% dos cuidadores não recebem ajuda econômica, e 56,7% afirmaram não receber ajuda na realização das tarefas com o idoso.

De acordo com o IMC, 47% dos cuidadores foram diagnosticados com sobrepeso, e 52% possuem risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, segundo a circunferência da cintura; 95% não praticam exercícios físicos, e 92% não realizaram exame de sangue nos três meses anteriores a entrevista. 52% relataram ter pelo menos uma patologia.

Em relação à saúde, ao compará-la com a de outras pessoas da mesma idade, 42,3% consideram a saúde boa, e 53,8% relataram piora após tornar-se cuidador. Sobre os hábitos alimentares dos cuidadores, verificou-se que 54% retiram a pele de frangos e peixes antes de comer; 63% consomem frutas e legumes com frequência, e 42% consomem doces de uma a três vezes por semana. Em relação ao consumo de água dos cuidadores, constatou-se a média de ingestão de três copos diários de água.

De acordo com o questionário WHOQOL-BREF, o Índice Geral de Qualidade de Vida (IGQV) obteve média de $52,4 \pm 8,9$. O domínio Físico alcançou média de $54,61 \pm 11,5$. Já o domínio Psicológico obteve média de $56,63 \pm 22,2$. O domínio de Relações sociais evidenciou média de $58,43 \pm 19,06$. Em relação ao domínio Meio ambiente, este apresentou a maior média, com $60,27 \pm 11,8$.

O domínio Físico foi o que obteve a menor média, resultado este que pode ser

explicado devido às atividades diárias que os cuidadores exercem no ato de cuidar da pessoa idosa, como a realização da higiene pessoal, ajuda na locomoção, assim como na vestimenta, ações estas que exigem maiores esforços físicos e que dependem, ainda, do peso e grau de dependência do idoso (SENA et al., 2006). Já em outro estudo (ANJOS et al., 2014), este mesmo domínio recebeu a maior média. Devido às inúmeras responsabilidades que o cuidador possui ao realizar as tarefas com o idoso, além das cobranças e pressões psicológicas que ele sofre, somadas as preocupações do cotidiano, o contexto psicológico do cuidador também é afetado, necessitando, portanto, de serviços que garantam o suporte emocional do cuidador a fim de melhorar sua qualidade de vida.

O cuidador de idosos, geralmente, não possui apoio social, o que pode ser evidenciado no domínio das Relações sociais, uma vez que as facetas “Relações pessoais” e “Suporte social” foram as que obtiveram menores pontuações.

Já no domínio Meio ambiente, o qual obteve a maior média, a faceta “Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades” foi a que recebeu as maiores pontuações, sendo muitas vezes mencionado o fato da facilidade de obter informações dentro do hospital em que estavam, o que demonstra a satisfação dos cuidadores neste contexto. Houve correlação entre Índice de Katz e o IGQV ($r = -0,48$; $p = 0,003$), bem como correlações entre os seguintes domínios: psicológico ($r = -0,35$; $p = 0,012$), físico ($r = -0,58$; $p = 0,029$) e relações sociais ($r = -0,30$; $p = 0,019$). Não houve correlação com o domínio meio ambiente. Observou-se que houve correlação estatisticamente significativa entre o tempo como cuidador e domínio Físico ($r = -0,534$; $p = 0,000$), e correlação fraca ($r = -0,28$; $p = 0,031$), porém significativa entre idade e domínio Físico.

5 | CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que, quanto maior o grau de dependência do idoso, piores são os contextos físico, psicológico, de relações sociais, qualidade de vida e saúde nos quais os cuidadores estão inseridos. Verificou-se também que, quanto maior o tempo de prestação de cuidados e maior a idade do cuidador, mais sobrecarregado fisicamente esse cuidador se encontrará.

Constatou-se, portanto que, se não houver o devido acolhimento aos cuidadores por profissionais de saúde capacitados, oferecendo o suporte necessário a esses cuidadores, não só a qualidade de vida destes estará prejudicada, como também todo o cuidado dispensado ao idoso será deficitário.

REFERÊNCIAS

ANJOS, K.F.; Boery, R.N.S.O; Pereira, R.P. **Qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2014 Jul/Set; 23(3): 600-8. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00600>. Acesso em 02 Ago. 2016.

GRUNFELD, Eva; GLOSSOP, Robert; Mcdowell, Ian; Danbrook, Catherine. **Caring for elderly people at home: the consequences to caregivers**. Canadian Med Assoc J 1997;157:1101-5. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1228268/>> Acesso em 06 Agosto, 2016.

RODRIGUES, Sérgio Leandro Aquilas; WATANABE, Helena Akemi Wada; DERNTL, Alice Moreira. **A saúde de idosos que cuidam de idosos**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 493-500, Dec. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342006000400007&lng=en&nrm=iso>. acesso em 06 Agosto, 2016.

SENA, R.R.D; SILVA, K.L; RATES H.F; VIVAS, K.L; QUEIROZ, C.M, BARRETO F.O. **O Cotidiano do cuidador no domicílio: desafios do bem fazer solitário**. Cogitare Enfermagem, v.11, n. 2, maio/ago.2006. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?Isiscript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=454038&indexSearch>>. Acesso em: 02 Ago. 2016.

RECAÍDA PARA O USO DE CRACK: ESTUDO QUALITATIVO

Valéria Cristina Silva de Oliveira

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
Centro de Estudos e Pesquisas em Álcool e outras
Drogas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre –
CEPAD/HCPA.

Rosemeri Siqueira Pedroso

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
Centro de Estudos e Pesquisas em Álcool e outras
Drogas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre –
CEPAD/HCPA.

RESUMO: O crack apresenta-se como uma nova forma de uso da cocaína, com padrão de uso cada vez mais intenso e compulsivo, levando o usuário a recorrentes recaídas para o uso da substância, pós-tratamento hospitalar e/ou ambulatorial. O estudo tem como objetivo conhecer os fatores que contribuem para a recaída dos usuários de Crack. Adotou-se a metodologia qualitativa e amostra intencional por saturação, com amostra de doze usuários de crack, em tratamento no CAPS ad III no município de João Pessoa/PB. Foram utilizados os seguintes instrumentos: entrevista semiestruturada individual, sendo os dados explorados através da análise de conteúdo de Bardin e Escala de Recaída para Usuários de Crack – ERUC/2013. Os achados evidenciam uma maior expressão para fatores de risco que contribuem para a recaída em relação ao uso

de crack, foram respectivamente: fissura para o uso da substância; expectativas positivas como euforia, prazer, autoconfiança; falta de um projeto de vida com hábitos saudáveis e do cultivo da espiritualidade, falta de habilidade para enfrentar as situações de risco, sentimentos de tristeza, solidão, ansiedade, desesperança, e conflitos afetivos. A identificação dos fatores que contribuem para a recaída do usuário de crack deve ser valorizada na elaboração dos projetos terapêuticos, privilegiando as questões individuais, familiares e sociais. Os achados sugerem uma abordagem multiprofissional e voltado para aprimoramento dos processos de prevenção à recaída, para que os usuários de crack consigam reduzir os riscos para o retorno do uso da substância em sua trajetória de tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Usuário de Crack. Recaída. Tratamento Ambulatorial.

1 | INTRODUÇÃO

Dentre as drogas ilícitas, a cocaína é uma substância que tem ocasionado impacto na vida pessoal e familiar do indivíduo, levando o usuário à busca de tratamento (SILIQINI, 2005). O crack apresenta-se como uma nova forma de uso da cocaína, ocasionando, assim, um padrão de uso cada vez mais intenso e

compulsivo, o que leva o usuário muitas vezes a consumir a droga até a exaustão, com implicações sociais e à saúde (DIEHL, 2009).

Os estudos sobre o crack iniciaram há pouco tempo no Brasil (KESSLER, 2008) e, dentre eles, destaca-se o mais recente inquérito epidemiológico, que descreveu as características sociodemográficas e comportamentais do usuário de crack. Realizada nas 26 capitais e no Distrito Federal, o estudo estimou 370 mil usuários de crack e/ou similares no país (BASTOS, 2013). Os dados apontam que, nas capitais, o tempo de uso do crack é de, aproximadamente, 8 anos, onde mais da metade dos usuários apresentam padrão de consumo diário. O estudo mostrou que 78,7% dos usuários presentes nas cenas de uso são do sexo masculino.

Inquéritos anteriores também apresentam achados em relação ao uso de drogas: no I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (2001), os dados apontam que 19,4% da população pesquisada fez uso na vida de drogas, exceto tabaco e álcool. Já no II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas no Brasil (2005), os achados foram 22,8%, correspondendo a 10.746.991 pessoas. Em relação ao uso de cocaína na vida, houve um aumento de 0,6%, comparando o ano de 2001 (2,3%) com 2,9% no ano de 2005 (CARLINI, 2002).

Ao reconhecer o uso de substâncias psicoativas como um problema de Saúde Pública, o Ministério da Saúde, programou, no ano de 2002, a Política Nacional de Saúde Mental, em atenção às pessoas com o uso prejudicial de álcool e outras drogas. Dentre os serviços para tratamento de base comunitária ofertada pelo Sistema Único de Saúde – SUS destacam-se: Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS ad III) e os Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas – SHR ad (BRASIL, 2009).

Os achados em relação aos serviços públicos de tratamento da dependência química acessados pelos usuários no Brasil, nos últimos 30 dias antecedentes à pesquisa, foram: 6,3% Caps ad e dos serviços de regime residencial ou internação, os dados apontam 4,2% comunidades terapêuticas; 3,8% clínica especializada e com 3,6% hospital psiquiátrico. Destaca-se também que 78,9% dos entrevistados relataram o desejo em fazer tratamento para o uso de drogas (BASTOS, 2013).

A recaída tem sido um dos maiores desafios no tratamento de um indivíduo com dependência química, ao longo do tratamento. Alguns autores definem a recaída como o retorno aos sintomas após um período de remissão (DIEHL, 2009) outros definem como um processo dinâmico que resulta no retorno aos padrões anteriores de comportamentos considerados problema (BRADON, 2007).

As causas das recaídas em transtornos de comportamento tem sido estudadas, e desta forma têm desenvolvidos modelos de tratamentos de prevenção, considerando a incidência desses transtornos. (UCHOA, 1996). Porém, ainda são poucos os estudos que abordam a recaída de usuários de crack, embora achados recentes apontem que estas ocorrem com frequência após alta hospitalar e/ou ambulatorial (PEDROSO, 2013). Assim o objetivo deste estudo foi conhecer os fatores que influenciam na recaída

dos usuários de crack em tratamento no serviço ambulatorial de Atenção Psicossocial CAPS ADIII, através das narrativas sobre o consumo e utilizando a Escala de Recaída para usuários de Crack -ERUC/2013.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo de uma amostra intencional de doze usuários de crack, sendo oito homens e quatro mulheres, em tratamento no CAPS ad no município de João Pessoa/PB, realizados nos meses de maio e junho de 2015. Os critérios para seleção dos sujeitos foram: Apresentar Diagnóstico de Transtorno por Uso de Substância de acordo com os critérios do DSM – 5; Ser do sexo masculino ou sexo feminino, ter o crack como droga de preferência através do auto relato, maiores de 18 anos de idade, possuir histórico de recaídas aferido pelo prontuário do sujeito, aceitar voluntariamente participar do estudo, ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e não apresentar prejuízos cognitivos comprometedores que impossibilitam a participação no estudo.

Os participantes do estudo foram selecionados no próprio CAPS ad III, Foram realizadas doze entrevistas, quando os discursos atingiram o critério de saturação (FONTANELLA, 20018), ou seja, quando os relatos dos entrevistados apresentaram redundâncias e nenhuma informação nova foi descoberta. Ainda foram realizadas mais duas entrevistas para a confirmação das repetições das narrativas e foram descartadas posteriormente.

Os instrumentos de investigação utilizados: 1) Entrevista individual semiestruturada, que foram gravadas em áudio com a autorização do entrevistado, com perguntas abertas previamente padronizadas, contendo os dados sociodemográficos (aferidas pelo prontuário do usuário) e referentes a frequência/padrão de consumo do crack . 2) Escala de Recaída para do Usuário de Crack- ERUC, validadas no Brasil pelos pesquisadores Pedroso, Kessler & Pechansky, 2013.

Na ERUC são apresentados vinte e cinco fatores de risco que podem influenciar na recaída dos usuários de crack, para as quais se deve marcar o quanto se discorda ou concorda, em relação ao uso de crack, durante os últimos seis meses (numa escala que vai de 1=discordo totalmente a 5=concordo totalmente). Esta escala avalia seis diferentes fatores para a recaída para o uso do crack: Fator 1 – Emoções, família e afeto; Fator 2 – Coping Fator 3 - saúde, sexo e tratamento); Fator 4 – Aspectos sociais e legais; Fator 5- Expectativas positivas e Fator 6 – Craving.

Antes da realização da investigação propriamente dita, foi realizado um estudo-piloto com uma amostra de 08 usuários de crack, selecionados em diferentes serviços e dentre eles pessoas em situação de rua que não se conheciam, para assegurar uma amostra heterogênea. O roteiro das questões norteadoras do estudo foi testado, quanto à sua viabilidade, a fim de fazer correção de erros e realizar os ajustes necessários na

sua aplicação.

Foram divididas em três etapas a logística do estudo: Primeira etapa- Foi identificada uma sala em ambiente tranquilo e confortável no próprio CAPS AD III, a fim de evitar interferências que venham prejudicar a concentração dos participantes durante toda a coleta de dados; Segunda etapa -. Em conversa individual com cada sujeito foram esclarecidos os objetivos do estudo, explicado cada etapa da pesquisa e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com garantia de sigilo e anonimato e na Terceira etapa – Realização de entrevista individual, cujo horário foi acordado com os próprios sujeitos, foram gravadas em áudio e em seguida foi aplicada a Escala de Recaída para Usuários de Crack (ERUC) com os sujeitos que concordaram em participar da pesquisa voluntariamente e que assinaram o Termo Livre e Esclarecido. O tempo destinado para cada entrevista e Aplicação da ERUC foi com duração mínima de 60 min e máxima de 1 h e 40 min.

Para análise das entrevistas, foram transcritos todo o conteúdo das narrativas de forma ordenada, categorizada pela pesquisadora principal e submetidas à análise de conteúdo de Bardin (1977), através de três etapas: pré análise, contato com o material coletado através de “leitura flutuante e constituição do corpus da pesquisa”. A exploração do material consistiu na codificação e categorização, através das seguintes etapas: a) escolha das unidades de contagem, b) a seleção das regras de contagem e c) a escolha de categorias; Análise dos resultados- foram elaboradas inferências e interpretações alicerçadas no conteúdo das narrativas.

A análise da ERUC/2013 ocorreu através da avaliação da soma dos escores e classificação na categoria adequada. Cada fator foi analisado separadamente através das frequências absolutas e relativas das respostas em cada categoria. Para à análise do perfil sócio demográfico, foi realizado o cálculo das frequências absolutas e relativas das respostas a cada item. Para as variáveis quantitativas, foram apresentados à média e desvio-padrão.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), por meio do Protocolo nº 5327 em conformidade com a Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

A amostra deste estudo foi composta por usuários de crack (n=12), sendo oito homens e quatro mulheres em tratamento. A tabela 1 demonstra as características dos usuários entrevistados. A idade variou entre 25 e 52 anos. Mais da metade (66,7%) dos usuários tinham ensino fundamental completo. Indivíduos solteiros (83%), católicos (83%), com moradia própria (66,7%) e em situação de rua (33,3%). Um pouco mais que a metade (58,3%) morava sozinha e 41,6% vivia com alguém da família de origem ou família atual.

Nome/idade/sexo*	Escolaridade**	Estado Civil***	Religião	Com quem reside?	Nº filho	Profissão/ocupação	Trabalha?	Possui moradia****
N36F	2- 8 anos	Solteiro	Católica	Só	02	Copeira	Desempregada	SR
O49M	9 anos ou mais	Casado	Católica	Esposa	06	Pedreiro	Bicos	Sim
S52M	2-8 anos	Separado	Católica	Só	02	Guarda Civil	Licença médica	Sim
L46M	9 anos ou mais	Solteiro	Católica	Pai, mãe	03	serigrafista	Desempregada	Sim
C25M	9 anos ou mais	Solteiro	Católica	Mãe	02	Vendedor	Desempregado	Sim
B38M	2- 8 anos	Solteiro	Católica	Só	01	Motorista	Desempregado	SR
F40M	2- 8 anos	Solteiro	Católica	Mãe,irmã	02	Office boy	Bicos	Sim
I45M	2- 8 anos	Solteiro	Evangélico	Só	02	Motorista	Desempregado	SR
H40M	2- 8 anos	Casado	Católica	Esposa	02	Motoboy	Desempregado	Sim
G35F	2- 8 anos	Solteira	Católica	Só	03	Baba	Desempregada	SR
P47F	2- 8 anos	Solteira	Católica	Só	05	Não	Bicos	Sim
A30F	2- 8 anos	Separada	Católica	Só	02	Não	Bicos	Sim

Tabela 1. Dados sociodemográficos de usuários de crack em tratamento no CAPS ad (N=12)

Casado – relato do entrevistado, independente do oficialmente registrado em cartório; Solteiro- os que não coabitam com companheiro/a ** Escolaridade – anos de estudo completo; *SR - situação de rua se refere a morador em situação de rua, não tem residência própria.

Na tabela 2, é apresentada as características do consumo de crack entre os usuários entrevistados. O uso diário do crack predominou no relato dos entrevistados (n=10; 83,3%). Embora o consumo por dia tenha frequência bastante variada, observou-se que em média, os entrevistados consumiam 25 pedras de crack por dia (desvio-padrão 10,6).

Iniciais/idade/Sexo	Tempo de uso do crack (anos)	Frequência de consumo	Nº de pedras/ consumo dia
M36F	11 anos	Diário	25
P49M	21 anos	Mensal	30
S52M	12 anos	NF	NF
J46M	07 anos	Final de semana	30
V35M	05 anos	Diário	06
A38M	06 anos	Diário	15
O40M	18 anos	Diário	15
R45M	22 anos	Diário	25
O40M	22 anos	Diário	40
J35F	16 anos	Diário	50
M47F	17 anos	Diário	80
B33F	10 anos	Diário	40

Tabela 2. Características do consumo de crack entre os entrevistados (n=12) NF- não falou

Quase metade dos entrevistados (n=5; 45%), relatou usar crack com maconha, já o uso combinado do crack com o álcool foi referido por 27% dos usuários. Apenas um participante relatou fazer somente uso do crack e uma narrou o uso combinado do crack com o tabaco. Observa-se que o uso do crack é precedido do consumo de outras substâncias psicoativas, o que corrobora estudos prévios. Esta evidência sugere ações preventivas voltadas não só para o consumo de drogas ilícitas, com também para as substâncias lícitas.

“Comecei a usar o álcool e o tabaco faz vinte anos atrás...depois que conheci o crack passei a usar também, e bem dizer agora to fumando maconha... mas o crack e o álcool é a que mais gosto”.(PLS49M)

“...Um dia eu quis usar o crack, mas só qui já usava maconha, álcool e cocaína, ta entendeno?(S52M)

Os entrevistados (66,7%) relataram comportamentos de troca e venda de pertences pessoais e familiares para a obtenção do crack. Esse resultado é compatível com outro estudo¹⁴, que também observou esses dados.

“Ah!!!!!!...isso é uma coisa que nehum usuário...enquanto ele tiver dinheiro no bolso ou objeto pra empregar no consumo do crack, ele usa até!!!!!!acabar o que tem. Já aconteceu deu dar fim a um celular...troquei por crack...ah vendi bicicleta minha... aí me arrependi por causa dessa peda (A38M).” (Define-se como peda, pedra).

Na Tabela 3, podem ser observados os fatores de influência para a recaída dos usuários de crack: Verifica-se o escore ≥ 28 para o Fator 1 - Emoções, família e afeto. Estes dados apontam que as situações de tristeza, solidão, ansiedade, desesperança, conflitos afetivos e discussões familiares foram considerados fatores de risco para a recaída do consumo do crack, por 50,0% dos entrevistados. Estes dados corroboram com os achados do estudo sobre os Fatores de risco e proteção à recaída na percepção de usuários de substâncias psicoativas, que apontam que os problemas familiares (36,0%) e os sentimentos de ansiedade (48,9%) são fatores de risco podem para a recaída do usuário (SILVA,2014).

No que se refere ao Fator 2 -Coping- observa-se o escore ≥ 16 , onde cerca de 58,3% (N=12) acreditam que a falta de um projeto de vida com hábitos saudáveis do cultivo da espiritualidade e a falta de habilidade para enfrentar as situações de risco, podem influenciar para o retorno do uso do crack.

Religiosidade foi citada como principal rede de suporte para prevenção à recaídas, confirmando resultados evidenciados por alguns autores (CAVALCANTE, 2012; FORMIGONI, 2019), que acreditam que a prática da religiosidade auxilia na promoção da fé, fornecendo apoio para lidar com adversidades, experiências de dor e sofrimento, além de oferecer estímulos aos hábitos saudáveis.

Em relação ao Fator 3- Saúde, sexo e tratamento, identifica-se que 33,3% dos usuários apontam (escore ≥ 12), atribui as situações que envolvem a troca de sexo

por crack no momento da fissura, infecção por doenças DST/HIV e ao difícil acesso ao tratamento na rede pública de saúde, como causas para o retorno do uso do crack. Interromper o consumo do crack, não é um processo fácil, principalmente quando este é influenciado pelo craving/fissura e por fatores que envolvem o estado emocional, estímulos ambientais, dificuldades de seguir um tratamento ambulatorial(WALLACE, 1989).

O Fator 4- Aspectos sociais e legais – observa-se o escore ≥ 19 , onde se observa que 41%, 6%, acredita que o envolvimento com a criminalidade, desemprego e ambiente social favorável com amigos, podem levá-los a recaídas. É o que também apresenta o estudo realizado com os internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG, que aponta o Desemprego (36,1%) e os Problemas com a justiça (17,8%) dentre os problemas sociais relacionados ao uso de drogas indutor para a recaída. (JACINTO, 2014). As amizades também são citadas como um dos principais fatores de risco para a recaída (CAVALCANTE, 2012), pois amigos facilitam, estimula e insiste para o consumo da droga e este, necessitando de aprovação social, retorna ao uso da substância (SILVA, 2014).

Fator 5- Expectativas positivas, escore ≥ 12 , como euforia, prazer, autoconfiança em relação a tudo, foram apontados por 66,6% dos entrevistados. É o que também foi observado Em um estudo de Jaffe e Kilbey (1994), realizado com não usuários e usuários experimentais de cocaína que apresentavam expectativas positivas, como grandiosidade e euforia, corroborando com Freitas (2014), que afirma que uma vez que o consumo de cocaína é iniciado, os indivíduos esperam consequências positivas, o que se torna mais relevante e acaba mantendo o comportamento de busca pela droga.

Em relação ao Fato 6- Craving, escore ≥ 9 , os dados apontam que 83,3% dos entrevistados atribuem a fissura como fator de risco para a recaída em relação ao uso do crack.). Estudos apontam que os usuários podem ser beneficiados com as técnicas para o manejo da fissura como: Modelo da Prevenção à Recaída (MARLATT, 1993), no Treinamento de Habilidades e Tratamento de Exposição a Estímulos (MONTI, 1997; 1999), como indicadas no tratamento da fissura em dependentes químicos por Araújo et al.

Fatores de risco para a recaída	Frequência dos fatores citados pelos entrevistados (N=12)	Soma dos Escores
Fator 1-Emoções, família e afeto	6(50,0 %)	≥ 28
Fator 2 – Coping	7 (58,3%)	≥ 16
Fator 3 - Saúde, sexo e tratamento	4 (33,3%)	≥ 12
Fator 4- Aspectos sociais e legais	5 (41,6%)	≥ 19
Fator 5- Expectativas positivas	8 (66,6%)	≥ 12
Fator 6 - Craving	10 (83,3%)	≥ 9

Tabela 3. Fatores de risco que podem influenciar na recaída dos usuários de crack

4 | CONCLUSÃO

Espera-se oferecer subsídios para o aprimoramento do cuidado aos dependentes de crack, em serviço ambulatorial, visando melhor compreensão sobre os fatores de risco indutores para recaída do dependente e dos fatores estressores que contribuem para o retorno do uso da substância após período de remissão. Os achados sugerem o desenvolvimento de programas de educação permanente aos profissionais, voltados para o desenvolvimento e aprimoramento dos processos de prevenção à recaída, para que os usuários consigam utilizar estratégias de enfrentamento e manejo que permitam a manutenção da abstinência, reduzindo os riscos para o retorno do uso da substância em sua trajetória de tratamento. O estudo não visou representatividade, portanto, os resultados não podem ser generalizados e nem utilizados para representar todos os usuários de crack. Sugerem-se investigações futuras sobre a temática abordada para que se tenha maior aprofundamento do fenômeno e ampliação do conhecimento a respeito das necessidades dessa população.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Renata Brasil et al. **As estratégias de coping para o manejo da fissura de dependentes de crack**. Clinical & Biomedical Research, v. 30, n. 1, 2010.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2014.

BARDIN, Lawrence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: edições, v. 70, p. 225, 1977.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. **Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas Capitais do País**. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Fundação Oswaldo Cruz. Recuperado de <http://infograficos.estadao.com.br/especiais/crack/perfilusuarios.pdf>, 2013.

BRANDON, Thomas H.; VIDRINE, Jennifer Irvin; LITVIN, Erika B. **Relapse and relapse prevention**. Annu. Rev. Clin. Psychol., v. 3, p. 257-284, 2007.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Portaria no 1.190, de 4 de junho de 2009**. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde-SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Diário Oficial da União, 2009.

CARLINI, E. A. et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país**. São Paulo: UNIFESP, 2002.

CAVALCANTE, Layana de Paula et al. **Social support net for chemically dependents: ecomap as instrumental in health assistance**. Northeast Network Nursing Journal, v. 13, n. 2, 2012.

DA SILVA, Meire Luci; FERREIRA GUIMARÃES, Camila; BERNARDONI SALLES, Daiane. **Fatores de risco e proteção à recaída na percepção de usuários de substâncias psicoativas**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 15, n. 6, 2014.

DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Artmed Editora, 2009.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas**. Cadernos de saúde pública, v. 24, p. 17-27, 2008.

FORMIGONI, M. L. O. S.; DUARTE, P. C. A. V. **Fé na prevenção: prevenção do uso de drogas em instituições religiosas e movimentos afins**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2009.

FREITAS, Partinobre Brito et al. **Expectativas de resultados relacionados ao efeito do uso do crack/cocaína em pacientes internados para desintoxicação**. Revista da SBPH, v. 17, n. 2, p. 123-136, 2014.

JACINTO, Lauana Aparecida Teodoro et al. **Fatores relacionados ao uso, reabilitação e recaídas segundo adictos em recuperação**. 2014.

JORGE, Maria Salete Bessa et al. **The ritual of crack consumption: socio-anthropological aspects and impacts on the health of users**. Ciencia & saude coletiva, v. 18, n. 10, p. 2909-2918, 2013.

KESSLER, Felix Henrique Paim; PECHANSKY, Flavio. **Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade**. Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Vol. 30, n. 2 (maio/ago. 2008), p. 96-98, 2008.

MARLATT, G. Alan; DONOVAN, Dennis M. **Prevenção da recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos**. Artmed Editora, 2009.

MONTI, Peter M. et al. **Brief coping skills treatment for cocaine abuse: substance use outcomes at three months**. Addiction, v. 92, n. 12, p. 1717-1728, 1997.

MONTI, Peter M.; ROHSENOW, Damaris J. **Coping-skills training and cue-exposure therapy in the treatment of alcoholism**. Alcohol Research, v. 23, n. 2, p. 107, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2014.

PEDROSO, Rosemeri Siqueira et al. **Inventário de expectativas de resultados em usuários de crack (IERUC): construção e validação**. Revista HCPA. Porto Alegre. Vol. 32, n. 2,(2012), p. 138-146, 2012.

PEDROSO, Rosemeri Siqueira; KESSLER, Félix; PECHANSKY, Flavio. **Treatment of female and male inpatient crack users: a qualitative study**. Trends in psychiatry and psychotherapy, v. 35, n. 1, p. 36-45, 2013.

RESOLUÇÃO, N°. 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR). **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União, v. 13, 2013.

SILIQUNI, Roberta et al. **Recreational drug consumers: who seeks treatment?**. The European Journal of Public Health, v. 15, n. 6, p. 580-586, 2005.

UCHÔA, Marco Antonio. Crack: o caminho das pedras. In: **Crack: o caminho das pedras**. 1996.

WALLACE, Barbara C. **Psychological and environmental determinants of relapse in crack cocaine smokers**. Journal of substance abuse treatment, v. 6, n. 2, p. 95

SOBRECARGA DE CUIDADORAS DOMICILIARES DE PESSOAS ACOMETIDAS POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E ENCEFÁLICO

Josefa Cláudia Borges de Lima

Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande- Paraíba

Michelly Guedes de Oliveira Araújo

Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande- Paraíba

Universidade de Pernambuco, Recife- Pernambuco

Camila Grangeiro de Lima

Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande- Paraíba

Rosilene Santos Baptista

Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande- Paraíba

RESUMO: O Acidente Vascular Cerebral e o Acidente Vascular Encefálico são doenças relevantes para a morbimortalidade na população mundial, especialmente adultos e idosos. Mediante as incapacidades que podem causar, os pacientes necessitam de apoio de um cuidador para realização de suas atividades cotidianas. Alinhando-se a essa realidade, e relacionando-a com a sobrecarga de cuidadoras, objetivou-se através deste estudo, identificar os principais fatores que influenciam a sobrecarga entre as cuidadoras que prestam assistência domiciliar a pacientes acometidos e com sequelas de AVC/AVE. Trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada em março de

2016, nas seguintes bases de dados: SCIELO, MEDLINE, BDNF, LILLACS e BVS. A questão norteadora foi: Quais os principais fatores que influenciam a sobrecarga entre as cuidadoras de pacientes com AVC/AVE? Foram analisados 7 artigos. As mulheres são em sua maioria, as provedoras do cuidado e os principais fatores que culminam para a sobrecarga destas são: dependência do paciente, idade, pouco grau de escolaridade, dificuldades financeiras, mudança no estilo de vida e falta de divisão das tarefas. Cuidar de um paciente acometido por AVC/AVE é uma tarefa exaustiva, principalmente para cuidadoras informais. O estudo aponta para a necessidade de intervenção por parte da enfermagem, visando a minimização da sobrecarga e conseqüentemente a melhora na qualidade de vida destas pessoas.

PALAVRAS-CHAVE: Sobrecarga, cuidador, assistência domiciliar, enfermagem.

ABSTRACT: Cerebral Vascular Accident and Stroke are diseases relevant to morbidity and mortality in the world population, especially adults and the elderly. Through the disabilities they can cause, patients need support from a caregiver to perform their daily activities. Aligning to this reality, and relating it to the overload of caregivers, the objective of this study was to identify the main factors that influence the overload among caregivers who provide home

care to patients affected and with sequels of stroke / stroke. It is a bibliographical review, carried out in March 2016, in the following databases: SCIELO, MEDLINE, BDNF, LILLACS and VHL. The guiding question was: What are the main factors that influence the overload among caregivers of stroke / stroke patients? We analyzed 7 articles. Women are mostly the care providers and the main factors that lead to the overload of these are: patient dependence, age, poor schooling, financial difficulties, change in lifestyle and lack of division of tasks. Caring for a patient affected by stroke / stroke is an exhaustive task, especially for informal carers. The study points to the need for nursing intervention, aiming at minimizing the burden and consequently improving the quality of life of these people.

KEYWORDS: Overload, caregiver, home care, nursing.

1 | INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial e ocorre de forma natural, mesmo nos países mais pobres. Segundo Veras et al. (2009), o envelhecimento populacional se traduz em maior carga de doenças na população, incapacidades e, consequentemente uma maior procura pelos serviços de saúde.

Pereira et al (2013) afirma que o acidente vascular cerebral (AVC) é considerado uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo, no qual atinge principalmente adultos e idosos. Para este autor, o risco aumenta com a idade e com hábitos diários de vida pouco saudáveis.

O AVC decorre da insuficiência no fluxo sanguíneo em uma determinada área do cérebro e tem diferentes causas: malformação arterial cerebral (aneurisma), hipertensão arterial, cardiopatia, tromboembolia (bloqueio da artéria pulmonar) (BRASIL, 2014).

Levando em consideração o estudo de Pereira et. al (2012), o paciente acometido por AVC/AVE, pode perder algumas funções, naturalmente executadas antes da doença. O autor acredita que AVC/AVE acarretam sequelas e limitações relevantes, nas quais muitas vezes deixam o paciente sobrevivente, totalmente acamado e incapacitado para realização de tarefas simples voltadas ao auto- cuidado, além dos efeitos sociais e econômicos.

Segundo Pereira et. al (2012) em decorrência às sequelas incapacitantes após o AVC, podem ocorrer mudanças na dinâmica da vida dos pacientes, como: dificuldades relacionadas a mobilidade física, cognição e capacidade de tomar decisões sobre a própria vida ou dos familiares. Nesses casos, o doente necessita de um apoio para realização de tais atividades por intermédio de um cuidador, mediante a orientação e supervisão de um enfermeiro.

De acordo com o Guia Prático do Cuidador (2008), o cuidador é uma pessoa da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou

mentais, com ou sem remuneração. No entanto, o papel do cuidador ultrapassa o simples acompanhamento das atividades diárias dos indivíduos, sejam eles saudáveis, enfermos e/ ou acamados, em situação de risco ou fragilidade, seja nos domicílios e/ ou em qualquer tipo de instituições na qual necessite de atenção ou cuidado diário.

Na maioria dos casos, quem exerce o papel do cuidador são as mulheres, sejam elas filhas, mães, irmãs, noras, vizinhas. A representação sociocultural da mulher, por si só já induz a mesma ao cuidado, mesmo nos tempos atuais em que a figura feminina tem se encarregado de exercer novos papéis na sociedade em que estão inseridas.

Pereira et al (2013) acredita que a mulher, culturalmente é responsável pelo cuidado da casa, dos filhos e da família como um todo. Na ocasião de exercer mais uma atividade, como a do cuidar de uma pessoa acometida por AVC ou AVE, a situação pode repercutir na diminuição do tempo livre, o qual traz implicações para a vida social.

A cuidadora informal é aquela que não possui capacitação para realização do cuidado, o que torna a assistência mais dificultosa e traumatizante. Com o aumento do número de doenças crônicas no idoso, essa realidade é potencializada pela falta de recursos financeiros. Sendo assim, as famílias se veem obrigadas a realizar o cuidado pela incapacidade de contratar um profissional particular (PEREIRA et al 2013).

O Guia Prático do Cuidador (2008) diz que nem sempre se pode escolher ser cuidador, principalmente quando a pessoa cuidada é um familiar ou amigo. O ato do cuidar é uma tarefa nobre, porém complexa, permeada por sentimentos diversos e contraditórios.

Júnior et al. (2012) alega que a sobrecarga do cuidador, envolve consequências negativas concretas a partir das modificações do estilo de vida do mesmo. Diz ainda que, os membros familiares de pacientes acometidos pelo acidente vascular cerebral, mudam sua rotina, ou seja, alteram a dinâmica familiar, e dedicam a maior parte do tempo a assistência. Portanto, tal realidade contribui para a negligência do autocuidado, por parte da cuidadora.

A “prisão” do cuidar, segundo Bocchi et al (2008) se configura pela insegurança que os cuidadores possuem de se afastar de seu doente e têm como consequência perdas pessoais que interferem diretamente na qualidade de vida.

Morais et al (2012) relaciona o impacto emocional vivenciado pela cuidadora domiciliar com o aumento do número de hospitalizações entre os pacientes, maior número de institucionalizações e maior mortalidade entre os cuidadores.

Partindo do pressuposto de que, as mulheres cuidadoras domiciliares de pessoas acometidas por incapacidades provenientes de AVC/AVE, sentem-se sobrecarregadas, em virtude de inúmeros fatores socioculturais e atividades a elas delegadas, e ainda no intuito de contribuir positivamente para melhores condições de saúde e vida dessas mulheres, é que objetivou-se a realização deste estudo. Desta forma, pretende-se identificar os fatores que influenciam a sobrecarga, e conseqüentemente a qualidade de vida das cuidadoras domiciliares de pacientes acometidos por AVC/AVE. Pois, mediante o esclarecimento acerca dos principais fatores que acarretam ou agravam a

qualidade de vida das mesmas, em decorrência da sobrecarga, a enfermagem possa auxiliar através de suas ações para a minimização da problemática.

Justifica-se ainda, a relevância deste trabalho, pela necessidade de estudos específicos como este, visto que pouco se pesquisa, de forma exclusiva e seletiva, a sobrecarga das cuidadoras de pacientes acometidos pela doença abordada.

2 | MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica, na qual se analisa estudos anteriores a fim de promover conclusões através de premissas. Segundo Mendes et. al (2008), este tipo de pesquisa é de suma importância para a enfermagem pois possibilita síntese de vários estudos, torna possível o acesso e viabiliza o tempo desses profissionais.

Os artigos estudados foram pesquisados nas seguintes bases de dados: SCIELO, MEDLINE, BDNF (Base de dados de enfermagem), LILACS (Literatura Latino-Americana em ciências da Saúde) e BVS (Biblioteca Virtual da Saúde).

Utilizou-se os Decs (Descritores em Ciências da Saúde): Cuidadores, assistência domiciliar, sobrecarga, AVC, AVE e enfermagem.

Foram utilizadas as seguintes expressões de busca: AVC and (sobrecarga and cuidador); “assistência domiciliar” and (AVC or AVE); “assistência domiciliar” and (sobrecarga and AVC); sobrecarga\$ Cuid\$ AVC; AVC and cuidador.

Foram incluídos os artigos publicados em português e espanhol, disponíveis na íntegra nas referidas bases de dados, trabalhos publicados com período de referência entre os anos de 2010 e 2015 e os que abordam a sobrecarga de cuidadoras domiciliares de pacientes com sequelas de AVC/AVE, independentemente do método utilizado. Exclui-se temática não relevante ao alcance dos objetivos propostos, não disponibilização eletrônica gratuita no formato do texto, relato de caso, revisões sistemáticas e publicações de congresso.

Após a busca minuciosa dos artigos e, mediante identificação dos títulos, procedeu-se a leitura dos resumos. Posteriormente foram selecionados todos os artigos de interesse e lidos na íntegra. Sendo assim, a amostra foi composta por 7 artigos.

Para a análise dos dados, os manuscritos estudados foram distribuídos em quadros, evidenciando suas características. Posteriormente, analisou-se os fatores inerentes à sobrecarga das cuidadoras estudadas e ordenou-se os resultados sintetizando-os através da organização de quadros os fatores defendidos por cada autor e a correlação dos mesmos, chegando assim, ao objetivo esperado.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados sete artigos na íntegra. O quadro 1 traz a distribuição

bibliométrica dos manuscritos analisados. Encontram-se distribuídos por: primeiro autor, título do artigo, tipo de estudo, país de publicação, ano de publicação e periódico. Observa-se que seis artigos são provenientes de revistas de enfermagem, a maioria publicado no Brasil (6) e o outro em Portugal (1).

PA	Título do artigo	TE	País e AP	Periódico
Santos	Correlação entre qualidade de vida e morbidade do cuidador de idoso com acidente vascular encefálico.	Transversal Quantitativo	Brasil, 2012.	Revista da Escola de Enfermagem da USP
Araújo	A obrigação de (des) cuidar: Representações sociais sobre o cuidado à sequelados de acidente vascular cerebral por seus cuidadores	Exploratório Descritivo Qualitativo	Brasil, 2012.	REME- Revista mineira de enfermagem
Júnior	O impacto do acidente vascular cerebral no cotidiano de cuidadores familiares	Transversal Descritivo Quantitativo	Brasil, 2012.	Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento
Pereira	Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral	Transversal Quantitativo	Brasil, 2012.	Revista da Escola de Enfermagem da USP
Morais	Sobrecarga e modificações de vida na perspectiva dos cuidadores de pacientes com acidente vascular cerebral	Transversal Quantitativo	Brasil, 2012.	Revista Latino-americana de enfermagem
André	Saúde mental em cuidadores informais de idosos dependentes pós- acidente vascular cerebral	Transversal Descritivo Quantitativo	Portugal, 2013.	Revista de enfermagem referência
Costa	Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos com acidente vascular encefálico	Transversal Descritivo Quantitativo	Brasil, 2015.	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem

No quadro 2, são apresentados, mediante a análise dos manuscritos, os principais fatores que acarretam a sobrecarga, e conseqüentemente a qualidade de vida das mulheres que prestam cuidados domiciliares a pessoas acometidas por acidente vascular cerebral e/ou encefálico. Todos os artigos estudados apontam o sexo feminino como sendo a maioria em relação a esse tipo de assistência.

PA	Prevalência de mulheres	Fatores que influenciam na sobrecarga das cuidadoras
Santos	93,5%	Trabalho formal; diminuição das atividades de lazer; baixa renda; déficit do autocuidado e morbidade do cuidador.
Araújo	80%	Antropofagismo sentimental; sentimentos antagônicos; medo do futuro e do agravamento da doença; aspecto afetivo; quantidade de sequelas do paciente; dessocialização do paciente e cansaço.
Júnior	84,21%	Dependência funcional do paciente; ausência de divisão das tarefas; ausência de atividades pessoais; sexo; idade; nível educacional; situação econômica e de saúde; incapacidade do doente; insegurança na realização do cuidado; envolvimento emocional; decepção; ambiente.
Pereira	51,6%	Dependência motora e cognitiva do paciente; sexo; idade; estado civil; escolaridade; cultura; envolvimento afetivo; mudança de vida; senescência; falta de discernimento quanto às necessidades de assistência do paciente.
Morais	93,4%	Comprometimento da função cognitiva do paciente; depressão do paciente; problemas de memória do paciente; ausência de tempo livre; falta de tempo para se alimentar; falta de tempo livre para tomar banho; estado civil; falta de tempo para lazer; dificuldades financeiras; adaptação à nova rotina; sensação de prisão; dedicação exclusiva.
André	50,7%	Cuidado por si só; personalidade do cuidador; sexo; grau de dependência do paciente.
Costa	51,4%	Despreparo no ato de cuidar; falta de orientação a respeito da doença; suporte social; sexo; idade; pouco grau de escolaridade; medo; culpa; ansiedade; dependência do paciente; mudanças na vida social; mudanças na vida profissional; sexo do paciente; e baixa renda.

Quadro 2. Identificação dos fatores que contribuem com a sobrecarga das cuidadoras. *

PA=Primeiro autor.

Como demonstra o quadro 2, diversos fatores contribuem para a sobrecarga das cuidadoras de paciente referidos no estudo. Dentre os quais pode-se citar: sentimentos antagônicos; dessocialização do paciente em virtude da doença, o envolvimento emocional, já que normalmente a cuidadora possui grau de parentesco como a pessoa cuidada; decepção; mudança de vida e adaptação a nova rotina; e alguns fatores

relacionados ao paciente como sua personalidade e sentimentos negativos.

Pereira et. al. (2012) coloca a mulher como o ser que historicamente, adquire a responsabilidade do cuidado, seja da casa ou dos filhos, enquanto que a figura masculina tinha o papel do sustento financeiro da família. Mesmo com as conquistas femininas advindas das mudanças sociais, bem como da composição familiar e dos novos papéis assumidos pela mulher, ainda se espera que essas mulheres venham a assumir a tarefa do cuidar.

Costa et al (2015) correlaciona o nível de dependência do paciente com a sobrecarga de seu cuidador. A dependência do paciente está entre os principais fatores que mais prejudicam a qualidade de vida das cuidadoras. É sabido que o AVC/AVE é uma doença que, normalmente traz consequências incapacitantes ao paciente. O estudo mostra que quanto maior o número de sequelas do paciente, maior a sua dependência e maior é o tempo gasto por parte das cuidadoras para suprir suas necessidades.

Esse tempo dedicado ao cuidado provoca cansaço físico e mental e degrada a qualidade de vida dessas mulheres. Santos et al (2011) acredita que o tempo gasto na assistência dos pacientes, interfere no autocuidado, ou seja, à medida que se presta o cuidado ao outro, se negligencia o seu próprio.

Araújo et al (2012) acredita que o medo relacionado ao futuro do doente, bem como do agravo da doença correlacionam-se com as incertezas e contribuem para a sobrecarga emocional de quem cuida.

Segundo Santos et al (2012) diante de uma situação de uma doença incapacitante como o AVC/AVE, muitas vezes a pessoa indicada para o cuidado, precisa sair horas mais cedo do trabalho formal em virtude das atividades assistenciais que precisam ser realizadas. Esse fato pode causar aborrecimentos que afetam a saúde do indivíduo. Outras precisam pedir demissão pela incapacidade de conciliar ambos os serviços. Isso gera uma diminuição considerável na renda familiar e auxilia no agravamento da sobrecarga.

Normalmente, as cuidadoras domiciliares são informais e predominantemente da família da pessoa cuidada. Pereira et al (2012) compreende a dificuldade financeira como sendo um agravante no sentido de que, as famílias não dispõem de condições necessárias para contratar um profissional capacitado, e com isso, realizam a assistência por conta própria.

Para Costa et al (2015) o baixo grau de escolaridade das cuidadoras é um fator importante para desencadear a sobrecarga. Portanto, se a família não possui uma boa renda financeira, nem tampouco a instrução científica para a atividade, é comum que haja insegurança na realização das tarefas e se angustie diante de tal realidade, criando expectativas negativas.

Júnior et al (2012) acredita que a má divisão de tarefas entre os outros membros pode ser um fator contribuinte para a sobrecarga.

A falta de atividades de lazer é um achado preocupante para a saúde dessas

mulheres, pois como relata Morais et al (2012) aqueles que prestam cuidados a pacientes com AVC relatam faltar tempo livre para tomar banho e se alimentar, o que não implica numa boa qualidade de vida. Além da sensação de prisão, mediante a insegurança de se ausentar do paciente, como alega Bocchi et al (2008).

Júnior et al (2012) diz que quanto maior a independência do paciente, menor será a sobrecarga na vida de seus cuidadores.

Neste sentido, incentivar o autocuidado do paciente, conforme aborda Vitor et al (2010), que evidencia a importância e aplicabilidade da Teoria de Dorothea Orem, na qual alega que os indivíduos devam realizar suas próprias atividades quando capazes de assim o fazer, pode ser uma forma para minimizar a quantidade de ações a serem prestadas.

4 | CONCLUSÃO

Pode-se afirmar que, os principais fatores que tendem a influenciar a sobrecarga das pessoas em estudo referem-se ao sexo, idade, estado civil, condição social, tempo gasto na ação do cuidar, grau de dependência do paciente e falta de conhecimento. A atividade do cuidar, por si só é considerada árdua, pois envolve diversas dimensões e não está ligada apenas ao cansaço físico, vai além da questão cultural e social em que as pessoas estão inseridas.

O cuidado domiciliar ao acometido por AVC/AVE, pode ser mais cansativo, visto as incapacidades que o paciente pode vir a adquirir, e conseqüentemente uma maior atenção por parte do executor do cuidado. Partindo deste pressuposto, é que se faz necessário uma atuação da enfermagem frente às dificuldades citadas. É importante que o enfermeiro oriente e supervisione as ações prestadas por essas cuidadoras, desde o instante da desospitalização do doente, afim de sanar as dúvidas e contribuir para uma melhor qualidade de vida, como também transmutar a cuidadora em uma instigadora do auto- cuidado de seus pacientes.

Este estudo traz limitações, visto que o assunto é pouco estudado. Desta forma, é necessário que mais pesquisadores realizem estudos que abordem a temática, a fim de colaborar com a equidade na assistência em saúde, e principalmente da enfermagem.

REFERÊNCIAS

ANDRÉ, S.M.F.S; NUNES, M.M.J.C; MARTINS, M.M.F.P.S; RODRIGUES, V.M.C.P. **Saúde mental em cuidadores informais de idosos dependentes pós-acidente vascular cerebral**. Revista de Enfermagem Referência. II Série - n.11. p. 85-94, 2013.

ARAUJO, J.S; SILVA, S.E.D; CONCEIÇÃO, V.M; SANTANA, M.E; VASCONCELOS, E.V. **A obrigação de (des) cuidar: representações sociais sobre o cuidado à sequelados de acidente vascular cerebral por seus cuidadores**. Revista Mineira de Enfermagem. V.16, n.1, p. 98-105 jan./mar.2012.

BOCCHI, S.C.M; ANGELO, M. **Entre a liberdade e a reclusão: o apoio social como componente da qualidade de vida do binômio cuidador familiar pessoa dependente.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 15-23, jan-fev 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia Prático do Cuidador.** 1.^a edição. Brasília – DF, 2008.

COSTA, T.F; COSTA, K.N.F.M; MARTINS, K.P; FERNANDES, M.G.M; BRITO, S.S. **Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos com acidente vascular encefálico.** Escola Anna Nery. João Pessoa. V.19, n.2, p. 350-355, 2015.

JÚNIOR, F.A.V.L; SILVA, W.H.S; COSTA, F.A. **O impacto do acidente vascular cerebral no cotidiano de cuidadores familiares.** Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento. Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 251-264, 2012.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVÃO, C. M. **Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto Contexto Enfermagem. V. 17, n. 4, p. 758-64. Florianópolis, Out.-Dez. 2008.

MORAIS, H.C.C; SOARES, A.M.G; OLIVEIRA, A.R.S; CARVALHO, C.M.L; SILVA, M.J; ARAÚJO, T.L. **Sobrecarga e modificações de vida na perspectiva dos cuidadores de pacientes com acidente vascular cerebral.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. V.20, n.5, set.-out. 2012.

PEREIRA, R.A; SANTOS, E.B; FHON, J.R.S; MARQUES, S; RODRIGUES, R.A.P. **Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral.** Revista Escola de Enfermagem USP. V. 47, n.1, p. 185-92. 2013.

PORTAL BRASIL. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/acidente-vascular-cerebral-avc>. Acesso em 26 de abril de 2016.

SANTOS, N.M.F; TAVARES, D.M.F. **Correlação entre qualidade de vida e morbidade do cuidador de idoso com acidente vascular encefálico.** Revista Escola de Enfermagem USP. V.46, n.4, p. 960-6. 2012.

VERAS, R. **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações.** Revista de Saúde Pública. Rio de Janeiro. V. 43, n.3, p.548-54. 2009.

VITOR, A.F; LOPES, M.V.O; ARAÚJO, T.L. **Teoria do déficit de autocuidado: Análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem.** Escola Anna Nery. V.14, n.3, p. 611-616, jul- set 2010.

A GÊNESE BIOFÍSICA DA MEMÓRIA E SEU CAMPO DE INTERAÇÃO COM A FILOSOFIA

Arnaldo Pinto Guedes de Paiva Neto

Universidade Federal de Alagoas (UFAL),
Faculdade de Medicina (FAMED)

Maceió / Alagoas.

RESUMO: A forma como percebemos a luz ao decorrer do dia e sua diminuição pela noite é reconhecidamente um dos mais importantes sinais do ambiente em referência aos relógios biológicos. O capítulo objetiva avaliar a gênese da memória pela perspectiva da saúde, da cronobiologia e da unicidade com a natureza (Deus). O ciclo circadiano é o ritmo representado no período de 24 horas, no qual se completam as atividades como sono e apetite. Há uma relação profunda com o processo de registro, conservação e evocação da memória. Concluímos que a doença é resultado do processo da adaptação dos seres diante da considerável ameaça à sobrevivência, justamente pela origem multicausal das patologias. Classificamos os tipos de esquecimento entre as causas orgânicas (estruturais, por desuso) e psicológicas. Caracterizamos as categorias de sincronização que ocorrem entre a área cerebral e o ambiente ou entre áreas cerebrais distintas. Reprimir a espiritualidade de alguém é uma doença que se estabelece contra a esperança e agride o sistema motivacional daquele indivíduo.

Considerar que compomos o Sistema Universal de Memória é o marco de uma nova concepção para a humanidade.

PALAVRAS-CHAVE: Relógios biológicos; ciclo circadiano; MEMÓRIA.

ABSTRACT: The way we perceive light throughout the day and the decreasing of light at night are admittedly one of the most important signs of the relation between the environment and biological clocks. The chapter aims to evaluate the genesis of memory through the perspective of health, chronobiology and nature (God). The circadian cycle is the period represented in the 24-hour, in which activities such as sleep and appetite are completed. We revised the memorization's process. We conclude that the disease is the result of the adaptation's processes to survive, considering the multicausal origins of the pathologies. We classify the types of forgetting between organic causes and psychological causes. There's a relationship between a brain's area and the environment and another relationship between areas of the brain themselves. Repressing the person's spirituality is a sickness against the individual hope and against the individual's motivational system. The concept about the Universal System of Memory is the mark of the humanity's future.

KEYWORDS: Biological clocks; memory;

circadian cycle.

1 | INTRODUÇÃO

Quando Freud (1975 [1901]) afirmou que toda despedida carrega em si a saudade experimentada de despedidas anteriores, o conceito da memória começou a ser estudado desde a relação médico-paciente até a fisiologia e o modelo biopsicossocial (também espiritual). Com o aumento da expectativa de vida e de doenças degenerativas (que afetam a função das lembranças e constituem predominância nos portadores de doenças crônicas), aumenta-se proporcionalmente o número de pessoas que necessitam de cuidados intensivos e continuados (NOGUEIRA, 2003). Compreender o processo mnêmico é um desafio crescente à proporção que admitimos o aumento da expectativa de vida, somado à maior necessidade das estratégias de saúde. O envelhecimento da população é um dos principais fatores para o desenvolvimento de práticas de cuidados em saúde no domicílio (MENDES, 2001). O processo “saúde-doença” dialoga com a multicausalidade que discutiremos no decorrer desse capítulo. Segundo Pavarini (et al., 2008), a avaliação da composição familiar contribui para o planejamento do cuidado aos idosos. Nesse contexto, há também o fator genético que pode se expressar mais acentuadamente conforme o fator ambiental (fenótipo). Os défices na memória estão associados a fatores como idade avançada, falta de exercício mental, enzimas que afetam o metabolismo da célula nervosa, prejuízo na capacidade de ativar genes e sintetizar proteínas e, portanto, gravar memórias (IZQUIERDO, 2013). Os complexos proteicos, as mudanças biofísicas e bioquímicas são impressos no tecido nervoso (por estímulos) formando a marca física das recordações, chamada de “engrama”.

Anatomicamente, estudos de Kitamura (2017) relacionam lembranças em regiões cerebrais ativadas como o córtex pré-frontal, rede de córtex hipocampal-entorrinal e da amígdala basolateral. Através do nosso estudo, podemos classificar os tipos de esquecimento em dois grandes grupos: no primeiro conjunto predominam as causas orgânicas e no segundo prevalecem as causas psicológicas. Na prática, os pacientes deslembram das informações simultaneamente por ação de ambos os grupos etiológicos, com graus respectivamente diferentes de influência. A importância didática de se destinar a um dos grupos as causas orgânicas é enfatizada para que esse grupo seja dividido em dois subtipos distintos: o “subtipo A” que se refere a lesões estruturais (vasculares, traumas, isquêmicas, neoplásicas, infecciosas crônicas, traumatismo cranioencefálico grave ou TCE grave e outras origens que danificam engramas formados em determinada localização no Sistema Nervoso Central ou SNC). Em contrapartida, o “subtipo B” refere-se à falta de consolidação da memória (por distúrbios de sono, falta de exercícios mnêmicos, subnutrição ou estados carenciais, depressão, estados confusionais agudos (delirium), convulsões, infecções

agudas, TCE leve e outros quadros com estímulos insuficientes para consolidação da memória, com maiores chances de serem reversíveis, antes mesmo da formação dos respectivos engramas). O processo de envelhecimento (por si só) já cursa com diminuição das habilidades de visão e espaço, diminuição do número de neurônios, sinapses, receptores, volume cortical, taxa metabólica e fluxo sanguíneo.

A memória Imediata ou de Curtíssimo Prazo (poucos segundos até 1 a 3 minutos) para se estender por mais tempo depende da concentração, fatigabilidade e treino (DALGALARRONDO, 2009). O treino consiste em repetir os fatos que se deseja lembrar, estimulando as espículas dendríticas. A memória recente (de poucos minutos até 3 ou 6 horas) pode vir a tornar-se a longo prazo, quando partes mediais de estruturas cerebrais nos lobos temporais estão envolvidas. Através do fenômeno chamado “priming” (efeito pré-ativação), percebemos que fragmentos de um conteúdo mnêmico amplo podem ser evocados, recuperando todo resto da memória. O esquecimento por desuso difere do esquecimento de causa psicológica. Freud (1975 [1901]) descreveu que, quando se trata de uma lembrança desagradável ou emocionalmente insuportável (trauma psicológico), ocorrem mecanismos de repressão, recalque e esquecimento. A memória pode ser declarada verbalmente ou apenas não expressada. Esta última é chamada de memória não declarativa. Nesse contexto, ressaltamos a célebre frase freudiana que afirma acerca de momentos na vida da gente em que as palavras perdem o sentido ou parecem inúteis e, por mais que a gente pense numa forma de empregá-las, elas parecem não servir. Então a gente não diz, apenas sente. Não adianta pensarmos em tratar apenas a função mnêmica, visto que precisamos também conhecer suas causas e tratarmos desde as raízes de sua etiologia.

Deepak Chopra (1994) nos resume que a memória a curto prazo se apresenta em melhor capacidade pela manhã, enquanto a memória a longo prazo ocorre em máximo performance pela tarde. Não há como falar em multicausalidade excluindo a cronicidade de doenças como diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e dislipidemias (hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia). É comum também haver hipotireoidismo ou depressão como diagnóstico diferencial. Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, a alteração de memória associada à alteração em um outro domínio cognitivo caracteriza Síndrome Demencial. Dentre esses outros domínios temos: afasia (prejuízo em entender ou expressar palavras), apraxia (prejuízo em executar movimentos sequenciados), agnosia (incapacidade de reconhecer objeto ou som) e perda de habilidades visuais ou espaciais (desorientação até se chegar a um ponto em que o indivíduo não tem capacidade de se orientar dentro da própria casa). Em alguns casos, pode-se associar a medicina tradicional (alopatia) com o auxílio da “medicina complementar / alternativa”, “medicina natural”, “medicina não convencional” ou “medicina holística”, que se caracteriza ao conjunto de práticas de cuidado em saúde não pertencentes à tradição própria do país nem do sistema de saúde dominante (WHO, 2005).

Dentre as demências reversíveis (secundárias ou pseudodemências), temos

como causas: depressão, hipotireoidismo, deficiência de vitamina B12 (após cirurgia bariátrica, gastrite atrófica ou inflamação intestinal), infecções (neurossífilis ou HIV), intoxicações por alumínio, drogas (ilícitas ou mesmo lícitas, como benzodiazepínicos, exemplo “clonazepam”), trauma com complicações e hidrocefalia de pressão normal (demência, apraxia e incontinência urinária). As demências irreversíveis decorrem de origens como: doença de Alzheimer, doença associada a corpos de Levy, parkinsonismo, doença frontotemporal (atrofia e perda neuronal precoces). Como o rastreio das possíveis causas tem que estar adequadamente protocolado e precisa-se descartar os diagnósticos diferenciais, considerando a cronicidade do caso, não vamos discutir o tratamento nessa seção do capítulo. Enfatizamos a profilaxia como controle dos fatores de risco: pressão arterial, glicemia, colesterol, rotina laboratorial, Índice de Massa Corporal adequado, prática de esportes, alimentação balanceada e bem-estar espiritual. Acerca das medicações, escolhemos ressaltar Ginkgo biloba (fitoterápico que promove vasodilatação, maior fluxo sanguíneo cerebral, reduz a densidade dos radicais livres de oxigênio nos tecidos nervosos, retarda a progressão da demência, diminuindo a infiltração de neutrófilos e a peroxidação lipídica. Aumenta a inibição da recaptção de serotonina, facilita a transmissão colinérgica, alfa-adrenérgica e estimula a recaptção de colina no hipocampo. A ação neuroprotetora está relacionada com a inibição da síntese do óxido nítrico).

Complexo B (contribui para reações da respiração celular, do metabolismo da glicose, manutenção da integridade dos eritrócitos, importante no metabolismo de folatos, evita danos no sistema nervoso e na hematopoiese). Cinarizina (também promove vasodilatação, aumento do fluxo sanguíneo, melhora a microcirculação deficiente através do aumento da deformabilidade dos glóbulos vermelhos do sangue, diminuição da viscosidade sanguínea e aumenta a resistência celular à hipóxia ou deficiência de oxigênio). Estatinas, por exemplo, sinvastatina ou rosuvastatina: diminuem a produção de colesterol pelo fígado, aumentam a remoção de colesterol da corrente sanguínea pelo fígado, reduzem os níveis séricos do “mau colesterol” (LDL), reduzem os níveis dos triglicerídeos e aumentam os níveis do “bom colesterol” (HDL). Vale ressaltar que a mudança comportamental é o que gera maior impacto na vida dos pacientes. Não adianta prescrever medicações, caso não se faça dieta para controlar a quantidade de colesterol que se ingere, hábitos saudáveis e exercícios que forneçam qualidade de vida. Nós, que atuamos na área da saúde, temos uma grande propaganda contra o etilismo e tabagismo. Pelo menos 25% de todos os medicamentos modernos derivam diretamente ou indiretamente de plantas medicinais, “principalmente por meio da aplicação de tecnologias modernas ao conhecimento tradicional” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Vaillant (1979) percebeu que o que faz as pessoas adoeçerem é desistir da capacidade interior de adaptação.

Deepak Chopra (1994) acrescenta que o cérebro humano retém uma memória primitiva cujo gatilho é a reação luta ou fuga, presente desde nossos ancestrais.

Embora tenhamos nossa própria história de vida, carregamos adaptações evolutivas dos nossos antecessores. Menna-Barreto (2003) definem a importância da organização temporal dos organismos, conhecida como “cronobiologia”. Há evidências entre a ocorrência do sono vir acompanhada de valores mais baixos da temperatura corporal. Algum tempo depois de iniciarmos o sono noturno, ocorre maior produção do hormônio de crescimento. Enquanto isso, a concentração da melatonina se torna bem elevada (desde pouco antes de dormirmos). As fases do sono vão se instalando. No momento de maior pico do decréscimo de nossa temperatura corporal, o cortisol terá sua concentração elevada e despertaremos. A partir daí que surgiram os conceitos de organização temporal interna e “relógios biológicos”. Constatamos que esse ritual de funcionamento em conjunto de regiões cerebrais abrange também os processos de consolidação da memória. Cremos que diante da teoria de seleção natural, seres primitivos unicelulares se organizaram em simbiose para sobreviver. A partir das interações genéticas, estruturas sensitivas de células se aliaram ao arcabouço do citoesqueleto e estruturas móveis. Os primeiros traços de memória surgem através do armazenamento de informações que ocorre através de reações químicas, físicas e proteínas produzidas. Freud descreveu que o ato humano de pensar (por si só) já constitui uma tentativa de economizar o dispêndio de energia (para poupar as reservas energéticas e sobreviver). O fato é que a função cognitiva e de memória também são aprimoradas à proporção que o evolucionismo acontece na escala progressiva de tempo.

Em 1921, Rudolf Steiner junto com Dra. Ita Wegman e ~~Oskar Schmiedel~~ se reuniram para determinar como a filosofia pode cuidar das necessidades dos pacientes. Embora o corpo humano tenha imunidade e mecanismos capazes de curar a si próprio, às vezes, precisa de um auxílio medicamentoso para efetivar o potencial de cura ou melhora. Somos constantemente submetidos a diversas cobranças e estresse, com necessidade de nos adaptarmos. Diante da busca para aumentar a capacidade cognitiva e de memória, surgem as “medicações adaptogênicas” (como o próprio nome sugere para facilitar o processo de adequação às mudanças). Fez-se um estudo duplo-cego, randomizado e placebo-controlado para avaliação dos efeitos do extrato de *Rhodiola rosea* (substância ativa) em um grupo de 40 estudantes em fase de atividade escolar. O resultado mais pronunciado foi observado na melhora da função psicomotora ($p < 0,01$) e na fadiga mental ($p < 0,01$). Houve também um significativo aumento para o grupo que recebeu o extrato em comparação ao placebo ($p < 0,05$) na capacidade de realizar atividades físicas (WALKER, 2006). Segundo Singh (et al., 1982), *Ashwagandha* ou *Withania somnifera* (princípio ativo) tem efeito de redução do hormônio do estresse (o cortisol) em até 25% e isso lhe confere o caráter de amenizar a produção excessiva do mesmo. Diante da reação luta ou fuga é fundamental que o organismo consiga manter-se funcional (sem entrar em pânico ou perder o controle necessário para realizar suas atividades normalmente).

A *Bacopa monnieri* tem potencial para melhorar com segurança o desempenho

cognitivo no envelhecimento. No estudo de Calabrese (et al., 2008), os participantes que usaram Bacopa m. apresentaram melhora nos escores de memória em relação ao placebo. Outros estudos defendem a combinação de Ginkgo biloba com Panax ginseng para melhorar um Índice de Qualidade da Memória, baseado numa descoberta anterior com o composto (WESNES et al., 2000). Acredita-se que a Passiflora incarnata promove diminuição da ansiedade, porque aumenta os níveis de GABA (assim como Valeriana officinalis e Piper methysticum). Em 1986, foi observado que, nos povos da bacia do Mediterrâneo, havia menor incidência da doença coronariana. Apesar de terem um elevado consumo de gordura, as pessoas comiam gordura insaturada (azeite) que não é sintetizada pelo organismo humano. Em relação à alimentação, o ômega 3 e ômega 6 começaram a compor a dieta mediterrânea, devido à sua riqueza em peixes, sementes e frutos secos benéficos para a saúde. A dieta conhecida como “Dietary Approaches to Stop Hypertension” ou simplesmente “DASH” (abreviada) enfatiza os alimentos ricos em proteínas, fibras, potássio, magnésio e cálcio. Inúmeros ensaios demonstraram que tais métodos consistentemente reduzem a pressão arterial em uma gama diversa de pacientes propensos.

Há um processo de reorganização estrutural onde memórias inicialmente dependentes do hipocampo passam a ser dependentes do córtex para serem evocadas (SIERRA ORDOÑEZ, 2017). Após lesão cerebral significativa, a Lei de Ribot (1881) aponta que, primeiramente se perde lembranças recentes, para depois se perder lembranças remotas. Gastaldi (2015) revisou que as memórias podem se apresentar como cognitiva, genética, imunológica e cultural (ou coletiva). O conceito de saúde engloba todas essas formas de recordação, porque elas permanecem em todas as fases do ciclo da vida e inclusive no próprio processo de morte. A memorização passa pelas etapas do período de registro, conservação e evocação. Acrescentamos também a etapa de “associação livre”, que ocorre quando estabelecemos um novo significado aos acontecimentos, à medida que os relembremos. Associar livremente uma ocorrência com outros registros e ideias entre lobos e áreas cerebrais distintas (que se sincronizam e se ativam) é um exercício constante que pode resultar em conclusões realistas ou conclusões absolutamente fantasiosas, que não correspondem a uma interpretação próxima da realidade de fato. Aqui estabelecemos uma busca de maior aproximação possível à realidade que se torna inatingível, sobretudo porque o nosso maquinário que a interpreta é dotado de sonhos, em uma perspectiva kantiana (1974). É por isso que eventos memoráveis tentam criar um ambiente de permanência, diante da impermanência da vida humana e da natureza que se modifica o tempo todo.

O sistema temporizador que integra o Sistema Nervoso Central se relaciona com o pouco que sabemos sobre os ritmos registrados no teste que avalia a atividade elétrica do cérebro (o eletroencefalograma). Guyton (2006) e Costa (1994) revisam que o ritmo alfa é caracterizado pela frequência entre 8 e 13 Hz (hertz). O ritmo beta apresenta frequências compreendidas na faixa dos 14 Hz aos 30 Hz, raramente chegando aos 50 Hz. O ritmo delta é composto por ondas cerebrais com frequência

inferior a 3,5 Hz, que ocorrem durante o sono profundo, na infância ou na doença cerebral orgânica grave. O ritmo teta situa-se entre os 4 e os 7 Hz (relacionado a estados de desapontamento, frustração ou doenças degenerativas). Em nossa teoria sobre a gênese da memória, nós queremos ressaltar primeiramente que existem dois tipos de sincronização que necessitam ser diferenciados: o primeiro grupo (categoria 1) caracteriza a sincronização de uma área ou lobo do cérebro que interage com o ambiente externo. E o outro conjunto (caracterizado como categoria 2) remete ao processo de sincronização entre áreas ou lobos cerebrais distintos que interagem entre si. Arnaldo Paiva Neto (2017) nos faz deduzir que a categoria 1 se refere ao processo de memorização. Este se estabelece entre as ocorrências no ambiente externo ou no próprio organismo que geram estímulos nervosos (através de energia bioquímica dos impulsos nervosos) conduzidos até o Sistema Nervoso Central para serem convertidos posteriormente em lembranças armazenadas. Esses impulsos percorrem em velocidades na fração do segundo, o indivíduo se resincroniza com os novos estímulos oriundos no ambiente externo e os restos atrasados do estímulo anterior compõem a memória (DE PAIVA NETO, 2017).

A dessincronização da categoria 2 é observada, por exemplo, na epilepsia focal em que uma área do cérebro apresenta descarga elétrica mais intensa do que o normal (se tornando bem mais diferenciada do que as outras áreas, o que chamamos de “perda acentuada da sincronia de áreas cerebrais entre si”). Quando existem regiões de maior extensão e maior complexidade envolvida, a sincronização da categoria 1 também é comprometida: afetando também a memória. Silveira (2012) enfatiza a importância de comparar doenças explicáveis por hipóteses cronobiológicas diferentes. Por exemplo, a depressão e a epilepsia mioclônica juvenil que se explicam, respectivamente, pelas hipóteses da dessincronização e da hipersincronização. A análise de Rayleigh mostrou diferença nas acrofases de atividade e temperatura entre epiléticos que ocorrem mais cedo do que nos deprimidos (SILVEIRA et al., 2012). Na espécie humana, o ciclo claro / escuro (que é como percebemos a luz e sua falta) é reconhecidamente um dos mais importantes sinais do ambiente em referência aos relógios biológicos. Existe relativa plasticidade que nos permite alterar a rotina e nos adaptarmos ao fuso horário (MENNA-BARRETO e WEY, 2007). Os ciclos ambientais são relacionados à promoção da sincronização categoria 2: que possibilita interação concomitante entre áreas ou lobos cerebrais diferentes.

Segundo Reppert (1992), na 36ª semana gestacional, o feto desenvolve os Núcleos Supra-Quiasmáticos (NSQs) que se tornarão um dos principais osciladores do sistema do ciclo circadiano, que é o ritmo representado no período de 24 horas, no qual se completam as atividades como sono e apetite (influenciando também na digestão em vigília, renovação de células e controle de temperatura corporal). As conexões nervosas responsáveis pelo funcionamento efetivo do sistema de temporização se maturam com o crescimento do indivíduo. O desenvolvimento da acuidade de sistemas sensoriais, como visão e audição, remete ao funcionamento

do sistema sensorial envolvido na percepção das alterações no tempo (durante as 24 horas). Van Gool e Mirmiran (1986) defendem que, em relação ao processo de envelhecimento, ocorre o oposto: “fragmentação do ciclo vigília / sono” nos idosos, levando em consideração seus hábitos, condições de vida e perda na relação de fase entre os ritmos biológicos (denominada “desorganização temporal interna”). Os horários irregulares de trabalho, lazer e refeições constituem os chamados “estímulos sociais”, que geram “desorganização temporal externa”. Em geral, a literatura aborda que tanto estímulos internos quanto ambientais e sociais apresentam-se dinamicamente responsáveis por um espectro de alterações orgânicas, tentativas de adaptação e funções biológicas. Chegamos ao conceito de que a doença é resultado do processo da adaptação dos seres diante da considerável ameaça à sobrevivência, justamente pela origem multicausal das patologias.

Definimos que a relação com tudo que nos rodeia e a própria natureza (na qual estamos inseridos) comungam conosco através do processo “saúde-doença”. James Lovelock (1988 [1960]) desenvolveu a hipótese Gaia, na qual se propõe que a biosfera atua como um sistema de controle adaptativo, mantendo a Terra em homeostase. Quando consideramos que nosso planeta é também um sistema vivo, reforçamos a questão de que nossa relação com o mesmo interfere na qualidade de vida, saúde e adoecimento. Arnaldo Paiva Neto (2017) acrescenta que a sincronicidade com o ambiente (que relatamos no processo de sincronização categoria A) ocorre também nos ambientes externos de um mesmo corpo celeste. Sendo os corpos celestes “sincronizados” na unidade internacional do segundo (para o planeta Terra) ou outras unidades considerando astros de gravidades extremas. A partir daí, nasceu o conceito de que o Universo funciona como um Grande Cérebro ou Mente (Deus ou deuses). Assim, os fenômenos da consciência e da memória poderão ser encarados como parte do mundo material e sem violar o princípio da conservação de energia no mundo físico. Essa ideia reafirma o conceito de unicidade: derivamos da mesma origem compartilhada ou somos ecologicamente componentes do mesmo Organismo (DE PAIVA NETO, 2017).

O conceito de Deus como fonte de sabedoria pode ser interpretado livremente por cada um, de modo que cada ser possa expressar sua espiritualidade, fé e religião da forma que acredita. Contanto que não aja prejuízo para outrem, de maneira ética e respeitosa. Crenças diversas podem ser consideradas e validadas conforme a escolha individual. A expressão da fé e da esperança constitui saúde, sobretudo quando utilizada de forma pacífica e reiterando o fato de sermos componentes da Unicidade. Reprimir a espiritualidade de alguém é uma doença que se estabelece contra a esperança e agride o sistema motivacional daquele indivíduo. Considerar que compomos o Sistema Universal de Memória e reafirmar que o conhecimento é maior do que nós mesmos são medidas que se aliam à integralidade necessária para o alívio da dor existencial dos seres. Nenhum ser tem o direito de desprezar ou manipular aquilo que o outro acredita. A verdade de cada um (considerada como veracidade

relativa) evita o uso abusivo do poder pelos líderes religiosos. O ecumenismo visa salientar as semelhanças para unir os homens (em vez de afastar povos, nações e culturas). O uso da violência não pode permanecer nas religiões para justificar a pulsão destrutiva das pessoas. Todos os nossos preceitos são regidos pela Lei Universal do Amor. Todo e qualquer ser humano merece o privilégio de valorizar os bons aspectos da vida, assim como se sentir componente de uma fonte de conhecimento maior que integra ciências e religiões. Por fim, o próprio processo do evolucionismo seleciona entre os seres aqueles que conseguem estabelecer vínculos, consciência, afeto e que colaboram para a construção de um mundo melhor.

REFERÊNCIAS

- CALABRESE, Carlo et al. Effects of a standardized *Bacopa monnieri* extract on cognitive performance, anxiety, and depression in the elderly: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. **The journal of alternative and complementary medicine**, v. 14, n. 6, p. 707-713, 2008.
- CHOPRA, Deepak. **Corpo sem idade mente sem fronteiras**. Rocco, 1994.
- DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Artmed Editora, 2009.
- DE MELLO, Débora F. et al. Genogram and ecomap: possibility to use in the family health strategy. **Journal of Human Growth and Development**, v. 15, n. 1, p. 78-91, 2005.
- DE PAIVA NETO, Arnaldo Pinto Guedes. A GÊNESE BIOFÍSICA DA MEMÓRIA. **Revista Ouricuri**, v. 6, n. 2, p. 042-054, 2017.
- FERNANDES, C. L. C; CURRA, L. C. D. Ferramentas de Abordagem Familiar. **PROMEF**. Organização SBMFC, p 13-29. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2006.
- FORNARI, Luís Henrique Tieppo et al. As diversas faces da síndrome demencial: como diagnosticar clinicamente? **Scientia medica**, v. 20, n. 2, 2010.
- FREUD, Sigmund; BREUER, J. 1901. A interpretação dos sonhos._____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. A interpretação dos sonhos (II)(1900-1901)**, v. 5, 1900.
- FREUD, Sigmund. Psicologia de grupo e análise do ego. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, v. 18, p. 89-179, 1921.
- FREUD, Sigmund; STRACHEY, James. **Além do princípio de prazer**. Rio de Janeiro (RJ): Imago, 1975.
- GASTALDI, Cristilene Fernandes; MORETTI, Lucia Helena Tiosso. UM ESTUDO COM OS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS DO MUNICÍPIO DE DRACENA-SP QUE APRESENTAM ALTERAÇÕES DE MEMÓRIA, 2015.
- GUYTON, Arthur Clifton; HALL, John E.; GUYTON, Arthur C. **Tratado de fisiologia médica**. Elsevier Brasil, 2006.
- IZQUIERDO, Iván Antonio et al. Memória: tipos e mecanismos—achados recentes. **Revista USP**, n. 98,

p. 9-16, 2013.

KANNER, Leo et al. Autistic disturbances of affective contact. **Nervous child**, v. 2, n. 3, p. 217-250, 1943.

KANT, Immanuel. Crítica da razão pura e outros textos filosóficos. **São Paulo: Abril Cultural**, p. 9-98, 1974.

KITAMURA, Takashi et al. Engrams and circuits crucial for systems consolidation of a memory. **Science**, v. 356, n. 6333, p. 73-78, 2017.

LOVELOCK, James E. Gas chromatography. **U.S. Patent** n. 4,780,284, 25 out. 1988 [1960].

MENDES, Eugênio Vilaça. Os grandes dilemas do SUS. Tomo 2. In: **Coleção saúde coletiva**. Casa da Qualidade, 2001.

MENNA-BARRETO, Luiz; WEY, Daniela. Ontogênese do sistema de temporização: a construção e as reformas dos ritmos biológicos ao longo da vida humana. **Psicologia USP**, v. 18, n. 2, p. 133-153, 2007.

Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. 27 de fevereiro de 2014. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>

MINUCHIN, S. Fishman, C. **Técnicas de Terapia Familiar**. Porto Alegre: Artmed, 1990, reimpressão 2003, p 21-30.

MUNIZ, José Roberto; EISENSTEIN, Evelyn. Genograma: informações sobre família na (in)formação médica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, Mar. 2009.

MYSKIW, J. C.; BENETTI, F.; IZQUIERDO, I. "Behavioral Tagging of Extinction Learning", in **Proceedings of the National Academy of Sciences**. USA, 110, 2013, pp. 1.071-6.

NOGUEIRA, Roberto Passos et al. Alternativas de vinculação institucional para os trabalhadores do SUS. In: **Observatório de recursos humanos ou saúde no Brasil: estudos e análises**. FIOCRUZ, 2003. p. 45-58.

PAVARINI, Sofia Cristina Iost et al. Genograma: avaliando a estrutura familiar de idosos de uma unidade de saúde da família. **Revista eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1, 2008.

REPPERT, Steven M. Pre-natal development of a hypothalamic biological clock. **Progress in brain research**, v. 93, p. 119-31; discussion 132, 1992.

RIBOT, Théodule. Diseases of memory: An essay in the positive psychology. D. **Appleton**, 1882.

SIERRA ORDOÑEZ, Rodrigo Alejandro. Atualizando os caminhos do engrama: papel do córtex cingulado anterior, núcleo talâmico Reuniens e córtex entorrinal lateral na consolidação sistêmica e generalização de memórias aversivas. 2017.

SILVEIRA, Janaína da et al. Evidências clínicas dos ritmos biológicos nos mecanismos patológicos no cérebro. **Revista HCPA**. Porto Alegre, 2012.

SINGH, N. et al. Withania somnifera (ashwagandha), a rejuvenating herbal drug which enhances survival during stress (an adaptogen). **International journal of Crude drug research**, v. 20, n. 1, p. 29-35, 1982.

STEINER, Rudolf. **Anthroposophical leading thoughts**. Rudolf Steiner Press, 2013 [1922].

VAILLANT, George E. Health consequences of adaptation to life. **The American journal of medicine**, v. 67, n. 5, p. 732-734, 1979.

VAN GOOL, W. A.; MIRMIRAN, M. Aging and circadian rhythms. In: **Progress in brain research**. Elsevier, 1986. p. 255-277.

WALKER, Thomas B.; ROBERGS, Robert A. Does Rhodiola rosea possess ergogenic properties?. **International journal of sport nutrition and exercise metabolism**, v. 16, n. 3, p. 305-315, 2006.

WESNES, K. A. et al. The memory enhancing effects of a Ginkgo biloba/Panax ginseng combination in healthy middle-aged volunteers. **Psychopharmacology**, v. 152, n. 4, p. 353-361, 2000.

World Health Organization (WHO). **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional**, 2002-2005.

ADOLESCER E GESTAR: PERCEPÇÕES DE GRÁVIDAS ADOLESCENTES SOBRE O PARTO E PUÉRPERIO

Anny Mayara de Araújo Oliveira

Enfermeira. Universidade Federal de Campina Grande, anny.mayara@hotmail.com

Maria Josenilda Félix Sousa Antunes

Enfermeira. Universidade Federal de Campina Grande, mariajosenilda@gmail.com

Luciana Dantas de Farias

Professora Adjunta. Universidade Federal de Campina Grande, Luciana.dantas.farias@gmail.com

Cinthia Caroline Alves Marques

Universidade Federal de Campina Grande

Gigliola Marcos Bernardo de Lima

Professora Adjunta. Universidade Federal de Campina Grande, gigliolajp@hotmail.com

RESUMO: Este artigo foi fruto de um trabalho de conclusão de curso que tinha por objetivo conhecer e analisar a percepção de adolescentes grávidas sobre o parto e puerpério, teve como objetivos específicos caracterizar o perfil sócio demográfico e gineco-obstétricos das colaboradoras, identificar os meios de informação sobre parto e puerpério que as adolescentes tiveram acesso e apreender os medos, ansiedades e dúvidas sobre parto e puerpério nas perspectivas das adolescentes. Consta de uma pesquisa com abordagem quanti-qualitativa, com uma amostra de dez adolescentes grávidas que estavam realizando

pré-natal nas unidades básicas de saúde da zona urbana do município de Cuité-PB. Os resultados foram organizados e analisados segundo a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo de Lefèvre e Lefèvre. Os discursos das colaboradoras revelaram um conhecimento frágil sobre parto e puerpério, muitas das adolescentes relacionaram o parto a um momento de muita dor e o puerpério um período cansativo, no qual elas estão susceptíveis a adoecer definitivamente. As informações obtidas pelas colaboradoras a respeito da temática advêm, em sua maioria, de familiares e amigos e são baseadas em crenças populares. No que concerne, as informações repassadas durante o pré-natal, observa-se um conhecimento incompleto e fragmentado o que não ajuda as mesmas a emponderar-se dessa nova condição. De forma geral, conclui-se que a assistência oferecida a esse grupo ainda tem muito o que se avançar e que é preciso uma capacitação para que as informações repassadas para estas sejam oferecidas de maneira clara e objetiva, além da criação de um grupo de gestantes no qual elas possam compartilhar experiências, medos, angústias e assim alguns mitos possam ser esclarecidos. Dessa forma, espera-se que esta pesquisa possa contribuir para a melhoria da assistência oferecida a adolescentes grávidas no município e para enriquecer à literatura

sobre esta temática.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescência, gravidez na adolescência, pré-natal.

1 | INTRODUÇÃO

A adolescência compreende uma fase de transição da infância para vida adulta marcada por inúmeras transformações no desenvolvimento físico, mental, social e psicológico.¹ O Ministério da Saúde considera adolescente os indivíduos entre 10 e 24 anos enquanto que o Estatuto da Criança e do Adolescente afirma que está é a fase entre os 12 e 18 anos incompletos (BRASIL, 1990; BRASIL, 2010).

De acordo com o Censo Demográfico de 2010 a população brasileira vem sofrendo uma importante modificação em sua conformação demográfica, os dados demonstram uma desaceleração no crescimento da população adolescente acompanhado de um aumento no número de idosos, contudo, a faixa etária entre 10 e 19 anos representam cerca de 24 % da população brasileira, certificando que mesmo em ritmo desacelerado a população adolescente continua a crescer (IBGE, 2010).

Dentre os vários fenômenos ocorridos na adolescência, a puberdade engloba as mudanças consideradas mais importantes, seu início varia em ambos os sexos podendo ser interferido por fatores nutricionais, familiares e étnicos. Esta se refere ao período de mudanças morfológicas e fisiológicas que são partes de um processo contínuo e dinâmico, iniciado durante a vida intrauterina e terminado com o completo desenvolvimento ósseo e com a maturação das características sexuais e reprodutivas (EISENTEIN, 2005).

Neste contexto, a sexualidade na adolescência é vista como a mudança mais preocupante desta faixa etária devido ao conhecimento insuficiente acerca da temática o que impede que esses adolescentes a desenvolva de maneira saudável os expondo a consequências como infecções sexualmente transmissíveis, aborto, gravidez não-planejada e abuso sexuais (MORAES; VITALE, 2012; TAY, 2013).

As adolescentes iniciam a vida sexual em média aos 17 anos, sendo as meninas sexualmente ativas primeiro que os meninos, estas são responsáveis por 20% dos nascidos vivos no país, devido à faixa etária e ao corpo ainda em desenvolvimento físico e mental, essas adolescentes grávidas são consideradas um grupo de risco devido a maior probabilidade de ocorrer problemas de saúde com si mesma e em seus filhos (FERREIRA; TORRAL, 2011).

Diante do exposto entende-se a importância de pesquisas voltadas a interface entre gravidez e adolescência devido ao elevado índice de gravidez na adolescência no Brasil, de acordo com os dados do IBGE. Assim, apesar deste constituir um tema discutido entre profissionais de saúde e sociedade em geral pouco se sabe sobre a concepção de adolescentes grávidas sobre o parto e puerpério.

2 | OBJETIVOS

Esta pesquisa tem por objetivo conhecer e analisar a concepção de adolescentes grávidas sobre o parto e o puerpério.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva com abordagem quanti-qualitativa, realizada nas Unidades de Saúde da Família (USF) da zona urbana do município de Cuité, Paraíba. A atenção básica do município é organizada em nove USF, destas cinco se encontram na zona urbana atendendo cerca de 12 mil pessoas.

Participaram da pesquisa 10 adolescentes grávidas cadastradas nas Unidades de Saúde da Família, levando em consideração a faixa etária de 12 a 18 anos como preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente em seu art. 5 (BRASIL, 1990). Para tal, foram critérios de inclusão: estar gestante e em faixa etária adolescente, estar devidamente cadastrada nas USF da zona urbana do município de Cuité-PB, estar realizando acompanhamento pré-natal regularmente, ter saúde mental preservada e ter o consentimento dos pais para participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro e iniciada após emissão do parecer de número 1.404.209 e CAAE: 51777715.0.0000.5182, de acordo com o que estabelece a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados foram coletados nos meses março e abril de 2016 por meio de um roteiro semiestruturado de entrevistas, gravadas e transcritas, a identidade das colaboradas foi mantida em sigilo. Os dados foram organizados e analisados de acordo com a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo e da literatura pertinente (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

4 | RESULTADOS E DISCURSSÃO

Os dados obtidos nessa pesquisa foram coletados a partir de dez entrevistas realizadas com adolescentes grávidas, através de um roteiro de entrevista do tipo semiestruturado, na zona urbana do município de Cuité-PB. Primeiramente foi realizado visitas as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) para apresentar às gestantes o estudo e selecionar aquelas que atendessem aos critérios de inclusão do mesmo.

Dessa forma, as entrevistas foram organizadas nos dias de consultas de pré-natal, contando com a colaboração de todos os funcionários das unidades de saúde, bem como das participantes do estudo e de seus responsáveis.

As colaboradoras deste estudo possuíam faixa etária entre de 14 e 18 anos, destas 50% não concluíram o ensino médio e 30% relataram não ter concluído o ensino fundamental. No que concerne ao estado civil a maioria considera-se em uma união estável, em relação a moradia 70% vive com o parceiro e em sua maioria vive com renda familiar inferior a 1 (um) salário mínimo.

Corroborando com os dados da pesquisa, o Ministério da Saúde (2011) afirma que cerca de 19,3% das crianças nascidas vivas em 2010 eram filhas de mulheres de 19 anos ou menos, 2,8% das meninas entre 12 e 17 anos já tiveram filhos, destas somente 38% fizeram pré-natal. No Brasil o casamento e a união estável na adolescência são vistos como uma saída para jovens sexualmente ativas escaparem do estigma da sociedade e de possuir uma garantia de seguro financeiro para o futuro, em outros casos a união antes dos 20 anos é ocasionada pela própria gestação não-planejada (NERY, et al, 2011).

Adolescentes casadas e com filhos possuem maior probabilidade de abandonar os estudos se comparadas a adolescentes sem filhos, fato que é explicado pelo ingresso precoce no mercado de trabalho e pelas responsabilidades assumidas diante dos cuidados à uma criança, tal conjuntura que limita as oportunidades oferecidas a essa jovem, ocasiona uma queda no orçamento familiar e maior dependência dos pais e do parceiro, contribuindo para uma pauperização das famílias (DIAS; et al, 2011; NERY; et al, 2011)..

Quanto aos gineco-obstétricos das colaboradoras observou-se que a idade da menarca variou de 11 a 14 anos, com média de 12 anos, enquanto que o início da atividade sexual variou de 11 a 17 anos com uma média de 14 anos. A maioria das entrevistadas já fez uso de um algum contraceptivo, sete das entrevistadas estavam na primeira gestação e destas três relataram ter planejado a gestação com intuito de se afirmar como um ser adulto e solidificar a relação com o parceiro.

A adolescência traz consigo o desenvolvimento da puberdade junto com ela surge a menarca para as meninas que ocorre entre os 11 e 13 anos, em alguns casos pode ocorrer antes ou depois desta faixa etária. O que se tem observando nos últimos anos é a idade da menarca cada vez mais precoce, influenciada por fatores ambientais e hereditários, apontando que o corpo está pronto para a capacidade reprodutiva. Desta maneira, a menarca é um importante fator capaz de estimular o início da atividade sexual precoce, contudo é errôneo afirmar que a mesma sozinha seja responsável pela a introdução destas adolescentes na atividade sexual (FILHO; et al, 2011; SILVA, 2011).

Os mesmos autores afirmam que a permissividade com o que o sexo é mostrado nos dias atuais pelos meios de comunicação, a facilidade no acesso aos anticoncepcionais associada a curiosidade e a rebeldia na adolescência criam no imaginário destes a condição ideal para o início de uma atividade sexual precoce, que por consequência pode gerar uma gravidez não-planejada e/ou infecções sexualmente transmissíveis.

Quando questionadas sobre o que entendiam por parto, a maioria das

colaboradoras referiram que parto é um instante de muita dor, apenas duas das colaboradoras lembraram de parto como um momento que remete a vida.

Corroborando com o que Mota et al (2011) relata em seu estudo realizado em Maracanaú, estado do Ceará, que a maioria das adolescentes entrevistadas relaciona parto como sinônimo de dor. A autora afirma que o medo da dor do parto e de não “dar conta” é gerado pelo fato da adolescente está vivenciando uma experiência nova acarretando preocupação e experiência negativa.

Pereira, Franco e Baldin (2011) reiteram que o medo da dor do trabalho de parto e a falta de informação sobre a parturição provoca nas mulheres, independente da faixa etária, o desejo de evitar tal sofrimento influenciando diretamente na sua escolha pela via de parto.

Em contrapartida, as adolescentes que já passaram pela experiência de uma gravidez anterior e/ou planejaram a gestação atual associam o parto à um momento de dar a vida rodeado por felicidade e expectativas. Contudo, a maioria das primigestas adolescentes não possui informações coerentes sobre o parto, logo, o entendimento de parto como sinônimo de dor pode interferir diretamente no enfrentamento dessas adolescentes no processo de parturição.

As entrevistadas foram indagadas sobre o interesse das mesmas em buscar informações sobre o parto e puerpério, a maioria demonstrou maior interesse em saber sobre o puerpério por acreditar que este é o período de maior mudança e cuidado do ciclo gravídico-puerperal. As colaboradoras também afirmaram em seus discursos que a maioria das informações sobre o parto e puerpério foram repassadas por familiares e amigos e que quase nenhuma informação sobre parto foi repassada nas consultas de pré-natal.

A gestação em qualquer fase da vida é observada como um período de mudanças na vida da mulher, sejam mudanças em seu papel social ou em sua própria personalidade, assim, todas as informações recebidas neste período possui um importante papel em como essa mulher enfrentará a gestação, o parto e o puerpério (DIAS; TEIXEIRA, 2010; MOTA et al, 2011).

Como para toda grávida o parto é cercado por medo, insegurança e ansiedade sentimentos advindos de experiência anteriores, informações repassadas por familiares e amigos ou meios de comunicação devido a isso e corroborando com os resultados desta pesquisa Mota et al (2011) afirma que a única maneira das adolescentes grávidas vivenciarem o parto em sua forma real é no momento do nascimento, visto que as informações recebidas por elas são de familiares e amigos, que em sua maioria não são construtivas.

O puerpério é a fase do ciclo gravídico-puerperal de maior vulnerabilidade devido a interligação de fatores biológicos, psicológicos, comportamentais, sociais e econômicos, quando esta fase ocorre simultâneo com o período da adolescência torna-se um pouco mais complexa, pois adolescente passará por uma mudança no seu papel social de filha para exercer também o papel materno junto com todas as

suas dificuldades (CABRAL; OLIVEIRA, 2010).

Estudos demonstram que as informações oferecidas as gestantes sobre esse período são prevalentemente oferecidas por seu meio familiar, sendo esta responsável por transmitir crenças, hábitos, atitudes e condutas, cabendo as mulheres da família assumir o papel de aconselhar, apoiar e oferecer cuidado à mulher e ao recém-nascido (STEFANELLO; NAKANO; GOMES, 2008).

O autor anterior corroborando com Teixeira; Mandú (2012) concorda que o fato do puerpério estar tão rodeado de crenças e mitos, torna-se necessário uma orientação especial por meio dos profissionais de saúde sempre respeitando o meio social em que a puérpera está inserida encontrando um meio-termo entre o saber científico e o saber popular.

No que concerne sobre o maior medo das colaboradoras em relação ao parto, estas apresentam um único sentimento, medo de morrer, seja o medo de morrer pela dor do parto natural ou medo de morrer pela anestesia de uma cesariana. Pelos discursos das entrevistadas identificamos uma falta de conhecimento sobre as vias de parto, bem como orientações sobre este assunto.

O medo de morrer durante o parto é comum quando a gestação vai chegando ao final e se soma a outros sentimentos como proteção e medo de perder o filho, em outras pesquisas sobre o mesmo tema as gestantes relatam receio que ocorra alguma complicação durante o parto e elas não consigam ver os filhos tornando o parto uma experiência conturbada. Outras pesquisam apontam que mulheres que têm contato com o filho logo nos primeiros minutos de vida deste tendem a ter experiências positivas sobre o parto (OLIVEIRA; et al, 2010; VELHO; et al, 2012).

Para Silva, et al (2015) o sentimento de medo é o principal empecilho para que as mulheres vivenciem a experiência do parto em sua totalidade e esse receio acontece, em sua maioria pela falta de informações adequadas durante o pré-natal. Oliveira; et al (2010) completa ainda que esse sentimento transforma a alegria e satisfação do parto em momentos de medo e angústia de que ocorra complicações com sua vida ou de seu filho.

Enquanto que sobre o puerpério, as colaboradoras imaginam que este como sendo um período chato, cansativo e cheios de restrições, no qual elas são privadas de suas atividades diária, do qual a maioria relatam o medo de perder a saúde física e mental caso “quebrem o resguardo”.

A concepção sobre o puerpério relatada pelas entrevistadas revela toda uma questão cultural que envolve o pós-parto, os saberes partilhados a cada geração principalmente nas populações menos favorecidas concebem esse período como sendo um momento de recolhimento, de cuidado, de restrições com objetivo de não adoecer de maneira definitiva. Nesta fase, as puérperas adotam cuidados especiais com a alimentação, higiene pessoal, atividade sexual, atividade física e aleitamento materno (STEFANELLO; NAKANO; GOMES, 2008).

Atrelado ao saber popular deve sempre estar os serviços de saúde, com

ênfase na saúde da família, preparando esta adolescente para todo o ciclo gravídico-puerperal fornecendo informações claras e coerentes sobre o assunto, associando quando possível o saber o popular. Dentre as ações destaca-se conversa e troca de experiências entre profissionais e gestantes; gestantes e gestantes, orientações quanto à amamentação e cuidados com o RN, controle da situação de saúde do bebê e da puérpera; promoção do vínculo afetivo do binômio mãe e bebê e deste com o pai, além de orientações quanto ao planejamento familiar (TEIXEIRA; MANDÚ, 2012).

O Ministério da Saúde preconiza que o cuidado com a saúde da mulher e do RN sejam realizados nas primeiras semanas após o parto, através da visita domiciliar e que o retorno destes ao serviço de saúde ocorra de 7 a 10 dias após o nascimento, contudo, as orientações referentes a este período devem ser repassadas durante todo pré-natal e por todos os membros da equipe (BRASIL, 2006).

5 | CONCLUSÃO

Esta pesquisa teve como objetivo conhecer e analisar o conhecimento das adolescentes grávidas atendidas pelas unidades básicas de saúde da zona urbana do município de Cuité-PB sobre parto e puerpério. Os resultados, de maneira geral, apontam que as colaboradoras apresentam um conhecimento frágil acerca da temática, devido a uma falta de interesse das mesmas, bem como uma assistência pré-natal que não está conseguindo atingir o que preconiza o Ministério da Saúde.

As participantes deste estudo tinham em média 14 anos de idade, iniciaram a vida sexual cedo, vivem em uma união estável com renda familiar precária, menos de um salário mínimo, conhecem sobre anticoncepcionais, porém utilizam de maneira incorreta. No que concerne ao parto e puerpério foi possível observar que as mesmas apresentam conceitos errôneos sobre esse tema e seus questionamentos giram em torno de si mesma, poucas relatam preocupações com o recém-nascido.

Através dos discursos dos sujeitos coletivos formulados partir da fala das colaboradoras, pode-se perceber que as informações recebidas por elas durante as consultas de pré-natal ainda estão sendo repassadas de maneira fragmentada e incompleta. Compreendemos que essas ações devem ser analisadas pelos profissionais de saúde, visto que o parto e puerpério são experiências transformadoras na vida das adolescentes que podem gerar sentimentos positivos e negativos, cabendo ao profissional ser um mediador de informações corretas para que assim essas jovens possam se emponderar da sua nova condição de mãe e mulher.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília (DF), 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm. Acesso em: 27 de abril de 2015

BRASIL. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidade e superar desigualdades**. Brasília: Unicef, 2011. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sabrep11.pdf . Acesso em 17 de abril de 2015. BRASIL. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidade e superar desigualdades**. Brasília: Unicef, 2011. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sabrep11.pdf . Acesso em 17 de abril de 2015.

CABRAL, F.B; OLIVEIRA, D.L.L.C de. Vulnerabilidade de puérperas na visão de equipes de saúde da família: ênfase em aspectos geracionais e adolescência. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.44, n.2, p.368-375, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/18.pdf>. Acesso em: 10 de abril de 2016.

DIAS, A.C. G; TEIXEIRA, M.A.P. Gravidez na Adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paideia**, Rio Grande do Sul, v.20, n, 45, p.123-131, jan-abr, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2010000100015>. Acesso em: 29 de abril de 2015.

EISENTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v.2, n.2, p.6-7, jun./2005. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167. Acesso em 02 de abril de 2015.

FERREIRA, M.M da. S. R dos. S.F; TORGAL, M.C. L de. F.P.R. Estilos de vida na adolescência: comportamento sexual dos adolescentes portugueses, **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.45, n.3, p. 585-95,2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300006>. Acesso em 12 de maio de 2015.

FILHO, F. P; et al. Perfil epidemiológico da grávida adolescente no município de Jundiá e sua evolução em trinta anos. **Adolesc. E Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p 21-27, jan/mar, 2011. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=261. Acesso em: 07 de abril de 2016.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br> . Acesso em 10 de abril de 2015.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. 2. ed. Caxias do Sul, RS: Educs, 2005

MORAES, S. P de; VITALLE, M.S de, S. Direitos Sexuais e Reprodutivos na Adolescência. **Rev. Assoc. Med. Bras**, São Paulo, v.58, n.1, p.48-52, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302012000100014> . Acesso em 10 de abril de 2015.

MOTA, E.M; et al. Sentimentos e expectativas vivenciados pelas primigestas adolescentes com relação ao parto. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.12, n.4, p. 692-698, Out/ dez, 2011. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_pdf/a05v12n4.pdf. Acesso em 06 de abril de 2016.

NERY, I. S; et al. Reincidência da gravidez em adolescentes de Teresina, PI, Brasil. **Rev. Bras. enferm**, Brasília, v. 64, n. 1, p 31-37, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100005>. Acesso em 06 de abril de 2016.

OLIVEIRA, A. S. S de; et al. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto, **Rev. Rene**, v.11, Número especial, p. 32-41, 2010. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/edicao especial/a04v11esp_n4.pdf. Acesso em: 06 de abril de 2016.

PEREIRA, R da. R; FRANCO, S. C; BALDIN, N. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. **Saude soc**, São Paulo, v.20, n.3, p.579-589. Jul/ Set, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000300005>. Acesso em 07 de abril de 2016.


TAY, S.K. Sexualidade na Adolescência: uma perspectiva de Singapura. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v.10, supl.2, p.61-64, maio, 2013. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=407 . Acesso em 07 de abril de 2015.

SILVA, M de. F. **Sexualidade e gravidez da adolescência**. 2011. 36f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização), Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, 2011. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3005.pdf>. Acesso em: 10 de abril de 2016.

STEFANELLO, J; NAKANO, A. M. S; GOMES, F. A. Crenças e tabus relacionados ao cuidado no pós-parto: o significado para um grupo de mulheres, **Acta, Paul Enferm**, São Paulo, v. 21, n. 2. p. 275-281, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/pt_a07v21n2.pdf . Acesso em: 10 de abril de 2016.

TEIXEIRA, R. C; MANDÚ, E. D. T. Necessidades e cuidados no pós-parto na visão de trabalhadores da saúde da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.11, n.2, p. 275-283, abr/jun, 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/16562/pdf>. Acesso em: 07 de abril de 2016.

ANEXOS

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO / UNIVERSIDADE FEDERAL DE		
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: ADOLESCÊNCIA E GESTAR: PERCEPÇÕES DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS SOBRE O PARTO E O PUÉRPÉRIO		
Pesquisador: Cibylla Marcos Bernardo de Lima		
Área Temática:		
Versão: 2		
CAAE: 51777150.0000.5182		
Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 1.404.209		
Apresentação do Projeto:		
Este estudo será um Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus CUIÉ, e visa conhecer e analisar a percepção de adolescentes grávidas sobre o parto e puerpério. Abordagem descritiva como qualidades do tipo exploratória e descritiva a luz do Discurso do Sujeito Coletivo.		
Objetivo da Pesquisa:		
Objetivo Primário:		
* Conhecer e analisar a percepção de adolescentes grávidas sobre o parto e puerpério.		
Objetivo Secundário:		
* Caracterizar o perfil sócio demográfico e gineco-obstétrico das colaboradoras;		
* Identificar os meios de informação sobre parto e puerpério que as adolescentes tiveram acesso;		
* Apreender os medos, ansiedades e dúvidas sobre parto e puerpério nas perspectivas das adolescentes;		
* Apresentar estratégias que possam contribuir para melhor esclarecimento do parto grávidas.		
 Avaliação da Risco e Benefícios:		
descrito pela pesquisadora como Riscos:		
- A colaboradora desta pesquisa poderá passar pelo risco de desconforto ao responder algum		
Endereço: Rua Dr. Carlos Chagas s/n Bairro: São José UF: PB Município: CAMPINA GRANDE Telefone: (35)2101-2545 Fax: (35)2101-2529 E-mail: cep@uocmg.edu.br		

Página 2 de 2

DO PRECONCEITO À INVISIBILIDADE: UMA REVISÃO DE LITERATURA SOBRE A HOMOSSEXUALIDADE FEMININA NO ÂMBITO DA SAÚDE

Maria Alice Miranda Fortes

Universidade Estadual de Montes Claros
(Unimontes)

Montes Claros – Minas Gerais

André Augusto Dias Silveira

Universidade Estadual de Montes Claros
(Unimontes)

Montes Claros – Minas Gerais

Emerson Souza Versiani Mendes

Universidade Estadual de Montes Claros
(Unimontes)

Montes Claros – Minas Gerais

Ludmila Cotrim Fagundes

Universidade Estadual de Montes Claros
(Unimontes)

Montes Claros – Minas Gerais

Luiz Felipe Lopes Campos

Universidade Estadual de Montes Claros
(Unimontes)

Montes Claros – Minas Gerais

Luciana Tonette Zavarize

Universidade da Amazônia (UNAMA)
Belém – Pará

que precisam ser conhecidas e minimizadas, pois atenção integral a todas as pacientes deve ser finalidade de todo sistema de saúde. O objetivo deste trabalho foi analisar aspectos da saúde da mulher homossexual. Realizou-se revisão de literatura baseada em artigos científicos em português e inglês nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde e PubMed, utilizando os descritores “saúde da mulher” e “minorias sexuais”. Conforme os resultados, minorias sexuais apresentam maior risco de morbidades cardiovasculares, diabetes, hipertensão arterial e hipercolesterolemia, relacionados a uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas e índice de massa corporal elevado. Maior risco de câncer endometrial e mamário, devido à nuliparidade. Preconceito e discriminação aumentam o risco de transtornos mentais em 2,5 vezes, comparando com heterossexuais. Discriminação na adolescência está associado a estresse pós-traumático e depressão na vida adulta. Metanálises mostraram taxas maiores de suicídio. Alguns profissionais de saúde e pacientes creem erroneamente na impossibilidade de contrair HPV em relações sexuais lésbicas, diminuindo a adesão ao rastreio do câncer de colo uterino. Importante orientar pacientes a manter unhas aparadas, higienizar mãos antes e pós-relação, utilizar luvas de borracha no sexo manual, barreiras no sexo oral e nos acessórios eróticos. Portanto,

RESUMO: Mulheres homossexuais tendem a procurar menos os serviços de saúde e muitas vivenciam dificuldades ao abordar orientação sexual durante consultas. Há disparidades na saúde feminina homossexual e heterossexual,

faz-se necessário incorporar cuidados voltados à sexualidade desse grupo, buscando reduzir possíveis agravantes à saúde e riscos oriundos de determinadas práticas sexuais.

PALAVRAS-CHAVE: minorias sexuais, mulheres, saúde sexual.

ABSTRACT: Homosexual women tend to look less for health services and a lot of them experience difficulties in talking about their sexual orientation during consultations. There are disparities in homosexual and heterosexual female health, which need to be known and minimized, because integral attention to all patients should be the purpose of every health system. The objective of this study was to analyze aspects of homosexual women's health. A literature review was conducted based on scientific articles in Portuguese and English in the Virtual Health Library and PubMed databases, using the descriptors "women's health" and "sexual minorities". According to the results, sexual minorities have higher risk of cardiovascular morbidity, diabetes, hypertension and hypercholesterolemia related to tobacco, alcohol and illicit drug use and high body mass index. Increased risk of endometrial and breast cancer because of the nulliparity. Prejudice and discrimination increase the risk of mental disorders by 2.5-fold, compared with heterosexuals. Discrimination in adolescence is associated with posttraumatic stress and depression in adulthood. Meta-analyzes showed higher rates of suicide. Some health professionals and patients mistakenly believe that it is impossible to contract HPV in lesbian sex, decreasing adherence to screening for cervical cancer. It is important to guide patients to keep trimmed nails, to clean hands before and after sex, to use rubber gloves in manual sex, barriers in oral sex and in erotic accessories. Therefore, it is necessary to incorporate care aimed at the sexuality of this group, seeking to reduce possible aggravating factors to the health and risks arising from certain sexual practices.

KEYWORDS: sexual minorities, women, sexual health.

1 | INTRODUÇÃO

Pesquisas realizadas no Brasil indicam que mulheres homossexuais tendem a procurar serviços de saúde menos frequentemente do que as heterossexuais. Foram identificadas, também, experiências de discriminação durante o atendimento e dificuldade para abordar sobre sua orientação sexual em consultas (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2011).

Estudo de Cannon, Shukla e Vanderbilt (2017) também identificou que indivíduos da comunidade de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transvestigêneros, Queers, Intersexuais e outros (LGBTQI+) evitam serviços de saúde, em comparação com heterossexuais. Foi visto que a maioria da comunidade LGBTQI+ sofre receio de ser desrespeitada nesses serviços, confirmando os aspectos identificados no Brasil e revelando a necessidade de formação de profissionais de excelência técnica, humanos

e culturalmente competentes para atenderem a demandas diversas dos pacientes (CANNON; SHUKLA; VANDERBILT, 2017).

De acordo com Bränström e Van Der Star (2015), os fatores que influenciam nas diferenças de saúde com base na orientação sexual são ainda pouco estudados, mas, ainda assim, as pesquisas apontam para disparidades na saúde feminina homossexual e heterossexual, que precisam ser conhecidas e minimizadas, pois atenção integral a todas as pacientes deve ser finalidade de todo sistema de saúde.

2 | OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi analisar aspectos da saúde da mulher homossexual, a fim de identificar se há – e quais são – aspectos relacionados à orientação sexual que influenciem nos problemas de saúde dessas pacientes.

3 | METODOLOGIA

Foi realizada revisão de literatura baseada em artigos científicos em português e inglês nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde e PubMed, utilizando os descritores “saúde da mulher” e “minorias sexuais”.

4 | RESULTADOS

Revisão sistemática desenvolvida por Caceres *et al* (2017) identificou que mulheres pertencentes a grupos de minorias sexuais apresentam com maior frequência fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares, hipertensão arterial sistêmica, diabetes e hipercolesterolemia, incluindo tabagismo, uso de álcool e drogas ilícitas, comprometimento em sua saúde mental e índice de massa corporal elevado. Isso revela a necessidade de intervenções adequadas que abordem o risco de doença cardiovascular em minorias sexuais.

Há também diferenças na saúde mental entre mulheres homossexuais e heterossexuais. Muitas mulheres sentem receio de divulgar sua orientação sexual e, com isso, se distanciam de amigos, família e outros que poderiam fornecer apoio social (BAYER *et al*, 2017). Segundo Bränström e Van Der Star (2015), metanálise identificou que minorias sexuais têm duas vezes e meia mais chance de apresentar transtornos mentais ao longo da vida, em comparação a pessoas heterossexuais. Também já foram identificadas taxas significativamente mais elevadas de sintomas de depressão, ideação suicida e tentativas de suicídio (MARSHAL *et al*, 2011).

Mustanski, Andrews e Puckett (2016) defendem que grupos estigmatizados, como é o caso das minorias sexuais, possuem maior risco de problemas de saúde mental desencadeados pelo acúmulo de estressores ao longo da vida: homossexuais

que sofreram, por exemplo, discriminação na adolescência apresentaram maiores taxas de Transtorno do Estresse Pós-traumático e Transtorno Depressivo Maior na vida adulta. Segundo Lick, Durso e Johnson (2013), mulheres homossexuais tendem a apresentar mais problemas de saúde mental, principalmente transtornos por uso de substâncias, transtornos afetivos e suicídio, fato que possui forte relação com o estigma, preconceito, discriminação e dificuldade de autoaceitação, aspectos que podem ser solucionados ou amenizados caso sejam fornecidos a esse grupo recursos para superar tais adversidades.

Conforme Sousa et al (2014), mulheres homossexuais procuram menos os serviços de saúde e realizam menos exames ginecológicos de rotina, embora apresentem maior risco de câncer em mama e endométrio devido à alta taxa de nuliparidade. Mulheres homossexuais também requerem atenção especial em relação ao câncer do colo uterino, pois muitas pacientes, e até muitos profissionais de saúde, acreditam erroneamente que não há possibilidade de infecção pelo vírus HPV nas relações sexuais entre mulheres. Dessa forma, muitas pacientes homossexuais deixam de realizar o exame de prevenção do câncer do colo uterino, dificultando a oportunidade de diagnóstico precoce da doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

A promoção de saúde sexual e reprodutiva deve ser sempre abordada pelos profissionais de saúde. No caso de mulheres homossexuais, deve-se informar sobre a importância da higienização das mãos antes, durante e depois do ato sexual. Orientar também as pacientes a manterem as unhas bem aparadas, utilizarem protetores manuais, como luvas de borracha, para o sexo manual, bem como barreiras na prática do sexo oral e preservativos masculinos nos acessórios eróticos, caso utilizem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

5 | CONCLUSÃO

Estudos evidenciam que as mulheres homossexuais procuram menos os serviços de saúde do que as mulheres heterossexuais, devido principalmente a escassez de profissionais direcionados a esse público, além do preconceito enraizado na cultura nacional, que faz com que muitas fiquem com medo de serem desrespeitadas. Como consequência disso, apresentam mais frequentemente fatores de risco modificáveis para doenças crônicas, maiores índices de abuso de drogas e maiores tendência a desenvolverem transtornos mentais. Soma-se a isso, risco elevado de câncer de endométrio e de mama devido à nuliparidade e também devido a menor frequência de realização de exames ginecológicos de rotina.

Diante do exposto, percebe-se o elevado risco de adoecimento das mulheres homossexuais e a necessidade de formação de profissionais de saúde que sejam preparados do ponto de vista técnico, humano e cultural para atendê-las, bem como políticas públicas de saúde direcionadas ao grupo, a fim de reduzir as disparidades em

saúde entre mulheres homossexuais e heterossexuais.

REFERÊNCIAS:

BAYER, Vanessa et al. **Investigating the influence of shame, depression, and distress tolerance on the relationship between internalized homophobia and binge eating in lesbian and bisexual women.** Eating behaviors, v. 24, p. 39-44, 2017.

BRÄNSTRÖM, Richard; VAN DER STAR, Arjan. **More knowledge and research concerning the health of lesbian, gay, bisexual and transgender individuals is needed.** 2015.

CACERES, Billy A. et al. **A systematic review of cardiovascular disease in sexual minorities.** American journal of public health, v. 107, n. 4, p. 13-21, 2017.

CANNON, S. M.; SHUKLA, V.; VANDERBILT, A. A. **Addressing the healthcare needs of older Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender patients in medical school curricula: a call to action.** Medical education online, v. 22, n. 1, p. 1320933, 2017.

LICK, David J.; DURSO, Laura E.; JOHNSON, Kerri L. **Minority stress and physical health among sexual minorities.** Perspectives on Psychological Science, v. 8, n. 5, p. 521-548, 2013.

MARSHAL, Michael P. et al. **Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: A meta-analytic review.** Journal of adolescent health, v. 49, n. 2, p. 115-123, 2011.

Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Ministério da Saúde (Brasil). **Saúde sexual e reprodutiva.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

MUSTANSKI, Brian; ANDREWS, Rebecca; PUCKETT, Jae A. **The effects of cumulative victimization on mental health among lesbian, gay, bisexual, and transgender adolescents and young adults.** American journal of public health, v. 106, n. 3, p. 527-533, 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE (BRASIL). **Diretrizes para a assistência à saúde de lésbicas, mulheres bissexuais e que fazem sexo com outras mulheres.** Porto Alegre, 2011.

SOUSA, Josueida et al. **Promoção da saúde da mulher lésbica: cuidados de enfermagem.** Rev. Gaúcha Enferm, v. 35, n. 4, p. 95-99, 2014.

O EMPODERAMENTO É UMA PORTA QUE SÓ ABRE POR DENTRO(?): RELATO DE EXPERIÊNCIA DO SIGNIFICADO DO ALEITAMENTO MATERNO PARA AS MULHERES E SUAS INFLUÊNCIAS NO DESMAME PRECOCE

Renata di Karla Diniz Aires

Universidade Federal do Pará - Belém – Pará

Idehize Oliveira Furtado Lima

Universidade do Estado do Pará - Belém – Pará

Ticianne Alcantara de Oliveira Fernandes

Universidade Federal do Pará - Belém – Pará

RESUMO: A aleitamento materno é uma prática natural e eficaz que, para seu sucesso, depende de fatores históricos, sociais, culturais, e psicológicos, bem como do compromisso dos serviços e profissionais de saúde para a promoção e incentivo ao aleitamento. Muitas mulheres reconhecem o valor do leite materno, no entanto, não se sentem seguras a ponto de adotá-lo como única fonte de alimento nos primeiros meses de vida do bebê. Diante disso, buscou-se refletir sobre as complexas questões que permeiam o aleitamento materno/desmame precoce a partir de experiência vivenciada na atenção básica de saúde. Este relato de experiência baseia-se em situações vivenciadas durante consultas puerperais viabilizadas pela Residência em enfermagem Obstétrica/ UFPA, durante a consulta de Enfermagem, dentro do programa de Planejamento Familiar.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento materno, Saúde Pública, Enfermagem

ABSTRACT: Breastfeeding is a natural and effective practice that, for its success, depends on historical, social, cultural, and psychological factors, as well as the commitment of health services and professionals to promote and encourage breastfeeding. Many women recognize the value of breast milk, however, they do not feel safe enough to adopt it as the only source of food in the first few months of the baby's life. In view of this, we sought to reflect on the complex issues that permeate breastfeeding / early weaning from experience in basic health care. This experience report is based on situations experienced during puerperal consultations made possible by the Residency in Obstetric Nursing / UFPA, during the Nursing consultation, within the Family Planning program.

KEYWORDS: Breastfeeding, Public Health, Nursing

1 | INTRODUÇÃO

O aleitamento materno representa a fonte mais segura de alimentação para bebês menores de seis meses de idade. É unânime seu reconhecimento como uma das maneiras mais eficientes de atender aspectos nutricionais, imunológicas e psicológicas da criança em seu

primeiro ano de vida (Almeida et. al., 2004). É uma prática natural e eficaz que, para seu sucesso, depende de fatores históricos, sociais, culturais, e psicológicos, bem como do compromisso dos serviços e profissionais de saúde para a promoção e incentivo ao aleitamento. Praticamente todas as mulheres podem amamentar, no entanto, o desmame precoce ainda continua sendo uma realidade no Brasil. Muitas mulheres reconhecem o valor do leite materno, no entanto, não se sentem seguras a ponto de adotá-lo como única fonte de alimento nos primeiros meses de vida do bebê. Com um intuito de entender a tendência cada vez mais presente ao desmame precoce, vários estudos tem sido realizados, e apontam que os principais fatores de desmame precoce ocorrem por causas circunstanciais (mamilos achatados, fissuras, etc.) e causas sociais (inserção da mulher no mercado de trabalho, entendimento das mamas como símbolo sexual, imposição midiática de produtos lácteos) (Garcia-Montrone & Rose, 1996). Podem ser acrescidas a estes fatores, as práticas intervencionistas do cuidado prestado ainda na maternidade, que dificultam o estabelecimento de vínculo e aleitamento na primeira hora de vida. Diante de tantos entraves, pergunta-se: Quais as razões que levam algumas mães a amamentar? Acredita-se que todas as mulheres podem e devem ter o prazer de amamentar, mas para isso, devem reaprender a protagonizar a maternidade. Como, portanto, o profissional de saúde pode incentivar a mulher para que ela exerça o poder(empoderamento) de amamentar e não permitir que seu produto seja trocado por um de qualidade inferior?

2 | OBJETIVOS:

Refletir sobre as complexas questões que permeiam o aleitamento materno/desmame precoce a partir de experiência vivenciada na atenção básica de saúde.

3 | DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:

Este relato de experiência baseia-se em situações vivenciadas durante consultas puerperais viabilizadas pela Residência em enfermagem Obstétrica/ UFPA. A experiência ocorreu em uma Estratégia de Saúde da Família situada no município de Belém/PA, durante os meses de agosto e setembro de 2016. Durante a consulta de Enfermagem, dentro do programa de Planejamento Familiar, uma usuária do serviço compareceu acompanhada de sua bebê de 3 meses de idade para dar continuidade em seu acompanhamento. Durante a anamnese, a cliente foi questionada acerca de diversas informações pertinentes, dentre elas, perguntas sobre seu histórico sexual e reprodutivo. Foi relatado pela usuária que sua filha não estava sob regime nutricional recomendado para a faixa etária, em suma, a menor não mamava no peito desde os 20 dias de vida, quando o aleitamento materno foi substituído pelo leite integral

associado à massa de mingau instantâneo. Quando questionada sobre tal informação, a mãe relatou que “não tinha leite”, e que apesar de incansáveis esforços, não tinha tido produção láctea satisfatória. Foi explicado à ela sobre as implicações do desmame precoce e introdução de alimentos inadequados para a idade para a saúde da criança, e sobalternativas que poderiam ser aplicadas em busca da relactação. No entanto, a mãe mostrou-se fechada para as informações, concluindo que tinha o aval da pediatra e estava satisfeita com a dieta adotada para a filha. Concluiu-se, ao fim da consulta, que o desmame precoce se deu em consonância às expectativas maternas, diante do bloqueio que foi imposto pela cliente quando lhe foi ofertada uma possibilidade, ainda que experimental, de voltar a amamentar e de sua reação em relação às implicações negativas da dieta adotada para a saúde da criança.

4 | RESULTADOS:

A escolha por amamentar (ou não) é mediada pelo significado que o ato tem para o indivíduo, influenciado não somente por suas experiências, mas também pela compreensão que a comunidade tem a respeito do assunto. O processo de amamentação está inserido num contexto maior, onde as condições de suporte social são importantes. A mulher sente-se cobrada pela sociedade, muitos veem a amamentação como um ato de amor ao seu filho, no qual a vocação materna é vista como uma vocação ou sacrifício. A mulher envereda por um caminho de conflitos em relação ao seu papel na sociedade. Como, portanto, uma mãe pode obter sucesso em amamentar até os seis meses se sua licença maternidade perdura apenas durante 4 meses? Como amamentar em livre demanda driblando o cansaço, a autoestima, a conciliação entre amamentação e sexualidade? Como os profissionais estão sendo preparados para lidar com situações como esta? Após refletir sobre a experiência vivenciada, e à luz do aporte teórico, notou-se que houve uma falha na comunicação entre o serviço de saúde e a usuária. Supôs-se que o desmame precoce fundamentava-se na falta de informação acerca das possibilidades de amamentar, amparando-se no senso comum permeado pelo mito do “leite fraco”. É comum a nutriz informar que o “leite secou”, e o profissional de saúde tende a responder automaticamente discorrendo uma série de ações que podem aumentar a produção láctea, estratégia que foi adotada no contexto da vivência. No entanto, Rezende(2002) recomenda uma outra abordagem nestas situações: uma afirmação simples como “eu gostaria de entender melhor o que está acontecendo com a senhora” abriria os caminhos para a mulher falar de si, fazendo com que ela reflita sobre os fatores que a levaram ao desmame precoce, configurando-se como um primeiro passo para o resgate de seu empoderamento.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Diante desta experiência, foi possível refletir sobre a influência que o (des) empoderamento materno tem sobre o desmame precoce. O pré-natal configura-se como um momento de preparação para a maternidade, envolvendo questões biopsicossociais, que darão subsídios para o exercício da maternidade ativa. A educação em saúde apresenta-se como uma ferramenta essencial no cuidado de enfermagem, incentivando o resgate do protagonismo da mulher, desta forma, ela se sentirá mais segura para amamentar seu filho e a lidar com os conflitos que possam surgir. Entende-se que a promoção do aleitamento materno não deve resumir-se em palestras sobre sua importância, mas deve envolver também o questionamento acerca do significado do aleitamento para a mulher, para a família e para a comunidade, e, a partir disto, ressignificar o ato de amamentar, como uma forma da mulher exercer seu poder de nutriz.

REFERÊNCIAS:

Almeida, Nilza Alves Marques; Fernandes, Aline Garcia; Araújo, Cleide Gomes. Aleitamento materno: uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no pós-parto. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 03, p.358-367, 2004.

Garcia-Montrone, victoria; Rose, Júlio de. Uma experiência educacional de incentivo ao aleitamento materno e estimulação do bebê, para mães de nível sócio-econômico baixo: estudo preliminar. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 12(1):61-68, janmar,1996.

Rezende, magda andrade; Sigaud, cecília helena de siqueira; Veríssimo, Maria de La Ó Ramallo; et. al. O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. Rev. Latino-am Enfermagem, 10(2):234-238, mar-abr, 2002.

WHO, World Health Organization. Report of an expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding. Geneva: Whorl Health Organization; 2001

ORIENTAÇÕES SOBRE ALEITAMENTO MATERNO PARA PUÉRPERAS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO ESTADO DO PARÁ

Helloyza Halana Fernanda Aquino Pompeu

Universidade do Estado do Pará- Belém

Sara Negreiros Santos

Universidade do Estado do Pará- Belém

Evelym Cristina da Silva Coelho

Universidade do Estado do Pará- Belém

Letícia Pamela Garcia Ribeiro

Universidade do Estado do Pará- Belém

Vanessa de Oliveira Santos

Universidade do Estado do Pará- Belém

RESUMO: O estudo tem objetivo de relatar a experiência de uma atividade educativa sobre o aleitamento materno com puérperas de um Hospital Referência Materno Infantil no Estado do Pará e orientar sobre importância e os cuidados a serem tomados na amamentação, com ênfase na técnica de sucção. O estudo é descritivo, de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, para a realização do trabalho utilizou-se a como base a metodologia da problematização, com o Método do Arco de Maguerez em suas cinco etapas, iniciando com a observação da realidade social a partir de uma temática de estudo; Definição dos postos-chave; Teorização; Hipóteses de Solução; e a última etapa que é a da Aplicação à Realidade, onde as decisões tomadas são executadas ou encaminhadas. Como resultado do estudo teve-

se que participaram gestantes e puérperas, com dúvidas relevantes a respeito da temática, e após a interação com as mulheres, o momento final foi destinado a reforçar as orientações quanto à importância do aleitamento, aos cuidados de higiene que devem ter com as mamas e ao passo a passo para uma boa sucção na amamentação. Conclui-se que a atividade realizada foi de fundamental importância para essas pacientes, visto que a falta de orientação sobre o assunto interfere na saúde tanto da genitora quanto da criança, pois estará mais susceptível ao desmame precoce, perdendo os benefícios que o aleitamento oferece.

PALAVRAS-CHAVE: Técnica, aleitamento materno, enfermagem.

ABSTRACT: The aim of this study is to report an educational experience on breastfeeding with nurses at a Maternal and Child Health Reference Hospital in Brazil and to focus on the importance of health care, with emphasis on suction technique. The study is descriptive, of a qualitative approach, of the type of experience report, for the accomplishment of the work based on the methodology of the problematization, with the Method of the Magic Arc in its five stages, starting with an observation of the social reality from a thematic of study; URL of the key posts; Theorization; Solution Hypotheses; and a final step that is from Application to Reality, where

decisions are taken executed or forwarded. As a result of the study, pregnant women and postpartum women participated, with the participation of a certain moment, and after the interaction with women, the moment of completion of the teaching as support on the importance of breastfeeding with the breasts and the step for a good suction in breastfeeding. It concludes with an activity performed for the health fundamental importance for this disease, since the lack of guidance on the subject interferes in the health of both the mother and the child, because You are more susceptible to early weaning, losing the benefits than breastfeeding offers.

KEYWORDS: Technique, breastfeeding, nursing.

1 | INTRODUÇÃO

O Aleitamento Materno Exclusivo (AME) é quando a criança recebe apenas leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos (BRASIL, 2015).

O leite materno é ideal para a nutrição do lactante, uma vez que possui todos os nutrientes necessários para seu fortalecimento, assim como contribuinte do sistema imune para proteger o organismo do bebê e ajudar em seu crescimento e desenvolvimento saudável (MARQUES; MINARDI; PRIORE, 2011).

Além das vantagens para a criança, o AME também contribui para saúde da mãe, pois auxilia no retorno mais rápido do útero para o tamanho normal, diminuindo assim a possibilidade de sangramento pós-parto e conseqüentemente anemia na puérpera, diminui as possibilidades de câncer ovariano e de mama (BUENO, 2013).

Quanto à família, a amamentação beneficia a redução de custos, maior praticidade e fortalecendo dos laços entre a mãe e o bebê (MARQUES; MINARDI; PRIORE, 2011).

Portanto, os benefícios do AME são inestimáveis, visto que não compreendem apenas a fase da lactação, mas estende-se para a vida adulta do lactante, pois há melhora na sua qualidade de vida, reduzindo atendimentos médicos, medicamentos e internações hospitalares futuras (BUENO, 2013).

E devido às vantagens supracitadas do AME é relevante à orientação de sua importância, para que ocorra a maior aceitação das puérperas e dessa prática alimentar até os 6 meses de idade, conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (BRASIL, 2015).

E um dos fatores que favorece a amamentação é o posicionamento correto da mãe com o filho, pois se a boca do bebê não estiver devidamente encaixada na auréola e no mamilo, ocorre a inadequada técnica de sucção, conhecida como “má pega” ou “pega inadequada”, o que dificulta o esvaziamento da mama e leva a diminuição da produção de leite, devido à intervenção na sucção e extração do mesmo (MARQUES; MINARDI; PRIORE, 2011).

Essas complicações podem gerar lesões mamilares, causando dor e desconforto para a mãe, o que pode comprometer a continuidade do aleitamento, caso não seja devidamente corrigida(WEIGERT, 2005).

Deste modo, ações educativas devem ser desenvolvidas, com a finalidade de orientar as gestantes e puérperas quanto à técnica correta ao amamentar, destacando os quatro postos-chave do posicionamento adequado e da pega adequada, estabelecidos pela OMS(BRASIL, 2015).

Sendo relevante que os profissionais, principalmente da área da enfermagem, estejam preparados para prestar uma assistência eficaz, solidária, integral e contextualizada, que respeite o saber e a história de vida de cada mulher e que a ajude a superar medos, dificuldades e inseguranças (BRASIL, 2015).

Nesse contexto sentimos a necessidade de abordar os benefícios do AME, ressaltando as técnicas corretas na amamentação, pois a enfermagem tem papel preponderante que busca promover o bem estar desses indivíduos, atuando na promoção da saúde e prevenção de enfermidades.

2 | OBJETIVOS

Relatar a experiência de uma atividade educativa sobre o aleitamento materno com puérperas de um Hospital Referência Materno Infantil no Estado do Pará e orientar sobre importância e os cuidados a serem tomados na amamentação, com ênfase na técnica de sucção.

3 | DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, vivenciado pelos acadêmicos do 4º ano do curso de licenciatura em enfermagem, da Universidade do Estado do Pará (UEPA), no período de 29 de agosto a 16 de setembro de 2016, durante práticas de ensino. As atividades foram realizadas em um Hospital Referência Materno Infantil, localizado no município de Belém, no Estado do Pará.

Para a realização do trabalho utilizou-se a como base a metodologia da problematização, com o Método do Arco de Maguerez, a qual segue cinco etapas, iniciando com a observação da realidade social a partir de uma temática de estudo: Definição dos postos-chave, onde é observado as possíveis causas da existência do problema em estudo; Teorização, momento da investigação propriamente dita; Hipóteses de Solução e neste momento, por meio de todo o estudo realizado, elabora-se de maneira crítica e criativa, suas possíveis soluções; e a última etapa que é a da Aplicação à Realidade, onde as decisões tomadas são executadas ou encaminhadas

(BERBEL; GAMBOA, 2012)

Portanto, seguindo tais etapas, as atividades na Maternidade foram desenvolvidas em dois momentos: inicialmente foi realizada uma observação na qual foi constatada a necessidade de orientações para as puérperas acerca das práticas corretas relacionadas ao aleitamento materno, para definição dos postos-chave, partindo assim para a teorização.

Nesta etapa realizou-se pesquisas em manuais e cartilhas do Ministério da Saúde e em artigos sobre o aleitamento materno, técnicas de pega e cuidados gerais no processo de amamentação, afim de obter entendimento sobre o assunto.

Dando continuidade ao processo, partiu-se para a etapa de Hipóteses de Solução, na qual foi elaborado um plano de ação com recursos lúdico e informativo, com finalidade de orientar e contribuir mediante as necessidades identificadas, com ênfase nas técnicas de sucção durante a amamentação.

Concluindo a última etapa com a aplicação da realidade em forma de ação educativa, por meio de roda de conversa, com a exposição de banner e distribuição de folders, afim de melhor compreensão do público sobre a temática abordada, encerrando a conversa com um momento reservado para dúvidas e esclarecimentos que persistiram.

4 | RESULTADOS

A atividade teve participação de gestantes e puérperas, cujas apresentaram dúvidas relevantes a respeito dos assuntos abordados, demonstrando assim conhecimento superficial sobre os benefícios que o aleitamento trás não somente à crianças, mas também a elas, quanto ao posicionamento do bebê no momento da amamentação e a forma correta da “pega”.

Após a interação com as mulheres, o momento final da conversa foi destinado a reforçar as orientações quanto à importância do aleitamento, aos cuidados de higiene que devem ter com as mamas e ao passo a passo para uma boa sucção na amamentação.

5 | CONCLUSÃO

Logo se conclui que, por demonstrarem conhecimento superficial sobre a temática, a atividade realizada foi de fundamental importância para essas pacientes, visto que a falta de orientação sobre o assunto interfere na saúde tanto da genitora quanto da criança, pois estará mais susceptível aos desmame precoce, perdendo os benefícios que o aleitamento oferece. Portanto, a abordagem educativa com a metodologia da problematização foi significativa, pois proporcionou interação satisfatória entre o

público e os acadêmicos, sendo necessários estes repasses de informações de modo constante à população.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil aleitamento materno e alimentação complementar.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2015.

BERBEL N.A.N.; GAMBOA S.A.S. **A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez: uma perspectiva teórica e epistemológica.** Filosofia e Educação (Online), ISSN 1984-9605.3: N° 2. 2012

BUENO, K.C.V.N. **A importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade para a promoção de saúde da mãe e do bebê.** Campos Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais/NESCON. Curso de especialização em atenção básica em saúde da família, 2013.

MARQUES, E.S.; MINARDI, R.M.C.; PRIORE, S.E. **Mitos e crenças sobre aleitamento materno.** *Ciênc saúde coletiva.*16(5), p: 2461-8. 2011

WEIGERT, E.M.L. et al. **Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação.** *J Pediatr.* 81(4). p: 310-6. 2005

PERCEPÇÃO DAS GESTANTES RELACIONADAS ÀS ALTERAÇÕES ANÁTOMO - FISIOLÓGICAS - PSICOLÓGICAS NA GRAVIDEZ

Priscila da Silva Barbosa

Fisioterapeuta Residente em Saúde da Família e
Comunidade ESP/CE

Juliana Lerche Vieira Rocha Pires

Professora Mestra do Centro Universitário Estácio
do Ceará

Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro

Professora Doutoranda do Centro Universitário
Estácio do Ceará

RESUMO: A gestação é um período marcado por inúmeras mudanças, as imediatamente reconhecidas são as relacionadas ao corpo, em decorrência das demandas fisiológicas desse evento. A confirmação da condição de estar grávida também gera expectativa de intensos cuidados e investimentos sobre a criança que vai nascer e para os quais, algumas mulheres, podem não se sentir preparadas, física e emocionalmente, para enfrentar. Analisar as dificuldades e inseguranças das gestantes relacionadas às alterações anatomo – fisiológicas - psicológicas na gravidez. Trata-se de uma pesquisa transversal, exploratória de abordagem qualitativa, desenvolvida nos postos de atendimento ligado a rede Sistema Único de Saúde, Programa de Saúde da Família (PSF), Unidades Básicas de Saúde - UBs em Aracoiaba-CE. Participaram da pesquisa 16 gestantes que se encontrava em acompanhamento pré-

natal nos locais referidos. Utilizou-se como instrumento para a coleta de dados a entrevista semiestruturada e para a análise destes optou-se pela análise temática, adaptada por Minayo. As mulheres participantes do estudo tinham a faixa etária de 18 a 35 anos, estavam entre a 16^a e a 35^a semana de gestação. A partir das falas das participantes identificou-se 04 categorias: “Mudanças na escultura feminina a partir da gravidez”, “Modificações fisiológicas na gestação”, “Variações psicológicas no período pré-natal” e “Alterações da gravidez - dificuldades, inseguranças e incertezas”. As mudanças percebidas geram nas mulheres dificuldades, inseguranças e incertezas que repercutem durante todo o período gestacional e no puerpério. Recomenda-se que mais estudos sejam desenvolvidos com a temática de forma a beneficiar um número maior de gestantes.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez, Fisioterapia e Promoção da Saúde

ABSTRACT: Pregnancy is a period marked by numerous changes, immediately recognized are related to the body, due to the physiological demands of this event. Confirmation of being pregnant condition also generates expectation of intense care and investments on the child to be born and to which, some women may not feel prepared, physically and emotionally to face. To analyze the difficulties and insecurities

of pregnant women related to anatomical changes - physiological - psychological pregnancy. This is a cross-sectional, exploratory qualitative approach, developed in the service stations on the network Unique System of Health, Family Health Program (PSF), Basic Health Units - UBS in Aracoiaba- EC. The participants were 16 women who was in prenatal care in these locations. It was used as a tool for data collection semi-structured interviews and the analysis of these opted for the thematic analysis, adapted by Minayo. The study participants were women the age group 18-35 years were between the 16th and 35th week of pregnancy. From the speeches of the participants was identified 04 categories: "Changes in female sculpture from the pregnancy," "Physiological Changes in pregnancy," "psychological variations in the prenatal period" and "Changes of pregnancy-difficulties, insecurities and uncertainties ". Perceived changes in women generate difficulties, insecurities and uncertainties that reverberate throughout the pregnancy and postpartum. It is recommended that more studies be developed with the theme in order to benefit a larger number of patients.

KEYWORDS: Pregnancy, Physiotherapy and Health Promotion

1 | INTRODUÇÃO

A gestação é um período marcado por inúmeras mudanças, as imediatamente reconhecidas são as relacionadas ao corpo, em decorrência das demandas fisiológicas desse evento. A confirmação da condição de estar grávida também gera expectativa de intensos cuidados e investimentos sobre a criança que vai nascer e para os quais, algumas mulheres, podem não se sentir preparadas, material e emocionalmente, para enfrentar. Diante de todas as modificações possíveis de ocorrer, o potencial de influência de uma gravidez sobre a subjetividade da mulher nem sempre é previsível (BAIÃO; DESLANDES, 2008).

A expectativa de ser mãe, de vivenciar por nove meses uma nova vida dentro de si, o convívio diário com este ser que ainda não se conhece, mas que desde o momento da concepção já faz parte da sua vida e de todos que a cercam, são motivos de alegria, satisfação e prazer para a futura mãe. Porém, neste período, podem coexistir sentimentos como ansiedade, medo, incertezas e inseguranças, que permeiam não só o desenvolvimento da gravidez, mas o momento do nascimento e o período pós-parto. Cada gestante vivencia estas transformações à sua maneira. Surpresas, dúvidas, medos, alegrias e angústias permeiam esta incrível experiência seja ela vivida pela primeira vez ou não. Além dos aspectos físicos e emocionais, as variações culturais e as características pessoais influenciam a atitude das mulheres na hora de dar a luz, além disso, e os diversos tipos de parto são vivenciados de maneiras distintas por cada uma delas (MOTA *et al*, 2011).

Está cada vez mais claro que as complicações encontradas associam-se a múltiplos fatores de índole não médica, como idade, paridade, assistência pré-natal inexistente ou de baixa qualidade, estado geral nutricional deficiente, doenças

associadas à pobreza, além de fatores sociais e culturais (SILVA; SURITA, 2012).

O local onde as mães realizaram o pré-natal e o tipo de convênio disponível pela família estão significativamente associados com gravidez não planejada. A maioria das mães que não planejaram a gravidez foram as atendidas nos postos de saúde públicos e ambulatórios do SUS e tiveram seus filhos também pelo SUS (PRIETSCH *et al*, 2011).

Por mais que o número de consultas pré-natais esteja de acordo com os preceitos do Ministério da Saúde, muitas vezes, a mulher chega à maternidade pouco esclarecida sobre sua condição de saúde e de seu bebê. A descrição das fases do trabalho de parto, a discussão sobre os tipos e o planejamento do parto possibilitam a tranquilidade em relação ao processo parturitivo (BARBIERI *et al*, 2012).

Pouco se sabe a respeito do conhecimento que a gestante tem sobre esse processo em si, ou seja, quanto conhece dos procedimentos necessários, ou a que tem direito, desde o início da gravidez até o pós-parto imediato. Tal conhecimento está intimamente ligado à essência do PHPN, uma vez que é base para, além de garantir parâmetros mínimos assistenciais para a gestante, educar e tornar, assim, a mulher mais partícipe, reduzindo, conseqüentemente, os índices de morbi-mortalidade materna (SASSI *et al*, 2007).

A melhora da qualidade de vida da mulher deve ser o foco das intervenções, que devem abordar, além do controle do peso, as algias posturais, o estresse, a diminuição do risco de depressão puerperal, a maior autonomia no trabalho de parto, além de um futuro a curto e longo prazos com melhor qualidade de vida. A saúde materna é reconhecidamente um investimento não somente na saúde da gestante e seu conceito, mas também na saúde da mulher a longo prazo, pois complicações ocorridas na gestação podem se associar com morbidades futuras, como hipertensão arterial, diabetes e obesidade (SURITA; NASCIMENTO; SILVA, 2014).

Com relação à alimentação durante a gestação, o conhecimento científico aponta que as necessidades nutricionais aumentam, sendo recomendadas alterações na dieta com vistas à saúde da mãe e bebê (BAIÃO; DESLANDES, 2008). Entre os determinantes relacionados aos profissionais de saúde e suas orientações, destacam-se a falta de informação por parte dos profissionais, a divergência pessoal da mãe em relação às orientações dietéticas recebidas e a crença materna de que as práticas alimentares tenham pouca influência no desenvolvimento da criança (BROILO *et al*, 2013).

Referente a saúde bucal crenças e mitos de que o tratamento odontológico realizado durante a gravidez prejudica o desenvolvimento do filho ainda acompanham mulheres gestantes e contribuem para dificultar o cuidado com a saúde bucal neste período. A gestante deve ser atendida sempre que, espontaneamente, procure assistência. Entretanto, torna-se necessário desenvolver atividades profissionais incentivando-as através de um esclarecimento mais amplo sobre a possibilidade de tratamento e o significado dos quadros crônicos enquanto fatores de agravos à saúde

bucal durante a gestação (REIS *et al*, 2010).

A consulta pré-natal na atenção básica caracteriza-se quase sempre na realidade brasileira como um momento rotineiro, técnico, rápido sem oportunidades para compartilhar conhecimentos e experiências, cumprindo protocolos institucionais que valorizam aferições e medidas (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

Existe uma necessidade de intensificar o processo educativo entre as gestantes, permitindo, assim, que o conhecimento sobre a atenção no pré-natal seja mais adequado e difundido. Essa ação diminuiria a assimetria na relação gestante-serviço de saúde e melhoraria a qualidade da atenção com conseqüente impacto sobre a morbi-mortalidade materno-infantil, sobretudo no período perinatal (SASSI *et al*, 2007).

O desafio dos profissionais da área da saúde é reduzir a lacuna de expectativas das gestantes (CANESIN; AMARAL, 2010). Nesses termos, o profissional de saúde que assiste à parturiente deve conhecer e compreender os fatores socio-culturais, ambientais, assistenciais e a fisiologia do processo do parto que possam causar medo e insegurança a essas parturientes, com a finalidade de promover uma assistência humanizada e integral (DAVIM; TORRES; DANTA, 2009).

Este estudo tem como intuito conhecer dificuldades e incertezas que podem surgir durante o período gestacional, contribuindo através de suas respostas para esclarecimento destas, levando uma facilitação da vivência destas gestantes. Principalmente as que utilizam o sistema público de saúde onde muitas vezes devido a grande demanda não conseguem dispor de informações mais precisas para as dúvidas que surgem durante o período da gravidez.

Este artigo tem como objetivo analisar as dificuldades e inseguranças das gestantes relacionadas às alterações anátomo - fisiológicas - psicológicas na gravidez.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa transversal com abordagem qualitativa dos resultados. Contemplando aspectos muito particulares, visto que trabalham com o universo dos significados, das percepções, aspirações, atitudes, crenças e valores, correspondendo a um espaço de tempo mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos os quais não podem ser reduzidos as mensurações estatísticas (MINAYO, 2013).

O estudo foi desenvolvido nos postos de atendimento ligado a rede SUS de saúde, Programa de Saúde da Família (PSF), Unidades Básicas de Saúde - UBS: Centro de saúde de Aracoiaba, Posto de saúde Solon Lima Verde, Posto de saúde Otávia da Costa Pinheiro e Posto de saúde de Bulandeira que compõem a região sede de Aracoiaba-CE.

Participaram da pesquisa 16 gestantes que se encontraram em acompanhamento pré-natal nos locais referidos, sendo incluídas aquelas que estavam em assistência pré-natal nas Unidades Básicas citadas, independente de sua etnia, situação

socioeconômica e estado civil, que fossem maiores de 18 anos e que aceitassem participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas aquelas que não atendiam os critérios de inclusão ou não quiseram participar da pesquisa ou que não estavam em condições psicológicas a responderem as indagações.

Foi realizada uma entrevista do tipo semiestruturada gravada de acordo com o consentimento da entrevistada e durou o tempo necessário para que a mulher pudesse falar e se sentir satisfeita com a entrevista. A coleta de dados foi realizada nas quatro unidades de acordo com a disponibilidade e quantidade de gestantes acompanhadas.

As entrevistas foram transcritas na íntegra pelo pesquisador, as mesmas foram lidas repetidas vezes, com a finalidade de proceder ao tratamento dos dados, ordenação das ideias e dos conteúdos capazes de compreender as dificuldades e inseguranças das gestantes relacionadas às alterações anátomo – fisiológicas - psicológicas na gravidez.

Para a análise dos dados optou-se pela análise temática, adaptada por Minayo (2013) que se constitui nas seguintes etapas: pré - análise, exploração do material, tratamento de resultados e interpretação em uma adaptação da Análise de Bardin. Na exploração do material foram efetuados os agrupamentos que originaram as seguintes categorias: Mudanças na escultura feminina a partir da gravidez; Modificações fisiológicas na gestação; Variações psicológicas no período pré-natal e Alterações da gravidez - dificuldades, inseguranças e incertezas.

Para garantir a anonimato das participantes, os relatos aqui citados foram identificados por nomes fictícios, respeitando o previsto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e do Código de Ética (BRASIL, 2013). Por se tratar de pesquisa direta com seres humanos, o presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) conforme regulamenta a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS).

Todas as participantes do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Estácio do Ceará com o protocolo nº 1.577.552.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização sociocultural das participantes

As mulheres participantes do estudo tinham a faixa etária de 18 a 35 anos, sendo cinco destas com idade de 30 a 35 anos. No que se refere à condição civil, apenas três eram casadas, cinco viviam em união estável e oito eram solteiras. Doze participantes tinham por religião o catolicismo, três relataram não possuir religião e uma era evangélica.

No que se refere à escolaridade seis possuíam ensino médio completo, duas ensino médio incompleto, três fundamental completo e cinco das participantes não concluíram o ensino fundamental. Com relação à renda familiar, em sua maioria, apresentavam rendimento abaixo de um salário mínimo. Sete exerciam atividade remunerada, onde cinco eram na agricultura.

Três das participantes eram primíparas e seis estavam na quarta gestação ou mais. Dentre as participantes duas apresentaram histórico de aborto. As entrevistadas estavam entre a 16^a e a 35^a semana de gestação. Com início do pré-natal entre o primeiro mês e o quinto. Quando perguntadas sobre a preferência entre parto normal e cesáreo a maioria, correspondente a nove participantes optaram pelo normal.

Mudanças na escultura feminina a partir da gravidez

Nesta categoria agrupou-se falas que apontaram a percepção das gestantes que enfocaram mais as mudanças anatômicas e estruturais do corpo feminino durante a gestação.

Na percepção das entrevistadas destacou-se como alterações anatômicas a proeminência abdominal, aumento do volume corporal como também sua diminuição e o crescimento dos seios, o que as deixavam curiosas e preocupadas se retornavam ao normal pós parto.

*[...]barriga grande demais[...] (Dara);
[...]tudo aumenta, tudo cresce[...] (Lara);
[...]muita gordura[...] (Sara);
[...]Jeu sempre emagreço, fico com os ossos do pescoço tudo vendo [...] (Relacionado as clavículas que ficam mais visíveis devido ao emagrecimento) (Clara);
[...]meus seios ficam grandes (Mara).*

O organismo feminino sofre mudanças anatômicas e funcionais durante a gravidez (ZUGAIB, 2016). A presença do feto, da placenta e do líquido amniótico, aumentam, gradativamente, suas dimensões e volumes que requerem aumento abdominal para perfeita acomodação dessas novas estruturas e fluídos, caracterizando adaptação do organismo materno nesse período, essas alterações decorrentes da presença fetal não são apenas volumétricas (óbvias), mas também como unidade metabólica, buscando nutrientes energéticos, plásticos e oligoelementos dos depósitos maternos, não considerando se há ou não sua reposição o que pode explicar o emagrecimento do relato da participante acima, além disso, em decorrência de ação estrogênica, progesterônica e da prolactina, entre outros fatores, observa-se aumento do volume mamário (CARRARA; DUARTE, 1996).

Essas alterações estruturais podem provocar na mulher alguns desconfortos, mas na percepção das participantes essas alterações levam a medos, angustias,

dúvidas e incertezas, particularmente quando estas mulheres não recebem orientação que seu corpo pode voltar ao que era antes da gravidez mesmo que para isso seja necessários alguns cuidados.

Modificações fisiológicas na gestação

Nesta temática identificou-se, na percepção das mulheres, que no decorrer da gravidez tem como alterações fisiológicas enjoos, dores, cefaleias, tonturas, pirose (azia), edema, sonolência, cansaço físico, parestesia nas mãos, aumento do apetite, assim como também a falta de apetite, vômitos, mal estar, patologias como infecção urinária e diabetes e levam a gestante a dificuldades e inseguranças.

Sei que tem enjoos, dores, só espero que passe.(Nara)
[...] dores na barriga... diabetes.(Dara);
Dor de cabeça...tontura e gastura ... e dor na barriga(Sonara);
[...] eu acho minhas pernas inchadas, não estava assim. (Lanara);
Enjoo, inchaço[...]dormência nas mãos, mais cansada, falta de ânimo(Tiara);
[...] quer comer as coisas e não consegue, vomita tudo... beber água não consigo, não sinto sede... eu sinto dor, fico fadigada(Kiara)
[...]Enjoo... eu enjoei até mesmo do meu próprio marido, tomara que não demore(risos)(Tamara).

Várias são as alterações que ocorrem nos sistemas orgânicos da gestante, fisiologicamente ocorre o ganho de peso e a frequente necessidade de urinar. As náuseas e enjoos, seguidos de vômitos, sonolência e cansaço são também comuns no estado de gravidez (REIS ET AL, 2010; BRASIL, 2005).

As cefaleias tencionais acometem mais de 54% das gestantes. As parestesias, como as relacionadas a síndrome do túnel do carpo, ocorrem pela compressão do nervo decorrente da retenção hídrica, pirose, tonturas e o edema todas elas são queixas frequentes (MORON, 2011; RIBAS, 2007; SÃO PAULO, 2010).

Outros autores evidenciam os achados expostos nas falas acima onde a dor lombar é uma queixa clínica comum na população geral e é considerado um sintoma frequente e habitual entre gestantes, principalmente nos últimos meses, além disso, são comuns os desconfortos musculoesqueléticos na região do tronco e nos membros inferiores (RIBAS, 2007; SANTOS, 2010).

O diabetes *mellitus* gestacional e a síndrome hipertensiva da gravidez ou pré-eclâmpsia são doenças específicas do ciclo gravídico-puerperal, apresenta amplas variações em sua prevalência e é observada em cerca de 2 a 10% das gestações (BRASIL, 2012; OLIVEIRA, 2015; SANTOS, 2010).

A dilatação do trato urinário superior é outra alteração marcante da gestação e ocorre por volta da sétima semana em cerca de 90% das gestantes, persistindo por

até seis semanas no pós-parto. Esta hidronefrose aumenta a estase urinária, atuando como um grande fator de risco para a ocorrência de infecções urinárias (KORKES, 2014).

Variações psicológicas no período pré-nata

As participantes do estudo referiram à preocupação, medo, estresse, ansiedade, aumento da sensibilidade emocional e a diminuição da paciência habitual como alterações decorrentes da gravidez.

Só preocupação mesmo... tive os dois filhos normal e esse eu não sei, do primeiro tive problema de pressão. Tenho medo de adoecer por medo da pressão[...]

(Dandara) ;

Fiquei mais estressada... ansiosa[...](Dara);

[...] fiquei mais sensível, tudo choro... estressada também[...](Lenara ;

[...] Ansiosa, choro mais... aumentou o estresse com as coisas em casa[...]

(Silmara);

Acordava estressada e brigava com todo mundo[...](Tamara)

Mais de 55% das gestantes referem distúrbios emocionais, sendo ansiedade, depressão, agitação e medo do parto sintomas muito comuns (MORON, 2011). No terceiro e último trimestre, as gestantes se veem próximas ao momento do parto o que intensifica a ansiedade, pois haverá mudanças na sua rotina de vida diária após o nascimento do bebê (BRASIL, 2005; BAPTISTA, 2006).

Além disso, essa ansiedade é um importante eliciador de estados depressivos. Estes são marcados por variações de humor que tornam difícil para a mulher lidar com todas as questões gestacionais (ZEOTI, 2015). Estes autores corroboram com os achados encontrados nessa pesquisa.

Essas alterações de natureza psicológicas são comuns nas gestantes e muitas são as inseguranças e dificuldades de relacionadas a estas alterações. É necessário maior acompanhamento e atenção durante o pré-natal para que a mulher seja orientada, esclarecida e minimizada essas dificuldades.

Alterações da gravidez - dificuldades, inseguranças e incertezas

Nessa categoria as gestantes referiram a dificuldade pelo desconforto no momento de dormir, lentidão para executar as atividades cotidianas, o receio de o bebê nascer com algum tipo de doença ou deformação, a incerteza quanto ao tipo de parto e se doenças adquiridas na gravidez desaparecerão depois dela e a insegurança quanto a possíveis complicações que possam levar a sua morte ou a morte do bebê.

Desconforto né, desconforto para dormir, fazer as coisas mesmo que fazia antes da gravidez...coisas domésticas... tem muitas coisas que não podemos fazer(Elionara)

[..]Só pra dormir mesmo que eu não consigo dormir de lado, não consigo mais dormir emborcada... também na cama não consigo dormir... só se for de rede... fico sufocada(Samara)

Pra dormir... só vive se levantando... isso aí é o desconforto mais só durmo com a posição do lado esquerdo... lado direito já não durmo (Tiara)

Tenho que fazer... faço devagar (Relacionado a execução das atividades domésticas (Sara).

Na gravidez há um aumento no consumo de oxigênio em torno de 15% a 20%. A capacidade de reserva funcional diminui por causa da compressão do diafragma pelo útero gravídico, aumentando o risco de apneia ou dispneia em posição supina. Além disso, o útero gravídico, no terceiro trimestre, causa compressão da veia cava e artéria aorta, aumentando a probabilidade de hipotensão postural quando em posição supina (REIS, 2010).

Devido às alterações posturais evidentes durante o período gestacional, a inclinação do centro de gravidade para frente, ocorrem mudanças no equilíbrio (MORON, 2011; RIBAS, 2007). Essas alterações relacionadas por esses autores explicam as dificuldades apresentadas pelas participantes deste estudo.

Morro de medo de não resistir na hora do parto ou do bebê não resistir ou nascer com alguma doença(Dandara)

Tenho medo de como o bebê possa nascer... penso nisso todo dia... ainda mais por causa da microcefalia... medo do parto, da hora do parto(Mara)

Tenho medo de ter alguma coisa no parto... não fico segura... tenho medo de morrer ou eu ou o bebê no parto... porque sou mais velha(Cleonara)

Tenho medo na hora do parto... pensar na dor... tenho medo da eclampsia... de morrer no parto. Tenho medo dessa doença do mosquito, microcefalia... meu filho já é especial, fico pensando em passar por tudo de novo(Silmara) .

Estudos mostraram que muitas vezes as gestantes se preocupam com o parto, como por exemplo, as dores da contração, preocupação com ela e o bebê, e medo de morrer (BAPTISTA, 2006). Como também alterações na própria saúde e complicações no parto, eclampsia, suspeita de malformação fetal e possível perda do filho (ZEOTI, 2015). São achados que vão de encontro aos relatos apresentados nesse estudo, vale ressaltar que o medo do parto é quase uma unanimidade entre as mulheres participantes da pesquisa.

[...] medo do parto cesáreo ...pois está atravessado(Nara)

Tenho medo de não ficar boa da diabetes(Relacionada a diabetes gestacional)... tenho medo de na hora do parto ter algum problema e não conseguir a minha "ligação"(Relacionado a laqueadura tubárea)(Sonara).

Correlacionando com outros estudos, as gestantes estão expostas a uma situação incerta, podendo levar a consequências sobre as quais nem sempre se tem controle (ZEOTI, 2015). Historicamente o medo da dor do parto representa um marco divisório importante na preferência ou demanda das mulheres pelo parto cirúrgico ou vaginal (RODRIGUES, 2008).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a fase gestacional são diversas as transformações enfrentadas pelas mulheres sendo estas alterações anatômicas, fisiológicas e psicológicas. Essas mudanças geram nas mulheres dificuldades, inseguranças e incertezas que repercutem durante todo o período gestacional e no puerpério.

Diante das variadas alterações relatadas pelas gestantes encontradas nesta pesquisa, faz-se necessário medidas de ações educativas junto às unidades governamentais, através de palestras, folders, rodas de conversa, oficinas, por exemplo, que esclareçam suas dúvidas e minimizem suas inseguranças frente a essas transformações.

Recomenda-se que mais estudos sejam desenvolvidos com essa temática de forma a beneficiar um número maior de gestantes e destaca-se a importância da atuação de uma equipe multidisciplinar que garanta uma maior segurança para essas mulheres durante esse período tão especial.

REFERÊNCIAS

BAIÃO, M. R.; DESLANDES; S. F. **Gravidez e comportamento alimentar em gestantes de uma comunidade urbana de baixa renda no Município do Rio de Janeiro, Brasil**. Cad. Saúde Pública v.24, n.11, 2008

BAPTISTA M. N. Baptista A. S. D. Torres E. C. R. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. Revista de Psicologia da Vetor Editora, Psic, São Paulo, v.7, n.1, p. 39-48, 2006

BARBIERI, A.; FONSECA; L. M.; CERON, M. I.; FEDOSSE, E. Análise da atenção pré-natal na percepção de puérperas. Distúrb Comun, v.24, fasc.1,p. 29-39, 2012

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério: manual técnico**. 5 ed. Brasília(DF): Ministério da saúde; 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

BROILO, M.C.; LOUZADA, M.L.C.; DRACHLER, M. L.; STENZEL, L.M.; VITOLO, M.R. **Percepção e**

atitudes maternas em relação às orientações de profissionais de saúde referentes a práticas alimentares no primeiro ano de vida. J. Pediatr. Rio J. v.89 n.5, p.485-491, 2013

CANESIN, K. F.; AMARAL, W. N. do. **Atuação fisioterapêutica para diminuição do tempo do trabalho de parto: revisão de literatura.** FEMINA, v. 38, n. 8, 2010

CARRARA HH. DUARTE G. Semiologia obstétrica. Medicina, Ribeirão Preto, v.29 p. 88-103, 1996

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. de V.; DANTA, J. da C. **Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto.** Rev. esc. enferm. USP v.43, n.2, 2009

KORKES F. RAUEN EC. HEILBERG IP. **Litíase urinária e gestação.** J. Bras. Nefrol.) São Paulo, v. 36, n.3, p.389-395, 2014

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 33. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

MORON AF. CAMANO L. JUNIOR LK. **Obstetrícia.** 1ed. Barueri, SP, Manole, 2011

MOTA, E. M.; OLIVEIRA, M. F. de; VICTOR, J. F.; PINHEIRO, A. K. B. Sentimentos e expectativas vivenciados pelas primigestas adolescentes com relação ao parto. Rev Rene, v.12, fasc.4, p.692-8, 2011

OLIVEIRA, A.C.M.; GRACILIANO, N.G. Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes **mellitus** gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v.24 n.3, p.441- 451, 2015

PRIETSCH, S. O. M.; CHICA, D. A. G.; CESAR, J. A.; SASSI, R. A. M. **Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados.** Cad. Saúde Pública v.27, n.10, 2011

REIS, D. M.; PITTA, D. R.; FERREIRA, H. M. B.; JESUS, M. C. P. de, SOARES, M. G. **Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes.** Ciênc. saúde coletiva, v.15 n.1, 2010

RIBAS S.I.; GUIRRO E.C.O. **Análise da pressão plantar e do equilíbrio postural em diferentes fases da gestação.** Rev. bras. fisioter., São Carlos, v.11, n. 5, p.391-396, 2007

RODRIGUES, A.V.; SIQUEIRA, A.A.F. **Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v.8, n.2, p.179-186, 2008

SANTOS, M.M.; GALLO A.P. **Lombalgia gestacional: prevalência e características de um programa pré-natal.** Arq Bras Ciên Saúde, Santo André, v.35, n.3, p.174-179, 2010

SÃO PAULO(Estado), Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS - SP: manual técnico do pré-natal e puerpério.** São Paulo: Secretaria da Saúde de São Paulo; 2010.

SASSI, R. A. M.; CESAR, J. A.; ULMÍ, Eduardo F.; MANO, P. S.; DALL'AGNOL, M. M.; NEUMANN, N. A. **Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.** Cad. Saúde Pública, v.23 n.9, 2007

SILVA, J. L. P. e; SURITA, F. G.C. **Gravidez na adolescência: situação atual.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. v.34, n.8, 2012

SURITA, F. G.; NASCIMENTO, S. L. do; SILVA; J. L. P. e . Exercício físico e gestação. Rev. Bras.

Ginecol. Obstet. v.36, n.12, 2014

ZAMPIERI, M. de F. M.; ERDMANN, A. L. **Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências.** Rev. Bras. Saude Mater. Infant. v.10, n.3, 2010

ZEOTI, FS. PETEAN EBL. **Apego materno-fetal, ansiedade e depressão em gestantes com gravidez normal e de risco: estudo comparativo.** Estudos de Psicologia, Campinas, v.32, n.4, p.675-683, 2015

ZUGAIB Marcelo. **Obstetrícia.** 3 ed. Barueri, SP, Manole, 2016

SIGNIFICADOS DE FAMILIARES SOBRE A PARTICIPAÇÃO DO PARCEIRO NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Michelle Araújo Moreira

Profa Titular do Curso de Enfermagem da
Universidade Estadual de Santa Cruz
Ilhéus - Bahia

Juliana Oliveira de Castro

Graduanda em Enfermagem pela Universidade
Estadual de Santa Cruz
Ilhéus - Bahia

RESUMO: A gestação configura-se como um período marcado por mudanças físicas e emocionais nas mulheres e ocasiona transformações no seio familiar, sendo imprescindível a incorporação do parceiro pela equipe multidisciplinar na assistência pré-natal, fazendo com que os papéis sociais de gênero no cuidado ao filho sejam igualitários. Os objetivos do estudo foram: levantar, desvelar e compreender os significados de familiares sobre a participação do parceiro na assistência pré-natal. Trata-se de um estudo qualitativo fundamentado na Fenomenologia e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Santa Cruz sob nº de parecer 2.381.126. Os participantes foram familiares de gestantes acompanhadas no pré-natal da USF Simão Fitterman em Itabuna-Bahia, segundo critérios de inclusão. A coleta dos dados foi realizada entre janeiro e maio de 2018, através de entrevista semiestruturada. A

análise dos dados foi na modalidade de análise de conteúdo temática proposta por *Bardin*. Evidenciou-se que os familiares valorizam a presença e participação do parceiro nas consultas do pré-natal, palestras e cursos, ampliando o apoio, bem-estar e segurança às gestantes, contribuindo assim, na construção da paternidade responsável. Além disso, indicam diferenças na forma como homens e mulheres foram ensinados a cuidar dos filhos, o que interfere na responsabilização dentro do espaço doméstico e familiar. Ademais, revelam ambiguidades no preparo dos profissionais de saúde na assistência pré-natal com vistas à valorização do parceiro. Torna-se necessário implementar estratégias para inserção do parceiro na assistência pré-natal, valorizando os constructos e colaboração da família no intuito de oferecer uma assistência qualificada às gestantes.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência pré-natal, Pai, Família, Enfermagem.

ABSTRACT: Gestation is a period marked by physical and emotional changes in women and causes transformations in the family, thus being essential to incorporate the partner by the multidisciplinary team in prenatal care, resulting equalitarian gender social roles in childcare. The objectives of the study were: to raise, reveal and understand the meanings of relatives about

the partner's participation in prenatal care. This is a qualitative study based on the Phenomenology and approved by the Research Ethics Committee of the Santa Cruz State University expressed on the process nº. 2381126. The participants were family members of pregnant women attending the prenatal care of the USF Simão Fitterman in Itabuna-Bahia, according to inclusion criteria. Data collection was performed between January and May 2018, through a semi-structured interview. The analysis of the data was in the modality of thematic content analysis proposed by Bardin. It was evidenced that the relatives value the presence and participation of the partner in the prenatal consultations, lectures and courses, increasing the support, well-being and security to the pregnant women, thus contributing to the construction of responsible parenthood. In addition, they indicate differences in the way men and women were taught to care for their children, which interferes with accountability within the domestic and family space. In addition, they reveal ambiguities in the preparation of health professionals in prenatal care with a view to valuing the partner. It is necessary to implement strategies for insertion of the partner in prenatal care, valuing the constructs and collaboration of the family in order to offer qualified assistance to pregnant women.

KEYWORDS: Prenatal care, Father, Family, Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal é de suma importância para a saúde da mãe e do feto, sendo realizada na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e demais serviços assistenciais, com o objetivo de proporcionar um cuidado integral e de qualidade durante o período gravídico-puerperal, prevenindo e/ou minimizando os riscos e complicações desta fase (ALVES et al., 2013 e ANDRADE; CASTRO; SILVA, 2016). Entende-se que, a gravidez consiste em um processo que impacta nos aspectos fisiológicos, psicológicos, econômicos, familiares e socioculturais, repercutindo mudanças na vida da mulher, sendo imprescindível o apoio do parceiro que pode se constituir no pai biológico da criança ou em um companheiro da gestante que não possui laços consanguíneos com o conceito, mas que vivencia a gestação como fator elementar para sua constituição como homem (SILVA et al., 2013).

Sabe-se que, ao longo da história da humanidade, a gestação permaneceu como responsabilidade exclusiva da mulher, momento em que esta deveria cuidar da prole no que tange às dimensões biológicas e emocionais. Ao homem, designaram-se funções como provisão do lar e autoridade no espaço doméstico, o que revelou gradativamente as relações desiguais de poder e de gênero que contribuíram para o afastamento dos pais no processo de gestação das suas parceiras e no desenvolvimento das esferas ligadas ao afetivo, tais como dedicação, interação e responsabilidade (MOREIRA; TONELI, 2013 e LANGARO; PRETTO, 2015).

Esses papéis ligados à maternidade e paternidade foram propagados historicamente e socialmente de maneiras distintas, o que contribuiu para uma menor participação do

parceiro na assistência pré-natal, demonstrando que a responsabilização pelo cuidado do filho permaneceu no âmbito do feminino. Nota-se, ainda, que a família exerce um papel fundamental na manutenção dos significados e simbolismos sobre a função materna e paterna no âmbito do cuidado gestacional, oportunizando naturalização ou rompimento de paradigmas e comportamentos (LISBOA; CARNEIRO, 2015).

Além disso, estudos mostram um discurso pela busca do “novo pai”, aquele que vivencia a fase gestacional junto à mulher, desconstruindo um modelo de paternidade tradicional e construindo o trinômio pai-mãe-filho com a formação do vínculo e afeto (SILVA et al., 2013). Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) instituiu por meio da portaria nº 1944, em 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) que contempla ações voltadas ao pré-natal do parceiro no intuito de aproximá-lo da paternidade consciente, desmitificando os estereótipos que afastam os homens do cuidado com os filhos (HERMANN et al., 2016).

Portanto, compreende-se que a participação do parceiro na assistência pré-natal é primordial, pois este entenderá as mudanças e adaptações da gestação, podendo participar ativamente, partilhar dúvidas, conhecimentos, medos e angústias e potencializar o estreitamento das relações de afeto com a parceira e família. Convém ressaltar que os profissionais de saúde e familiares também fazem parte da rede de apoio no cuidado pré-natal, possibilitando a maior participação do parceiro, através de ensinamentos, conselhos e atitudes sobre a paternidade responsável (SILVA et al., 2013).

As(os) profissionais de saúde, em especial, as(os) enfermeiras(os) precisam conhecer o contexto familiar e sociocultural das gestantes no intuito de oportunizar que as simbologias sobre a maternidade como destino imutável e solitário sejam modificadas ao longo do tempo com a inserção dos parceiros no crescimento e desenvolvimento dos filhos (ALVES et al., 2015).

Para tanto, torna-se necessário desenvolver uma assistência pré-natal que incentive a participação do parceiro no pré-natal de forma ativa e responsável, permitindo que o protagonismo familiar possa contribuir positivamente na continuação dos cuidados pelos homens (BARRETO et al., 2015).

Nessa linha de pensamento, a pesquisa justifica-se pela escassez de publicações nacionais e/ou internacionais sobre os significados de familiares sobre a participação do parceiro na assistência pré-natal. Os estudos levantados concentram-se em buscar as percepções dos próprios homens sobre a participação na assistência pré-natal, desvalorizando os simbolismos que a família, principal apoiadora, imprime sobre este processo.

Destaca-se que, dentre os 31 artigos encontrados sobre a assistência pré-natal, nos últimos cinco anos, nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), 10 abordavam sobre a participação do pai no cuidado pré-natal pela ótica das gestantes, cinco abarcavam

a paternidade responsável e consciente, sete envolviam a atuação do enfermeiro no cuidado gravídico puerperal, três destacavam a compreensão relacional do gênero masculino e o acesso aos serviços de saúde, seis apontavam sobre a atenção pré-natal de modo ampliado, trazendo a importância da qualidade, humanização e integralidade, o que demonstra a necessidade de se pesquisar as significações da família sobre a participação do parceiro no pré-natal.

Desse modo, definiu-se como questões de pesquisa: Quais os significados de familiares sobre a participação do parceiro na assistência pré-natal? Como as relações de gênero influenciam na construção social da paternidade responsável?

Diante do exposto, reafirma-se como objetivo geral: compreender os significados de familiares sobre a participação do parceiro na assistência pré-natal e como objetivos específicos: levantar os significados de familiares sobre a participação do parceiro na assistência pré-natal e desvelar os significados de familiares sobre a participação do parceiro na assistência pré-natal sob a luz das relações de gênero.

Por fim, almeja-se que este estudo contribua nas práticas dos profissionais de saúde, especialmente enfermeira(o)s e graduanda(o)s de enfermagem, propiciando mudanças na assistência pré-natal integral, valorizando e inserindo o parceiro e os constructos da família de modo a atender as reais necessidades das gestantes. Além disso, espera-se que a pesquisa suscite reflexões e discussões no âmbito da gestão em saúde de forma que seja repensado o modelo de cuidado pré-natal centrado na mulher, para assim, buscar realizar transformações que visem um atendimento inclusivo com base na paternidade responsável.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo fundamentado na Fenomenologia, por entender que este referencial permite compreender os diferentes significados sobre um fenômeno social, valorizando as essências de cada sujeito no mundo cotidiano (LIMA, 2014).

O lócus da pesquisa foi a Unidade de Saúde da Família (USF) Simão Fitterman, localizada no município de Itabuna-Bahia. Optou-se por este local, devido à demanda elevada de gestantes, logo, de familiares no serviço de pré-natal, às vivências na prática de Gerenciamento em Serviços de Saúde Coletiva, momento em que se observaram lacunas no que diz respeito ao entendimento dos significados de familiares sobre a participação do parceiro na assistência pré-natal.

Os participantes foram familiares de gestantes acompanhadas no pré-natal da USF Simão Fitterman, conforme os seguintes critérios de inclusão: ter laços de consanguinidade e/ou afetividade com a gestante; residir na cidade de Itabuna; apresentar condições cognitivas e psicológicas para participar do estudo; ter idade

superior a 18 anos; ter convivência e/ou proximidade geográfica com a gestante; ter acompanhado a gestante em, no mínimo, uma consulta de pré-natal, incluindo atividade educativa; morar na área de cobertura da ESF em questão. Consequentemente os critérios de exclusão foram: familiares de gestantes que mantivessem relação homoafetiva e que morassem fora da área de cobertura da ESF escolhida.

O levantamento dos familiares das gestantes foi realizado somente após aprovação plena do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC) sob nº de parecer 2.381.126, por meio das próprias gestantes, das informações colhidas com as enfermeiras e agentes comunitários da referida USF, seguindo rigorosamente os critérios de inclusão. Após identificação dos sujeitos, foram realizados contatos pessoais em visitas domiciliares com explanação dos objetivos, relevância da pesquisa, participação voluntária e posterior assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi concedido às participantes, tempo suficiente para refletir sobre o assunto, oportunizando a leitura e compreensão do TCLE, antes da concessão da assinatura.

Após aceitação e assinatura no TCLE, a coleta de dados foi realizada, no período de janeiro a maio de 2018, em local, dia e horário escolhido por cada depoente, através de um roteiro de entrevista semiestruturada contendo o perfil sociodemográfico.

As entrevistas foram realizadas em ambiente privativo, livre de ruídos externos, somente com a(o) depoente para manter o sigilo e privacidade das informações e devidamente gravadas com equipamento digital, sendo transcritas na íntegra *a posteriori*. Ressalta-se que permanecerão arquivadas por cinco anos, sendo destruídas após esse período.

Em seguida, as entrevistas foram analisadas através da análise de conteúdo temática, proposta por Bardin (2011), seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação do conteúdo.

Os aspectos éticos nortearam toda a pesquisa, respeitando os preceitos estabelecidos na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Para promover o anonimato da(o)s participantes e o sigilo das informações adquiridas, as(os) depoentes escolheram seus próprios codinomes.

3 | APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram 10 familiares de gestantes cadastradas no programa de pré-natal da USF Simão Fitterman. A faixa etária dos familiares variou entre 19 e 66 anos, todas do sexo feminino. Com base no estado civil, verificou-se que oito mulheres eram solteiras e duas casadas. Quanto à escolaridade, cinco relataram ensino fundamental incompleto, três ensino fundamental completo e duas, ensino médio completo. Por sua vez, quatro familiares tinham laços de afeto e seis com relação de consanguinidade.

Após avaliação do perfil, procedeu-se às etapas da análise temática das

entrevistas com definição de três categorias, a saber:

3.1 O “ser-pai” no cuidado pré-natal

O “ser pai” no cuidado pré-natal inicia-se antes mesmo da concepção do feto e perdura por toda a vida, desencadeando uma vinculação social, moral, afetivo e corporal. Desse modo, a participação efetiva do parceiro na assistência pré-natal é uma das estratégias mais importantes para a promoção da saúde dos filhos, pois o exercício da paternidade propicia um elo forte na interação e dinâmica familiar, repercutindo sentimentos positivos de segurança e apoio (ALMEIDA et al., 2014).

Percebe-se, então, que os familiares valorizam a participação do parceiro na assistência pré-natal, através do apoio emocional à parceira bem como no cuidado direto ao filho, como apontado nos depoimentos a seguir:

[...] é importante à participação dele pro bem estar da gestante, se sentir apoiada, mas triste mesmo é quando os pais eles se fazem ausente que é o caso da minha filha [...]. **(Morane)**.

[...] eu acho fundamental por conta que ela se sente mais segura, apoiada, cuidada pelo parceiro dela [...]. **(Breezy)**.

[...] cuidar dela, do bebê, trocar as fraldas na hora do resguardo pra ela ter forças [...] assim ela se sente melhor e bem **(Paty)**.

Tais falas remetem a importância da paternidade responsável, seja através da presença nas consultas, na partilha de afazeres com o bebê e outras atividades, oportunizando que a mulher possa desfrutar da tranquilidade, segurança e bem-estar do período puerperal e ampliar a vinculação entre pai e filho.

Além disso, os familiares destacam que a participação do parceiro pode ocorrer através de ações como higiene do bebê, manutenção do padrão de sono, alimentação, apoio à companheira na amamentação, expressão de afeto, bem como pelo sustento financeiro da família como evidenciado abaixo:

[...] dar os banhos na hora certa, ter cuidado com o umbigo, fazer o exame do pezinho e cuidar do bebê [...]. **(Fia)**.

[...] geralmente quando a criança está nos primeiros dias não dorme aquele soninho de madrugada. Então, é bom ter o parceiro do lado ajudando [...]. **(Keu)**.

[...] sustentar mãe e filho, segurar o neném, trocar enquanto ela faz uma mamada, ficar olhando, dá atenção **(Inha)**.

[...] dá atenção, amor, carinho [...]. **(Lina)**.

Nesse sentido, o envolvimento paterno promove o fortalecimento do vínculo entre a tríade mãe-bebê-pai e o apoio psicológico durante o período gravídico, propiciando

gradativamente um desenvolvimento familiar saudável com a chegada do novo membro (HENZ; MEDEIROS; SALVADORI, 2017).

Nota-se que a ausência do parceiro no pré-natal pode ocasionar cansaço por parte da mulher devido ao excesso de funções a desempenhar bem como tristeza pelo não envolvimento com o filho, muitas vezes, sentimentos e significações demonstradas na comunicação não verbal. A figura paterna ainda invisibilizada socialmente nessa fase, necessita participar ativamente da assistência pré-natal, evitando prejuízos no desenvolvimento infantil, especialmente aqueles ligados aos aspectos psicológicos e de habilidades sociais (HERMANN et al., 2016 e VIEIRA, 2014). Desse modo, necessita-se do apoio do parceiro, pessoa com laço profundo de afeto e que possui influência nas decisões da gestante (MEIRA et al., 2013).

Com isso, torna-se imprescindível a participação do parceiro nas consultas de pré-natal para o compartilhamento dos múltiplos sentimentos que envolvem este período, a exemplo do medo, tristeza, angústia e para a divisão igualitária nos cuidados diários a serem ofertados para o filho (SILVA et al., 2013).

Evidencia-se ainda que, os familiares acreditam que a participação do parceiro pode dar-se a partir da presença nas atividades educativas realizadas pelos profissionais de saúde durante o pré-natal, o que contribuirá para um melhor aprendizado sobre o “ser-pai” como demonstrado abaixo:

[...] eu acho muito importante porque fica sabendo sobre a saúde do bebê, o que está acontecendo com a mulher [...] **(Mara)**.

[...] participar de palestras pra saber como cuidar de seu filho, da sua esposa [...] **(Paty)**.

[...] é bom pra estar orientando, caso seja um parceiro que nunca teve filho, vai tá aprendendo **(Breezy)**.

Diante dos depoimentos, visualiza-se que a responsabilidade do parceiro no pré-natal pode ser realmente modificada a partir das construções sociais sobre masculinidade e paternidade e ampliada a partir da aquisição de conhecimentos advindos de palestras, cursos, rodas de conversa, grupos de discussão e treinamentos feitos pelas equipes de saúde bem como pela interferência familiar e poder midiático.

Sendo assim, entende-se que a presença e participação do parceiro no pré-natal é elemento fundamental para ajudar a gestante a lidar com as modificações físicas e psicológicas desta fase, oportunizando a melhoria no cuidado com o filho (BARBOSA et al., 2013 e SILVA et al., 2016).

Contudo, identificou-se que alguns familiares justificam a ausência paterna no cuidado pré-natal em virtude da atividade laboral que desenvolvem, eximindo o parceiro da responsabilidade no cuidado direto com o filho, reafirmando o discurso machista de que a mulher deve ser a principal cuidadora no processo, como percebido nas falas a seguir:

[...] eu acho que seria ótimo, se todos pudessem ir, mas como nem sempre coincide com o horário de trabalho, geralmente o homem nunca acompanha por causa disso [...] **(Keu)**.

[...] ele pode ajudar nas horas vagas que tiver em casa, saindo do trabalho ele vai ajudar cuidar do filho [...] **(Inha)**.

[...] eu acho bom, se o parceiro quiser acompanhar [...] **(Paula)**.

Nessa perspectiva, apresenta-se como um grande desafio inserir o parceiro em consultas e ações educativas durante o pré-natal, contando com o apoio da família, de modo a atender as reais necessidades do casal grávido (BARBOSA et al., 2013). Para tanto, se faz necessário à implementação de estratégias que incluam o parceiro na assistência pré-natal, independente das suas atividades externas, reelaborando paradigmas que contribuem para as relações desiguais de gênero no desenrolar da gestação.

Dessa forma, a(o) enfermeira(o) tem um papel fundamental na assistência pré-natal, pois pode desenvolver uma abordagem atrativa, pautada nos princípios e diretrizes do SUS, valorizando, respeitando a subjetividade e individualidade dos parceiros e incorporando-os no cuidado à gestação, a exemplo de flexibilização nos horários de atendimento à gestante, além de orientar o parceiro quanto aos seus direitos, dispostos na Lei nº 13.257/2016, que assegura o parceiro a ausentar do trabalho por até duas vezes para acompanhar sua parceira nas consultas e na realização de exames durante o período de gravidez, 15 dias de licença paternidade desde que cadastrado na Empresa Cidadã, além dos 5 dias estabelecidos por lei com remuneração integral e um dia por ano para levar o filho de até seis anos em uma consulta médica (BRASIL, 2016; ALBUQUERQUE et al., 2014). Além disso, existe ainda a Lei Federal nº 11.108/2005 que aborda sobre o direito da mulher em ter um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, podendo ser o pai (BRASIL, 2005).

Portanto, a paternidade responsável precisa ser trabalhada concomitantemente com as questões de gênero e familiares, pois nesse espaço, regras e normas são adotadas e papéis são definidos, especialmente aqueles relacionados ao vínculo, afeto e manutenção da saúde dos filhos (BIROLI, 2014 e LISBOA; CARNEIRO, 2015).

3.2 Construções de gênero que interferem na paternidade responsável

Compreende-se que os significados de familiares sobre a paternidade responsável pode evidenciar como as relações de gênero são constituídas e de que maneira o cuidado ao filho entre homens e mulheres foi construído ao longo da assistência pré-natal (ALBUQUERQUE et al., 2014).

Dessa forma, percebeu-se nos discursos que existem diferenças na maneira

como homens e mulheres foram ensinados a cuidar dos filhos pela família, o que interferirá na vivência da paternidade, conforme recortes abaixo:

[...] a mulher é ensinada pela família e sociedade a cuidar de bebê e os homens são ensinados a colocar dinheiro dentro de casa [...] **(Breezy)**.

[...] já as meninas tem que ensinar querendo ou não a ser uma dona de casa, lavar prato, roupinha, já o menino tanto faz você ensinar [...] **(Morane)**.

Desse modo, fica explícito que os familiares significam o cuidado com o filho como sendo uma obrigação prioritariamente feminina e que deve ser ensinada cotidianamente às mulheres, reafirmando uma visão patriarcal, machista e de submissão. Por sua vez, aos homens é atribuída a provisão dos gastos domésticos, não sendo necessário educá-los a praticar os cuidados com o lar e filho, desvelando as construções desiguais de gênero no âmbito doméstico, familiar e social.

Tais ideias corroboram com os estudos de Ribeiro, Gomes e Moreira (2017) e Bertolini e Simonetti (2014), nos quais relatam que as relações desiguais de gênero definem o papel do homem e da mulher socioculturalmente, principalmente quando se associa à gestação, momento em que se destina ao feminino à função de cuidadora dos filhos e ao masculino à provisão da renda, denotando funcionalidades diferentes com relação à maternidade e paternidade.

É notória que a mudança de paradigmas relacionados à diferenciação dos papéis de gênero é uma construção paulatina e, nesse sentido, torna-se urgente responsabilizar o homem para o cuidado efetivo durante o período da gestação e pós-parto, atribuindo-lhe saberes e experiências para o cumprimento do seu papel parental e de saúde familiar (RIBEIRO et al., 2015).

Ademais, os familiares naturalizam conceitos com base na desigualdade entre os gêneros e, portanto, os incorporam ao tratar do cuidado no pré-natal, segregando as ações ligadas ao feminino e aquelas ligadas ao masculino, como demonstrado a seguir:

[...] a mãe sempre tem mais cuidado que o pai, esse negócio de dar banho, arrumar, é mais com a gente. O homem não tem o jeito que a mãe tem, o jeito do homem é diferente **(Paula)**.

[...] a diferença é que a mulher cuida melhor do bebê, tem mais paciência, carinhosa, o marido é sem paciência, desajeitado em tudo [...] **(Clara)**.

[...] a mãe cuida mais porque o pai não cuida de jeito nenhum da criança. Dar banho, trocar a fralda, levar pro posto, a diferença é que só as mães levam [...] **(Lina)**

Observa-se uma expressão de padrões estabelecidos entre os gêneros que foram aprendidos na sociedade e que se perpetuaram ao longo das gerações da família. Posto isto, as mães apresentam um discurso de que o homem é inapto para

cuidar dos filhos e das tarefas cotidianas básicas, sendo justificada por percepções como desajeitados, sem paciência, revelando justificativas para o não cumprimento da paternidade responsável.

Ancorada no discurso de Albuquerque et al (2014), acredita-se que os valores sociais arraigados e repassados no que tange à paternidade fortalecem o afastamento do homem na assistência pré-natal, reafirmando atitudes machistas e patriarcais que colocam a mulher como única responsável pelo crescimento e desenvolvimento do filho e ampliando as vulnerabilidades sociais de ambos.

Além disso, verifica-se ainda que os familiares justificam a dificuldade do homem em assumir a paternidade responsável pelo fato de se manter, na maior parte do tempo, na ação laboral, denotando que a atividade desenvolvida pela mulher no âmbito do privado possui menos valia e, mesmo aquelas executadas no espaço público, também não são reconhecidas. Percebe-se então que, embora a mulher possa ocupar funções domésticas e na esfera pública, ainda será atribuída à mesma maior responsabilidade com o cuidado ao filho, como evidenciado abaixo:

[...] a mãe tem mais responsabilidade e cuidado que o pai. A mãe toma conta, leva pra escola, faz comida, dá banho, arruma, e o pai no tempo que tiver indo pro trabalho levar a criança no colégio **(Inha)**.

[...] é diferente porque a mãe que sabe fazer essas coisas pro lado de criança, o pai ele vai trabalhar pra poder manter tudo [...] **(Paty)**.

Sendo assim, estes estereótipos são arraigados pelo fato do homem, desde a infância, ser incentivado pela família e sociedade a conquistar sua empregabilidade e garantir a sua independência (ALBUQUERQUE et al., 2014.). Diante disso, ressalta-se que a diferenciação dos papéis sociais atribuídos aos homens e mulheres na vivência da maternidade e paternidade deve ser modificada, de modo que ambos possam partilhar informações e o cuidado com o desenvolvimento do filho (SILVA; SILVA; BUENO, 2014).

Não obstante, os familiares ao desvelar seus significados sobre a participação do parceiro na assistência pré-natal afirmam que os ensinamentos transmitidos aos filhos são passados de geração para geração, fato este observado a seguir:

[...] vai de criação pra criação, o pai do meu filho é uma pessoa distante, vamos supor que eu saio, quando chego à criança não comeu, e isso deve ser passado pra criança desde pequeno [...] **(Morane)**.

[...] sempre tem uma diferença, a avó dá um ensino, a mãe e o pai dá outro. Muitos pais não quer ter responsabilidade, as vezes sai pra trabalhar chega de noite, nem tomam contam (*risos*) [...] **(Fia)**.

Torna-se evidente que a transmissão geracional interfere na vivência plena da paternidade, perpetuando saberes sobre a diferenciação do ser mãe e do ser

pai na sociedade. Ressalta-se que, na convivência familiar as relações sociais são constituídas e repercutem nos papéis sobre paternidade e maternidade (GOIS, 2014).

Cabe destacar que a construção da paternidade ocorre dentro do microsistema familiar, e é a partir dos ensinamentos que a família oferece que os modelos patriarcais serão paulatinamente trocados por construções de gênero igualitárias. Portanto, as vivências e experiências nas relações sociais, sejam estas por laços de afeto ou consanguinidade serão cruciais para o exercício da paternidade responsável (SILVA; SILVA; BUENO, 2014).

Apesar da diferenciação nos papéis entre mulheres e homens no cuidado ao filho e na vivência da gestação ainda ser desigual com a destinação das brincadeiras sobre ser mãe na infância permanecerem restritas ao feminino em detrimento do masculino (RIBEIRO et al., 2015), nota-se que algumas depoentes demonstram a importância pela paternidade responsável:

[...] é bom ensinar pros dois que pode trocar o bebê, segurar enquanto ela pega alguma coisa, trocar fralda [...] **(Paty)**.

[...] ajudar trocando a fralda, levar no médico, levantar de manhã pra ajudar [...] **(Mara)**.

Entende-se que as depoentes reconhecem gradativamente que participar da gestação, aprender e executar os cuidar com os filhos de maneira igualitária se aprende no âmbito familiar e social. A modificação da naturalização do cuidado ligado à esfera do feminino começa a sofrer transformação, incorporando as novas dimensões socioculturais nas simbologias dos familiares, o que resultará em maior responsabilização dos homens neste processo (RIBEIRO et al., 2015).

Tais significados revelam a necessidade dos serviços de saúde proporcionar momentos de trocas de experiências e aprendizados com os familiares, oportunizando discussões sobre os papéis de gênero no que diz respeito ao pré-natal, bem como ampliar a educação dos homens para o exercício da paternidade (GOMES et al., 2016).

3.3 O (des)preparo da equipe multiprofissional no incentivo à paternidade responsável

No que tange ao preparo da equipe multiprofissional em acolher, receber e orientar o parceiro nas consultas do pré-natal nota-se uma significação positiva por parte de alguns depoentes como apontado nas falas abaixo:

[...] quando os pais acompanham a gestante no pré-natal eles acolhem, a mesma coisa que fala pra gestante, o pai tá ali presente [...] **(Fia)**.

[...] eu acho que eles estão preparados e a cada dia vão procurando se capacitar [...] **(Morane)**.

[...] sim, estão preparados, eles dá aquela orientação pro pai, pra mãe no posto de saúde, os dois sentado do lado e passando as orientações, é importante [...] **(Paty)**.

Nesse sentido, evidencia-se a importância da orientação por parte dos profissionais de saúde para o parceiro, momento em que aptidões e capacidades podem ser trabalhadas para promover o cuidado ao filho e construir uma paternidade efetiva no pré-natal. Dessa forma, as enfermeiras, cuidadoras diretas, podem contribuir e apoiar a construção do “ser-pai” desde a gestação ao crescimento e desenvolvimento dos filhos (ALMEIDA et al., 2014).

Ademais, a assistência pré-natal integral institui-se pela forma como o casal grávido é acolhido, orientado, ultrapassando a dimensão puramente fisiológica da gestação em direção ao compartilhamento do cuidado e do afeto com vistas à promoção da saúde e protagonismo de toda a família.

Por outro lado, alguns familiares evidenciaram que os profissionais de saúde precisam qualificar-se no intuito de proporcionar o envolvimento paterno na assistência pré-natal, mediante depoimentos a seguir:

[...] olha do jeito que tá hoje a saúde, creio que nenhuma está tão qualificada pra isso... tem a deficiência [...] **(Keu)**.

[...] a gente nunca teve essas conversa com os profissionais, fiz pré-natal sozinha [...] **(Paula)**.

[...] as unidades em geral não está preparada de forma nenhuma, tem alguns programas que chamam os pais pra vir [...] eles não vão porque acha que é bestage, bobeira, que não vai acrescentar nada na vida deles [...] **(Breezy)**.

Salienta-se que as enfermeiras possuem o conhecimento técnico e científico para prestar uma assistência qualificada à família, vislumbrando os aspectos biológicos, psicológicos, espirituais e sociais do ciclo gravídico-puerperal (RODRIGUES et al., 2016). Para tanto, devem buscar compreender a essência dos significados dos familiares para aprimorar suas práticas no que diz respeito à assistência pré-natal do parceiro.

Diante do exposto, os profissionais de saúde devem ancorar-se na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que inclui o pré-natal do parceiro na caderneta da gestante, com o intuito de inserir o homem na realização dos exames, testes rápidos, participação em atividades educativas e, a partir disso, aproximá-lo do cuidado e exercício da paternidade responsável (HERMANN et al, 2016).

Portanto, as unidades de saúde devem estruturar-se para acolher o parceiro, indicando que a falta de participação no pré-natal pode influenciar na vida da gestante, família e vinculação do afeto e crescimento do filho (CORTEZ et al., 2016).

Dessa maneira, a atenção multiprofissional ao casal grávido é extremamente

importante no intuito de possibilitar troca de aprendizados, preparando-os para as dificuldades e benefícios da maternidade e paternidade (SOUSA et al., 2017).

Vale destacar que é imprescindível a preparação dos profissionais da saúde durante a graduação, proporcionando discussões sobre pré-natal na perspectiva do gênero e da família, considerando sua singularidade, subjetividade e contexto sociocultural com vistas a uma assistência qualificada e integral a gestante e seu parceiro.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nota-se que os familiares valorizam gradativamente a presença e participação do parceiro na assistência pré-natal, ampliando o apoio, bem-estar e segurança às gestantes mesmo diante de um modelo de gênero desigual, momento em que as mulheres são destinadas quase que exclusivamente ao cuidado com os filhos e aos homens é dada a provisão dos gastos.

Além disso, os familiares acreditam que o envolvimento do parceiro nas consultas, atividades educativas e na realização de exames torna-se essencial para o pré-natal, pois contribui para o aprendizado e fortalecimento do vínculo da tríade mãe-filho-pai, favorecendo a construção da paternidade responsável.

Evidencia-se ainda que os familiares desvelam à diferenciação de papéis atribuídos a mulher e ao homem no cuidado com os filhos, demonstrando que os ensinamentos são diferentes entre os gêneros e que muitos deles são repassados de geração a geração. Ademais, observa-se pouco preparo por parte dos profissionais de saúde na assistência ao parceiro no ciclo gravídico-puerperal.

Por fim, entende-se que os profissionais de saúde, especialmente as enfermeiras, devem compreender as significações dos familiares sobre participação do parceiro na assistência pré-natal, possibilitando novas estratégias no seu cotidiano de trabalho com vistas a minimizar as relações desiguais de gênero e a influência dos diversos arranjos familiares que interferem na inserção gradativa do homem no cuidado ao filho, logo, na vivência de uma paternidade responsável.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Grayce Alencar et al. O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde. **Esc Anna Nery**, 2014, v. 18, n. 4, p. 607-14.

ALMEIDA, Bruna Silveira de et al. Percepção dos enfermeiros das unidades de maternidade e pediatria acerca do cuidado paterno. **Rev enferm UFSM**, 2014, v. 4, n. 4, p. 792-802.

ALVES, Ana Carla Pereira et al. Aplicação de tecnologia leve no pré-natal: um enfoque na percepção das gestantes. **Rev enferm UERJ**, 2013, v. 21, n. 1, p. 648-

53.

ALVES, Camila Neumaier et al. Cuidado pré-natal e cultura: uma interface na atuação da enfermagem. **Esc Anna Nery**, 2015, v. 19, n. 2, p. 265-71.

ANDRADE, Fabiana Maria de; CASTRO, José Flávio de Lima; SILVA, Antônio Viana da. Percepção das gestantes sobre as consultas médicas e de enfermagem no pré-natal de baixo risco. **Rev Enferm Cent O Min**, 2016, v. 6, n. 3, p. 2377-88.

BARBOSA, Nirliane Ribeiro et al. Da gestação ao nascimento: percepção do casal grávido. **Rev baiana enferm**, 2013, v. 27, n. 2, p. 108-23.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Editora 70, 2011.

BARRETO, Camila Nunes et al. O Sistema Único de Saúde que dá certo: ações de humanização no pré-natal. **Rev gaúch enferm**, 2015, v. 36, n. esp, p. 168-76.

BERTOLINI, Daniele Natália Pacharone; SIMONETTI, Janete Pessuto. O gênero masculino e os cuidados de saúde: a experiência de homens de um centro de saúde. **Esc Anna Nery**, 2014, v. 18, n. 4, p. 722-7.

BIROLI, Flávia. **Família: novos conceitos**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Brasília (DF): 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/12**. Brasília (DF): 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 13.257, de 08 de março de 2016**. Brasília (DF): 2016.

CORTEZ, Mirian Biccheri et al. Profissionais de saúde e o (não)atendimento ao homem-pai: análise em representações sociais. **Psicol estud**, 2016, v. 21, n. 1, p. 53-63.

GOIS, Dalva Azevedo de. Famílias: aportes teórico-metodológicos para o debate no âmbito do serviço social. **Serv soc e saúde**, 2014, v. 13, n. 2, p. 189-204.

GOMES, Romeu et al. Linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade. **Ciênc Saúde Colet**, 2016, v. 21, n. 5, p.1545-52.

HENZ, Gabriela Sofia; MEDEIROS, Cássia Regina Gotler; SALVADORI, Morgana. A inclusão paterna durante o pré-natal. **Rev Enferm Atenção Saúde**, 2017, v. 6, n. 1, p.52-66.

HERMANN, Angelita et al. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. Rio de Janeiro: MS, 2016.

LANGARO, Fabíola; PRETTO, Zuleica. Experiências de parentalidade como fatores geradores de sofrimento em mulheres. **Rev Psicol**, 2015, v. 27, n. 2, p. 130-8.

LIMA, Antônio Balbino Marçal (Org.). **Ensaio sobre fenomenologia: Husserl, Heidegger e Merleau-Ponty**. Ilhéus (BA): Editus, 2014, p. 124.

LISBOA, Aline Vilhena; CARNEIRO, Terezinha Féres. Acontecimentos Significativos na História Geracional e sua Relação com Somatizações na Família. **Psicol, teor, pesqui**, 2015, v. 31, n. 1, p. 65-72.

MEIRA, Renata Braga et al. Rede de apoio social durante a fase gestacional de mulheres. **Rev**

enferm UFPE, 2013, v. 7, n. esp, p. 7024-33.

MOREIRA, Lisandra Espíndula; TONELI, Maria Juracy Filgueiras. Paternidade responsável: problematizando a responsabilização paterna. **Psicol soc**, 2013, v. 25, n. 2, p. 388-98.

RIBEIRO, Cláudia Regina; GOMES, Romeu; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. Encontros e desencontros entre a saúde do homem, a promoção da paternidade participativa e a saúde sexual e reprodutiva na atenção básica. **Physis**, 2017, v. 27, n. 1, p. 41-60.

RIBEIRO, Juliane Portella et al. Participação do pai na gestação, parto e puerpério: refletindo as interfaces da assistência de enfermagem. **Rev Espaço para a saúde**, 2015, v. 16, n. 3, p. 73-82.

RODRIGUES, Ivana Rios et al. Elementos constituintes da consulta de enfermagem no pré-natal na ótica de gestantes. **Rev Rene**, 2016, v. 17, n. 6, p. 774-81.

SILVA, Barbara Tarouco da; SILVA, Mara Regina Santos da; BUENO, Maria Emília Nunes. Eventos intra e extrafamiliar significativos no processo de construção da paternidade. **Esc Anna Nery**, 2014, v. 18, n. 4, p. 710-5.

SILVA, Mônica Maria de Jesus et al. O envolvimento paterno na gestação sob o olhar de gênero. **Rev enferm UFPE**, 2013, v. 7, n. 5, p. 1376-81.

SILVA, Elza Monteiro da et al. Participação do companheiro nos cuidados do binômio mãe e filho: percepção de puérperas. **J res: fundam care online**, 2016, v. 8, n. 1, p. 3991-4003.

SOUSA, Vanessa Patrícia Soares de et al. Percepção das participantes de um curso para gestantes sobre a abordagem multidisciplinar em saúde. **Rev Pesqui Fisioter**, 2017, v. 7, n. 1, p. 79-86.

VIEIRA, Mauro Luís et al. Paternidade no Brasil: revisão sistemática de artigos empíricos. **Arq bras psicol**, 2014, v. 66, n. 2, p. 36-52.

PERCEPÇÃO DO PACIENTE SURDO NOS ATENDIMENTOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Sintya Gadelha Domingos da Silva

Universidade Estadual da Paraíba- Departamento de Enfermagem
Campina Grande – Paraíba

Amanda de Alencar Pereira Gomes

Universidade Estadual da Paraíba- Departamento de Enfermagem
Campina Grande – Paraíba

Jonathan Emanuel Lucas Cruz de Oliveira

Universidade Estadual da Paraíba- Departamento de Enfermagem
Campina Grande – Paraíba

Clístenes Daniel Dias Cabral

Universidade Estadual da Paraíba- Departamento de Enfermagem
Campina Grande – Paraíba

Débora Taynã Gomes Queiróz

Universidade Estadual da Paraíba- Departamento de Enfermagem
Campina Grande – Paraíba

RESUMO: Revisão sistemática de literatura para investigar, através da percepção do paciente surdo, as dificuldades durante o atendimento em serviços de saúde. As bases de dados utilizados foram Pubmed, LILACS e Scielo, no período de 19 abril até a data 07 de maio de 2018, dos 170 artigos encontrados apenas 13 entraram no critério de inclusão (artigos dos últimos cinco anos e os que

respondiam a pergunta norteadora) sendo excluídos 7 por estarem duplicados, e 9 foram selecionados para amostra, as pessoas surdas, que participaram das pesquisa tinham idade entre 18 a 60 anos, dentre os artigos, o meio virtual, com resultados satisfatório. O estudo evidenciou as dificuldades do paciente durante o atendimento, e as barreiras que enfrentavam ao acessar um serviço de saúde, a comunicação foi o grande problema encontrado, pois a língua utilizada é verbal não sendo entendida pelas pessoas surdas, acarretando a um atendimento inadequado, outros meios de comunicação foram utilizados, leitura labial, escrita, mas nenhum eficiente, a ida ao serviço com acompanhante é uma alternativa, porém tira autonomia e privacidade do paciente surdo. Há necessidade de profissionais capacitados, que possam proporcionar um atendimento direto.

PALAVRAS-CHAVE: surdez, comunicação, assistência á saúde, atenção primaria á saúde.

ABSTRACT: Review systematic of literature to investigate, through the perception of the deaf patient, the difficulties during the attendance in health services. The databases used were Pubmed, LILACS and Scielo, in the period from April 19 to May 7, 2018, out of 170 articles found only 13 entered the criterion of inclusion (articles of the last five years and those that answered the guiding question) being excluded 7 because

they were duplicated, and 9 were selected for sample, at deaf people who participated in the research were aged between 18 and 60 years, among the articles, the virtual environment, with satisfactory results. The study evidenced the patient's difficulties during attendance, and the barriers they faced when accessing a health service, the communication was the major problem encountered, because the language used is verbal not being understood by deaf people, leading to inadequate care, other means of communication were used, lip reading, writing, but no efficient, the going to service with companion is an alternative, but strip autonomy and privacy of the deaf patient. There is a need for trained professionals who can provide direct care.

KEYWORDS: Deafness , Communication, Delivery of Health Care, Primary Health Care.

1 | INTRODUÇÃO

Atualmente no mundo cerca de 466 milhões de pessoas são acometidas com deficiência auditiva. É considerada uma pessoa surda aquela que não é capaz de ouvir, ou há uma audição com limiar de 25 decibéis (dB) ou mais. Pode ser classificada em leve, moderada, grave ou profunda, na leve, a perda não é significativa, pode se comunicar verbalmente, fazer o uso de aparelho ou implantes concleres para melhorar a escuta, já quando a perda é moderada ou severa há possibilidade através dos implantes concleres, e na perda profunda não há essas possibilidades, sendo a língua de sinas o meio de comunicação (OMS, 2017).

Castro, Paiva e César (2011), inferem que o atendimento durante a assistência se torna um desafio, tanto para os profissionais como para as pessoas surdas, pois, a assistência se dá a partir da escuta das queixas, e a resolutividade segundo prescrições, e orientações, para que assim chegue aos resultados esperados. Dessa forma, a falta de entendimento de ambas as partes pode interferir no andamento da conduta e servir de bloqueio a procura dos serviços de saúde, chegando a prejudicar a qualidade de vida dos usuários surdos.

Sendo assim, o acesso aos serviços de saúde por vezes estão prejudicados, devido as barreiras existentes, afetando os cuidados, prevenção e promoção de saúde, em razão da percepção auditiva prejudicada, a forma mais utilizada pelo paciente surdo é a ida com algum acompanhante , para que assim consigam de alguma forma serem atendidos, porém por vezes não sendo entendido, devido a falta de qualificação e deficiência profissional que acabam por comprometer a assistência (ARAGÃO et al., 2014).

O profissional de saúde, tem um grande déficit ao se deparar com um paciente surdo, pois não são capacitados, nem preparados para interagir com alguém que não o consegue ouvir, acarretando em uma assistência inadequada, insatisfação do paciente, recursos materiais também são deficientes, que deveriam servir de meio

de comunicação, já que a escuta não é possível, e nem todas as pessoas surdas têm oportunidade de estudar a língua de sinais (FRANÇA et al., 2016).

A população surda está mais suscetível, as doenças evitáveis devido ao bloqueio que existe quando se fala em comunicação nos serviços de saúde, pois a maneira de como é tratado um paciente sem perda auditiva não convém para um paciente surdo, onde tudo é compreendido pelo falar e o ouvir, para o paciente surdo há incompreensão, insatisfação e um mau atendimento, devido essa incompatibilidade da comunicação (RICHARDSON, 2014).

A linguagem utilizada pelo surdo é a língua de sinais, no caso do Brasil é conhecida como libras, reconhecida legalmente de comunicação a partir de 2002 por meio da Lei nº 10.436, (BRASIL, 2002), tendo diversas nomenclaturas de acordo como país, nos Estados Unidos é chamada de linguagem de sinal americana (ASL).

Tendo em vista esses obstáculos quanto aos atendimentos, o presente artigo busca evidenciar através da percepção dos pacientes surdos, onde estarão expressadas as barreiras e possíveis estratégias perante os artigos encontrados, para que assim possa-se traçar novos caminhos e uma assistência adequada.

A falta de comunicação pode afetar na qualidade do atendimento, levando a ausência da pessoa surda nos serviços de saúde, dessa forma, o presente estudo tem a finalidade de constatar, a dificuldade de uma pessoa surda em um serviço de saúde, através de sua percepção diante das publicações científicas disponíveis.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão sistemática da literatura, teve como questão norteadora: Qual a percepção do paciente surdo, no atendimento em serviços de saúde? A busca bibliográfica foi realizada em periódicos nacionais e internacionais, teve início em 19 abril até a data limite de 07 de maio de 2018. Nos indexadores eletrônicos: Scielo (Scientific Electronic Library Online) e Lilacs (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) foram cruzados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) “surdez” e “comunicação” e “assistência à saúde” e “atenção primária à saúde” e “perda auditiva”. Na Pubmed, conforme sugerido no MeSH (Medical Subject Headings), foram utilizadas as expressões “deafness” AND “communication” AND “delivery of healthcare” AND “primary healthcare” AND “hearing loss”.

Após aplicar os critérios de inclusão, trabalhos publicados nos últimos cinco anos, acesso livre ao manuscrito na íntegra, em português, inglês ou espanhol e que respondessem a questão norteadora. Dois pesquisadores independentes analisaram inicialmente os títulos e resumos, estando em consonância com o objetivo foram lidos os artigos na íntegra.

Os artigos selecionados foram tabulados de acordo com os critérios: Autores, ano da publicação, país de origem do estudo, objetivo, metodologia e os principais

resultados encontrados. Finalmente, foram realizadas as análises dos dados com relação ao objetivo proposto para esta revisão sistemática.

3 | RESULTADOS

A busca utilizando as diferentes associações entre os descritores e os critérios de inclusão resultou em um total 170 publicações. A base de dados que recuperou o maior número de artigos foi a Pubmed (143), Scielo (14) e Lilacs (13). Após a leitura criteriosa dos títulos e resumos, 16 foram selecionados de acordo com os temas escolhidos para discussão. Após análise integral dos estudos foi escolhido uma amostra de 9 artigos como base para esse estudo.

Para melhor visualização dos resultados, optou-se por explicitar na Tabela 1 a análise dos artigos sobre a dificuldade de uma pessoa surda em um serviço de saúde, através de sua percepção.

Os 9 artigos selecionados estavam de acordo com o objetivo proposto pelo estudo, a maioria estava publicado em língua inglesa (6) tendo três em português. Durante a pesquisa para se obter os artigos correspondentes ao estudo, excluímos da pesquisa os que eram voltados apenas para o profissional de saúde e que abordava implantes cocleares, além das revisões de literatura e estudo de caso.

Os instrumentos de pesquisas utilizados foram questionários semi estruturados e entrevistas, com auxílio de interpretes para analisar os dados junto com os autores. Mauffrey et al. (2016), um dos pesquisadores, Thomas Berger, médico, conduziu a entrevista, pois tinha treinamento em língua francesa de sinais.

Os profissionais avaliados em sua maioria eram médicos, clínicos gerais e enfermeiros (KRITZINGER ET AL., 2014; SHEPPARD, 2014; RODRIGUES; DAMIÃO, 2014; OLIVEIRA; CELINO; COSTA, 2015; EMOND et al., 2015; MAUFFREY et al., 2016; NÓBREGA; MUNGUBA; PONTES, 2017; GICHANE et al., 2017; PEREIRA et al., 2017).

Havia um artigo que os profissionais avaliados eram os odontólogos, onde 70% dos entrevistados relataram o despreparo profissional, que acabam a prejudicá-los, privando tanto das orientações de prevenção quanto na educação em saúde (PEREIRA et al., 2017).

Nas entrevistas eram abordadas as dificuldades encontradas perante o serviço de saúde, e barreiras pelas quais afetavam o acesso, no qual terminavam afetando a qualidade no atendimento. Dentre os artigos selecionados, o de Gichane et al. (2017) que entrevistaram mulheres que necessitavam de serviços de saúde durante a gravidez, não foi diferente cerca de 56% das mulheres relataram dificuldade de comunicação, tendo que utilizar outros meios para se comunicar, essa barreira também estava presente durante o parto, sendo relatado por 65 % das mulheres entrevistadas.

Um ambiente virtual foi criado, onde abordava o protocolo de tratamento da

hipertensão arterial sistêmica/diabetes mellitus 2 (HAS/DM2), foi possível observar o quanto foi satisfatório para os pacientes que participaram da pesquisa, eram consultas de enfermagem, 63,3% relataram uma boa comunicação com o enfermeiro, 76,7% se sentiram satisfeitos com o meio virtual (RODRIGUES; DAMIÃO, 2014).

Autor/Ano	Local do estudo	Objetivo	Método	Resultados principais
Kritzinger et al./2014	África do Sul	Explorar se existem outros fatores além das dificuldades de comunicação que dificultam o acesso a serviços de saúde para pacientes surdos.	Estudo exploratório de abordagem qualitativa.	As dificuldades de comunicação foram encontradas como uma barreira principal aos serviços de saúde. No entanto, outras dificuldades como: falta de pensamento independente, super proteção, não ter atitude questionadora, falha de comunicação e timidez dificultam o acesso desse público aos cuidados de saúde.
Sheppard/2014	Estados Unidos	Dá voz a nove adultos surdos que descrevem suas experiências ao longo da vida com cuidados de saúde.	Estudo hermenêutico qualitativo.	Dificuldade em acessar serviços de saúde, tanto primário quanto especializado, frustrações no atendimento, e marcações de consultas, falta de recursos de saúde disponíveis, incompreensão quanto os diagnósticos e tratamentos, devido a falta de comunicação entre o profissional de saúde e paciente, a falta de humanização, descreveram também que seus encontros em serviços de saúde eram insignificantes.
Rodrigues; Damiano/2014	Brasil	Desenvolver um ambiente virtual em Libras, para Atendimento de Emergência para Surdos na Atenção Básica, baseado no Protocolo de Tratamento da Hipertensão Arterial e da Diabetes Mellitus tipo 2.	Estudo experimental.	O Ambiente Virtual desenvolvido foi bem aceito pelo grupo de pacientes surdos e pela equipe de enfermagem. Permitiu a interação entre eles sem a presença de um intérprete, ou acompanhante, reduzindo para 15 minutos o tempo de consulta, garantindo privacidade e satisfação pessoal aos pacientes.
Oliveira; Celino; Costa/2015	Brasil	Revelar como os surdos percebem a comunicação com os profissionais de saúde.	Abordagem qualitativa.	Evidenciam que os profissionais fazem uso de um vocabulário técnico de difícil entendimento. Necessidade da presença de intérprete de língua de sinais, ou de acompanhante ouvinte para facilitar a troca de informações, porém à perda de privacidade e limita autonomia. O ideal era profissional capacitado, para manter uma comunicação direta, privacidade e independência.
Emond et al./2015	Inglaterra	Compreender as necessidades de saúde e comunicação não satisfeitas dos surdos.	Estudo transversal.	Dificuldade de contato nos centro de saúde, a má comunicação nas consultas com médico é uma barreira afetando sua confiança nos conselhos dados. Estudo destaca a necessidade de mudanças consideráveis: na conscientização dos surdos para os profissionais de saúde e na conscientização da saúde dos surdos.

Mauffrey et al./2016	França	Questionar diretamente aos pacientes surdos sobre seus hábitos de consulta, bem como sobre sua relação com o médico responsável pelo tratamento.	Estudo qualitativo.	Dificuldades foram encontradas para estabelecer um diálogo. Os pacientes surdos querem receber cuidados em sua própria língua por meio de intérpretes de língua de sinais ou por profissionais de consultoria que usam a linguagem de sinais em uma Unidade de Atendimento e Recepção de Pacientes Surdos.
Nóbrega; Mun-guba; Pontes/2017	Brasil	Conhecer a assistência à saúde prestada às pessoas surdas, usuárias da Língua Brasileira de Sinais (Libras).	Abordagem qualitativa.	Evidenciou barreiras nos serviços de saúde, na comunicação; e, sugestões para melhoria da assistência nos serviços de saúde. Essas informações podem interferir na assistência integral e humanizada à saúde.
Gichane et al./2017	África do Sul	Descrever e comparar os resultados da gravidez e o uso do serviço de maternidade de uma amostra de mulheres surdas.	Abordagem qualitativa	A comunicação foi um dos principais determinantes da qualidade. Cerca de 38% dos participantes mencionaram, falta de entendimento durante as consultas, essas barreiras também estavam presentes durante o trabalho de parto. Relataram que durante o pré natal, experimentaram gentileza e disponibilidade da equipe de saúde, mas variava entre os profissionais, alguns eram grosseiros, outros bons.
Pereira et al./2017	Brasil	Avaliar a percepção das pessoas com deficiência auditiva sobre o processo de comunicação no atendimento por cirurgiões-dentistas.	Estudo quantitativo e qualitativo, de corte transversal e natureza descritiva.	O nível de satisfação da maior parte da população estudada foi de insatisfeitos, somando 56,66% da amostra. Além disso, a maioria dos participantes do estudo (70%) considera que os cirurgiões-dentistas não estão preparados para atender usuários com deficiência auditiva.

Tabela 1: Distribuição dos artigos analisados segundo o ano de publicação, nome do autor, local do estudo, objetivo, método, resultados principais.

4 | DISCUSSÃO

Na presente revisão foi possível observar a comunicação como barreira no acesso aos serviços de saúde, pois os profissionais não estão preparados para atender uma pessoa surda, além da falta de recursos não verbais, como materiais visuais, para facilitar o atendimento (SHEPPARD, 2014).

No âmbito familiar, foi possível observar dificuldades, questão de isolamento ou ter proteção demais com a pessoa surda, devido à percepção auditiva diminuída, acham que são incapazes, tomando a frente da comunicação em diversos ambientes, incluindo ao falar com um profissional de saúde (KRITZINGER et al., 2014).

Foi possível observar dentre os artigos, o quanto o surdo se sente frustrado,

inseguro, e dependente diante de um atendimento, muitos relatavam que a consulta se tornava insignificante, por não sanar suas dúvidas, nem obter um diagnóstico que fosse entendido, havia a necessidade de um acompanhante ou intérprete de língua de sinais, porém todos esses meios tiravam sua privacidade e autonomia, faziam uso da leitura labial e escrita, mas, não sendo eficiente também, pois a língua de sinais tem a técnica diferente do português, não sendo entendido pelo paciente surdo em ambas as ferramentas utilizadas (OLIVEIRA; CELINO; COSTA, 2015).

Segundo Emond et al. (2015), as pessoas surdas são mais acometidas com doenças crônicas como: hipertensão, diabetes além de obesidade e depressão auto-referenda, justamente pela dificuldade no acesso e dificuldade de comunicação.

O ambiente virtual se viu eficiência, tanto para pacientes surdos quanto ao profissional de enfermagem, pois se adequou a pessoa surda, se sentiram independentes e proporcionou privacidade no momento do atendimento (RODRIGUES; DAMIÃO, 2014).

5 | CONCLUSÃO

Pessoas surdas são prejudicadas nos serviços de saúde, por conta da falta de comunicação adequada, acarretado na diminuição da procura dos mesmos, portanto sendo privados dos mais diversos serviços, e a prevenção e promoção de saúde. Nos estudos encontrados, ficou claro que o usuário surdo possui a preferência que as consultas sejam realizadas na linguagem de sinais, dessa forma encontra-se em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), com isso percebem-se as necessidades de estratégias voltadas para facilitar a comunicação, que é imposta como barreira tanto ao acesso quanto a falta de qualidade nos serviços, devendo fazer parte do componente curricular na graduação a língua de sinais e uma educação continuada para os profissionais. Esta revisão apresenta aspectos importantes a serem observados, durante as assistências e serem implantados.

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, J. S. et al. Acesso e comunicação de adultos surdos: uma voz silenciada nos serviços de saúde. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v.6, n. 1, p. 1-7, jan./mar. 2014.

BRASIL. **Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002. Dispõe Sobre A Língua Brasileira de Sinais - Libras e Dá Outras Providências. Diário oficial da união, 25 abr. 2002.**

CASTRO, S. S. ; PAIVA, K. M. ; CÉSAR, C. L. G. Dificuldades na comunicação entre pessoas com deficiência auditiva e profissionais de saúde: uma questão de saúde pública. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 17, n. 2, p.128-134, 2012.

EMOND, A. et al. The current health of the signing Deaf community in the UK compared with the general population: a cross-sectional study. **Journals Bmj Open**. Reino Unido, v. 5, n. 1, p. 006668-

006668, 25 jan. 2015.

FRANÇA, E. G. et al. Dificuldades de profissionais na atenção à saúde da pessoa com surdez severa. **Ciencia y Enfermería**, v. 22, n. 3, p. 107-116, set. 2016.

GICHANE, M. W. et al. "They must understand we are people": Pregnancy and maternity service use among signing Deaf women in Cape Town. **Disability And Health Journal**, Africa do Sul, v. 10, n. 3, p. 434-439, July. 2017.

KRITZINGER, J. et al. "I just answer 'yes' to everything they say": Access to health care for deaf people in Worcester, South Africa and the politics of exclusion. **Patient Education And Counseling**, v. 94, n. 3, p. 379-383, mar. 2014.

MAUFFREY, V. et al. Qualitative survey of deaf patients concerning perception of their management by general practitioners. **Santé Publique**, v. 28, n. 2, p. 213-221, 2016.

NÓBREGA, J. D. ; MUNGUBA, M. C. ; PONTES, R. J. S. Atenção à saúde e surdez: desafios para implantação da rede de cuidados à pessoa com deficiência. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.30, n. 3, p. 1-10, jul./set. 2017.

OLIVEIRA, Y. C. A. de; CELINO, S. D. M. ; COSTA, G. M. C. Comunicação como ferramenta essencial para assistência à saúde dos surdos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 307-320, 2015.

OMS. **Surdez e perda auditiva**. 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

PEREIRA, R. M. et al. Percepção das pessoas surdas sobre a comunicação no atendimento odontológico. **Revista Ciência Plural**, v. 2, p.53-72, mar. 2017.

RICHARDSON, K. J. Deaf culture. **The Nurse Practitioner**, v. 39, n. 5, p. 20-28, May. 2014.

SHEPPARD, K. Deaf adults and health care: Giving voice to their stories. **Journal Of The American Association Of Nurse Practitioners**, p. 504-510, 2014.

VESTÍGIOS DE ABORDAGENS MANICOMIAIS ARRAIGADAS EM SERVIÇO INSTITUÍDO PELA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Vitória Chaves de Souza Dantas de Barros

INTRODUÇÃO

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiu em 1987 como uma alternativa assistencial situada na transição do modelo hospitalocêntrico para o modelo preventivo-comunitário. No início dos anos 1990, o ministério da saúde adotou a portaria 189/91 que possibilitou o financiamento de novas estruturas assistenciais do tipo CAPS, além disso, usuários e familiares, através de encontros, fóruns e movimentos sociais foram atores que lutaram em prol de recursos assistenciais no lugar de manicômios (AMARANTE,2015). Portanto, o CAPS, que surgiu inicialmente como um instrumento provisório-permanente, graças à reforma psiquiátrica brasileira, consolidou-se como uma proposta substitutiva ao modelo psiquiátrico antes vigente .

No entanto, trinta anos depois de sua criação ainda existe, dentro do serviço, condutas de “instituições totais”, modalidade de institucionalização onde se destacam a estigmatização, a carreira moral e a mortificação do eu (Goffman, 1992). Essa realidade evidencia que a desinstitucionalização não é um método ou dogma, mas uma estratégia, um

processo permanente no que diz respeito aos entendimentos culturais, sociais e técnicos no lidar com o sofrimento, com as situações de diferenças e diversidades (Amarante, 2015). Dessa maneira, existe uma necessidade contínua de questionar, desconstruir e discutir sobre boas práticas no âmbito da saúde mental.

A reforma psiquiátrica tem várias dimensões enquanto processo social complexo: a jurídico-política, a epistemológica, a técnico-assistencial e a sociocultural (NICACIO,2011) Na dimensão técnico-assistencial, deve-se articular a integralidade do sujeito, levando-se em consideração sua singularidade, contatos afetivos e redes de solidariedade, problemas cotidianos, referentes socioculturais, ligação com o território de inserção, seus desejos e projetos de vida (LIMA,2011). O modelo assistencial, modelo tecnológico ou modalidade assistencial não deve ser entendido apenas como o desenho organizacional e técnico dos serviços, mas inclui o modo como são produzidas as ações assistenciais e como o Estado se organiza neste processo. (FERTONANI et al., 2015). Dessa forma, observar como se dá o cuidado diário com o usuário do CAPS, buscar evidências da presença de vestígios de práticas manicomiais no serviço e, evidenciar se é uma maneira de avaliar se a dimensão

técnico-assistencial da reforma psiquiátrica está sendo construída e continuada nesse processo permanente de desinstitucionalização .

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência baseado nas vivências de estudantes de medicina do quinto período da Universidade Federal de Pernambuco - Campus Agreste (UFPE/CAA) e de sua preceptora durante o estágio em um centro de atenção psicossocial da região. O estágio está inserido no projeto pedagógico do curso médico da UFPE/CAA através do módulo Prática Interdisciplinar de Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC) o qual promove a inserção do estudante na rede de atenção à saúde durante os quatro anos anteriores ao internato. O estudo sobre as vivências teve como base as experiências e a posterior problematização pedagógica das práticas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a prática dos estudantes no serviço, foi acompanhado o caso de uma usuária do CAPS 24 horas, M.S., 40 anos de idade, diagnosticada com transtorno bipolar. Esta foi encaminhada pela unidade de pronto atendimento da região com quadro de agitação psicomotora, vindo em regime de pernoite há quatro dias.

Profissionais do serviço relataram que a usuária estava com o hábito de andar pelo CAPS usando apenas peças íntimas. Técnicos de referência atribuíram o ato como uma ação decorrente do transtorno apresentado pela paciente, naturalizando o acontecido. Quando a preceptora questionou aos profissionais do CAPS se a família trouxe roupas para a usuária eles afirmaram que sim, no entanto, não conseguiram determinar quais foram as roupas trazidas. Observou-se que o serviço conta com 9 leitos de pernoite e que não há, nos quartos, armários utilizáveis para o acomodar nem vestuário e nem objetos de higiene e uso pessoal.

Estudantes foram conhecer o espaço e evidenciaram que não havia espaço para singularização dos usuários, não havia armários em condições de uso, nem como separar e individualizar seus pertences, peças de roupas estavam largadas juntamente com objetos de higiene pessoal, como escova de dentes, misturadas em cima de uma das camas, havendo confusão entre os próprios técnicos e usuários sobre de quem era tal ou qual objeto.

Como não houve consenso, uma vez que a usuária não reconhecia nenhuma daquelas roupas como suas e os técnicos de referências não sabiam se as roupas delas estavam entre as do quarto ou em outro lugar, para evitar o aumento da agitação psicomotora da usuária, a preceptora se propôs em conversar com ela e chegaram em um acordo para ela utilizar uma roupa da instituição, deixando claro que era uma

medida provisória, que a roupa era um empréstimo e que a usuária tinha o direito de usar o que é seu e de saber onde está suas posses.

Os processos de mortificação do “eu” são definidos por Goffman como “os processos pelos quais o ‘eu’ da pessoa é mortificado e são relativamente padronizados nas instituições totais” (BENELLI, 2014). Na vivência dos estudantes no CAPS, foi evidenciado por eles um dos processos os quais há a mortificação do eu, como um vestígio de condutas manicomiais, que se caracterizou em: o despojamento dos bens, emprego, carreira. Isso porque, segundo Goffman, Ingressar na instituição total não significa apenas uma brusca mudança de status social, mas também pode implicar na perda de propriedade, fator relevante, uma vez que as pessoas costumam ter as coisas como extensão de si mesmas. Na sociedade em que vivemos, os bens e objetos pessoais são parte do indivíduo. Despojado dos bens, o estabelecimento lhe providencia substituições padronizadas que são do estabelecimento e não da pessoa. Esses bens substitutos geralmente levam a marca do estabelecimento e podem ser recolhidos em intervalos regulares, quando são desinfetados de identificações. O internado pode ser obrigado a devolver objetos que ainda poderiam ser utilizados, antes de receber substituições. Pode haver também confiscos periódicos e buscas de propriedade acumulada, que reforçam a ausência de bens. (BENELLI, 2014).

Diante desse contexto, pode-se perceber que a falta de cuidado com os bens da usuária, a despreocupação em individualizar as poucas posses, mas que são de relevante significância à usuária, corroboram com um ambiente manicomial em um instrumento de saúde que tem como princípio, por meio de sua dimensão técnico-assistencial, a luta contra esse ambiente que não singulariza o indivíduo. Uma vez que, essencialmente, no CAPS, os profissionais têm o desafio de estabelecer um cuidado a partir de um Projeto Terapêutico Individual que considere a história singular da pessoa, oferecendo respostas capazes de redimensionar sua situação de vida. Através da ampliação de espaços de relação e troca, os projetos terapêuticos estruturam-se como um instrumento para melhorar as condições de vida e recuperar a autonomia (MORORÓ; COLVERO; MACHADO, 2011). Nesse contexto, a despreocupação evidenciada no relato de experiência demonstra um obstáculo para a criação de um vínculo com a usuária capaz de promover um projeto terapêutico individual eficaz.

CONCLUSÕES

A reforma psiquiátrica brasileira enfatizou em lugar da ampliação da autoridade da psiquiatria e das práticas a ela associadas, os saberes constituídos pelos usuários dos serviços de saúde mental, no próprio processo de garantir expressão à sua condição e à sua experiência (NUNES; SIQUEIRA-SILVA, 2016). Nesse contexto, condutas que promovem a “mortificação do eu” do usuário não se inserem na lógica a qual o CAPS se propõe e vai de encontro ao modelo de abordagem voltado à saúde mental

proposto pela reforma psiquiátrica.

Portanto, este estudo reforça que a luta antimanicomial é um movimento dinâmico e contínuo no qual a desconstrução e reflexão acerca conceitos e condutas manicomiais não deve ficar apenas presa a estudos sobre décadas passadas, mas que nas práticas vivenciadas deve haver questionamentos e problematizações sobre os componentes essenciais da reforma psiquiátrica e quais os caminhos escolhemos seguir cotidianamente nas práticas de saúde mental, evitando assim que se repitam erros, simplificação e banalização dos componentes que promovem a dignidade dos usuários da rede de atenção psicossocial.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados**. 1 ed. São Paulo: Zagodoni, 2015. 157 p.

NUNES, João Arriscado; SIQUEIRA-SILVA, Raquel. From the “abysses of subconscious” to the reasons of difference: esthetic creation and decolonization of unreason in the Brazilian Psychiatric Reform. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 18, n. 43, p. 208-237, dez. 2016.

BENELLI, SJ. Goffman e as instituições totais em análise. In: **BENELLI A lógica da internação: instituições totais e disciplinares (des)educativas** [online]. São Paulo: Editora UNESP, 2014.

FERTONANI, Hosanna Patrig et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, Jun 2015.

LIMA, EJB. O cuidado em saúde mental e a noção de sujeito: pluralidade e movimento. In: SPINK, MJP., FIGUEIREDO, P., and BRASILINO, J., orgs. **Psicologia social e personalidade** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; ABRAPSO, 2011.

SOBRE A ORGANIZADORA

Elisa Miranda Costa: Graduada em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão. Fez mestrado no curso de Pós-graduação em saúde coletiva, foi bolsista pela FAPEMA, na categoria BATI II. Foi bolsista de iniciação científica no Projeto "Anemia Ferropriva e cárie dentária em gestantes: uma coorte prospectiva, no período de 2012 a 2013 e no projeto "Níveis de hemoglobina e ferro sérico em gestantes em uma maternidade de São Luís, Maranhão, no período de 2013 a 2014. Desenvolveu atividades na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, participando inicialmente de treinamento e posteriormente de análises utilizando a técnica CHECKERBOARD, como parte do Projeto de Pesquisa Temático BRISA (proc. FAPESP nº 2008/53593-0). Atualmente, é doutoranda em saúde coletiva pela UFMA. (Texto informado pelo autor)

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-134-3

