

A Produção do
Conhecimento
**nas Ciências
da Saúde 4**

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

Atena
Editora

Ano 2019

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

**A Produção do Conhecimento nas Ciências
da Saúde**
4

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)

P964 A produção do conhecimento nas ciências da saúde 4 [recurso eletrônico] / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (A Produção do Conhecimento nas Ciências da Saúde; v. 4)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader.

Modo de acesso: World Wide Web.

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-7247-301-9

DOI 10.22533/at.ed.019190304

1. Abordagem interdisciplinar do conhecimento. 2. Saúde – Pesquisa – Brasil. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da. II. Série.

CDD 610.7

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

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

A Coleção “A Produção do Conhecimento nas Ciências da Saúde”, em seu quarto volume apresenta vinte e oito trabalhos enriquecedores desenvolvidos em instituições diversas do país. Categorizamos informações apresentadas sob forma de trabalhos científicos na interface de estudos ligados à saúde orientando o leitor na aplicação da sistematização da assistência de enfermagem e seus assuntos correlatos. Os trabalhos aqui apresentados demonstram de forma ampla conceitos atuais relativos aos temas da saúde mental e da família, cuidados de enfermagem, prescrição desta rotina física, práticas integrativas, oncologia, perfil de grupos de risco, promoção e educação em saúde dentre outros diversos temas que poderão contribuir com o público de graduação e pós graduação das áreas da saúde. A equipe de saúde cumpre um papel fundamental não apenas no laboratório e no hospital, mas no contexto da sociedade e do seu avanço, por isso cada vez estudos integrados são relevantes e importantes para a formação acadêmica. Vários fatores são necessários para se entender o indivíduo na sua integralidade, assim correlação de cada capítulo permitirá ao leitor ampliar seus conhecimentos e observar diferentes metodologias de pesquisa e revisões relevantes para atualização dos seus conhecimentos. Portanto, de cada um dos volumes desta obra é significativo não apenas pela teoria bem fundamentada aliada à resultados promissores, mas também pela capacidade de professores, acadêmicos, pesquisadores, cientistas e da Atena Editora em produzir conhecimento em saúde nas condições ainda inconstantes do contexto brasileiro. Assim, desejamos que este contexto possa ser transformado a cada dia, e o trabalho aqui presente pode ser um agente transformador por gerar conhecimento em uma área fundamental do desenvolvimento como a saúde.

Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA HIPOTERMIA TERAPÊUTICA EM UTI NEONATAL	
Aline Pereira de Assis Santos Werivelton Muniz da Silva Gislaine Teixeira da Silva Danilo Moreira Pereira Maria Helena Mota e Mota Camila Maria Costa Mariana Areias Alves dos Santos Bruno Alves Bezerra	
DOI 10.22533/at.ed.0191903041	
CAPÍTULO 2	8
A DANÇA COMO CONTEÚDO DAS AULAS DE EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR	
Lindinalva de Novaes Romano Ronis da Silva Araújo Sinara Keina Gonzaga de Castro Dantas Reginaldo Markievison Souza de Arruda Wesley Sebastião da Silva Moraes Thiago Teixeira Pereira Cristiane Martins Viegas de Oliveira Maria da Graça de Lira Pereira Gildiney Penaves de Alencar	
DOI 10.22533/at.ed.0191903042	
CAPÍTULO 3	13
A PEDAGOGIZAÇÃO DA ARTE NAS PRÁTICAS DE SAÚDE MENTAL	
Fernando Luiz Zanetti	
DOI 10.22533/at.ed.0191903043	
CAPÍTULO 4	26
AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES DE IDOSOS COM DEMÊNCIA ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL PÚBLICO - BELÉM-PA	
Laysa Balieiro Pinheiro Danielly do Vale Pereira Vitor Hugo Pantoja Souza Thayse Reis Paiva Anna Carla Delcy da Silva Araújo Maíra Nunes Quaresma	
DOI 10.22533/at.ed.0191903044	
CAPÍTULO 5	40
CARACTERIZAÇÃO DAS VIAS DE PARTO E DA ASSISTÊNCIA AO PARTO HUMANIZADO E DOMICILIAR	
Gleyciane Dias Dutra Ana Beatriz Silva Rosa Carlos Eduardo Rodrigues Serra Claudiane Lago da Silva Cristina Oliveira Fonseca	

Florindomar Souto Romeu
Leticia Corrêa Cardoso
Maxcilene da Silva Pinto
Rafael Mendes Nunes
Patrícia Guilliane Silva Barros Teixeira
Nayana de Paiva Fontenelle Xerez

DOI 10.22533/at.ed.0191903045

CAPÍTULO 6 50

CONHECIMENTO DE MULHERES ACERCA DO USO DO PRESERVATIVO FEMININO: REVISÃO DE LITERATURA

Bruna Shirley Lima Dantas
Iolanda Maria Silva de Aguiar
Aline de Souza Pereira

DOI 10.22533/at.ed.0191903046

CAPÍTULO 7 54

CUIDADOS À SAÚDE REALIZADOS POR MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO: ESTUDO QUALITATIVO EM MUNICÍPIO DA AMAZÔNIA BRASILEIRA

Driene N. Silva Sampaio
Walquiere Nunes Sales
Brenda L. Assis Lisboa
Amanda C. Ribeiro da Costa
Gláucia C. Silva-Oliveira
Aldemir B. Oliveira-Filho

DOI 10.22533/at.ed.0191903047

CAPÍTULO 8 72

EDUCAÇÃO EM SAÚDE JUNTO À CUIDADORES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM UM CENTRO DE REABILITAÇÃO NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS

Lucila Ludmila Paula Gutierrez
Ana Carolina Alves Saraiva
Camila Silva Martins
Laura Lisboa de Souza
Carolina Pereira Leão da Silva
Alethéa Gatto Barschak

DOI 10.22533/at.ed.0191903048

CAPÍTULO 9 77

FACILIDADES E DIFICULDADES RELACIONADAS AO CÁLCULO DE MEDICAÇÃO EM ENFERMAGEM

Thaís Fátima De Matos
Evilin Cristine Rodrigues
Marcio Antonio De Assis

DOI 10.22533/at.ed.0191903049

CAPÍTULO 10 87

FOTOPROTEÇÃO SOLAR: O CONHECIMENTO DE ACADÊMICOS DO CURSO DE ENGENHARIA AGRÔNOMICA DE UMA UNIVERSIDADE DO INTERIOR PAULISTA

Luciana Marcatto Fernandes Lhamas
Nádila Paz do Nascimento Cardozo
Isadora Oliveira Pretti

Cristiane Rissatto Jettar Lima
Ednéia Nunes Macedo
Suélen Moura Zanquim Silva

DOI 10.22533/at.ed.01919030410

CAPÍTULO 11 94

HIDRATAÇÃO POR HIPODERMÓCLISE E SEUS DESAFIOS NO PACIENTE ONCOLÓGICO: FOCO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Werivelton Muniz da Silva
Aline Pereira de Assis Santos
Gislaine Teixeira da Silva
Danilo Moreira Pereira
Cintia Cristina Nicolau Gouveia
Juliano Aparecido de Oliveira
Mariana Areias Alves dos Santos
Maria Helena Mota e Mota
Bruno Alves Bezerra

DOI 10.22533/at.ed.01919030411

CAPÍTULO 12 102

IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM PACIENTES DE CLÍNICA CIRÚRGICA

Francisca Tereza de Galiza
Ana Karla Sousa de Oliveira
Patrícia Sibelli de Oliveira Policarpo
Rouslanny Kelly Cipriano de Oliveira
Paloma do Nascimento Carvalho
Kadija Cristina Barbosa da Silva

DOI 10.22533/at.ed.01919030412

CAPÍTULO 13 117

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS COMO INSTRUMENTO DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA TERAPIA ANTINEOPLÁSICA NO HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS

Thais Riker da Rocha
Anderson da Silva Oliveira
Sândrea Ozane do Carmo Queiroz
Kalysta de Oliveira Resende Borges
Suellen Beatriz Alvarenga de Sousa
Juliana Petry
Luriane Melo de Aguiar Araújo
Daniel Vicente Jennings Aguiar

DOI 10.22533/at.ed.01919030413

CAPÍTULO 14 129

MÉTODO CANGURU: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM E HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO POR ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Agostinho Antônio Cruz Araújo
Mayrla Karen Rodrigues Mesquita
Maria Paula Macêdo Brito
Ellen Eduarda Santos Ribeiro
Priscilla Ingrid Gomes Miranda
Nalma Alexandra Rocha de Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.01919030414

CAPÍTULO 15 142

MUSICAR O INDIZÍVEL – ESCUTAR O INAUDÍVEL: NOTAS ACERCA DE UMA METAPSIKOLOGIA DO OBJETO SONORO-MUSICAL

Leandro Anselmo Todesqui Tavares

DOI 10.22533/at.ed.01919030415

CAPÍTULO 16 155

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES HIGIÊNICO-SANITÁRIAS DE SUPERMERCADOS NA CIDADE DE NAVIRAÍ-MS

Mariana de Melo Alves

Giovanna Lara dos Santos Oliveira

Pedro Paullo Alves dos Santos

Silvia Benedetti

Mariana Manfroí Fuzinato

DOI 10.22533/at.ed.01919030416

CAPÍTULO 17 163

O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE AOS CUIDADOS COM OS PACIENTES QUE REALIZAM A HEMODIÁLISE

Rafael Mendes Nunes

Carlos Eduardo Rodrigues

Georges Pereira Paiva

Maxcilene da Silva Pinto

Florindomar Souto Romeu

Vanda Cristina Alves Silva

Gleyciane Dias Dutra

Luna Itayanne Leite Moraes

Patrícia Guilliane Silva Barros

Nayana de Paiva Fontenelle Xerez

DOI 10.22533/at.ed.01919030417

CAPÍTULO 18 168

PERCEPÇÕES DE PACIENTES QUEIMADOS ACERCA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DURANTE A INTERNAÇÃO

Sabrina Aparecida Gomes Pereira

Juliana Helena Montezeli

Elizângela Santana dos Santos

Sandra Renata Pinatti de Moraes

Andreia Bendine Gastaldi

DOI 10.22533/at.ed.01919030418

CAPÍTULO 19 182

PERFIL DOS APLICADORES DOS PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA DA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE UBERABA, MG

Marijunio Rocha Pires

Bruno de Freitas Camilo

Tales Emilio Costa Amorim

Renata Damião

DOI 10.22533/at.ed.01919030419

CAPÍTULO 20 197

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM EM CRIANÇA COM ENCEFALOPATIA CRÔNICA NÃO PROGRESSIVA

Paula Fernanda Gomes Privado
Priscila Praseres Nunes
Rafael Luiz da Rocha Junior
Ronaldo Silva Junior
Vanessa Nunes Vasconcelos
Yasmim Gonçalves dos Santos Silva

DOI 10.22533/at.ed.01919030421

CAPÍTULO 21 207

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES MASTECTOMIZADAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Elisângela Silva Gomes
Iranete Pereira Ribeiro Grande
Tássio Ricardo Martins da Costa
Maicon de Araujo Nogueira
Erlon Gabriel Rego de Andrade
Thayse Reis Paiva
Danielly do Vale Pereira
Josias Botelho da Costa
Suanne Coelho Pinheiro
Anne Caroline Gonçalves Lima
Paula Regina de Melo Rocha
Sávio Felipe Dias Santos
Andreia Rodrigues Pinto
Milka dos Santos Iglezias
Maíra Nunes Quaresma

DOI 10.22533/at.ed.01919030422

CAPÍTULO 22 216

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE DO SEXO MASCULINO COM CÂNCER DE MAMA

Luan Ricardo Jaques Queiroz
Laura Caroline Ferreira Cardoso
Maria Carolina Oliveira de Lima Santa Rosa
Paula Gisely Costa Silva
Fernanda Cássia Santana Monteiro
Marluce Pereira dos Santos
Tatiana Menezes Noronha Panzetti

DOI 10.22533/at.ed.01919030423

CAPÍTULO 23 224

SISTEMATIZAÇÃO DE ENFERMAGEM NO PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO E MEDIATO EM PACIENTES DE TRANSPLANTE HEPÁTICO

Werivelton Muniz da Silva
Aline Pereira de Assis Santos
Gislaine Teixeira da Silva
Danilo Moreira Pereira
Gisélia Maria Cabral de Oliveira
Maria Helena Mota e Mota
Camila Maria Costa

CAPÍTULO 24 230

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM EM CRIANÇA EM CUIDADOS PALIATIVOS POR MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA CEREBRAIS (MAV'S)

Yasmim Gonçalves dos Santos Silva
Vanessa Nunes Vasconcelos
Ronaldo Silva Junior
Ana Lídia Santos de Oliveira
Maria Elizabeth Durans Silva
Rafael Luiz da Rocha Junior

DOI 10.22533/at.ed.01919030425

CAPÍTULO 25 241

SUICÍDIO: ENSAIO SOBRE SABERES E PRÁTICAS

Ângela Raquel Cruz Rocha
Camylla Layanny Soares Lima
Jefferson Abraão Caetano Lira
Hérica Dayanne de Sousa Moura
Andressa Gislanny Nunes Silva

DOI 10.22533/at.ed.01919030426

CAPÍTULO 26 253

TERRITORIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA RENASCER

Letícia Antunes Guimarães
Cecília Emília Porto da Assunção
Amanda Cristina Santos
Bruna de Cássia Soier
Deborah Rocha Gaspar
Eric Oliveira Faria
Laurene Castro de Paula
Lucas Souza e Costa
Martha Lorena de Moura Alves
Sandy de Souza Gonçalves
Silvio Cabral de Oliveira Neto
Tainá Giovanna Batista Brandes

DOI 10.22533/at.ed.01919030427

CAPÍTULO 27 269

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E A RELEVÂNCIA DO PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DE PACIENTES TERMINAIS

Alana Michelle da Silva Janssen
Francisca Bruna Arruda Aragão
Karla Conceição Costa Oliveira
Gerusinete Rodrigues Bastos dos Santos
Clíce Pimentel Cunha de Sousa
Rayssa Alessandra Godinho de Sousa
Samyra Nina Serra e Serra
Larissa Alessandra Godinho de Sousa
Lívia Cristina Sousa
Joelmara Furtado dos Santos Pereira

Josinete Lins Melo Matos

Jonai Pacheco Dias

DOI 10.22533/at.ed.01919030428

CAPÍTULO 28 285

VARIÁVEIS DO TREINAMENTO DE FORÇA: UMA BREVE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Thiago Teixeira Pereira

Maria da Graça de Lira Pereira

Cristiane Martins Viegas de Oliveira

Camila Souza de Moraes

Gabriel Elias Ota

Luis Henrique Almeida Castro

Flavio Henrique Souza de Araújo

Silvia Aparecida Oesterreich

Gildiney Penaves de Alencar

DOI 10.22533/at.ed.01919030429

CAPÍTULO 29 294

AVALIAÇÃO DAS ÁREAS DE RISCO PARA INFECÇÃO POR LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA EM PORTO NACIONAL - TOCANTINS

Ana Luisa Maciel

Carina Scolari Gosch

Regina Barbosa Lopes Cavalcante

DOI 10.22533/at.ed.01919030430

CAPÍTULO 30 305

AVALIAÇÃO DO PERFIL DE BACTERIAS AUTOCTONES COM POTENCIAL APLICAÇÃO EM PRODUTOS LÁCTEOS FERMENTADOS

Marly Sayuri Katsuda

Amanda Giazzi

Priscila Lima Magarotto de Paula

Natara Fávoro Tosoni

Alane Tatiana Pereira Moralez

Luciana Furlaneto-Maia

DOI 10.22533/at.ed.01919030431

CAPÍTULO 31 315

INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR EM PORTADOR DE CÂNCER DE PULMÃO COM INTOLERÂNCIA À VNI – RELATO DE CASO

Daniela Giachetto Rodrigues

Fabiana Mesquita e Silva

Katia Akemi Horimoto

Denise Tiemi Noguchi

DOI 10.22533/at.ed.01919030432

CAPÍTULO 32 319

ESTUDO DA ESTABILIDADE TÉRMICA DE FILMES POLIMÉRICOS CONSTITUÍDOS DE POLI (3-HIDROXIBUTIRATO) E PROPILENOGLICOL CONTENDO O FÁRMACO S-NITROSOGLUTATIONA

Regina Inêz Souza

Juan Pedro Bretas Roa

DOI 10.22533/at.ed.01919030433

CAPÍTULO 33 326

**IMPACTO NA SOBREVIDA LIVRE DE PROGRESSÃO PELA FALTA DE ACESSO
A INIBIDORES DE EGFR EM CARCINOMA DE PULMÃO DE CÉLULAS NÃO
PEQUENAS NO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO BRASILEIRO**

Gabriel Lenz
Rodrigo Azevedo Pellegrini
Lana Becker Micheletto
Leonardo Stone Lago

DOI 10.22533/at.ed.01919030434

SOBRE O ORGANIZADOR..... 336

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA HIPOTERMIA TERAPÊUTICA EM UTI NEONATAL

Aline Pereira de Assis Santos

Faculdade Anhanguera Educacional, Curso de Enfermagem, São José dos Campos, SP. Pós Graduada em UTI Neonatal e Pediátrica, Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental e Enfermagem do Trabalho pela FAVENI – Faculdade Venda Nova do Imigrante.

Werivelton Muniz da Silva

Faculdade Anhanguera Educacional, Curso de Enfermagem, São José dos Campos, SP. Pós Graduando em Saúde da Família, pela FAVENI – Faculdade Venda Nova do Imigrante

Gislaine Teixeira da Silva

Faculdade Anhanguera Educacional, Curso de Enfermagem, Mestre em Psicogerontologia, São José dos Campos, SP.

Danilo Moreira Pereira

Faculdade Anhanguera Educacional, Curso de Enfermagem, Mestre em Psicogerontologia, São José dos Campos, SP

Maria Helena Mota e Mota

Faculdade Anhanguera Educacional, Graduanda do Curso de Enfermagem, São José dos Campos, SP

Camila Maria Costa

Faculdade Anhanguera Educacional, Curso de Enfermagem, São José dos Campos, SP

Mariana Areias Alves dos Santos

Faculdade Anhanguera Educacional, Curso de Enfermagem, São José dos Campos, SP.

Bruno Alves Bezerra

Universidade do Vale do Paraíba, Curso de Enfermagem, MBA em Auditoria em Saúde, Pós

Graduado UTI e Urgência e Emergência

RESUMO: A Hipotermia Terapêutica tem sido empregada na última década nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais como um tratamento adjuvante nos Recém-Nascidos com diagnóstico de Encefalopatia Hipóxico-Isquêmica. O tratamento reduz sequelas neurológicas e mortalidade desde que seja aplicada antes de seis horas de vida. O estudo teve como objetivo refletir sobre a atuação do Enfermeiro frente essa terapia em UTI Neonatal, evidenciar os critérios para a inclusão e dispositivos necessários para o sucesso da terapia de acordo com as publicações. Realizou-se uma Revisão Bibliográfica nas bases de dados eletrônicas: SCIELO, LILACS E MEDLINE. Como critério de inclusão foram selecionados artigos científicos publicados em português no período de 2009 a 2017. Os critérios de exclusão foram artigos científicos em outros idiomas, incompletos e artigos que não correspondiam com a temática. O profissional Enfermeiro é o responsável pelos cuidados diretos ao Recém-Nascido durante todas as fases do protocolo, com assistência humanizada, favorecendo o vínculo mãe-filho e família e garantindo o sucesso da terapia.

PALAVRAS-CHAVE: Asfixia Neonatal, Hipotermia Induzida, Recém-Nascido, Unidade

de Terapia Intensiva Neonatal.

ABSTRACT:Therapeutic Hypothermia has been used in the last decade in Neonatal Intensive Care Units as an adjuvant treatment in Newborns with diagnosis of Hypoxic-Ischemic Encephalopathy. The treatment reduces neurological sequelae and mortality as long as it is applied before six hours of life. The aim of the study was to reflect on the performance of the nurse in the neonatal ICU, to show the criteria for inclusion and devices necessary for the success of the therapy according to the publications. A Bibliographic Review was performed in the electronic databases: SCIELO, LILACS AND MEDLINE. As inclusion criteria, scientific papers published in Portuguese were selected from 2009 to 2017. Exclusion criteria were scientific articles in other languages, incomplete and articles that did not correspond to the theme. The Nurse Practitioner is responsible for the direct care of the Newborn during all phases of the protocol, with humanized assistance, favoring the mother-child bond and family and guaranteeing the success of the therapy.

KEYWORDS:Neonatal Asphyxia, Induced Hypothermia, Newborn, Neonatal Intensive Care Unit.

1 | INTRODUÇÃO

A Hipotermia Terapêutica é uma técnica neuroprotetora que conforme estudos, reduz sequelas neurológicas e mortalidade em Recém-nascidos (RN) com diagnóstico de Encefalopatia Hipóxico-Isquêmica moderado a grave. É um tratamento de baixo custo, porém necessita de equipe treinada para a sua realização, devido à complexidade do mesmo (SILVEIRA; PROCIANOY, 2015).

Anteriormente o tratamento baseava-se no controle das complicações e comorbidades tentando-se minimizar os danos. Estudos clínicos revelaram que a técnica de Hipotermia terapêutica reduz a lesão cerebral e melhora o desfecho neurológico dos RN (JUVENAL; SANTOS, 2016).

O procedimento resume-se em manter o RN a uma temperatura central de 33,5 a 34°C por 72 horas com monitorização rigorosa em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), inibindo assim os mecanismos de lesão no Sistema Nervoso Central (SNC) se aplicada no período de latência da agressão hipóxico-isquêmico, ou seja, antes das 6 horas de vida, pois é nesse período que o metabolismo oxidativo encontra-se adequado (BINKOWSKI; WEINMANN, 2015).

A agressão hipóxico-isquêmico ocorre quando há falta de oxigênio e de perfusão para o feto intra-útero, cerca de 20% por causas maternas e fetais, 70% durante o trabalho de parto e 10% após o nascimento por complicações hemodinâmicas, ocasionando danos a múltiplos órgãos com maior destaque o SNC caracterizando a chamada EHI, que é uma manifestação clínica da Asfixia Neonatal (AN), onde frequentemente há presença de convulsões prolongadas e de difícil controle (CRUZ;

CECCON, 2010).

O profissional Enfermeiro é o executor direto do procedimento, o responsável pela monitorização contínua deste RN durante todas as fases de indução, manutenção e reaquecimento, garantindo o sucesso da terapia através do Processo de Enfermagem (PE) e Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (MONTANHOLI; MERIGHI; JESUS, 2011).

2 | MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se uma Revisão Bibliográfica nas bases de dados eletrônicas: SCIELO, PubMed e LILACS. Os descritores foram selecionados por meio de consultas no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), sendo eles: Asfixia Neonatal, Hipotermia Induzida, Recém-Nascido, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Os critérios de inclusão foram artigos disponíveis na íntegra, publicados em português, no período compreendido entre 2009 a 2017. Os critérios de exclusão foram textos incompletos, em outros idiomas e artigos que não correspondiam com a temática.

Quando pesquisado com os descritores: Asfixia Neonatal, Hipotermia Induzida, Recém-Nascido, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. O resultado obtido foi de 50 arquivos encontrados no google acadêmico. Diante disto foram utilizados os métodos de exclusão e inclusão citados na metodologia. Abaixo está uma tabela onde destacaremos os artigos que foram utilizados.

LISTA DOS ARTIGOS UTILIZADOS		
AUTORES	TÍTULO	ANO DE PUBLICAÇÃO
BINKOWSHI, R. T; WEINMANN, A. R.	Hipotermia terapêutica em recém-nascidos com diagnóstico de encefalopatia hipóxico isquêmica: Revisão de Literatura.	2015
CRUZ, A. C.S; CECCON, M. E.J.	Prevalência de Asfixia Perinatal e Encefalopatia Hipóxico-Isquêmica em recém-nascidos de termo considerando dois critérios diagnósticos.	2010
JUVENAL, E. A.O; SANTOS, A.	Influência da Hipotermia Terapêutica no desenvolvimento motor de recém-nascidos com encefalopatia hipóxico-isquêmica	2016
MARGOTTO, P. R.; ZACONETA, C. A.	Protocolo para hipotermia terapêutica	2015
MONTANHOLI, L. L; MERIGHI, M. A. B; JESUS, M. C. P.	Atuação da enfermeira na unidade de terapia intensiva neonatal: entre o ideal, o real e o possível.	2011
RAMALHOSO, C. N.G.	Quando Indicar a Hipotermia Terapêutica na Asfixia Perinatal Grave do Recém-Nascido	2014
SILVEIRA, R. C.; PROCIA-NOY, R. S.	Hipotermia terapêutica para recém-nascidos com encefalopatia hipóxico isquêmica	2015

Tabela 1- Lista dos artigos conforme título, autores e ano de publicação.

Fonte: o autor.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Silveira; Procianoy (2015, p.38) “a hipotermia produz uma redução do metabolismocerebral em aproximadamente 5% para cada 1°C de queda na temperatura corporal”. A Hipotermia induzida conforme estudos, resulta em uma redução do influxo de cálcio, interrupção das cascatas inflamatórias culminando numa redução de apoptose e necrose neuronal.

Para a inclusão do RN nesta terapia são necessários o preenchimento de alguns critérios como:

- Idade Gestacional de nascimento igual ou acima 36 semanas;
- Apgar menor ou igual a 5 no 10º minuto de vida;
- Ressuscitação prolongada no momento do nascimento;
- Acidose grave - gasometria arterial do cordão umbilical ou na 1ª hora de vida com pH < 7,0 ou BE < -16;
- Histórico de evento agudo perinatal como DPP, prolapso de cordão;
- Apresentar dois ou mais sinais clínicos de EHI moderada a grave (Tabela 1) antes de 6 horas de vida: convulsão; letargia ou torpor; postura com intensa flexão distal ou descerebração intermitente; leve hipotonia ou flacidez; reflexos hiperativos ou hipoativos/ausentes como sucção débil ou ausente, moro fraco, incompleto ou ausente.

	ESTÁGIO 1	ESTÁGIO 2	ESTÁGIO 3
Nível de consciência	Hiperalerta	Letargia	Topor ou coma
Controle do tônus muscular	Normal	Hipotonia leve	Flácido
Postura intermitente	Flexão distal leve	Flexão distal forte	Descerebração
Reflexos tendinosos	Aumentados	Aumentados	Diminuídos/ausentes
Mioclonias	Presentes	Presentes	Ausentes
Funções autonômicas	Simpáticas Generalizadas	Parassimpáticas Generalizadas	Ambos os sistemas Deprimidos
Pupilas	Dilatadas, reativas	Miose, reativas	Médias, pouco reativas, anisocóricas
Respirações	Espontâneas, regulares	Periódicas	Periódicas, apnéias
Ritmo cardíaco	Normal ou taquicardia	Bradycardia	Variável, bradicardia

Quadro 1- Encefalopatia hipóxico-isquêmica segundo Sarnat&Sarnat modificado.

Fonte: Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano. (CRUZ; CECCON, 2010).

Margotto; Zaconeta (2015) destaca que para o desenvolvimento da técnica o RN deverá ser admitido em UTIN, os dispositivos necessários para a técnica são: Berço aquecido, monitor multiparâmetros com módulo de ECG e módulo para termômetro central, bolsas de gelo ou colchão térmico, termômetro esofágico/retal, material para cateterismo umbilical e sondagem vesical de demora, sonda orogástrica e coletor graduado, bombas de infusão e de seringa, material para aspiração endotraqueal/

orotraqueal, ventilador mecânico com capnógrafo e materiais para intubação ou ventilação não invasiva caso necessite. A técnica baseia-se no resfriamento do corpo do RN a uma temperatura 33,5°C a 34°C por 72 horas com monitorização rigorosa, após esse período será reaquecido lentamente, aumentando sua temperatura 0,5°C por hora até normotermia.

Ramalhoso (2014) ressalta que ao admitir o RN em UTIN o Enfermeiro deverá acomodá-lo em berço aquecido com servo controle desligado somente de fralda, conforme figura 1, monitorizá-lo com multiparâmetros com módulo para ECG e termômetro esofágico, obter temperatura central 33,5° C em 90 minutos, utilizar bolsas de gelo ou colchão térmico para obtenção da temperatura. Monitorar rigorosamente os sinais vitais de 15/15 minutos por 4 horas, 1/1 hora por 12 horas e de 2/2 horas até 72 horas. Realizar coleta para exames laboratoriais no início do procedimento (hemograma, plaquetas, glicose, ureia, creatinina, cálcio, magnésio, TP, TTPA, TGO e TGP) e repetir em 24, 48 e 72 horas.



Figura 1 – Recém-Nascido submetido a Hipotermia Terapêutica em UTI Neonatal

Fonte: Hospital e Maternidade Santa Joana. (www.santajoana.com.br).

Segundo Silveira; Procianoy (2015) é extrema importância atentar-se aos sinais de convulsão, bradicardia, hipotensão, espessamento das secreções de vias aéreas, taquicardia e lesões na pele, pois são esperados durante o procedimento e devem ser tratados. Após 72 horas, o RN deverá ser lentamente aquecido, aumentando a temperatura central 0,5°C por hora até 36,5°C, verificando os sinais vitais a cada 30 minutos. Ocorrendo crises convulsivas e hipotensão deverá ser pausado o aquecimento e após estabilização aguardar duas horas e proceder com o aquecimento lentamente até alcançar a temperatura de 36,5°C. Reposicioná-lo no leito de forma confortável e mantê-lo aquecido.

Ramalhoso (2014) destaca que o Enfermeiro supervisionará e monitorizará constantemente este RN, os sinais vitais deverão ser verificados rigorosamente durante todo o procedimento conforme protocolo. É necessário um Enfermeiro exclusivo nos cuidados durante o procedimento de HT, devido à rigorosa monitorização e necessidade de tomada de decisão imediata.

Montanholi; Merighi; Jesus (2011) afirma que cabe privativamente ao Enfermeiro os cuidados diretos ao RN grave devido maior complexidade técnica, exigindo conhecimentos com base científica e capacidade de tomada de decisões imediatas, cuidados esses evidenciados em UTIN.

O Enfermeiro realizará todo atendimento ao RN em UTI Neonatal através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), e realização do Processo de Enfermagem (PE) em todas as suas etapas. O PE é organizado em cinco etapas, inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes como:

- Histórico de Enfermagem
- Diagnósticos de Enfermagem
- Planejamento dos Resultados Esperados
- Implementação da Assistência de Enfermagem
- Avaliação da Assistência de Enfermagem.

Etapas essas imprescindíveis para uma assistência de excelência e sucesso durante todas as fases do protocolo (MONTANHOLI; MERIGHI; JESUS, 2011).

4 | CONCLUSÃO

A produção deste artigo permitiu uma análise sobre a técnica de Hipotermia Terapêutica, demonstrando suas indicações, materiais necessários e a atuação do Enfermeiro frente esta terapia. Conforme estudos demonstrou ser uma terapia promissora devido sua ação neuroprotetora, reduzindo mortalidade e agravos neurológicos.

É uma terapia que necessita de equipe bem treinada para a sua realização, devido sua complexidade. O Enfermeiro é o profissional responsável pelos cuidados diretos ao RN em HT, devido gravidade, risco de morte, necessidade de conhecimento científico mais aprofundado e tomada de decisão imediata.

O Enfermeiro é o profissional que estará rigorosamente monitorando o RN durante todas as fases de indução, manutenção e reaquecimento, garantindo o sucesso da terapia. É o profissional que estará em contato direto com a família estimulando o vínculo e sanando as dúvidas com assistência humanizada e de excelência.

REFERÊNCIAS

BINKOWSHI, R. T; WEINMANN, A. R. **Hipotermia terapêutica em recém-nascidos com diagnóstico de encefalopatia hipóxico isquêmica: Revisão de Literatura.** Revista Saúde, Vol.41, p.37-48, 2015.

CRUZ, A. C.S; CECCON, M. E.J. **Prevalência de Asfixia Perinatal e Encefalopatia Hipóxico-Isquêmica em recém-nascidos de termo considerando dois critérios diagnósticos.** Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano. 2010; 20(2): 302-316.

JUVENAL, E. A.O; SANTOS, A. **Influência da Hipotermia Terapêutica no desenvolvimento motor de recém-nascidos com encefalopatia hipóxico-isquêmica.** RevSocBrasClin Med. 2016 jul-set; 14(3):145-50.

MARGOTTO, P. R.; ZACONETA, C. A. **Protocolo para hipotermia terapêutica.** Brasília: Hospital Materno Infantil de Brasília, 2015.

MONTANHOLI, L. L; MERIGHI, M. A. B; JESUS, M. C. P. **Atuação da enfermeira na unidade de terapia intensiva neonatal: entre o ideal, o real e o possível.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 19, n. 2, p. 301-308, 2011.

RAMALHOSO, C. N.G. **Quando Indicar a Hipotermia Terapêutica na Asfixia Perinatal Grave do Recém-Nascido.** 2014. 51 f. Curso de Residência Médica em Pediatria, HSPM-SP- 2014.

SILVEIRA, R. C.; PROCIANOY, R. S. **Hipotermia terapêutica para recém-nascidos com encefalopatia hipóxico isquêmica.** Jornal de Pediatria p.56-64, 2015.

A DANÇA COMO CONTEÚDO DAS AULAS DE EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR

Lindinalva de Novaes Romano

Universidade Norte do Paraná Campo Grande
(UNOPAR/CG)
Campo Grande/MS, Brasil

Ronis da Silva Araújo

Universidade Norte do Paraná Campo Grande
(UNOPAR/CG)
Campo Grande/MS, Brasil

Sinara Keina Gonzaga de Castro Dantas

Universidade Norte do Paraná Campo Grande
(UNOPAR/CG)
Campo Grande/MS, Brasil

Reginaldo Markievison Souza de Arruda

Universidade Norte do Paraná Campo Grande
(UNOPAR/CG)
Campo Grande/MS, Brasil

Wesley Sebastião da Silva Moraes

Universidade Norte do Paraná Campo Grande
(UNOPAR/CG)
Campo Grande/MS, Brasil

Thiago Teixeira Pereira

Universidade Católica Dom Bosco (UCDB)
Campo Grande/MS, Brasil

Cristiane Martins Viegas de Oliveira

Universidade Católica Dom Bosco (UCDB)
Campo Grande/MS, Brasil

Maria da Graça de Lira Pereira

Instituto de Educação e Pesquisa Alfredo Torres
(IEPAT)
Campo Grande/MS, Brasil

Gildiney Penaves de Alencar

Universidade Norte do Paraná Campo Grande
(UNOPAR/CG), Universidade Federal de Mato
Grosso do Sul (UFMS), Instituto de Educação e
Pesquisa Alfredo Torres (IEPAT)
Campo Grande/MS, Brasil

RESUMO: Neste trabalho, o objetivo é realizar uma breve revisão sobre a dança como conteúdo das aulas de Educação Física Escolar, explorando sua importância e mostrando seus benefícios neste campo de atuação. Para isso, realizamos buscas na literatura pertinente ao tema para que embasássemos nossa pesquisa. Consta nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) que a dança está incluída na Educação Física Escolar no bloco de atividades rítmicas e expressivas. Cita-se a importância da atividade dança na escola como conteúdo das aulas de Educação Física, já que a mesma desenvolve nos alunos a capacidade de expressar movimentos e aguçar a criatividade, bem como o autoconhecimento do seu corpo e suas limitações. Na escola, a dança pode visar a formação humana e o senso crítico dos cidadãos, além de conhecer outras culturas corporais presentes no nosso país e no mundo. A dança vinculada às aulas de Educação Física é um conteúdo que desperta o senso crítico dos alunos, desperta o interesse em manifestar as

opiniões através do corpo e excita a possibilidade exploratória da nossa cultura e de outras culturas. É necessário então que o professor de Educação Física faça o planejamento de suas aulas embasadas nestes conteúdos e que possam fomentar a importância e diversidade dos benefícios que a dança pode proporcionar aos alunos e tornar suas aulas mais atrativas.

PALAVRAS-CHAVE: Dança; Diversidade cultural; Educação Física.

DANCE AS A CONTENT OF SCHOOL PHYSICAL EDUCATION CLASSES

ABSTRACT: In this work, the objective is to perform a brief review on dance as content of the School Physical Education classes, exploring its importance and showing its benefits in this field. To do this, we search the relevant literature for our research. It is stated in the National Curriculum Parameters (NCP) that dance is included in School Physical Education in the rhythmic and expressive block of activities. The importance of the dance activity in the school as a content of Physical Education classes is mentioned, since it develops in the students the capacity to express movements and to stimulate the creativity, as well as the self-knowledge of its body and its limitations. At school, dance can aim at the human formation and the critical sense of the citizens, as well as knowing other body cultures present in our country and in the world. The dance linked to Physical Education classes is a content that awakens the students' critical sense, arouses the interest in expressing opinions through the body and excites the exploratory possibility of our culture and other cultures. It is necessary then that the Physical Education teacher should plan their classes based on these contents, that can foster the importance, and diversity of the benefits that dance can provide students and make their classes more attractive.

KEYWORDS: Dancing; Cultural Diversity; Physical Education.

1 | INTRODUÇÃO

Desde os primeiros momentos de vida o ser humano se comunica e se expressa através do movimento, utilizando seu corpo para demonstrar seus desejos e vontades, principalmente quanto às necessidades fisiológicas (LORO, 2006; GALLAHUE; OZMUN; GOODWAY, 2013).

Dentre essas manifestações a dança se faz presente como uma das formas de expressão corporal, introduzida tanto dentro como fora do contexto escolar, tendo sua importância na formação do cidadão.

Consta nos Parâmetros Curriculares Nacionais que a dança está incluída na Educação Física Escolar no bloco de atividades rítmicas e expressivas, conteúdo presente na cultura corporal do movimento (BRASIL, 1998).

Desta forma, o objetivo deste trabalho é realizar uma breve revisão sobre a dança como conteúdo das aulas de Educação Física Escolar, explorando sua importância e

mostrando seus benefícios neste campo de atuação.

2 | A DANÇA COMO CONTEÚDO DA EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR

Segundo os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), a dança está inserida na Educação Física Escolar no bloco das atividades rítmicas e expressivas e, dentre essas atividades, as danças brasileiras como o samba, baião, valsa, quadrilha, afoxé, catira, bumba meu boi, maracatu, xaxado, e outras como danças urbanas, o rap, funk, break e o pagode fazem parte do rol da cultura corporal do movimento que devem ser levadas para as salas de aula (BRASIL, 1998).

Também consideradas e muito bem aceitas as danças de salão, danças eruditas, clássicas, modernas e contemporâneas, como o jazz, as danças com coreografias associadas às manifestações musicais, blocos de afoxé, Olodum, Timbalada, trios elétricos, escolas de samba, lengalengas, brincadeiras de roda, cirandas e escravos-de-jó.

Recomenda-se que esta ferramenta educacional seja utilizada como instrumento em outros momentos para contribuir para o aprimoramento das habilidades básicas da pessoa bem como o desenvolvimento do potencial do seu humano e de sua relação com mundo. Na Educação Física não pode ser diferente, já que comprovadamente a dança é uma das disciplinas que pode proporcionar uma enorme benesse para quem a pratica.

Todos os alunos das escolas regulares deveriam ter acesso às aulas de dança pelo fato dessa atividade contribuir para a formação física, mental e psicológica do indivíduo. Vários autores destacam a importância dessa modalidade na escola regular.

Pereira e Canfield (2001, p. 60) mencionam que:

A dança é um conteúdo fundamental a ser trabalhado na escola: com ela, podem-se levar os alunos a conhecerem a si próprios e/com os outros; a explorarem o mundo da emoção e da imaginação; a criarem; a explorarem novos sentidos, movimentos livres. Verifica-se assim, as infinitas possibilidades de trabalho do/ para o aluno com sua corporeidade por meio dessa atividade (PEREIRA; CANFIELD, 2001, p. 60).

Na escola a dança pode visar a formação humana e o senso crítico dos cidadãos. A dança aperfeiçoa e facilita a sociabilização, espontaneidade, proporciona momentos de lazer e prazer, além promover o sentimento de bem-estar e a autoestima deve proporcionar oportunidades para que o aluno desenvolva todos os seus domínios do comportamento humano e, por meio de diversificações, o professor contribua para a formação de estruturas corporais mais complexas (VERDERI, 2009).

Essa afirmação sugere que a dança como modalidade escolar molda o corpo e a mente dos alunos na sua busca de crescimento como pessoa e estimula a sua diversificação de conhecimentos e experiências.

2.1 IMPORTÂNCIA DA DANÇA COMO CONTEÚDO DA EDUCAÇÃO FÍSICA

ESCOLAR

É de suma importância a preservação da cultura de um povo e é fundamental que toda informação deve ser abordada aos alunos a necessidade de se conhecer para que sejam repassadas com segurança as suas tradições, mantendo a identidade de cada um preservada, inclusive no campo escolar.

Cita-se a importância da atividade dança na escola como conteúdo das aulas de Educação Física, pois a mesma desenvolve nos alunos a capacidade de expressar movimentos e aguçar a criatividade, bem como o autoconhecimento do seu corpo e suas limitações, vistos também na corporeidade.

A corporeidade diz respeito ao corpo e a forma como ele é utilizado nas relações com o mundo, num contexto de inseparabilidade, um corpo que ocupa um lugar no espaço e se movimenta, o qual localiza o ser humano como um ser no mundo, como este corpo se comporta frente à sociedade e as experiências que este corpo pode vivenciar, em que localiza o indivíduo no próprio ambiente (LORO, 2006; AHLERT, 2010; VERISSIMO, 2013; MARTINS, 2015; GUEDES, 2018).

A dança explora uma maneira diferente e interessante de comunicar-se com as outras pessoas de uma maneira não verbal, mas possibilitando o indivíduo expressar sentimentos e pensamentos para si ou para as outras pessoas.

É comprovado que em alguns casos de alunos que são apáticos ou hiperativos em sala de aula que ao participar da dança como atividade de Educação Física, passa a adotar outro comportamento no decorrer do período escolar, sendo um dos muitos benefícios dessa prática dentro do campo escolar.

Além disso, a dança como atividade física proporciona uma melhor qualidade de vida ao praticante, evitando os problemas de saúde comuns nos dias de hoje, tais como obesidade, diabetes, níveis de colesterol e triglicérides altos, hipertensão e outros, sem falar nas doenças mentais como a depressão (ANDRADE et al., 2015; MARBÁ; SILVA; GUIMARÃES, 2016).

A dança aperfeiçoa e facilita a sociabilização, espontaneidade, proporciona momentos de lazer e prazer, além de promover o sentimento de bem-estar e a autoestima.

Destacamos também que a dança é uma atividade esportiva de alto rendimento e proporciona aos seus praticantes um condicionamento físico completo, podendo ser praticada de várias maneiras e em vários níveis de intensidade, desde que respeitados os limites de cada participante.

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Contudo, verificamos que a dança é um conteúdo previsto da Educação Física

Escolar e é de suma importância, assim como os outros conteúdos. A dança como atividade física proporciona uma melhor qualidade de vida ao praticante evitando os problemas de saúde comuns nos dias de hoje, tais como obesidade, diabetes, níveis de colesterol e triglicérides altos, hipertensão e outros, sem falar nas doenças mentais como a depressão.

A dança vinculada às aulas de Educação Física é um conteúdo que desperta o senso crítico dos alunos, desperta o interesse em manifestar as opiniões através do corpo e excita a possibilidade exploratória da nossa cultura e de outras culturas.

É necessário então que o professor de Educação Física faça o planejamento de suas aulas embasadas nestes conteúdos e que possam fomentar a importância e diversidade dos benefícios que a dança pode proporcionar aos alunos e tornar suas aulas mais atrativas.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, F. L.; COIMBRA, M. A. R.; CARBINATO, M. V.; MIRANZI, M. A. S.; PEDROSA, L. A. K. Promoção da saúde: benefícios através da dança. **REFACS (online)**, v. 3, n. 3, p. 228-234, 2015.

BRASIL, Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Ensino Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: terceiro e quarto ciclos – educação física**. Brasília: MEC/SEF, 1998.

GALLAHUE, D. L.; OZMUN, J. C.; GOODWAY, J. D. **Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos**. 7. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

GUEDES, A. O. O corpo nosso de cada dia: corporeidade e formação de professores. **Revista Teias**, v. 19, n. 52, p. 304-315, jan./mar. 2018.

LORO, A. P. Educação física escolar e experiência corporal de movimento: vivências significativas na infância. **Revista Eletrônica de Ciências da Educação**, v. 5, n. 2, nov., 2006.

MARBÁ, R. F.; SILVA, G. S.; GUIMARÃES, T. B. Dança na promoção da saúde melhoria da qualidade de vida. **Revista Científica do ITPAC**, v. 9, n. 1, pub. 3, 2016.

MARTINS, E. C. A corporeidade na aprendizagem escolar (entrelaços fenomenológicos do pensar e agir). **Educar em Revista**, n. 56, p. 163-180, abr./jun. 2015.

PEREIRA, S. R. C.; CANFIELD, M. S. Dança na escola: desenvolvendo a emoção e o pensamento. **Revista Kinesis**, n. 25, 2001.

VERDERI, E. B. **Dança na escola: uma abordagem pedagógica**. São Paulo: Phorte, 2009.

VERISSIMO, D. S. Considerações sobre corporeidade e percepção no último Merleau-Ponty. **Estudos de Psicologia**, v. 18, n. 4, p. 599-607, out./dez., 2013.

A PEDAGOGIZAÇÃO DA ARTE NAS PRÁTICAS DE SAÚDE MENTAL

Fernando Luiz Zanetti

Professor da Universidade do Estado de Minas Gerais - Unidade Frutal – UEMG – Frutal – MG.
Pesquisa Financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo – FAPESP

RESUMO: O presente trabalho é parte de uma pesquisa que problematiza o encontro da arte com a educação, no Brasil, nas últimas duas décadas e verifica também qual o papel da psicologia nesse processo. Para tanto, realizou-se uma cartografia crítica por meio de um conjunto de artigos de revistas acadêmicas, que pautam de modo prático ou teórico essa relação entre arte e a educação. De modo concomitante buscou-se apreender as estratégias pelas quais se efetivam as práticas de pedagogização da arte e como a discursividade psicológica participa de sua constituição. Notou-se que a partir do encontro da arte com algumas formas da psicologia, promove-se um dispositivo que assume os valores éticos e estéticos do indivíduo como um processo ativo de se constituir como sujeito via uma estimulação. De modo mais específico, são propostas também reflexões e indagações sobre a presença desse dispositivo na relação da arte com as práticas de saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: Arte; Psicologia; Saúde Mental; Pedagogização da Arte.

ABSTRACT: The present work is part of a research that problematizes the encounter of art with education in Brazil in the last two decades and also verifies the role of psychology in this process. In order to do so, a critical cartography was carried out through a set of articles from academic journals, which approach in a practical or theoretical way this relationship between art and education. Concomitantly, it was sought to understand the strategies by which the practices of pedagogization of art become effective and how the psychological discursiveness participates in their constitution. It was noted that from the encounter of art with some forms of psychology, a device that assumes the ethical and aesthetic values of the individual is promoted as an active process of constituting him as a subject via stimulation. More specifically, reflections and questions about the presence of this device in the relation of art to mental health practices are also proposed.

KEYWORDS: Art; Psychology; Mental health; Pedagogization of Art.

Este trabalho é mais uma intercessão (DELEUZE, 1992) do que um estudo científico. Talvez seja uma crítica, que exporia uma problemática encontrada entre duas áreas contíguas, a arte e a psicologia na sua interface com a saúde mental. Foucault (2000, p.170)

afirma que realizar a crítica é produzir “um olhar sobre um domínio que se quer policiar e não se é capaz de fazer lei”; ela é um instrumento para um devir ou uma verdade que muito provavelmente não se alcançará. Para o autor, a Modernidade trouxe a condição de questionar a verdade e seus estatutos, principalmente quanto às condições de sua produção. Por conseguinte, a crítica é o ato de pensar em público sobre uma determinada problemática e, no seu limite, significaria a realização do ato de não ser governado. “Não ser governado por uma lei injusta”, “não aceitar uma verdade porque uma autoridade o diz” ou “recusar o magistério eclesiástico” são formas históricas de concretização da crítica e do movimento pelo direito que o “[...] sujeito se dá de interrogar uma verdade sobre seus efeitos de poder e o poder sobre seus efeitos de verdade” (FOUCAULT, 2000, p.172).

Tomaremos como ponto de inflexão um outro trabalho (ZANETTI, 2018), em que apresentamos a relação entre a arte, a psicologia e a educação no interior de um *dispositivo* (DELEUZE, 2001; AGAMBEM; 2009) que intitulamos como processo de pedagogização. Em tal estudo concebeu-se como pedagogização a disseminação de enunciados oriundos de determinados campos do conhecimento (arte, filosofia, ciência etc.) para outros domínios da vida humana, com intuito de melhorar o homem ou educá-lo, de acordo com os imperativos da agenda social, econômica e política de uma época.

No referido trabalho a arte, em sua relação com a psicologia, passa a ter características pedagogizadas e de aperfeiçoamento do ser humano ou de *cura*.

Para cumprir tal tarefa, um arquivo de fontes empíricas foi constituído e analisado. A noção de arquivo, neste trabalho, afiliava-se às teorizações de Michel Foucault (1979; 2008). O arquivo em questão conjugaria os dois campos da produção intelectual brasileira anteriormente aludidos: a arte e a educação. Para estruturá-lo, elegeu-se um conjunto de artigos veiculados em 19 periódicos brasileiros, dez da área da educação e nove da área de arte, classificados como A1 e A2, no período entre 1995 e 2013, com cerca de 6000 textos.

Desse universo, foram selecionados 329 artigos, com base nos seguintes critérios: textos em periódicos da área de educação que tangenciavam temática relacionada à arte e textos de revistas de arte que tratassem de temas ligados à educação. Para analisar cada artigo, o seguinte crivo organizativo foi eleito: *ano; área/subárea; assunto; função da arte e do ensino da arte; características da arte e do ensino da arte; deslocamento; problematização ou plano geral do texto*.

Por meio de tais categorias gerais, foi possível *cartografar* as linhas fundamentais do referido arquivo; deslindar seus movimentos de avanço e recuo em relação a determinado assunto, função ou característica; localizar algumas das posições em que os pesquisadores se encontravam e, muitas vezes, visualizar seus estandartes.

Em um primeiro movimento, compreendido entre 1999 e 2008 seria denotada a constante presença de textos que partiam de um estrato de saber ligado às teorias psicológicas, com o intuito de melhorar o *ensino de artes*. Eram textos de estudiosos do

campo psicopedagógico ou psicológico (SILVA, 1999), os quais se dedicam a difundir esses saberes no campo da educação, a fim de que os profissionais do ensino da arte pudessem melhorar a relação com o aluno. De maneira geral, os artigos alinhavam-se a algum ou alguns teóricos da psicologia, de modo a justificar a existência da arte ou a necessidade dela para o desenvolvimento, a aprendizagem e a formação do educando, para, em seguida, afirmar-se que tanto o professor de artes quanto o artista deveriam também conhecer alguns meandros do pensamento psicológico, para poder executar melhor suas atividades. Enfim, seria feita uma leitura da arte a partir dos saberes psicológicos, com a intencionalidade de justificar sua existência, por meio de funções psicológicas socialmente legitimadas, para indicar, posteriormente, que o universo da arte como um todo deveria se apoiar nessas funções. Dessa forma, suspeitávamos que tal atribuição de sentidos psicológicos à arte possibilitaria que o psicólogo, o pedagogo, o terapeuta ocupacional, entre outros “profissionais cuidadores”, pudessem também pautá-la no intuito de melhorar as práticas concernentes a sua profissão tanto no interior como fora do universo da escola como hospitais, serviços de saúde, reabilitação etc.

As justificativas da importância da existência da arte se atualizariam através de funções e características atribuídas a ela, com base, principalmente, na leitura de autores ligados ao universo psicológico e psicanalítico, como Carl Rogers, Jean Piaget, Lev Vygotsky, John Dewey, Sigmund Freud e Carl Gustav Jung.

Essas *funções* seriam descritas com o propósito de melhorar as relações do indivíduo a ser educado, atuando-se de três maneiras: na relação *dele com ele mesmo*, *dele com os outros* e *dele com o mundo das coisas e dos saberes*. As intervenções dessas práticas da arte assentavam-se nos artigos sob a ideia de um sujeito que, ao aprender de modo produtivo, criaria e daria sentido à sua própria existência e ao mundo circundante.

Concluiríamos que essas funções, com acento psicológico, atribuídas à arte para justificar a sua presença no âmbito educacional e social, foram absorvidas pelas práticas artísticas. Isso se confirmaria, por exemplo, por meio do empenho de alguns pesquisadores (SILVA, 2010) em salientar, nas diversas teorias da arte, a presença de fundamentos psicológicos e, com isso, alicerçar o argumento segundo o qual o arte-educador deve conhecer o material com o qual trabalha e permitir que a arte-educação possa pensar na formação do professor e do artista-cidadão.

Se, no movimento descrito anteriormente, a justificativa da aproximação da arte com as diversas teorias psicológicas e psicanalíticas passava pela suposta necessidade de a arte se colocar em contato com a maestria *psi* em relação aos saberes do ensinar ou de como transmitir de forma mais efetiva os saberes da arte, em um segundo movimento, ficaria exposta a presença da arte no auxílio na consecução de objetivos apresentados por psicólogos que, de acordo com alguns autores, se afirmam na busca do aperfeiçoamento das pessoas e não da arte ou de seu ensino (CABRAL, 2008b).

Nesse contexto, seriam propostas determinadas *características e funções* à arte,

a partir de preceitos psicológicos, de sorte que as *formas de mediação* entre a arte e o fruitor também passaram a ter procedimentos sensivelmente ligados ao universo da psicologia clínica e da psicologia social. Essas *funções e características* foram pouco marcadas por propósitos educativos, no sentido restrito, mas se lançaram no campo da educação ampliada para a produção da cidadania, o estímulo do cuidado consigo e com os outros, a criação de sentidos para a vida, a produção de posturas mais críticas etc.

E por fim teríamos um terceiro movimento que à época não classificariamos como *movimento dos sentidos no arquivo*, mas de “anomalia” dos sentidos gerais dos textos no arquivo, devido a sua escassez e raridade.

Esse bloco seria representado por apenas três textos, os quais se caracterizavam por realçar a presença dos saberes e práticas das teorias psicológicas como modo de responder aos problemas produzidos no interior de práticas e saberes da arte, ou seja, a psicologia como um tipo de auxílio na consecução de ações interessadas principalmente na arte ou por se posicionar de forma prestimosa a um *paradigma* da arte (ARAÚJO; CAVALCANTI; FIGUEIREDO, 2010). Um desses trabalhos se destacaria, ao contrário do que vimos acima, ao propor o homem como veículo de expressão da arte e não o oposto, assim como por utilizar a arte para criar e fornecer instrumentos para psicologia e o homem se pensarem (BARCELLOS, 2004).

Haveria ainda um texto (DOMENICI, 2010) pautado em autores como Feldenkrais, Bartenieff, Alexander, Rolfing, Ann Halprin, Fortin, Klauss Viana, José Antônio Lima e Ilya Prigogine, o qual discutia a relação entre a dança e a educação somática, e os efeitos desse encontro sobre as noções de corpo. Esse artigo ao preconizar novos usos do corpo e do movimento, tenderia a realizar uma crítica ao que comumente intitular-se-ia, no campo da dança, de leituras psicologizantes do movimento e do corpo. Essa *despsicologização* entenderia o movimento como signo e não mais como veículo de sentimentos ou histórias. Com isso, a dança se livraria da representação e o corpo também seria concebido como processo corporificado e passaria a se propor o conceito de *soma*, em lugar da noção de corpo.

Naquele momento da referida pesquisa pudemos asseverar que os movimentos explicitados criavam alguns sentidos: primeiro, um sentido que fez o recorte da presença de teorias da psicologia, no intuito de melhorar o ensino de artes, entretanto, aqueles que se põem a discursar são sempre representantes do universo psicopedagógico e não do campo da arte. Depois, desde 2008, haveria uma inversão, com a presença da arte como resposta aos problemas produzidos no interior de práticas e saberes da psicologia, visando ao desenvolvimento das pessoas, não da arte, ocorrendo igualmente uma espécie de generalização, em que o foco dos enunciados deixa de ser apenas a educação escolar e se estende para outros espaços da vida. E, por fim, de forma escassa e dispersa, ao longo do período, há alguns textos que propõem a utilização dos saberes e práticas “psi” como resposta aos problemas produzidos no interior de práticas e saberes da arte, textos que fazem críticas ao uso da arte pelas

leituras psicologizantes e que objetivam demonstrar um processo de apropriação da arte pela educação.

Contudo, além desses movimentos de aproximação e distanciamento entre psicologia e arte, havia uma intensa discussão em torno da noção de expressão que estabeleceria a presença de dois polos: um que negaria o uso da arte como expressão de si e outro que reativava de maneira intensa esse discurso e práticas.

A despeito dos três movimentos anteriormente descritos, havia o texto de José Resende, uma raridade, pois seria o único que produz um olhar crítico sobre as relações entre a arte e seu processo de psicopedagogização.

Interessaram-nos sobretudo cinco pontos levantados pelo autor nesse texto:

Primeiro: quando Resende afirma que se, em um processo de formação, é enfatizada apenas a manifestação expressiva, este passa a circunscrever problemas interessados à psicologia e não à arte, ele indicaria, de saída, que existem usos da arte com interesses muito mais relacionados à produção de um sujeito das práticas e saberes psicológicos do que um artista ou um apreciador de arte.

Segundo, que um possível elo entre as práticas da arte e as práticas da psicologia passaria pela noção de expressão. De maneira genérica, todos os textos do primeiro e do segundo movimento descritos tratavam da arte como algo que proporciona algum conceito psicológico, como a possibilidade de expressar um si mesmo, por meio do corpo e pela fala, e de poder questionar as barreiras e modelos impostos pelo social etc. Temos, assim, uma arte afetada por diversos saberes psicológicos, os quais, em geral, têm a função de trazer o equilíbrio entre as possibilidades de o indivíduo se colocar no mundo de forma livre e aquilo que o mundo social exige dele.

Ressaltamos também quando Resende assevera que se, no processo de formação dos jovens professores, ocorrer apenas atividades especulativas, corre-se o risco de a arte tornar-se uma ilustração de problemas alheios a ela, deixando de ser uma forma de pensamento. Um problema comumente reiterado pelos arte-educadores era o de relegar a arte e seu ensino a um segundo plano na escola, mas quando a arte é tomada apenas como expressão ou apenas como prática ilustrativa ou didática, não deveria ser esperado que isso venha a acontecer, não seria este seu único destino? Apesar disso, nenhum dos outros textos do nosso corpus propôs um questionamento desse uso.

Terceiro: ao denunciar que a arte se relacionaria com as outras áreas, não a partir da disponibilização de quadros de referência, mas justificando o motivo de sua existência, Resende apontaria o remoer constante e as lamúrias da arte-educação. O autor afirmaria que quando a arte é pedagogizada, ela tenderia a servir aos interesses e necessidades das práticas e saberes das diversas teorias da psicologia e da pedagogia. Sob esse contágio, não conseguiria criar quadros de referências ou simplesmente modos pensamentos que possam provocar mudança, ou provocar um pensamento digno de nota em outras áreas ou disciplinas da vida humana e, por isso, entra em uma eterna justificação de sua própria existência. Como arte pedagogizada,

a arte teria apenas valor como instrumento didático ou como melhoria ou adequação técnica dos indivíduos aos atuais modos de existência, e toda a série de funções e características atribuídas à arte que relatamos acima.

Quarto: ao considerar que a arte não era um processo intuitivo, porém, que configura uma visão, Resende tanto faria a crítica ao costumeiro lugar da arte como produção falhada de conhecimento, quando comparada a práticas científicas, quanto sugeriria a arte como algo mais próximo, um produto sem a aura benjaminiana, sem o peso de uma tradição ou valor cultural ou a necessidade de uma intuição transcendente, sendo ela mesma que criaria a possibilidade daquilo que pode ser visto nela mesma; seria uma relação imediata. Nesse lugar, a arte não serviria para conhecer o mundo, mas para produzir condições de visibilidade dele.

Por fim, teríamos a crítica de Resende à responsabilidade didática conferida à arte, promovida pelo que chama de mal-entendido da participação popular e da criatividade coletiva, no ato criativo da arte. Para o autor, o lugar do público não deve ser o lugar do artista como criador. O que normalmente ocorre seria uma sedução do público pela partilha das supostas benesses da ação de criar. Com isso, a arte deixaria de ser uma ação mundana e trivial como qualquer ação humana e passa a ser entendida como ato supremo da humanidade.

Os problemas elencados por Resende nos impeliria a inquirir se o elo entre a psicologia e o processo de pedagogização passaria por uma ideia de liberação via *expressão* e pelas noções de *sensibilidade* e *criatividade*.

Atestando o fundamento de tais dúvidas, havia autores do *corpus* os quais afirmavam que, para sermos criativos, deveríamos sair do estado repressivo e liberar o inconsciente, estipulando, assim, que a arte teria a função de liberar a sensibilidade e o conteúdo interno do sujeito para, conseqüentemente, propiciar a inovação, a criatividade, o conhecimento do mundo interno e externo e melhorar a capacidade de imaginar e criar realidades (GAMBINI, 2010). Essas assertivas permitiriam inferir que um processo de psicopedagogização da arte partiria de uma liberação da expressividade, que propiciaria um aumento da sensibilidade do sujeito, e esta, por sua vez, geraria uma pessoa mais criativa. Portanto, essa noção de expressão liberada se tornaria o cerne do processo de constituição do sujeito pedagogizado e, a partir dela, seria possível criar seres mais sensíveis e, conseqüentemente, mais criativos.

Nesse sentido, a noção de *sensibilidade* apareceria nos textos do *corpus* justificada por uma necessidade universal de promovê-la, ancorando-se tanto em argumentos kantianos de que a beleza e o sensível fazem ver (PEREIRA, M. 2008) ou afirmando que é uma língua franca da humanidade, a qual, em contraste com a educação, acreditaria na inteligência do outro, quanto em textos que sustentam a necessidade de ampliar os sentidos sociais e humanos para elevar ao máximo a potencialidade sensível dos homens, com base em argumentos do materialismo histórico, os quais garantiriam que o gostar não é mais subjetivo, mas práticas objetivadas socialmente (SEBBEN; SUBTIL, 2010). Por conseguinte, nota-se que as questões da *sensibilidade*

circulavam entre os mais diferentes circuitos teóricos.

Na esteira dessa *sensibilidade* aguçada, é lançada a noção de *criatividade*. Diversos autores (CIRINO, 2010; GAMBINI, 2010; CUERVO; MAFFIOLETTI, 2009; TAVARES, 2003; PEREIRA, L., 2008; RODRIGUES, 2010), partindo da noção de arte como uma máquina *sensibilizatória*, assinalariam que ela teria a função de produzir criatividade não somente no autor da obra, como também em seu receptor. Nesse sentido, comumente criticavam a falta de autonomia para interpretar e a repetição mecânica da educação formal da arte, indicando a criatividade e a expressão de si para a obtenção do desenvolvimento humano (KEBACH; DUARTE; LEONINI, 2010) mais adaptado ao mundo atual.

Com relação à noção de *expressão*, pudemos igualmente observar que vários artigos versavam ou resvalam à psicanálise e, quando mencionam a liberação, reproduziam a hipótese repressiva e uma necessária liberação dos desejos do sujeito e de se falar dos tabus.

Entretanto, pesquisadores da arte-educação já apontariam, no final da década de 1980, uma mudança na concepção de expressão. Uma espécie de despersonalização, de uma *expressão do sujeito*, da sua interioridade, para uma *expressão do gesto ou da arte*.

Obviamente, ainda havia alguns autores que trabalhavam a noção de expressão da interioridade ou, como frisam, da arte, como expressão da subjetividade (KEBACH, 2009) ou a expressão como parte do jogo dialético entre o mundo interno e externo do aluno. Contudo, a grande maioria dos textos sugeriria a substituição da *expressão da interioridade do sujeito* pela *expressão do gesto ou da arte*.

Desse modo, primeiro: a arte apareceria não como uma expressão personalizada de emoções de alguém, mas como veículo de emoções ou como expressividade do gesto (VIEIRA, 2012; TAVARES, 2003); segundo: a leitura da obra seria tratada como uma forma de recriação de acordo com a individualidade do aluno (TAVARES, 2003); e terceiro: a escola e as formas escolares de ensino da arte seriam vistas como algo a ser superado, em nome de uma educação para viver a cultura e não aprender uma forma artística (COELHO, 2010).

Portanto, não haveria novidade nessa mudança da expressão da interioridade para a expressão como gesto artístico, pois, no período que abarcava o *corpus* da referida pesquisa, a maioria dos textos já aludia à expressão como expressão da arte. Nesse sentido, era importante frisar que, desde 1970, essas mudanças estão na pauta da arte-educação e que arte-educadoras, como Ana Mae Barbosa (1982; 1994; 1998; 2001), têm refletido, desde então, sobre a necessidade de superação da expressão como expressão do sujeito, no processo de passagem da arte-educação moderna para a arte-educação pós-moderna. Desde o começo da década de 1970, Barbosa representaria um grupo de autoras (DIAS, 1999; FUSARI; FERRAZ, 2001; GUIMARÃES; NUNES; LEITE, 1999; IAVELBERG, 2003; MOREIRA, 1984; OSTETTO; LEITE, 2004) que colocariam em discussão a questão da expressão do sujeito

ou, como ela nomeava, autoexpressão criativa ou radical, típica da arte-educação moderna, para, ao final de 1980, propor uma estratégia pós-moderna de ensino da arte-educação, a *Proposta Triangular*, na qual a *expressão do sujeito* seria subsumida no fazer artístico contextualizado e respaldado pelas leituras ou análises das obras de arte.

Todavia, nas duas formas de expressão, ficaria mantida a noção de libertação de um inconsciente ou de um desejo, podendo-se assim assinalar, a partir do jargão psicanalítico, que uma estaria numa dimensão de liberação do inconsciente freudiano (hipótese repressiva) e a outra, sustentada por alguns autores na noção de inconsciente coletivo de Jung (GAMBINI, 2010).

Para a concepção pós-moderna, a expressão liberada deveria sofrer um processo de apuro e de acabamento, com base em estudos para uma contextualização histórica e atividades de apreciação, gerando uma valorização da expressão artística e não a expressão do sujeito. Com essas mudanças e o desenvolvimento da *expressão da arte*, Barbosa, em companhia de outras estudiosas da arte-educação, citadas acima, acreditava que seria possível interromper aquilo que ela concebia como ensino pedagogizado da arte. É importante ressaltar que a pedagogização do ensino da arte é caracterizada por Barbosa (2008) da seguinte maneira: as práticas artísticas não refletiriam a especificidade da arte; os usos das práticas da arte na escola se efetuariam de maneira instrumental para treinar o olho e a visão; haveria usos das práticas artísticas como mera liberação de uma função psíquica emocional; buscava-se, com o emprego das práticas da arte, o desenvolvimento da originalidade vanguardista e da criatividade concebidas como beleza ou novidade, e as atividades em sala, resultantes de tais concepções, se caracterizariam pela retomada do desenho geométrico, pelo aprendizado do desenho pedagógico e pela cópia de estampas para serem utilizadas em outras disciplinas.

Como modo de superação dessa ensino pedagogizado Barbosa lança a Proposta Triangular que visa a interligar no currículo do ensino da arte “[...] o fazer artístico, a análise da obra de arte e a contextualização” (BARBOSA, 1994, p.36) ou simplesmente algo não baseado “[...] em disciplinas, mas em ações; fazer-ler-contextualizar” (BARBOSA, 2008, p.14), promovendo a entrada ou o uso da imagem no ensino da arte, algo que para as abordagens modernas e ditadas pela defesa da expressão infantil era algo fora de cogitação. Com a inserção das ações fazer-ler-contextualizar, resolver-se-ia o impasse entre as teorias da arte-educação que colocam a criança como centro de organização do conteúdo e as teorias que defendem uma autonomia das disciplinas, mesmo integradas. A contextualização seria responsável por tornar possíveis duas outras ações ou propostas caríssimas à autora: a interdisciplinaridade e a multiculturalidade. Ao realizar uma contextualização não apenas histórica – o que seria um viés modernista (BARBOSA, 1998, p.38) – é possível estabelecer relações entre diversas disciplinas, como também “[...] praticar uma educação em direção à multiculturalidade e à ecologia [...] valores curriculares” (BARBOSA, 1998)

considerados pós-modernos pela autora.

De acordo com os artigos analisados, a superação dessa forma de pedagogização ocorreu em grande parte. Entretanto, ao mesmo tempo em que era superada, o seu produto parece ter sido cooptado ou apropriado no interior de certos modos de vida disponibilizados para os indivíduos. A noção de *expressão do gesto ou da arte* ou a expressão na concepção pós-moderna de Barbosa parece ter sido neutralizada em seu poder de enfrentamento. Havia indícios de que hoje essas concepções teriam se tornado instrumentalizadoras de um tipo de sujeito expressivo, sensível e criativo que todos nós devemos ser. Dessa maneira, mesmo a despersonalização da *expressão do sujeito* ou um certo *nonsense*, advindo das possibilidades de um novo *corpo sem um eu na arte*, ensejam maiores chances de criar novos objetos de consumo, novos modos de vida, uma nova política de desejos etc., e continuariam a participar da criação da necessidade de gerar pessoas ou situações ou objetos mais sensíveis e criativos.

De certo modo, o que esses textos favoráveis a uma liberação expressiva faziam era colocar em xeque a noção de repressão e afirmar que a arte pode ser um instrumento para se falar sobre os tabus e desejos reprimidos. Entretanto postávamos a dúvida de que talvez isso fosse produzido sem que percebesse que ao fazê-lo provocava-se o alastramento de outros mecanismos de autocontrole e produção de gestão da vida, por meio de compromissos éticos e estéticos. Questionávamos se quando o sujeito passava a usar a arte para se expressar e se torna mais sensível e criativo, ele começaria a *se operar* como um militante *antirrepressão* e terminaria como um gestor ou *empresário de si*, responsável pela sua capacidade de produção criativa e pela organização do seu entorno social. Afirmávamos que ao colocar a arte como forma de liberação da repressão seria talvez um modo de sofisticar, capilarizar e atualizar as formas de gestão do indivíduo, não a partir de uma lógica disciplinar ou estritamente econômica, mas de uma ética e estética de si (GADELHA, 2009).

Portanto, entendíamos que a maioria das concepções de expressão artística, na atualidade, têm respondido às necessidades de um sujeito absolutamente harmonizado com as exigências adaptativas para se alcançar um patamar de normalidade. Ser normal é ser expressivo, sensível e criativo.

Enfim, no encontro da arte com algumas formas da psicologia, acreditávamos que se promoveu um dispositivo que toma os valores éticos e estéticos do sujeito como um modo de *sujeição consentida* ou mesmo *desejada*, ou talvez nem mesmo uma sujeição, todavia, um processo ativo de se constituir como sujeito via uma estimulação. Ao influenciar as formas educativas do homem com preceitos ligados à intimidade e individualidade, as teorias psicológicas conseguiram inocular um projeto de homem movido por valores individualizados, mas que, ao mesmo tempo, correspondem aos valores de uma sociedade que tem o sujeito livre, questionador e crítico como modelo. E, nesse contexto de aprendizado de tal modo de vida, a arte torna-se um instrumento bastante poderoso, devido a algumas características que lhe foram atribuídas, no século XX, como a plasticidade, a capacidade de mutação

(FARINA, 2011), o questionamento, a resistência e a expressividade. Logo, o saber psicológico, que primeiro se aproxima do ensino da arte com o intuito de melhorá-lo, com o passar do tempo, já o utiliza como dissipador de seus métodos e formas de pensar o ser humano.

Entretanto, indagávamos que talvez houvesse um certo equívoco em nossa reflexão, pois poderia não ser exatamente sobre a expansão da psicologia e de seus interesses que estávamos a discorrer, porém, simplesmente da expansão de um tipo de sujeito ou de homem que ela ajudou a afirmar, um homem que teria valor enquanto indivíduo ou elemento de uma população, em que o valor estaria na sua existência, enquanto ela mesma, e não apenas nas coisas que ele pode produzir e que se tornam autônomas e livres do seu criador, ao longo dos tempos, como, por exemplo, as práticas da arte. Pudemos notar que, no âmbito da pedagogização da arte, existiria uma competição entre os interesses do sujeito, representado aqui pela psicologia, e a arte, a qual cada vez menos podia *criar quadros de referência*, ser autônoma e pensar coisas que esse homem psicologizado não poderia pensar. Até onde pudemos chegar com a análises, foi possível ver que havia uma esmagadora maioria de autores que apostavam em uma ideia de arte como instrumento melhorador do homem e eram bastantes raros aqueles que questionam se esse modo de ver a arte não seria uma forma restritiva, pois delimitaria os mundos desconhecidos que ela poderia casualmente criar ou, como diria Nietzsche (2011, p.163), matar de antemão um Lance de Dados.

Diante de tais reflexões como pensar a presença da arte nas práticas e saberes da saúde mental?

Seria a arte uma liberação do inconsciente ao modo de uma prática artística moderna ou justamente o seu contrário, uma prática pedagogizada que visa treinar o olho, produzir uma ocupação do tempo e cercear a violência do pensamento do sujeito em tratamento?

As práticas artísticas presentes na saúde mental alcançariam os valores preconizados pela história do ensino da arte como, por exemplo, os princípios da Proposta Triangular? Elas apresentariam uma qualidade de materiais e uma dedicação por parte dos profissionais da saúde mental que pudesse transbordar os meros interesse de cura? No lugar em que a arte ocupa nas práticas de saúde mental seria possível que ela rivalize na construção e desconstrução de conceitos e prática de cuidado com a psicologia, com psiquiatria, enfermagem ou a terapia ocupacional? As práticas da arte na saúde mental pressupõem a circulação de seus resultados na sociedade como uma forma *verídica* de desconstrução e construção de mundos entendendo-se aqui *verídico* como forma de *veridicção*, ou de produção de verdades e de mundos possíveis?

Creio que a respostas para tais questionamentos é de modo geral sempre negativa e assim, a arte ocupa, como na educação, um lugar coadjuvante na consecução dos objetivos da saúde mental, impedindo de vir à tona possibilidade de outros modos de

pensar a vida e o mundo humano.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. O que um dispositivo? In: *O que é o contemporâneo? e outros ensaios*. Tradução de Vinicius Nicastro Honesko. Chapecó, SC: Argos, 2009.

ARAÚJO, Rosane Cardoso de; CAVALCANTI, Célia Regina Pires; FIGUEIREDO, Edson. Motivação para prática musical no ensino superior: três possibilidades de abordagens discursivas. *Revista da ABEM*, Porto Alegre, v. 24, p. 34-44, set. 2010.

BARBOSA, A. M. *Recorte e colagem: influência de John Dewey no ensino da arte no Brasil* São Paulo: Cortez, 1982.

_____. *A imagem do ensino da arte: anos oitenta e novos tempos*. São Paulo: Perspectiva, 1994.

_____. *Tópicos utópicos*. Belo Horizonte: C/Arte, 1998.

_____. *John Dewey e o ensino da Arte no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. *Ensino da arte: memória e história*. São Paulo: Perspectiva, 2008a. (Obra originalmente publicada em 1990).

BARCELLOS, Gustavo. Jung, junguianos e arte: uma breve apreciação. *Pro-Posições*, Campinas. v. 15, n. 1, jan./abr. 2004.

CABRAL, Biange. O espaço da pedagogia na investigação da recepção do espetáculo. *Sala Preta*. São Paulo. v.8, p. 41-48, 2008a.

CIRINO, Andréa Cristina. Rap enquanto performance: um evento de comunicação e expressão musical. *Educação Temática Digital*, Campinas, v.14, n.2, p.126-139, jul./dez. 2012.

COELHO, Roseane Martins. Novos tempos pedem novas narrativas na educação das artes. *Visualidades*, Goiânia, v. 8, n.1, p. 207-217, 2010.

CUERVO, Luciane; MAFFIOLETTI, Leda de Albuquerque. Musicalidade na performance: uma investigação entre estudantes de instrumento. *Revista da ABEM*, Porto Alegre, v. 21, p. 35-43, mar. 2009.

DELEUZE, Gilles. *O que é um dispositivo?* Tradução de Ruy de Souza Dias e Helio Rebello (revisão técnica), 2001. (não publicado). Do original: Qu'est-ce qu'un dispositif? In: Michel Foucault philosophe. *Rencontre internationale*. Paris 9, 10, 11 janvier 1988. Paris, Seuil. 1989.

DELEUZE, Gilles. *Conversações*. Trad. Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DIAS, K. S. Formação estética: em busca do olhar sensível. In: KRAMER, S. *Infância e educação infantil*. Campinas: Papyrus, 1999.

DOMENIC, Eloisa. O encontro entre dança e educação somática como uma interface de questionamento epistemológico sobre as teorias do corpo. *Pro-Posições*, Campinas, v. 21, n. 2 (62), p. 69-85, maio/ago. 2010.

FARINA, Cynthia. Mutações do sensível. A arte deslocalizada e o corpo desincorporado. *Porto Arte*. Porto Alegre, v. 18, n. 30, maio 2011.

FOUCAULT, M. O que é a crítica? (Crítica e Aufklärung). *Cadernos da F.F.C.* (Faculdade de Filosofia e Ciências – UNESP). Marília v.9, n.1, 2000.

FUSARI, M.; FERRAZ, M. *Arte na Educação Escolar*. São Paulo: Cortez, 2001.

GADELHA, Sylvio. *Biopolítica, governamentalidade e educação: introdução e conexões, a partir de Michel Foucault*. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

GAMBINI, Roberto. Com a cabeça nas nuvens. *Pro-Posições*, Campinas, v. 21, n. 2 (62), p. 149-159, maio/ago. 2010.

GUIMARÃES, D.; NUNES, M.F.; LEITE, M. I. História, cultura e expressão: Fundamentos na formação do professor. In: KRAMER, S. *Infância e educação infantil*. Campinas: Papyrus, 1999.

IABELBERG, Rosa. *Para gostar de aprender Arte: sala de aula e formação de professores*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

KEBACH, Patrícia Fernanda Carmem. A aprendizagem musical de adultos em ambientes coletivos. *Revista da ABEM*, Porto Alegre, v. 22, p. 77-86, set. 2009.

_____; DUARTE, Rosângela; LEONINI, Márcio. Ampliação das concepções musicais nas recriações em grupo. *Revista da ABEM*, Porto Alegre, v. 24, p. 64-72, set. 2010.

MOREIRA, A. A. *O espaço do desenho: a educação do educador*. São Paulo: Loyola, 1984.

NIETZSCHE, F. *Assim Falou Zaratustra*. Tradução, notas e posfácio de Paulo César de Souza. São Paulo, Companhia das Letras, 2011.

OSTETTO, Luciana. LEITE, M. I. *Arte, infância e formação de professores*. Campinas: Papyrus, 2004.

PEREIRA, Marcelo de Andrade. Transformação do Olhar e Compartilhamento do Sentido no Cinema e na Educação. *Educação e Realidade*. v. 33, n. 1, p.69-180, jan./jun. 2008.

PEREIRA, Lucia Helena. Corpo e psique: da dissociação à unificação — algumas implicações na prática pedagógica. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v.34, n.1, p. 151-166, jan./abr. 2008.

RESENDE, José. Formação do artista no Brasil. *Ars*, São Paulo, v. 3, n. 5, p. 23-28, 2005.

RODRIGUES, Gabriela de Andrade Pedagogias *queer* e libertária para educação em cultura visual. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 735-745, set./dez. 2010.

SILVA, Sílvia Maria Cintra da. O Professor de Educação Infantil e o Desenho da Criança. *Pro-Posições*, Campinas, v. 10, n. 3 (30), p.67-75, nov.1999.

SILVA, Luciana Cesconetto Fernandes. Teorias da interpretação e fundamentos psicológicos. *Urdimento*, Florianópolis. v. 1, n.14, p. 93-104, jun. 2010.

TAVARES, Monica. Fundamentos estéticos da arte aberta à recepção. *ARS*, São Paulo, v.1, n.2, p. 31-43, 2003.

VASCONCELLOS, J. A filosofia e seus intercessores: Deleuze e a não-filosofia. *Educação e Sociedade*. Campinas, v. 26, n. 93, p. 1217-1227, set./dez. 2005.

VIEIRA, Marcílio de Souza. As Contribuições da Pedagogia de François Delsarte para o Ensino da Dança Moderna. *Revista Brasileira de Estudos da Presença*, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 396-412, jul./dez. 2012.

ZANETTI, Fernando. O encontro da arte com a educação: O papel do saber psicológico, *Educação em Revista*. Belo Horizonte, n.34, p. 255-276. 2018.

AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES DE IDOSOS COM DEMÊNCIA ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL PÚBLICO - BELÉM-PA

Laysa Balieiro Pinheiro

Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Belém- Pará

Danielly do Vale Pereira

Faculdade Metropolitana da Amazônia(FAMAZ)

Belém-Pará

Vitor Hugo Pantoja Souza

Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Belém-Pará

Thayse Reis Paiva

Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Belém-Pará

Anna Carla Delcy da Silva Araújo

Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Belém-Pará

Maíra Nunes Quaresma

Universidade da Amazônia (UNAMA)

Belém-Pará

RESUMO: O objetivo deste estudo foi avaliar a sobrecarga de cuidadores de idosos com demência. Método: Trata-se de estudo quantitativo, transversal com amostra de (n=79) cuidadores de idosos com demência dos tipos Alzheimer, Vascular, Fronto-Temporal e Mista assistidos no ambulatório de um hospital público credenciado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Foram avaliadas as variáveis sociodemográficas, as condições de saúde, o perfil dos idosos e a sobrecarga de cuidados

através da Escala de Zarit Burden Interview. A análise estatística foi auxiliada pelo software SPSS (versão 20.0) pelos estimadores de proporção, média, desvio padrão e Qui-quadrado de Pearson. Resultados: A média de idade dos cuidadores foi de 52 anos ($\pm 10,79$), porém a maioria dos cuidadores eram adultos, solteiros e do sexo feminino. Cerca de 62,0% relataram ter pelo menos uma doença crônica ou associadas, entre elas hipertensão, diabetes e depressão, assim como a presença de algum tipo de dor estava presente em 65,8% dos participantes, sobretudo a lombalgia. A alteração do sono foi comum em mais de 58,2% da amostra. Mais de 70% dos cuidadores se declararam sedentários, não possuir atividade de lazer e não tinham qualquer auxílio psicoterápico. Além disso, esses cuidadores trabalham mais de oito horas diárias (95,0%) e cuidam há mais de cinco anos (45,5%). Conclusão: A sobrecarga da maioria dos cuidadores variou de moderada a severa, independente do sexo, e parece estar condicionada pelo número de tarefas realizadas no cotidiano com idosos que apresentam dependência funcional para as atividades básicas da vida diária.

PALAVRAS-CHAVES: Idoso, demências, cuidador, sobrecarga.

ABSTRACT: This study objective was to evaluate the burden of elderly caregivers of

patients with dementia. Method: It is a quantitative, cross-sectional study with a sample of (n = 79) elderly caregivers of patients with dementia of Alzheimer type, vascular, frontotemporal and Joint assisted at the ambulatory of a public hospital accredited to the Unified Health System (SUS). Sociodemographic variables, health conditions, elderly profile and the burden care were evaluated through the Zarit Burden Interview Scale. Statistical analysis was aided by SPSS software (version 20.0) for the ratio estimators, mean, standard deviation and Chi-square test. Results: The average age of caregivers was 52 years (± 10.79), but most caregivers were adults, single and female. About 62.0% reported having at least one chronic or associated disease, including hypertension, diabetes or depression, as the presence of any kind of pain was present in 65.8% of participants, especially lower back pain. Changing the sleep was more common in 58.2% of the sample. Over 70% of caregivers said they were sedentary, has no leisure activity and had no psychotherapeutic aid. Moreover, these caregivers work more than eight hours (95.0%) and care for more than five years (45.5%). Conclusion: The overhead of most caregivers ranged from moderate to severe, regardless of sex, and seems to be conditioned by the number of tasks performed in daily life with seniors who have functional dependence for basic activities of daily living.

KEYWORDS: Elderly dementia, caregiver burden.

1 | INTRODUÇÃO

O cuidado de uma pessoa idosa, sobretudo com alteração da função cognitiva ou demência, é uma tarefa que muitas vezes implica em sobrecarga física e psicológica para o cuidador. Assim, podem surgir sentimentos de desamparo e angústias frequentemente, necessitando de um suporte social para cuidar de si próprio e proporcionar o cuidado adequado às necessidades do idoso (ALMEIDA et al, 2009; BARBOSA, 2012; BORGI et al, 2013, GUERRA et al, 2014; MARIM et al, 2013; OLIVEIRA; D'ELBOUX, 2012).

O aumento da expectativa de vida é um fenômeno global e vem acarretando mudanças no perfil epidemiológico das doenças, em que se tem observado maior incidências de agravos associados a senilidade como as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), dentre as quais estão enfatizadas as demências (BURLÁ et al, 2013; PACHALSKA et al, 2011).

Esse fato traz novas implicações para os profissionais de saúde, familiares e/ou cuidadores, pois, segundo Lemos et al (2012), estima-se que as demências atingem de 3 a 11% das pessoas com mais de 65 anos de idade e de 20 a 50% dos idosos com mais de 85 anos de idade, sendo a mais frequente a Doença de Alzheimer. Estudos descritivos a respeito da incidência de síndromes demenciais no Brasil estimam que a prevalência de demência varia de 1,6%, entre as pessoas com idade de 65 a 69 anos, a 38,9%, naqueles com mais de 84 anos, demonstrando que estas são morbidades

que causam impacto na sociedade (BURLÁ et al, 2013; KLÖPPEL, 2012; PACHALSKA et al, 2011).

Nessa perspectiva, o crescente aumento na incidência de doenças neurodegenerativas, progressivas e incapacitantes, tem exigido, com maior frequência, a necessidade do envolvimento de uma terceira pessoa, identificada como cuidador. Este é forjado subjetivamente na medida em que aparecem as dificuldades cotidianas de uma nova realidade, exigindo a tomada de decisões e a incorporação de atividades que passam a ser da inteira responsabilidade do cuidador (DOS ANJOS, BOERY, PEREIRA, 2014; DOS SANTOS, PAVARINI, 2012; GUERRA et al, 2014; NARDI et al, 2013; PEDREIRA et al, 2013; SEIMA et al, 2014).

As demências afetam o idoso e comprometem sua integridade física, mental e social, podendo levar a dependência total na fase mais avançada da doença e exigência de cuidados, cada vez mais complexos. Segundo Kandel (2014), a demência é uma síndrome adquirida e progressiva ocasionada por múltiplos comprometimentos nas funções mentais, associado ao déficit de mais de uma função cognitiva (linguagem, gnosias, praxias ou funções executivas) com intensidade suficiente para interferir no desempenho social e profissional do indivíduo (FREITAS, 2011; KLÖPPEL, 2012; NIETO, 2014).

A sobrecarga dos cuidadores é um dos mais importantes problemas causados pelas demências. Assim a literatura reporta-se à sobrecarga como um achado em gerontologia, pois refere-se às consequências físicas, psicológicas e sociais resultantes do ato de cuidar de um indivíduo quando este se encontra dependente da prestação ininterrupta de cuidados (BARBOSA, 2012; NARDI et al, 2013; NIETO, 2014; OLIVEIRA et al, 2014; PEREIRA et al, 2013).

Quando o cuidador é um membro da família, a tendência do indivíduo é monopolizar essa função e, por vezes, abdicar de suas atividades sociais submetendo-se às perdas físicas e/ou sociais, como restrição de tempo para atividades da vida pessoal, privação de sono, isolamento, sacrifícios do presente e do futuro, possibilidade de viver exclusivamente para a pessoa doente, entre outros (BORGI et al 2013; DOS SANTOS, PAVARINI, 2012; GUERRA et al, 2014; PEDREIRA et al, 2013; PEREIRA et al, 2013).

Portanto, os cuidadores informais merecem uma abordagem detalhada e consistente pois, de acordo com Gratão (2013), acervos sobre cuidadores em países desenvolvidos é extensa. No entanto, no Brasil, estudos com cuidadores de idosos com demências ainda são escassos.

Tendo em vista os inúmeros impactos negativos na saúde e qualidade de vida do cuidador, no que concerne a sobrecarga de trabalho pelo cuidado ao idoso com demência, levantamos a seguinte questão: Existe a possibilidade dos cuidadores de um grupo de idosos com demência que fazem acompanhamento ambulatorial estarem com sobrecarga física e/ou psicológica? Nesse sentido o objetivo desse estudo é avaliar a sobrecarga dos cuidadores de um grupo de idosos com demência, assistidos no ambulatório de um hospital público, bem como identificar suas condições

sociodemográfica e avaliar se os mesmos recebem algum tipo de apoio social e/ou institucional.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal de caráter descritivo. O projeto desta pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem Magalhães Barata, pertencente à Universidade do Estado do Pará, sob o CAAE N° 48128815.0.0000.5170. A fim de assegurar os direitos dos participantes, foram observados integralmente os itens presentes na Resolução CNS 196/96. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O estudo foi desenvolvido no ambulatório de Gerontogeriatrics localizado em um Hospital Público de Belém- PA, para o qual foi solicitada autorização para a realização da pesquisa. O local foi escolhido como campo por tratar-se de um hospital referência para o tratamento de demência em idosos, desse modo fornecendo a amostra necessária para a coleta de dados do estudo.

Para a coleta de dados foi calculada uma amostra de 79 cuidadores, com índice de confiança de 90%. Não foram contabilizadas perdas, todos os cuidadores abordados aceitaram participar do estudo, respondendo a todas as questões. Os critérios de inclusão dos participantes foram: ser cuidador de um idoso com diagnóstico de demência; ser o cuidador principal responsável pelo bem-estar, prestação de cuidados e ajuda nas ABVD do idoso; ser cuidador informal; ser maior de 18 anos; não receba remuneração para a provisão de cuidados ao idoso; ser cuidador do idoso por no mínimo um ano. Sendo, assim, considerados excluídos cuidadores de idosos sem demência; cuidadores de idosos que já apresentavam algum distúrbio mental ou psiquiátrico antes do desenvolvimento das demências.

A amostragem foi não-probabilística, os cuidadores foram abordados e convidados a participar do estudo, caso aceitassem participar e atendessem aos critérios de inclusão, era solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para a coleta de dados foi construído e aplicado um formulário que aborda o perfil sociodemográfico e clínico do cuidador, o período dedicado ao cuidado do idoso em horas/dia e anos, e as tarefas que o mesmo executa durante o ato de cuidar. Para a obtenção dos dados relacionados à sobrecarga foi aplicada a Escala de *ZaritBurden Interview*.

Os dados após coletados foram organizados e analisados com o auxílio do StatisticalPackage for the Social Sciences (SPSS versão 20.0) e Windows versão 10 homebasic. Os testes estatísticos propostos para análise foram a distribuição simples de frequência, média e desvio padrão e Qui-quadrado de Pearson.

3 | RESULTADOS

Apresenta-se a análise dos resultados encontrados no estudo, conforme a sequência das variáveis analisadas nas seguintes tabelas: tabela 1 (idade, faixa etária, estado civil, escolaridade, renda mensal, procedência e números de pessoas que habitam a residência), tabela 2 (condições de saúde, dor, tipo de dor, alteração no sono, auxílio psicoterápico, atividade física, atividade de lazer), tabela 3 (tarefas realizadas no ato de cuidar como higiene, auxílio no banho, administração de alimentos, preparo dos alimentos, auxílio na locomoção, auxílio no vestuário, administração de medicamentos e realização de curativos, tempo que cuida em anos e tempo que cuida em horas por dia), tabela 4 (idade dos idosos com demências, faixa etária, tempo de diagnóstico, tipo de demências e comorbidades associadas) e tabela 5 (grau de sobrecarga).

Condições Sociodemográficas	Masculino		Feminino	
	F	%	F	%
Idade
Média=52 anos				
DP±(10,79)				
Faixa etária				
18 - 29	1	100,0	0	0,0
30 - 40	1	10,0	9	90,0
41 - 50	4	16,0	21	84,0
51 - 60	3	10,7	25	89,3
61 - 70	0	0,0	10	100,0
>70	0	0,0	5	100,0
Estado Civil				
Solteiro	4	26,7	32	73,3
Casado	3	16,2	33	83,8
Víuvo	2	28,6	5	71,4
Escolaridade				
Analfabeto	0	0,0	1	100,0
De 1 a 5 anos de estudo	2	18,2	9	81,8
Mais de 6 anos de estudo	7	68,9	60	31,1
Renda Mensal				
Sem renda	1	14,3	6	85,7
< 1 salário mínimo	0	0,0	11	100,0
De 1 à 2	8	15,7	43	84,3
De 3 à 5	0	0,0	8	100,0
> 5 salários mínimos	0	0,0	2	100,0
Procedência				
Belém	6	10,0	54	90,0
Interior	3	15,8	16	84,2

Número de pessoas na casa

Nenhuma	1	50,0	1	50,0
De 1 à 3	7	12,5	49	87,5
De 4 à 6	1	5,0	19	95,0
> 7	0	0,0	1	100,0

Tabela 1-Distribuição dos cuidadores de idosos com demências segundo as condições sociodemográficas e sexo, Belém-PA, 2015(n=79).

Nota: Pvalor>0,010. Teste Quiquadrado de Pearson.

De acordo com os dados demonstrados na tabela 1, a média de idade dos cuidadores foi de 52 anos ($\pm 10,79$), e a maioria são mulheres. Observa-se também que a grande parte dos homens estão entre 41 a 50 anos e as mulheres entre 51 a 60 anos. A maioria dos cuidadores (homens e mulheres) tinha mais de cinco anos de escolaridade. Tanto os cuidadores homens como mulheres possuíam algum tipo de renda que variou entre 1 a 2 salários mínimos, assim como coabitavam com mais de três pessoas.

Condições de Saúde	F	%
Sem nenhum agravo à saúde	30	38,0
Comorbidades associadas	28	35,4
Hipertensão	12	15,2
Diabetes	7	8,9
Depressão	2	2,5

Dor		
Apresenta	52	65,8
Não apresenta	27	34,2

Tipo de Dor		
Lombalgia	20	25,3
Dor nos membros	10	12,61
Cefaleia	4	5,1
Mialgia generalizada	1	1,3
Mais de um tipo de dor	17	21,5

Alteração do Sono		
Sim (relacionado ao cuidado)	46	58,2
Não	27	34,2
Sim devido a outros fatores	6	7,6

Auxílio Psicoterápico		
Não	68	86,1
Sim	11	13,9

Atividade Física		
Não prática	58	73,4

Prática	21	26,6
Atividades de Lazer		
Não	56	70,9
Sim	23	29,1

Tabela 2- Distribuição dos cuidadores de idosos com demências segundo as condições que afetam à saúde, Belém-PA, 2015(n=79).

Nos dados apresentados na tabela 2, observa-se que grande parte dos cuidadores relataram a presença de pelo menos uma doença crônica sendo a hipertensão arterial a mais prevalente. Nota-se, também, que a maioria dos cuidadores apresentam dor, principalmente, na lombar; além disso, relatam alteração no sono e repouso. Apenas 13,9% dos cuidadores fizeram/fazem algum acompanhamento psicoterápico e todos relataram ser com psicólogos. A maioria dos entrevistados são sedentários e não praticam atividade de lazer.

Tempo dedicado ao cuidado	<i>F</i>	%
Tempo que cuida (horas/dia)		
2 a 4 horas/d	4	5,1
Acima de 8 horas/d	75	94,9
Tempo que cuida (anos)		
1 ano	10	12,7
2 a 5 anos	33	41,8
Mais de 6 anos	36	45,5
Tarefas realizadas no ato de cuidar		
Higiene		
Sim	62	78,5
Não	17	21,5
Auxiliar no banho		
Sim	66	83,5
Não	13	16,5
Administrar Alimentação		
Sim	56	70,9
Não	23	29,1
Preparar Alimentação		
Sim	72	91,1
Não	7	8,9
Auxiliar na mobilidade		
Sim	54	68,4
Não	25	31,6

Auxiliar no vestuário		
Sim	61	77,2
Não	18	22,8
Administrar medicação		
Sim	77	97,5
Não	2	2,5
Fazer curativo		
Sim	6	7,6
Não	73	92,4

Tabela 3- Distribuição do tempo e das tarefas dedicados ao cuidado com os idosos com demências, Belém-PA, 2015(n=79)

A tabela 3 demonstra que a maioria dos cuidadores dedicam mais de 8 horas por dia ao cuidado e um pouco mais da metade cuidam do idoso por um período que varia de 1 a 5 anos. Observa-se que mais de 68% dos cuidadores auxiliam os idosos nas tarefas relacionadas as atividades da vida diária. Grande parte dos entrevistados relataram que não recebem auxílio da família e todos disseram que não recebem ajuda/apoio de nenhuma instituição de saúde, social ou profissional.

Grau de sobrecarga	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	F	%	F	%
Sobrecarga moderada a severa	2	22,2	42	60,0
Sobrecarga moderada	6	66,7	20	28,6
Ausência de sobrecarga	1	11,1	8	11,4
Total	9	100	70	100

Tabela 4- Distribuição dos cuidadores de idosos com demências quanto a sobrecarga do cuidado conforme o sexo, Belém-PA, 2015(n=79)

Nota: *Score da Escala de Zarit*: Sobrecarga moderada a severa=41 a 60pts; Sobrecarga moderada=21-40pts; Ausência de sobrecarga≤21 pts. $X^2=5,561$; $pvalor=0,062$. IC90%=(0,000,684).

Na tabela 4 observa-se que mais de 80% dos cuidadores relataram sobrecarga relacionada ao cuidado independente do sexo, a qual variou de moderada a grave.

4 | DISCUSSÃO

Apresenta-se neste capítulo a discussão dos resultados encontrados no estudo de acordo com a sequência de análise das variáveis como descritas a seguir:

Condições sociodemográficas dos cuidadores de idosos com demência

A amostra em estudo foi constituída por 79 cuidadores informais de idosos com demência, dos quais a maioria é do sexo feminino, casadas que coabitam com o idoso e se dedicam exclusivamente ao cuidado do familiar. Esse grupo apresentou

perfil semelhante aos achados descritos nas literaturas nacionais e estrangeiras, que apontam os cuidadores informais sendo majoritariamente feminino e que ocupam o papel de esposa ou filha. (BAUAB, 2013; BORGHI et al, 2011; GARRIDO, MENEZES, 2004)

Essa característica pode estar relacionada ao papel sociocultural da mulher na sociedade pois, segundo Borghi et al (2011), no contexto familiar para as mulheres ocidentais são dispensadas as funções e responsabilidades específicas ao ato de cuidar. Dessa forma, elas são vistas naturalmente como cuidadoras e o cuidar é socialmente representado como uma obrigação. (GRATÃO, 2012)

A média de idade dos cuidadores foi de 52 anos, semelhantes aos estudos nacionais (CRUZ; HAMDAN, 2008; GARRIDO; MENEZES, 2004; GRATÃO, 2012). Observa-se, também, na tabela 1, que a maioria das mulheres tem idade entre 51 a 60 anos, bem como há cuidadores com idade superior 60 anos. Assim, trata-se de um idoso cuidando de outro idoso e, segundo Garrido e Menezes (2004), essa situação pode implicar em uma maior sobrecarga a esse grupo devido ao cuidador idoso ter mais desgaste físico e emocional.

No que se refere ao grau de escolaridade a divergência nas literaturas sobre a contribuição da mesma no papel de ser cuidador, bem como a associação entre nível de escolaridade e o impacto no cuidador. A maioria dos cuidadores do presente estudo frequentou a escola por mais de 6 anos. Estes dados corroboram com os estudos produzidos por Garrido e Menezes (2004), Guedes (2008) e Veras (2007).

Ao analisar a renda dos cuidadores pesquisados, o valor mensal estava em torno de um a dois salários mínimos, destinados, principalmente, às despesas com o idoso. Muitos cuidadores relataram que os recursos financeiros e materiais eram escassos perante a exigência da provisão do cuidado o que os colocavam em situações estressantes. Tais dados estão de acordo com outros estudos nacionais (VALENTE, 2013; VERAS, 2007).

Quanto a coabitação com o paciente e outros familiares, a maioria dos idosos residia com mais de três pessoas incluindo o cuidador, o que corrobora com a pesquisa de Gratão et al (2012), a qual evidencia que apenas uma minoria dos idosos vivia só e que a maioria coabitava em domicílios geracionais (duas ou três gerações).

Condições de Saúde dos Cuidadores de Idosos com Demência

Os dados da pesquisa demonstraram que a maioria dos cuidadores entrevistados afirmou fazer tratamento para algum tipo de doença. Tal fato outrora é relatado na literatura por Engelhardt et al (2005), o qual afirma que até 60% dos cuidadores podem desenvolver sintomas físicos e psicológicos e que a saúde precária do cuidador é um fator que contribui para a institucionalização do idoso, além de acarretar mais danos à saúde do paciente (HAMDAN; CRUZ, 2008).

Mais da metade dos cuidadores pesquisados possuem uma ou mais doenças,

sendo hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2 e depressão as mais frequentes, respectivamente. Esses dados corroboram com o estudo realizado por Valente et al (2013), o qual inferiu que mais de 50% dos cuidadores possuíam agravos a saúde, em que os mais citados foram hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2, entre outros agravos.

Em estudo nacional realizado com 39 cuidadores familiares de idosos com DA, 48,3% relataram problemas de saúde, com associação de até 3 comorbidades. Na Finlândia, foi elaborado um estudo com 1943 cuidadores de idosos com DA e foi constatado que 35% sofriam de problemas de saúde (LEMOS; GAZZOLA; RAMOS, 2006; RAVIO et al, 2007).

No que tange a dor ou desconforto físico, a maioria dos cuidadores afirmaram ter desenvolvido algum tipo de dor, principalmente lombalgia e dores nos membros, em consequência ao ato de cuidar. Há concordância, novamente, com os dados encontrados no presente estudo com os de Valente et al (2013), uma vez que evidência que a dor foi o problema físico mais prevalente entre os cuidadores.

Um dos processos fisiológicos responsáveis pelo equilíbrio físico e mental do ser humano é o sono. Observa-se na tabela 2 que mais da metade dos cuidadores apresentaram alteração no sono, relacionado principalmente ao cuidado. Nota-se que estes dados estão de acordo com os dados inferidos do estudo de McCurry et al (2006), que investigaram o sono de 46 cuidadores de idosos com demência por meio da técnica de actigrafia e perceberam que 88% apresentaram alterações do sono. Segundo Vieira et al (2011), a realização dos cuidados no período noturno são uma das dificuldades apontadas pelo cuidador, o que aumenta ainda mais o desgaste físico e mental (KANDEL et al, 2014).

A dedicação exclusiva às atividades de cuidado, associadas as outras tarefas cotidianas, impossibilita o cuidador ter tempo livre para seus planos pessoais, privando-os, muitas vezes, de atividades de lazer por causa das responsabilidades do cuidado com outra pessoa. Sobre esse âmbito, no referido estudo, de acordo com a tabela 2, esse fenômeno é semelhante com os resultados encontrados da literatura (LEMOS; GAZZOLA; RAMOS, 2006).

Em relação a prática de atividade física, constatou-se que a maioria dos cuidadores de idosos não realizam exercícios regulares, muitos dos entrevistados relataram que não praticar exercícios, devido a carga horária exaustiva dedicada ao cuidado associada as outras tarefas diárias. Os dados corroboram com os achados na literatura, nos quais os cuidadores relatam que tem noção da importância da atividade física para a manutenção da saúde, porém sentem-se impedidos de realiza-las devido ao tempo dedicado ao ato de cuidar (RODRIGUES et al, 2006).

Tarefas e tempo dedicados ao cuidado com o idoso

No presente estudo, observa-se que os cuidadores exercem tarefas por longos

períodos do dia e durante muitos anos. Estes dados corroboram com outros achados presentes na literatura. Outros estudos nacionais apontam que a tarefa de cuidar de um idoso com demência exige do cuidador dedicação praticamente exclusiva, fazendo com que ele deixe suas atividades, em detrimento dos cuidados dispensados (COSTA et al, 2013; GRATÃO et al, 2012; LEMOS et al, 2006; SEIMA et al, 2014; VIEIRA et al, 2013).

Muitas vezes, o sentimento de esgotamento ou exaustão dos cuidadores associado ao elenco de sintomatologia caracterizada no indivíduo que sofre de sobrecarga é resultante da grande dedicação e esforço na atividade de cuidar. Os dados analisados na tabela 3 demonstram que a maioria dos cuidadores realiza alguns tipo de tarefa relacionada às ABVD, além disso, os resultados apontaram que grande parcela dos cuidadores realiza mais de 5 tipos de tarefas contribuindo, então, para os elevados índices de sobrecarga observados no presente estudo (GRATÃO et al, 2012).

Quando se investigam as atividades realizadas pelos cuidadores informais, os cuidados fundamentais como à medicação, à higiene, ao conforto, à segurança física, à alimentação, ao vestuário, além da necessidade de diálogo, de atenção, da demonstração de zelo e afeto, são os que necessitam de maior envolvimento dos cuidadores de acordo com o nível de dependência do idoso. Assim, nessa perspectiva, o cuidado fundamental é aquele que está tanto no campo do técnico, quanto no subjetivo.

Segundo Gratão et al (2012), grupos de suporte social são importantes nos mecanismos de enfrentamento do problema, bem como auxiliam na redução da sobrecarga do cuidador. O presente estudo demonstrou que todos os cuidadores negaram recebem ajuda/apoio de alguma instituição social. Esses dados são reafirmados por Valente et al (2013), o qual aponta que no Brasil os familiares ainda assumem a função de cuidadores de forma desassistida e sem apoio de programas governamentais efetivos, os quais deveriam fornecer subsídios e orientações para a prática desse cuidado.

Sobrecarga dos cuidadores

Apesar dos resultados do estudo não demonstrar correlação estatística significativa com o sexo do cuidador, mas pelo fato dos participantes serem mulheres, em sua maioria, supõe-se que a sobrecarga dos cuidados esteja mais implicada com as deste sexo. Em pesquisa realizada por Correia (2012), afirma que as mulheres são as que mais apresentam sobrecarga quando em situação de cuidadora, o que se deve ao acúmulo de tarefas como, por exemplo, as domésticas e o cuidado com o resto da família.

Os cuidadores entrevistados apresentam variáveis socioeconômico-demográficas que podem agravar o nível de sobrecarga física, emocional, social e financeira. Pelo fato da maioria cuidar do idoso há mais de seis anos, prestar

assistência sem auxílio de outro membro da família, cuidar por mais de oito horas diárias, não relatar sono reparador e realizar mais de cinco tarefas diferentes voltadas para o cuidado com o idoso. Esses fatores segundo Gratão et al (2012), Loureiro et al (2014) e Lemos et al (2006), contribuem para o aumento da sobrecarga.

Veras et al (2007), concluiu em seu estudo sobre análise dos gastos com idosos com síndrome demencial, que essa condição patológica chega a comprometer cerca de 60% da renda mensal da família, portanto é um fator que contribui negativamente para o aumento da sobrecarga. No presente estudo, a maioria dos cuidadores afirmou receber cerca de um a dois salários mínimos, sendo que alguns afirmaram receber menos de um salário ou não possuir renda mensal. Desse modo, essa variável pode ser um dos fatores relacionados ao elevado índice de sobrecarga observado.

A vida social dos cuidadores também se mostrou prejudicada, os quais relataram não ter nenhuma atividade de lazer. Estudos revelam que os cuidadores sentem falta de alguma atividade de lazer, além desse quadro estar relacionado à depressão, angústia, medo, frustração e tensão (LUZARDO; SILVA, 2006; PEREIRA; CARVALHO, 2012).

O tema sono e repouso na demência foi um ponto considerado importante para o cuidador segundo afirma Sá et al (2006). Com relação ao sono dos cuidadores e grau de complexidade de dependência Christofolletti et al (2013) demonstrou que os cuidadores de idosos mais dependentes apresentavam frequentemente distúrbios do sono. No presente estudo foi demonstrado que os cuidadores apresentam dificuldades de dormir, sendo frequentemente associado ao cuidado com o idoso.

À medida que a demência vai progredindo, a sobrecarga do familiar também aumenta, podendo acarretar na evolução de doenças agudas e crônicas, tornando o cuidador tão doente quanto o idoso com demência. Foi evidente a presença de morbidades nos cuidadores entrevistados, em que grande parte apresentava mais de uma patologia (ARAÚJO; PEREIRA, 2012; LENARDT; SILVA; SEIMA, 2010).

Em relação às tarefas realizadas pelos cuidadores, foi observada que a maioria realizava mais de cinco tarefas de assistência ao idoso relacionadas as atividades básicas de vida diária. Segundo as literaturas, o idoso com maior grau de dependência acarreta maiores níveis de sobrecarga no cuidador e essa sobrecarga era mais elevada quando o cuidador não dispunha de auxílio para a prestação dos cuidados (VALENTE et al, 2013; SEIMA, LENARDT, 2011).

5 | CONCLUSÃO

Entre os cuidadores de idosos com síndrome demencial, os resultados do estudo demonstraram que, a maioria é do sexo feminino, solteiro, possui uma renda mensal entre um a dois salários mínimos; desenvolveram afecções após o envolvimento com o cuidado, possuem alteração no sono, não recebem apoio de instituições de saúde,

social ou profissional e possuem sobrecarga de moderada a severa.

O estudo contribui para o conhecimento a respeito da sobrecarga e dos cuidadores de idosos demenciados e que a maioria destes estão sozinhos nesta assistência, além da complexidade que é o ato de cuidar de um idoso com síndrome demencial. Ressalte-se, então, que avaliar e identificar a sobrecarga do cuidador é um aspecto importante para o cuidado com o idoso. Porquanto, o excesso de sobrecarga pode comprometer a qualidade do cuidado e interferir nas relações familiares.

Os achados apresentam implicações sociais e clínicas no sentido de favorecer a conscientização da sociedade e profissionais da saúde, sobre a importância da atenção a sobrecarga dos cuidadores e a necessidades de uma atenção psicossocial voltada para esse grupo.

Por tanto, a sociedade, em conjunto das organizações governamentais e não governamentais, precisa se unir e produzir estratégias com o intuito de melhorar a condição de vida dos cuidadores de idosos com demência, na intenção de prevenir ou mesmo diminuir a sobrecarga vivenciada pelos mesmos.

O Plano de Ação Governamental dá as diretrizes da atenção, com produção de cartilhas e manuais, porém, serviços de saúde nas três esferas do governo, universidades, ONGs e outras redes devem se organizar para elaborarem propostas de intervenção formal e informal aos cuidadores familiares de idosos, bem como pesquisas no âmbito da prevenção de sobrecarga, devem ser desenvolvidas. Afinal, quem cuida não deve ficar sem cuidados.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K. S. et al. **Cuidadores familiares de pessoas portadoras de Doença de Alzheimer: revisão da literatura**. Rev. Eletrônica de Enfermagem. Vol11,2009.Disponívelem:<http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n2/pdf/v11n2a23.pdf> Acessado em: 21 jan 2015.

BARBOSA, R.L.; et al. **O Cuidador Domiciliar De Paciente Idoso Com Mal De Alzheimer**. Rev. Rene, Vol 13, 2012. Disponível em:<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1169/pdf>>Acessado em: 10 fev 2014.

BORGI, A C. et al. **Sobrecarga de familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: um estudo comparativo**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Vol.21, No.4, Ribeirão Preto July./Aug. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692013000400876&lang=pt> Acessado em: 21 jan 2015.

BRUM, A. K. R. et al. **Programa para cuidadores de idosos com demência: relato de experiência**. Rev. Bras. De Enfermagem. Vol 66. Brasília, 2013.

BURLÁ, C. et al. **Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico**. Ciênc. saúde coletiva. Vol.18, N.10, Rio de Janeiro, Out. 2013.Disponívelem:<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013001800019>Acesso em: 13 novembro 2015.

CACHIONI, M. et al. **Elderly patients with Alzheimer's disease and their family relationships: Caregiver perspectives**. Rev. Dement Neuropsychol. 2011; 5(2):114-22.Disponível em: <<http://demneuropsy.com.br/imageBank/PDF/v5n2a10.pdf>> Acessado em: 28 out 2015.

DOS SANTOS, A. A.; PAVARINI, S. F. I. **Funcionalidade familiar de idosos com alterações**

cognitivas: a percepção do cuidador. Rev. esc. enferm. USP, Vol.46, São Paulo, Oct. 2012. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342012000500015> Acessado em: 10 fev 2014.

FERREIRA, H. P. et al. **O impacto da doença crônica no cuidador.** RevBrasClin Med. Vol 10, 2012.

FERREIRA, F. et al. **Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários para população portuguesa.** Rev. Cadernos de Saúde Pública. Vol 13, 2010.

FIALHO, P A et al. **Dementia caregiver burden in a brasilian sample: association to neuropsychiatric symptoms.** Rev.Dementia e Neuropsychologia, v. 03, n. 02, Apr./May/June, 2009

FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia.** 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. **Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico.** Revista de Saúde Pública, Vol 38, n.6, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692013000700033&lang=pt> Acessado em: 27 set 2015.

GRATÃO, A. C. M. et al. **Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador.** Rev. Esc. Enferm. USP. Vol 47, 2013.

GUERRA, L. et al. **Impacto psicossocial del síndrome demencial en cuidadores cruciales.** Rev. Cuba. Med. Gen. Integr; Vol 24, 2008. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cum-36185>> Acesso em: 17 dez 2014.

KANDEL, E.R.; SCHWARTZ, J.H.; JESSEL, T.M. **Princípios de Neurociência.** São Paulo: Manole, 2014.

LOPES, M. A; BOTTINO, C. M. C. **Prevalência de Demências em diversas regiões do mundo.** Arq Neuropsiquiatria. Vol 60, 2001.

LOUREIRO, L. S. et al. **Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos: prevalência e associação com características do idoso e do cuidador.** Rev. esc. enferm. USP, Vol.47, No.5, São Paulo Oct. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342013000501129&lang=pt> Acessado em: 21 jan 2015.

OCAMPO, J.M. et al. **Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes.** Rev. Colomb Med. 2007; 38 (1): 40-6. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v38n1/v38n1a05.pdf>> Acessado em: 24 out 2015.

YAMASHITA, C.H. et al. **Associação entre o apoio social e o perfil de cuidadores familiares de pacientes com incapacidades e dependência.** Rev. Esc Enferm USP. 2013; 47 (6): 1359-66. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/0080-6234-reeusp-47-6-01359.pdf>> Acessado em: 13 set 2015.

CARACTERIZAÇÃO DAS VIAS DE PARTO E DA ASSISTÊNCIA AO PARTO HUMANIZADO E DOMICILIAR

Gleyciane Dias Dutra

Faculdade Santa Terezinha-CEST, Acadêmica de Enfermagem, São Luís – Maranhão.

Ana Beatriz Silva Rosa

Faculdade Santa Terezinha-CEST, Acadêmica de Enfermagem, São Luís – Maranhão.

Carlos Eduardo Rodrigues Serra

Faculdade Santa Terezinha-CEST, Enfermeiro, São Luís – Maranhão.

Claudiane Lago da Silva

Faculdade Santa Terezinha-CEST, Acadêmica de Enfermagem, São Luís – Maranhão.

Cristina Oliveira Fonseca

Faculdade Santa Terezinha-CEST, Enfermeira, São Luís – Maranhão.

Florindomar Souto Romeu

Faculdade Santa Terezinha-CEST, Enfermeiro, São Luís – Maranhão.

Leticia Corrêa Cardoso

Hospital São Domingos, Enfermeira, São Luís – Maranhão.

Maxcilene da Silva Pinto

Faculdade Santa Terezinha-CEST, Enfermeira, São Luís – Maranhão.

Rafael Mendes Nunes

Faculdade Santa Terezinha-CEST, Enfermeiro, São Luís – Maranhão.

Patrícia Guilliane Silva Barros Teixeira

Faculdade Santa Terezinha-CEST, Docente, São Luís – Maranhão.

Nayana de Paiva Fontenelle Xerez

Faculdade Santa Terezinha-CEST, Docente, São

São Luís – Maranhão.

RESUMO: O princípio da autonomia deve ser o norteador das ações realizadas na assistência à saúde, possibilitando aos pacientes conhecer previamente as medidas que podem ser tomadas, assim como, as vantagens e desvantagens das mesmas. Este trabalho tem por objetivo caracterizar as vias de parto e a assistência ao parto humanizado e domiciliar. Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica realizado a partir de artigos e livros, no período de maio a junho de 2017, com artigos publicados entre os anos de 2007 a 2016 utilizando os descritores Parto, Humanização do Parto e Vias de Parto. Foram encontrados 92 artigos e após seleção apenas 17 foram utilizados no estudo. O parto consiste na saída do bebê do útero para o meio externo que pode ser realizado de forma vaginal ou através de um procedimento cirúrgico chamado de cesárea. O parto vaginal possui diversos benefícios tanto para mãe quanto para o bebê, porém existem situações em que há a necessidade de se realizar a cesariana devido a fatores como o tamanho do feto e cirurgia cesariana previa. A assistência ao parto deve permitir a participação da parturiente nas decisões a serem tomadas, tomando uma postura de humanização. Além de o ambiente hospitalar, o parto pode ser realizado na

residência da parturiente. A assistência ao parto necessita de mais atenção quanto ao caráter humanizador, onde as informações devem ser compartilhadas e esclarecidas com a gestante. Atualmente ainda existe a necessidade de conscientização da população e dos próprios profissionais quanto ao assunto.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização do Parto. Parto. Vias de Parto.

ABSTRACT: The principle of autonomy must be the guiding principle of actions taken in health care, enabling patients to know in advance the measures that can be taken, as well as the advantages and disadvantages of them. This study aims to characterize the pathways of delivery and the assistance to humanized and home delivery. It is a study of literature review carried out from articles and books, from May to June 2017, with articles published between the years 2007 to 2016 using the descriptors Childbirth, Humanization of Childbirth and Pathways of Delivery. We found 92 articles and after selection only 17 were used in the study. Childbirth consists of exiting the baby from the uterus to the external environment that can be performed vaginally or through a surgical procedure called a cesarean section. Vaginal birth has several benefits for both mother and baby, but there are situations in which there is a need for cesarean section due to factors such as fetal size and previous cesarean surgery. Assistance in childbirth should allow the participation of the parturient in the decisions to be made, taking a position of humanization. In addition to the hospital environment, delivery can be performed at the parturient's home. Assistance in childbirth needs more attention on the humanizing character, where information must be shared and clarified with the pregnant woman. Currently there is still a need for awareness of the population and the professionals themselves on the subject.

KEYWORDS: Humanization of Childbirth. Childbirth. Pathways of Delivery.

1 | INTRODUÇÃO

O princípio bioético da autonomia estabelece que o ser humano possui o poder de decidir por si mesmo às questões relativas a sua vida. Significa o grau de independência da pessoa em deliberar ou estabelecer a sua própria vontade. Para a efetividade deste princípio dois elementos são fundamentais: a liberdade e a informação. Dessa forma, deve haver um repasse de conhecimentos e a percepção por parte do emissor de que o receptor está empoderado e, em seguida, deixá-lo livre para escolher aquilo que acha ser melhor (JUNQUEIRA, 2011).

Na área da saúde, a relação entre o profissional e o paciente deve ser embasada nesse princípio, tendo em vista a necessidade do paciente em conhecer as consequências, sejam elas benéficas ou maléficas, das opções que ele dispõe para utilizar nas diversas situações do processo saúde/doença (LOCH, 2002). Dentre estas situações, há a necessidade do conhecimento das gestantes das vias de parto e dos tipos de assistência ao mesmo.

O parto é um dos momentos mais marcantes da vida de uma mulher. Ela vivencia situações e sentimentos que podem a empoderar como mulher e como mãe, uma vez que é após este evento que ela vivenciará a maternidade (BRASIL, 2016). Diante da importância dessa experiência na vida de uma mulher e da sua constante ascendência no cenário social que modificaram sua postura na sociedade, nesse contexto objetivou-se caracterizar as vias de parto e a assistência ao parto humanizado e domiciliar.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão bibliográfica exploratória e descritiva feita a partir de artigos pesquisados nas bases de dados e manuais e sua revisão ocorreu entre os meses de maio a julho de 2017. As bases de dados foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) e Publicações Médicas (PUBMED). Para a ideação deste estudo, foram englobados: a escolha do tema e do objeto da pesquisa; seleção das questões temáticas; coleta de dados nas literaturas expostas em redes eletrônicas mediante os critérios pré-estabelecidos de inclusão e exclusão; análise e interpretação dos dados; apresentação dos resultados e discussões e posteriormente a conclusão. Utilizaram-se como descritores: Parto, Humanização do Parto e Vias de Parto.

Objetivando uma maior visualização dos estudos encontrados, criou-se uma tabela e um fluxograma de referências, apresentando a quantidade de artigos encontrados por base de dados e selecionados para o estudo. Todos os resumos dos artigos encontrados foram lidos. Os critérios empregados para a inclusão dos artigos foram o ano, sendo aceitos os artigos publicados entre 2007 a 2016, a abordagem da temática vias de parto e parto humanizado e domiciliar e os que estavam no idioma português. Os critérios de exclusão foram artigos publicados antes de 2007, em língua estrangeira e que não estivessem relacionados à temática do estudo.

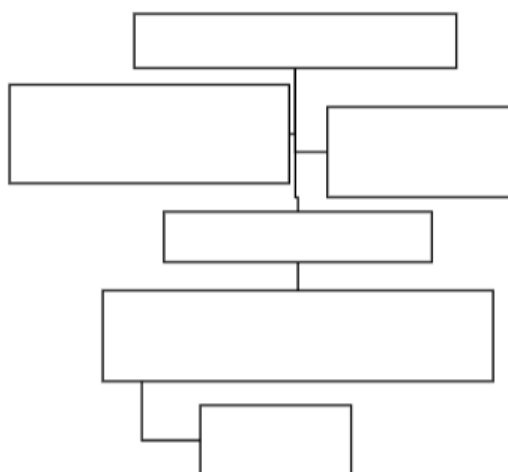


Figura 1 - Fluxograma de busca de referências

Fonte: Autor, 2017.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao todo foram utilizadas 17 publicações das 92 encontradas nas bases de dados. Foi realizada a tabulação dos dados, correlacionando as bases de dados e as frequências segundo as publicações selecionadas (Tab 1.).

Base de dados	Publicações encontradas	Publicações selecionadas	
		(n)	(%)
BIREME	18	3	17,65
BVS	20	5	29,41
LILACS	19	2	11,76
PUBMED	14	3	17,65
SCIELO	21	4	23,53
Total	92	17	100

Tabela 1- Distribuição das publicações encontradas e selecionadas por bases de dados

Fonte: Autor, 2017.

O parto é definido como um processo que permite a saída do bebê do útero para o meio externo, visto, geralmente, com um episódio doloroso, extenso e complicado. Excluindo as situações em que as gestações são de risco, o parto é considerado um evento fisiológico e, dessa forma, a gestante não se caracteriza como uma paciente. Ele pode ser realizado de duas formas: vaginal ou cesariana. Existem outras classificações para o parto que levam em consideração o local, a posição ou forma de extração da criança (RÊGO; TRINDADE; MELO, 2010; CRIZÓSTOMO; NERY; LUZ, 2007).

Durante a assistência a gestante e a parturiente é fundamental que essa ação seja permeada pelo respeito a essa mulher, respeitando as suas vontades e os seus desejos. Isso fundamental para o seu empoderamento, uma que vez que a maternidade, momento tão esperado pela gestante, aconteceu da forma que ela decidiu (NASCIMENTO et al., 2015).

A evolução da medicina, em especial da obstetrícia, trouxe consigo recursos tecnológicos que interferiram no processo parturitivo e modificaram a posição da mulher nesse cenário (ALMEIDA; MEDEIROS; SOUZA, 2015). No “[...] modelo intervencionista de assistência obstétrica, a mulher torna-se o objeto da ação, perdendo o controle e a decisão sobre o próprio processo do parto e nascimento.” (OLIVEIRA et al., 2002, p.669).

A dor do parto normal foi um dos motivos pelos quais elas passaram a optar pela cesariana, que tornou-se algo de conveniência para equipe médica e para a própria mulher (ALMEIDA; MEDEIROS; SOUZA, 2015). Dessa forma, ela passou a optar por duas vias de parto: o vaginal ou normal e o cesáreo. Atualmente existem medidas não-farmacológicas que diminuem a dor do parto normal de forma significativa e, com isso, permitem que as mulheres passem por essa experiência de forma mais natural possível, como por exemplo o relaxamento muscular, as massagens e os exercícios

respiratórios (DAVIM; TORRES; DANTAS, 2008).

O parto normal possui vantagens para o bebê e para a mãe. Para esta, as vantagens são: a) menor risco de infecção, b) favorecimento da produção de leite materno, c) diminuição da possibilidade de hemorragias maternas, d) menor tempo de internação hospitalar, e) retorno do útero ao tamanho anatômico de forma mais rápida, f) recuperação da mãe e participação ativa da mãe e do bebê no processo. Já para o bebê as vantagens são: a) facilidade para respirar devido à compressão torácica ao passar pelo canal vaginal fazendo com que o líquido de dentro dos pulmões seja expelido facilmente, b) maior atividade e responsividade do neonato e c) estimulação imunológica. (BRASIL, 2012; RÊGO; TRINDADE; MELO, 2010).

Embora a mulher opte pelo parto normal há situações em que pode evoluir para o procedimento cirúrgico, ou seja, uma cesariana. Esta consiste em um procedimento cirúrgico feito no abdome em situações como a macrosomia do feto e quando o bebê encontra-se sentado no útero (RÊGO; TRINDADE; MELO, 2010).

O Brasil é recordista mundial em cesarianas chegando a 84% dos partos. A cesárea pode ser importante e necessária para salvar a vida da mulher e do bebê, porém, realizar cesariana eletiva pode resultar em prematuridade, aumentar a internação hospitalar e prejudicar o aleitamento materno (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). Além disso, essa via de parto traz maior possibilidade de infecção e hemorragia, complicações da anestesia, recuperação materna tardia, mobilidade corporal reduzida, dificuldade na formação do vínculo afetivo já que o aleitamento e os cuidados com o bebê são prejudicados e há maior necessidade de medicamentos e curativos (RÊGO; TRINDADE; MELO, 2010). Ela “[...] implica riscos cirúrgicos e anestésicos e pode ter consequências tardias nas gestações subsequentes, como doenças de grande potencial hemorrágico [...] cujas complicações, muitas vezes, ocasionam o óbito da mulher.” (OSAVA et al., 2011, p. 1038).

Entre as principais recomendações de cesariana estão, por exemplo:

- deslocamento precoce da placenta;
- desproporção da cabeça da criança com relação à bacia da mãe;
- hipóxia perinatal;
- operação cesariana prévias;
- falha do desenvolvimento do parto (COSTA et al., [2000?]; AMORIM; SOUZA; PORTO, 2015).

A mulher pode decidir, juntamente com o médico e os familiares, entre o parto normal e o cesáreo, porém é necessário que a mesma saiba sobre os riscos e benefícios de cada um para fazer a melhor escolha.

3.1 Assistência humanizada e domiciliar

O parto natural é aquele realizado sem intervenções durante todo o período

do parto e, por isso, também é chamado de parto humanizado, tendo total respeito à mulher e ternura ao bebê nesse processo. Ele é recomendado pela Organização Mundial da Saúde pelos inúmeros benefícios, já comprovados, e pela diminuição dos riscos maternos e neonatais (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – SÃO PAULO – COREN-SP, 2010).

A diferença entre o parto normal e o parto natural existe pela forma como são feitas as intervenções. Pois o parto natural se diferencia do normal por conta das condutas e atividades profissionais nas necessidades da mulher. Sendo assim com cuidados humanos, que se baseiam no respeito e na aplicação de uma intervenção quando houver uma necessidade clínica (COREN-SP, 2010).

Os profissionais possuem uma atividade fundamental, devendo respeitar o tempo, limites, desejos, anseios e expectativas de cada mulher durante todo acompanhamento no trabalho de parto. Os benefícios trazidos com a realização dessa assistência são inúmeros. Dentre eles, temos uma assistência tranquila, saudável e com menor risco, prestando todo amor e carinho necessários em um momento de adaptação à vida fora do útero (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO - UFMA; UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNA-SUS, 2015).

Com a implementação do parto humanizado, muitos profissionais estão deixando de trabalhar de forma tão intervencionista e mecânica, entendendo que é a mulher quem deve protagonizar neste processo (SOUSA; SCHARDOSIM, 2015).

Os principais benefícios do parto natural ao recém-nascido, são:

- menor risco de doenças respiratórias e de broncoaspiração (passagem das secreções do parto para o pulmão do bebê) após o parto;
- favorecimento do vínculo entre mãe e o bebê. O leite materno, após o parto natural, tem sua descida mais rápida, pois não existem os efeitos colaterais da anestesia e do pós-cirúrgico na mãe;
- e diminuição das intervenções feitas junto ao bebê e dos riscos relacionadas às manobras cirúrgicas, tornando o processo sempre natural e humanizado (UFMA; UNA-SUS, 2015).

A assistência humanizada requer do profissional princípios éticos que possam trazer total conforto para mãe e para o bebê. Diante dos processos naturais que possibilitam a interação afetiva e com o intuito de centralizar os cuidados de uma forma humanizada é necessário ter conhecimento científico para excluir qualquer risco para os envolvidos (UFMA; UNA-SUS, 2015).

Diante disso, a rede cegonha prioriza o pré-natal de qualidade, a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco. Há necessidade de organizar essa rede, pois para obter uma assistência afetiva e eficiente terá que ter todos os cuidados, antes, durante e após o parto. Essa organização da rede cegonha objetiva melhoria das condições de acesso, atendimento e acompanhamento da saúde (UFMA; UNA-SUS, 2015).

A rede nos termos do artigo 6º da Portaria nº 1459 de 24 de junho 2011, organiza-

se de quatro componentes (UFMA; UNA-SUS, 2015):



Figuras 2 – Componentes da organização da Rede Cegonha
Fonte: Adaptado de UFMA e UNA-SUS (2015).

Dentre os principais pontos preconizados para o pré-natal está a captação precoce e a inserção da mulher nesse processo para a continuidade do acompanhamento integral durante toda a gestação. Para isso, orienta-se que as equipes da atenção básica atuem fortemente no público de mulheres férteis, uma vez que isso possibilitará o acesso mais rápido delas a unidade de saúde. No parto e nascimento orientam-se ações que possibilitem, por exemplo, a presença do acompanhante e o agendamento da consulta puerperal. No puerpério e na atenção integral a saúde da criança estão as visitas domiciliares na primeira semana puerperal e o incentivo ao aleitamento materno. Já o sistema logístico está relacionado, por exemplo, ao atendimento local da gestante com classificação de risco e, se necessário, transporte até outra unidade, sendo que quem faz o acolhimento torna-se o responsável até que a transferência seja concluída (UFMA; UNA-SUS, 2015).

Com relação ao local de parto, a mulher pode optar pelo parto domiciliar ou pelo parto hospitalar. Este é essencial quando a gestante apresenta complicações que tornam a gravidez de risco, uma vez que nele há o suporte necessário para as intervenções (COSTA et al., [2000?]).

O parto domiciliar é considerado como uma ferramenta de humanização e tem sido buscado pelas mulheres graças ao compartilhamento, pelas redes sociais, de mulheres que realizaram o parto dessa forma. Um dos motivos que levam elas a essa opção é a insatisfação em não poder decidir sobre este evento tão marcante em sua vida (BRASIL, 2014).

O parto domiciliar busca tornar a mulher a protagonista desse episódio de sua vida. Para isso, deve-se respeitar a mãe diante das suas decisões e o estímulo ao bem-estar desde o início da gestação. Quando a gestante chega a 36^a semana de gestação sem nenhum risco o planejamento do parto domiciliar é fortalecido, mas se caso ela venha a ter alguma complicação que possa prejudicar sua saúde ou de seu bebê, o parto deve ser realizado no hospital e o profissional que a estava acompanhando deve se integrar a equipe de parto (COREN-SP, 2014).

Segundo a enfermeira Ivanilde Rocha, a interrupção do desejo do parto domiciliar não é frequente, pois, geralmente, pelo trabalho feito no pré-natal e o desejo da mãe em

realiza-lo em sua casa tornam-na mais cuidadosa e mais preparada psicologicamente (COREN-SP, 2014).

Após a 36^a semana de gestação o profissional responsável pelo parto passa a orientar os casais sobre os sinais de início do trabalho de parto, que pode durar de 3 a 30 horas. Nesse período, ele realiza ações para prevenir traumas e deixar que o parto aconteça no momento certo como massagens para amenizar as dores e acalmar o pai que pode se encontrar muito ansioso pelo desdobramento do ato (COREN-SP, 2014).

Além dos benefícios que a mulher adquire nessa modalidade de parto, há os benefícios para os profissionais que passam a compreender esse momento de forma mais integral. Esta experiência possibilita: melhor compreensão de que cada paciente possui características próprias para esse momento, ou seja, cada mulher tem sua forma e seu tempo para vivenciar isso; o entendimento que o fator psicológico interfere nesse processo e que a visão holística torna o atendimento mais prazeroso para a mulher, uma vez que ele contempla, além de si, a sua família; a certeza de que as ações resultantes de evidência científicas possibilitam resultados satisfatórios tanto maternos como neonatais; e a identificação de que a mãe e sua família estão satisfeitas com o processo (SANFELICE et al., 2014).

Há também algumas situações difíceis no parto domiciliar, como a transferência para o hospital. Nem sempre há uma recepção adequada devido a alguns profissionais posicionarem-se contrários a esta ação e, por isso, pode ser perigoso tanto para o profissional que acompanha o parto quanto para a parturiente (SANFELICE et al., 2014).

4 | CONCLUSÃO

A assistência à mulher no período gravídico puerperal no Brasil ainda está focada no modelo biomédico, que fragmenta o ser humano, o que tem contribuído para a permanência e ou aumento do número de procedimentos invasivos e intervencionistas durante o trabalho de parto e parto, muitas vezes de forma desnecessária e sem a participação da mulher e ou família. A consequência dessa assistência tecnocrática tem refletido negativamente nos altos índices de morbimortalidade materna e perinatal, que ainda permeiam as nossas maternidades. São mulheres jovens em plena fase reprodutiva e produtiva, que deixam seus filhos órfãos e desprotegidos.

Entretanto, nas últimas décadas, tem emergido vários movimentos governamentais e não governamentais em prol de uma assistência humanizada e holística em que se considera a pessoa como principal sujeito do seu corpo e vida e não apenas simples objeto que obedece passivamente às ordens de quem detém o poder do saber, sem qualquer questionamento. Dentro deste contexto, cabe aos gestores, profissionais de saúde e comunidade reivindicarem a implantação de políticas públicas, destinadas ao atendimento da mulher de forma mais humanizada no momento em que ela se

encontra mais vulnerável e carente de apoio emocional, como durante a maternidade.

Para tanto, é necessária a aquisição de profissionais qualificados e comprometidos de forma pessoal e profissional, que recebam a mulher com respeito, ética e dignidade, além de serem incentivadas a exercerem a sua autonomia no resgate do papel ativo da mulher no processo parturitivo, como também serem protagonistas de suas vidas e repudiarem qualquer tipo de discriminação e violência, que possam comprometer os direitos de mulher e cidadã.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. A. M.; MEDEIROS, M.; SOUZA, M, R. Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 819-27, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/12.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2017.

AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R.; PORTO, A. M. F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. **FEMINA**, Recife, v. 38, n. 8, p. 415-422, 2010. Disponível em: < http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/cesariana_baseada_evidencias_parte_I.pdf>. Acesso em 14 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da gestante**. 3. ed. Brasília – DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília – DF, 2012. Disponível em:< http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/caderno_atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf>. Acesso em: 20 maio 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. Universidade Estadual do Ceará. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília - DF, 2014. Disponível em:< http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – SÃO PAULO. Parto domiciliar. **Enfermagem em revista**, São Paulo, n.9, p. 34-39, out./dez., 2014. Disponível em:< http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/revista_dezembro_2014.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – SÃO PAULO. **Parto natural**. São Paulo, 2010. Disponível em:< http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parto_natural.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2017.

COSTA, A. M.; CECATTI, J. G.; SORRENTINO, S. R.; CANELLA, P. R. B. **Saúde materna**: componente essencial dos direitos reprodutivos. [2000?]. Disponível em:< <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude/cartilha-saude-materna-rede-feminista>>. Acesso em: 18 maio 2017.

CRIZÓTOMO, C. D.; NERY, I. S.; LUZ, M. H. B. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, [S. l.], v. 11, n. 1, p. 98-104, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a14.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; DANTAS, J. C. Efetividade de estratégias não farmacológicas, no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. *Revista Escola Enfermagem USP*, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 438-45, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a25v43n2.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

JUNQUEIRA, C. R. **Bioética**: conceito, fundamentação e princípios. Especialização em saúde da família. Universidade Federal de São Paulo. Disponível em:< http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_bioetica/Aula01.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2017.

LOCH, J. A. Uma introdução à bioética. **Temas de pediatria nestlé**, [S. l.], n. 73, p. 12-19, 2002. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/bioetica/cont/joao/umaintroducaoabioretica.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ministério lança protocolo com diretrizes para parto cesariana**. 2016. Disponível em:< <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/22946%20ministerio-lanca-protocolo-com-diretrizes-para-parto-cesariana> >. Acesso em: 15 nov. 2016.

NASCIMENTO, R. R. P.; ARANTES, S. L.; SOUZA, E. D. C.; CONTRERA, L. SALES, A. P. A. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. esp., p. 119-126, 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0119.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2017.

OLIVEIRA, S. M. J. V.; RIESCO, M. L. G.; MIYA, C. F. R.; VIDOTTO, P. Tipos de parto: Expectativas das mulheres. **Revista latino-americana Enfermagem**, [S. l.], v. 10, n. 5, set./out., p. 667-674, 2002. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a7.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2017.

OSAVA, R. H.; SILVA, F. M. B.; TUESTA, E. F.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; AMARAL, M. C. E. Caracterização das cesarianas em centro de parto normal. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1036-1043, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n6/2412.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

RÊGO, A. S.; TRINDADE, P. C.; MELO, M. C. **Saúde da mulher**: programa educativo e prático para gestação, parto e puerpério. São Luís: UEMA, 2010.

SANFELICE, C. F. O. ABBUD, F. S. F.; PREGNOLATTO, O. L.; SILVA, M. G.; SHIMO, A. K. K. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Revista Rene**, Campinas, v. 15, n.2, p. 362-370, 2014. Disponível em:< www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/download/3170/2433>. Acesso em: 14 jul. 2017.

SOUSA, K. L. G.; SCHARDOSIM, J. M. Parto **Domiciliar no Brasil**: uma revisão integrativa. 2015. 15 f. Monografia (Graduação em Enfermagem). Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia. Brasília, 2015. Disponível em:< http://bdm.unb.br/bitstream/10483/14302/1/2015_KamillaLorenaGoncalvesdeSousa.pdf> Acesso em: 23 maio 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO; UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. **Redes de atenção à saúde**: a rede cegonha. São Luís, 2015. Disponível em:<<http://www.multiresidencia.com.br/site/assets/uploads/kcfinder/files/REDE%20CEGONHA.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2017.

CONHECIMENTO DE MULHERES ACERCA DO USO DO PRESERVATIVO FEMININO: REVISÃO DE LITERATURA

Bruna Shirley Lima Dantas

Centro Universitário Estácio do Ceará- Ceará

Iolanda Maria Silva de Aguiar

Centro Universitário Estácio do Ceará- Ceará

Aline de Souza Pereira

Dra. Saúde Coletiva

Enfermeira Obstétrica

Docente do curso de Enfermagem do Centro
Universitário Estácio Ceará- Ceará

the rate of women who do not know and do not have access to this product is high. Another difficulty faced for non-adherence of the method is the high value charged (compared to the male condom) and encouragement of the health team. In the family planning consultation it is possible to make the woman protagonist and active in the care of her health.

RESUMO: No ano de 1997 o preservativo feminino chegou ao Brasil para a comercialização, e somente após alguns estudos de aceitação foi introduzido no Programa Nacional de IST\ AIDS. Mesmo com a distribuição gratuita pelo Ministério da Saúde a taxa de mulheres que desconhecem e não tem acesso a esse produto é alta. Outra dificuldade enfrentada para a não adesão do método é o alto valor cobrado (comparado ao preservativo masculino) e incentivo da equipe de saúde. Na consulta de planejamento familiar é possível tornar a mulher protagonista e atuante no cuidado de sua saúde.

ABSTRACT: In 1997, the female condom came to Brazil for commercialization, and only after some acceptance studies were it introduced into the National STI / AIDS Program. Even with the free distribution by the Ministry of Health,

1 | INTRODUÇÃO

O preservativo feminino surgiu na Europa no ano de 1992, onde o primeiro material utilizado foi o poliuretano e distribuído para mais de 120 países. Na busca pela modernização, outra empresa no ano de 2002 inicia a fabricação de preservativo feminino com um material de borracha mais natural; o látex. No ano de 1997 o preservativo feminino chegou ao Brasil para a comercialização, e somente após alguns estudos de aceitação foi introduzido no Programa Nacional de IST\ AIDS. Quando se trata de estudo, pesquisa e promoção da saúde da mulher, a temática mais procurada é câncer de colo de útero e câncer de mama. Para que a mulher seja protagonista do seu autocuidado, precisa ser vista como um ser holístico e não fragmentado; onde tenha acesso completo aos serviços, informações e programas sobre boas

práticas para contemplar a prevenção, promoção e/ou recuperação de sua saúde.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica. A pesquisa foi desenvolvida na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os seguintes descritores: preservativo feminino, anticoncepção e saúde sexual. Foram adotados como critérios de inclusão: ser artigo científico, disponível na íntegra, em idioma português. Foram selecionados quatro artigos, apenas um foi excluído por não estar coerente ao tema.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estamos em um período no qual a mulher demonstra ter a liberdade sobre seu corpo, mas ainda não possui autonomia em sua saúde sexual. Pois estudos demonstram que ao serem questionadas sobre métodos de barreira para evitar gravidez ou IST/AIDS são enfáticas sobre o uso do preservativo masculino. Muitas pacientes relatam não conhecer o preservativo feminino, outras por motivo estético seus parceiros solicitam o desuso. Mesmo com a distribuição gratuita pelo Ministério da Saúde a taxa de mulheres que ainda não tem acesso a esse produto é alta; pois a compra do preservativo feminino pelo Ministério da Saúde ainda é muito inferior comparada à compra do preservativo masculino, tornado assim sua distribuição precária e de difícil acesso. Observa-se ainda que as campanhas de prevenção das IST's ainda preconizam o preservativo masculino como principal fonte de proteção. Outra dificuldade enfrentada para a não adesão do método é o desconhecimento da paciente sobre o produto e falta de encorajamento da equipe de saúde; que sempre procura uma alternativa mais prática e rápida para seus atendimentos de planejamento familiar. O alto valor cobrado em comparação ao preservativo masculino e a insegurança sobre a eficácia do método também são fatores que dificultam nesse processo de escolha na contracepção. O local da exposição causa constrangimento a paciente. O crescente registro de pessoas com o vírus do HIV está em pacientes do sexo feminino e com parceiro fixo; portanto o incentivo do uso do preservativo feminino propõe uma redução das infecções. Na consulta de planejamento familiar é possível tornar a mulher protagonista dessa proteção contra infecções, favorecendo assim sua autonomia no cuidado.



Figura 1: Campanha de prevenção IST/AIDS carnaval 2016

Fonte: BRASIL, 2016



Figura 2: Campanha de prevenção IST/AIDS carnaval 2017

Fonte: BRASIL, 2017

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O protagonismo da mulher no autocuidado tem como principal fonte de apoio os profissionais da saúde; por serem portadores do conhecimento científico e responsáveis pela educação em saúde. Sendo fundamental que esses profissionais busquem por atualizações. Em um país onde grande parte da população é composta por mulheres, se faz necessário uma abordagem mais atenuante, visando levar o conhecimento não somente para as grandes cidades, mas sim em diversas localidades. Transmitir esse cuidado para todas as mulheres independe de sua idade e nível de escolaridade.

REFERÊNCIAS

FIGUEIREDO, Regina; CASTRO FILHO, Júlio Mayer de; BASTOS, Silvia. Introdução da oferta do preservativo feminino em serviços de atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)**, n. 46, p. 22-25, 2008.

KALCKMANN, Suzana; SANTOS, Claudete Gomes dos; CRUZ, Vanessa Martins da. Preservativo feminino de látex (L'amour): você conhece?. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)**, n. 42, p. 45-47, 2007.

Charge. Disponível: <http://portalms.saude.gov.br/campanhas/21895-campanha-de-prevencao-a-aids-no-carnaval-2016>. Acesso: agosto\2018

Charge. Disponível:http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/campanhas/Aids_Carnaval_2017. Acesso: agosto/ 2018.

CUIDADOS À SAÚDE REALIZADOS POR MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO: ESTUDO QUALITATIVO EM MUNICÍPIO DA AMAZÔNIA BRASILEIRA

Driene N. Silva Sampaio

Residência Multiprofissional em Saúde da
Mulher e da Criança, Hospital Santo Antonio
Maria Zaccaria & Universidade Federal do Pará,
Bragança PA, Brasil

Walquirene Nunes Sales

Residência Multiprofissional em Saúde da
Mulher e da Criança, Hospital Santo Antonio
Maria Zaccaria & Universidade Federal do Pará,
Bragança PA, Brasil

Brenda L. Assis Lisboa

Grupo de Estudo e Pesquisa em Populações
Vulneráveis, Instituto de Estudos Costeiros,
Universidade Federal do Pará, Bragança PA,
Brasil

Amanda C. Ribeiro da Costa

Programa de Pós-Graduação em Teoria e
Pesquisa do Comportamento, Universidade
Federal do Pará, Belém PA, Brasil

Gláucia C. Silva-Oliveira

Grupo de Estudo e Pesquisa em Populações
Vulneráveis, Instituto de Estudos Costeiros,
Universidade Federal do Pará, Bragança PA,
Brasil

Aldemir B. Oliveira-Filho

Grupo de Estudo e Pesquisa em Populações
Vulneráveis, Instituto de Estudos Costeiros,
Universidade Federal do Pará, Bragança PA,
Brasil

profissionais do sexo (MPS) e relata como essas mulheres se relacionam com os serviços de saúde ofertados no município de Bragança, Pará, Amazônia Brasileira. Esta pesquisa trata-se de um estudo qualitativo, de cunho descritivo, realizado com 20 mulheres que exercem atividades de prostituição no município de Bragança. Por meio de entrevistas, as profissionais do sexo forneceram informações demográficas, sociais, laborais e relacionados aos cuidados de saúde adquiridos e praticados. Tais informações foram copiladas em três categorias: o cuidado que vem de casa, onde as mulheres identificaram principalmente cuidados com higiene e o uso de plantas medicinais nos cuidados de saúde; o cuidado a partir de informações entre profissionais do sexo, onde houve relatos de obtenção de conhecimento por meio de mulheres profissionais do sexo estabelecendo uma rede de cuidados e troca de experiências; e o cuidado aprendido com profissionais de saúde, onde foi observado o uso concomitante dos saberes tradicionais e o sistema oficial de saúde. Em suma, este estudo detectou a necessidade de estudos interdisciplinares no município sobre a temática a prática de cuidados à saúde utilizando ervas medicinais, uma vez que isso é algo muito comum na região amazônica, afim de aperfeiçoar as estratégias e políticas públicas ofertadas a este grupo de vulneráveis.

RESUMO: Este estudo descreve as percepções e as práticas de saúde no cotidiano de mulheres

PALAVRAS-CHAVES: Cuidados à saúde; Conhecimento tradicional; Mulheres profissionais do sexo.

HEALTH CARE PERFORMED BY FEMALE SEX WORKERS: QUALITATIVE STUDY IN A MUNICIPALITY OF THE BRAZILIAN AMAZON

ABSTRACT: This study describes the perceptions and practices of health in the daily life of female sex workers (MPS) and reports how these women relate to health services offered in the city of Bragança, Pará, Brazilian Amazonia. This research is a qualitative, descriptive study carried out with 20 women who carry out prostitution activities in the city of Bragança. Through interviews, the sex workers provided demographic, social, labor, and related health information acquired and practiced. Such information was compiled into three categories: home care, where women identified primarily hygiene care and the use of medicinal plants in health care; care based on information among sex workers, where there were reports of obtaining knowledge through female sex workers establishing a network of care and exchange of experiences; and the care taken with health professionals, where it was observed the concomitant use of traditional knowledge and the official health system. In summary, this study detected the need for interdisciplinary studies in the municipality on the subject of health care practice using medicinal herbs, since this is very common in the Amazon region, in order to improve the strategies and public policies offered to this group of vulnerable.

KEYWORDS: Health care; Traditional knowledge; Professional sex women.

1 | INTRODUÇÃO

A saúde é “um conceito positivo, um recurso cotidiano que implica um estado completo de bem-estar físico, social e mental e não apenas a ausência de doença e/ou enfermidade” (World Health Organization, 1993). Em consequência disso, a saúde pode ser considerada como “[...] um direito fundamental do ser humano e um requisito indispensável para o desenvolvimento social e econômico” (Dias, 2006).

Designar um indivíduo como sendo saudável ou doente, é considerar em parte que este se enquadra em um determinado patamar no que se refere à sua relação com o meio e com o seu corpo. Assim, a saúde de um indivíduo torna-se um dos componentes fundamentais para o seu bem-estar social. Os indicadores que determinam o estado de saúde de uma determinada pessoa “[...] são componentes essenciais de indicadores mais complexos de qualidade de vida” (Chaves, 1998), isto é, quando se profere o termo “indivíduos saudáveis” existe uma extensão às escolas, famílias, cidades, enfim, todo o contexto micro e macro que envolve o indivíduo e que lhe proporciona condições favoráveis à promoção da sua própria saúde.

A promoção da saúde pode ser entendida como um processo complexo no qual os indivíduos são capacitados, consciente ou inconscientemente, a procurar um estilo

de vida, de aprendizagem e de trabalho propício ao desenvolvimento da saúde (Dias, 2004). Isto é, trata-se da promoção de mudanças em dimensões, como: curricular, psicossocial, ecológica, comunitária e organizacional; pressupõe-se comportamentos que para além de saudáveis, sejam “[...] potenciadores das capacidades funcionais, físicas, psicológicas e sociais das pessoas”, sendo por isso um processo dirigido a todos os indivíduos, na presença ou ausência de doença (Pires *et al.*, 2009).

A promoção da saúde é “[...] uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam realizar ações e atingir condições de vida conducentes à saúde” (Candeias, 1997). A responsabilização do estado de saúde dos indivíduos não deverá recair somente sobre estes, mas sobre o sistema organizacional e estrutural de um determinado país. Este é o principal responsável pela gestão e aplicação de apoios que permitem formar indivíduos com autocontrole e autonomia em face à sua saúde. Não se pode negligenciar o papel importante que o indivíduo tem perante o seu bem-estar, mas, também, não se deve apenas concentrar toda a responsabilidade a ele, já que este é fruto do meio. Portanto, uma má gestão de recursos e falta de assistência do contexto que o envolve, como o não acesso à saúde ou (in)formação, são fatores favoráveis à doença ou à ausência de saúde (Pires *et al.*, 2009).

Frequentemente, os conceitos de promoção da saúde e de educação em saúde são utilizados de forma semelhante. No entanto, é fundamental delinear a barreira que os separa e os distingue. Assim, enquanto que a promoção de saúde é entendida como sendo um conceito amplo, que inclui distintas estratégias de atuação, a educação em saúde pode ser entendida como um instrumento ou uma estratégia concreta para a promoção de saúde, recorrendo a métodos ativos e participativos, de forma que os indivíduos adquiram autonomia e responsabilidade face às suas decisões enquanto agentes da sua própria saúde (Pires *et al.*, 2009; Candeias 1997).

Atualmente, aceita-se que o campo de ação da educação em saúde é toda a comunidade. Logo, todas as pessoas que se prostíbem nas ruas, nos bares, nos postos de combustíveis e etc., ou seja, em qualquer lugar, em uma determinada comunidade, deverão ser abrangidas por estratégias da educação em saúde. Desse modo, qualquer pessoa, seja qual for a idade, sexo e condição econômica, deve ser beneficiada pela educação em saúde.

A prostituição é um fenômeno multifacetado complexo, presente no cenário social brasileiro e em diversos outros países resultante de processos sociais excludentes. A prostituição “[...] consiste em uma relação sexual entre pessoas, na qual o vínculo determinante não é o afeto ou o desejo recíproco, mas o ato de proporcionar prazer sexual em troca de dinheiro ou outro tipo qualquer de benefício [...]” (Zeviani *et al.*, 2012). A prostituição se compõe de um contrato previamente estabelecido entre a profissional e o cliente, compostos pelos seguintes eixos: o serviço prestado, o preço e o tempo. Aliás “não existe uma explicação única para a prostituição, porém, vários são os motivos para praticá-la, dentre eles, os mais referidos são: o fator econômico; o abandono familiar; a dificuldade de integração no mercado de trabalho; e a baixa

escolaridade” (Zeviani *et al.*, 2012; Costa *et al.*, 2014).

No Brasil, a prostituição encontra-se disseminada em grandes cidades e municípios de médio e pequeno porte. “Estima-se que a população de profissionais do sexo no Brasil seja em torno de 1% da população feminina de 15 a 49 anos de idade, ou seja, aproximadamente meio milhão de mulheres” (Costa *et al.*, 2014). “Mulheres profissionais do sexo são consideradas como um dos subgrupos da população brasileira que está exposto aos graus mais altos de vulnerabilidade social e programática à infecção por HIV” (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2011). Isto é, essas mulheres estão entre os grupos mais vulneráveis não só em relação a saúde sexual, mas também na reprodutiva, e assim estão propícias a apresentar em determinado período de vida: gravidez não planejada, câncer do colo do útero, infecções sexualmente transmissíveis, etc. Isso é devido a fatores relacionados a atividade de trabalho e a vulnerabilidade no contexto social, como: pouco acesso aos serviços de saúde, a violência, estupro, a relação sexual desprotegida, início precoce da atividade sexual, elevado números de parceiros sexuais, uso de drogas psicotrópicas, etc.

*“O trabalho das profissionais do sexo é caracterizado por grande vulnerabilidade, pois é uma população de alto risco para o câncer uterino e, também, para doenças sexualmente transmissíveis, pois apresentam elevados fatores de risco como o número de parceiros sexuais, início precoce da atividade sexual, prática do sexo sem segurança e situações associadas como consumo de drogas lícitas e ilícitas” (Costa *et al.*, 2014).*

As políticas de saúde para profissionais do sexo no Brasil tiveram desde seu surgimento um caráter higienista. Historicamente, as ações de educação em saúde voltadas para as mulheres profissionais do sexo foram direcionadas, em sua maior parte, ao controle e a prevenção da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), comumente conhecido como HIV e ao controle do câncer do colo do útero. Em 1996, o Ministério da Saúde lançou a série “Manual do Multiplicador – Prevenção às DST/HIV”, por meio do Programa Nacional de DST/AIDS, esse manual foi dirigido a segmentos específicos da população, como profissionais do sexo.

Outras ações específicas a este grupo populacional foram observadas por meio das ações realizadas por entidades de representação e apoio a mulheres profissionais do sexo. No Brasil, desde 1979, as mulheres profissionais do sexo se organizam em associações, afim de, apresentar e reivindicar demandas específicas por meio de uma organização política ao estado e à sociedade. No Pará, o Grupo de Mulheres Prostitutas da Área Central de Belém do Pará é um dos grupos mais influentes na Amazônia. Foi fundada em 1990 e promove diversas ações de educação em saúde voltadas a mulheres profissionais do sexo. Atualmente, essas ações compreendem o controle e a prevenção à infecção pelo HIV e controle do câncer do colo do útero, além de questões relacionadas com o aborto e a saúde mental (Ministério da Saúde, 1996). No Brasil, poucos estudos foram desenvolvidos sobre as percepções e as práticas de

saúde em mulheres profissionais do sexo.

Este estudo foi desenvolvido no município de Bragança, nordeste do Pará. Nesse município paraense há um intenso comércio sexual, facilmente observado em áreas de circulação de pessoas, como: feiras, portos, praças, bares e postos de combustíveis. Possivelmente, isso seja reflexo da falta de condições socioeconômicas da população, da exploração da atividade turística proporcionada pelas belezas naturais e históricas do município e do grande número de pessoas envolvidas no intenso comércio da área costeira, como a venda de peixes e crustáceos. Desse modo, identificar o perfil das mulheres que atuam no comércio sexual no município de Bragança, assim como o que aprenderam e fazem para a promoção de sua própria saúde é muito importante para o direcionamento de estratégias e políticas públicas eficazes na área da saúde desse grupo de vulneráveis. Este estudo descreve as percepções e as práticas de saúde no cotidiano de mulheres profissionais do sexo e relata como essas mulheres se relacionam com os serviços de saúde ofertados no município de Bragança, Pará, Amazônia Brasileira.

2 | MÉTODOS

Área do estudo

Este estudo foi desenvolvido município de Bragança, nordeste do Pará, Amazônia Brasileira. Estima-se que 120.124 pessoas residem no município de Bragança, o qual possui uma área de 2.090 km², índice de desenvolvimento humano (IDH) em torno de 0,6 e cerca de 10% da população, acima de 10 anos, é analfabeta. O município de Bragança se destaca pelas belezas naturais e imensa riqueza histórica e cultural. Campos naturais, áreas de mangue, praias, rios, igarapés e ilhas constituem atrativos que anualmente intensificam o fluxo de pessoas e produtos no município. A economia de Bragança é baseada na pesca, sendo também detectada atividade expressiva no extrativismo de caranguejos e na agricultura. Os monumentos históricos e a forte expressão cultural dos bragantinos também são outras riquezas facilmente observadas no município (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017). As áreas portuárias e diversos pontos de lazer no município de Bragança se destacam como importantes pontos que intensificam o comércio sexual.

Desenho do estudo e método de amostragem

Este trabalho pode ser caracterizado como um estudo qualitativo, de cunho descritivo. O método qualitativo pode ser aplicado ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e opiniões, produtos das interpretações que os seres humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus aparatos e a si mesmos, sentem e pensam (Minayo, 1998).

O público-alvo do estudo foram mulheres profissionais do sexo que atuam no município de Bragança. Para acessar essas mulheres, a amostragem por conveniência foi utilizada. Na amostragem por conveniência, as participantes do estudo foram escolhidas por conveniência ou por facilidade (Medronho, 2008). Neste estudo, a conveniência ocorreu no por meio da seleção de mulheres que compreenderam os objetivos do estudo e se disponibilizaram em colaborar com a execução do mesmo. Sendo que, a definição do número amostral final foi estabelecida a partir da detecção do fornecimento de dados repetidos pelas participantes do estudo, ou seja, pela saturação dos dados (Fontanella *et al.*, 2008).

Nesta pesquisa, duas mulheres profissionais do sexo foram convidadas a participarem do estudo, cada qual já atuava há, pelo menos, um ano em conhecidos pontos de comércio sexual no município de Bragança, feira livre e bar à beira da estrada para a praia de Ajuruteua. Essas duas mulheres indicaram outras duas profissionais do sexo para participar da pesquisa. Cada nova recrutada indicava outra mulher e, assim sucessivamente, até a saturação dos dados. Em dia, horário e local, os pesquisadores e as mulheres profissionais do sexo se encontraram para a coleta de informações. Essas informações foram obtidas por meio de entrevista aberta e com áudio gravado, sendo que a condução da entrevista foi a partir de um roteiro com perguntas acerca das características, da vivência como profissional do sexo e a sua relação com os cuidados de saúde. Posteriormente, as entrevistas gravadas foram transcritas digitalmente para análise de padrões sobre o fenômeno em estudo. As respostas das mulheres profissionais do sexo possibilitaram a identificação da percepção e das práticas de saúde e, também, da relação das participantes com o serviço de saúde local, naquilo que parte da consciência e do vivido em relação ao pesquisado.

A coleta de informações ocorreu no período de março a setembro de 2017. Os locais de coleta foram salas de estabelecimentos comerciais, de centros comunitários ou nas casas das participantes, todos os locais situados no município de Bragança. Destaca-se que, as características originais da fala das participantes foram conservadas, podendo assim a escrita apresentar vícios e erros da linguagem corrente. No presente estudo, as participantes foram identificadas com a sigla MPS, oriunda de Mulheres Profissionais do Sexo, seguida de numeração, garantindo assim o anonimato delas.

Os critérios de inclusão utilizados neste estudo foram: (I) estar exercendo a atividade de prostituição no município de Bragança a, pelo menos, seis meses; (II) ter idade igual ou superior a 18 anos; e (III) concordar em participar voluntariamente da pesquisa. A afinidade, a disponibilidade para participar do estudo e a própria dinâmica do trabalho de campo influenciou na inclusão ou exclusão de participantes.

Produção e análise dos dados

Para a produção de dados foram realizadas entrevistas constituídas de perguntas

abertas, as quais foram gravadas por equipamento adequado e, posteriormente, transcritas. Essas entrevistas foram guiadas por um roteiro com perguntas para caracterização social, demográfica e de trabalho das mesmas, além de identificar as percepções e as práticas de saúde adquiridas durante a infância e adolescência e no cotidiano das mulheres profissionais do sexo, assim como a relação dessas mulheres com os serviços de saúde ofertados no município de Bragança.

As percepções e as práticas em relação ao corpo e a saúde foram buscadas com intuito de descrever as estratégias de educação e promoção da saúde, adquiridas e utilizadas pelas mulheres profissionais do sexo no município paraense de Bragança. Para tal, o estudo descreve as práticas de saúde a partir de três categorias: cuidados que vêm de casa e foram aprendidos no contexto da família; cuidados adquiridos na vida profissional, que advêm da própria experiência na atividade e no convívio entre as mulheres profissionais do sexo; e cuidados ensinados por algum profissional dos serviços de saúde. Essas três categorias utilizadas neste estudo foram identificadas e descritas em outro estudo realizado com mulheres profissionais do sexo no município de Santa Maria no Estado do Rio Grande do Sul (Bonadiman *et al.*, 2012).

Aspectos éticos

Este estudo está vinculado ao projeto de pesquisa “Histórias, percepções e cuidados de mulheres profissionais do sexo que atuam na região costeira do Pará, norte do Brasil”, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Núcleo de Medicina Tropical da UFPA. Desse modo, o estudo foi conduzido de acordo com os Critérios de Ética em Pesquisa indicados pela Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (Brasil).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características das mulheres profissionais do sexo

No total, 20 mulheres profissionais do sexo participaram do estudo. Essas mulheres apresentaram idades de 18 a 54 anos, com média de 26 anos. Todas se declararam negras ou pardas. Sendo que, a maioria delas afirmou estar solteira ou dentro de outras denominações de relacionamento, corresponderam, assim com 80% das respostas. Além disso, 80% das mulheres informaram ser naturais do município de Bragança ou municípios circunvizinhos. Todas informaram também ter iniciado a vida sexual antes dos 18 anos, variando de 12 a 17 anos, correspondendo assim aos dados de que “em quase todas as partes do mundo, a primeira atividade sexual das meninas ocorre na adolescência tardia, entre 15 e 19 anos de idade” (Organização Mundial de Saúde, 2009).

Já em relação à prostituição, a maioria delas informou que realizou a 1ª troca de

sexo por dinheiro aos 16 anos, variando entre 14 a 23 anos. Apenas uma participante informou ter se prostituído pela primeira vez após 18 anos de idade. Cerca de 40% delas informaram não ter filhos e 70% relataram já ter realizado aborto. Os dados são semelhantes a estudos realizados por outros autores onde “a média de idade das mulheres foi de 26,1 anos, sendo que a maioria tinha nove ou mais anos de aprovação escolar, era solteira e teve coitarca antes dos 15 anos” (Pogetto *et al.*, 2012).

De forma geral, a maioria das mulheres afirmou não ter um ponto fixo para realizar de programas sexuais, sendo que os locais de comércio sexual mais informado foram bares. As mulheres profissionais do sexo relataram existir no município de Bragança diversos serviços de prostituição que vão desde boates, apartamentos até bares populares e ponto de rua. Outro estudo informa a existência dos seguintes locais de prostituição: ruas, praças, praias, região portuárias, boates, drink bares, casas, salas, bordeis, privês, espaços de lazer, termas (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2011). Qualquer lugar pode se tornar espaço de trabalho para um/a trabalhador/a sexual, mesmo bairros residenciais, apesar de que isto não seja propriamente aceito pelo público, de modo geral (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2011; Silva *et al.*, 2010).

Com relação ao tempo total de prostituição, a média de tempo em que realizavam programa era de 10,1 anos, variando de 1 a 40 anos de prostituição. Essa grande variação no tempo de prostituição foi encontrada não só em relação às entrevistadas, mas no contexto geral da pesquisa (Bonadiman *et al.*, 2012). Em relação aos benefícios sociais, 90% das mulheres informaram não estar vinculadas a programas sociais do governo federal e estadual. Todas informaram a prostituição como principal fonte de recurso e, que após entrarem para o comércio sexual permanecem nele até o momento, mesmo em cenário adverso e com poucas possibilidades de transformação, essas mulheres iniciam na prostituição para aquisição de recursos e bens de consumo, demonstrando que as desigualdades sociais, são ainda os principais motivos para prostituição.

Em relação ao valor do programa sexual, verificou-se que o mesmo varia de R\$40 a R\$250, tendo uma das entrevistadas relatado receber cerca de R\$ 1.800 por semana (não referindo o valor do programa), outras entrevistadas não souberam informar o valor por elas recebidos durante o programa, pois estas mulheres informam uma outra modalidade de pagamento pelos serviços prestados, por elas identificados como “bançar” ou “manter”, que significa custear, pagar ou financiar neste caso, sejam questões ligadas as necessidades básicas, pessoal e/ou estéticas e de beleza das profissionais do sexo.

“Geralmente, eles me dão roupas, perfumes, essas coisas assim, e também me dá um dinheiro” (MPS 6).

Nesse contexto, a profissional perde a noção do valor pago pelo serviço por ela prestado, passando o pagamento a ser chamado de “presente”.

“Sim, e como eu já tenho meus clientes fixos né? Então não tenho noção e eles que me, eles me presenteiam na verdade né?” (MPS 7).

A legislação brasileira inseriu a prostituição como parte da Classificação Brasileira de Ocupações em 2003, o que denota que a prostituição vem sofrendo profundas transformações. Porém, essa mudança na legislação não garante a essas mulheres, ainda que façam parte da classe trabalhadora, vivenciar condições dignas de trabalho, desse modo, condições adversas são comumente relatadas, incluindo à total inexistência de garantias sociais ou trabalhistas. Assim, “as MPS trabalham, geralmente, em lugares que não lhe oferecem condições de trabalho adequadas ao exercício de sua atividade. Dependendo do local onde realizam seu programa, as mulheres enfrentam situações muito precárias de higiene e segurança” (Silva *et al.*, 2010).

Nesse estudo, observa-se que a prostituição é uma atividade com reduzida remuneração, quando considerada os riscos à saúde sexual e reprodutiva, a instabilidade financeira, discriminação social vivenciadas por essas trabalhadoras e a violência.

“Os determinantes socioeconômicos atravessam as questões de gênero e também podem se constituir em barreiras para a acessibilidade aos serviços de saúde. Isso coloca a necessidade de articularmos gênero e classe social como a formação contemporânea das identidades. A relação entre vulnerabilidade e pobreza é consistente, havendo mesmo uma aparente associação entre a instabilidade profissional que atinge os jovens das camadas populares (e seus familiares) e a busca de novas estratégias de sobrevivência, nem sempre compatíveis com os ditames da lei e da moral vigentes. Esse quadro social desfavorável foi agravado a partir da década de 1980 com o advento da aids e a posterior globalização da epidemia, aumentando a vulnerabilidade das camadas populares, que tem menos acesso aos recursos e as informações em saúde” (Santos, 2011).

A invisibilidade social observada nos depoimentos das mulheres profissionais do sexo pode tornar esse público mais vulneráveis as questões relacionadas a saúde. Nesse ponto, o conceito de saúde apresentado pela maioria dessas mulheres denota um estado de ausência de doenças.

“Pra mim saúde é se sentir bem, não se sentir doente ou se sentir saudável. Pra mim saúde é se sentir bem mesmo” (MPS 14).

“(Risos)... saúde eu acho que é quando a gente não tá sentindo nada, a gente tá bem (Risos), a gente só tá doente quando tá sentindo alguma coisa” (MPS 3).

Essas mulheres informam formas de cuidados essenciais para a manutenção e cuidados de saúde, onde se destaca o uso da camisinha e o acompanhamento de saúde em estabelecimentos oficiais. Todas as mulheres profissionais do sexo afirmaram utilizar camisinha nas relações sexuais. Ainda que relatados pelas entrevistadas a utilização da camisinha, observamos ainda fragilidades bastante pertinentes, algumas

profissionais do sexo relatam não utilizar o preservativo com os parceiros fixos (namorados, companheiros, maridos e etc.).

“As vezes eu faço com outras sem. É mais sem do que com preservativo, com camisinha. É mais sem, sem preservativo mesmo. Geralmente com os clientes mais fixos é sem preservativo” (MPS 16).

“Ah então né? Como tem isso né e tal? Eu te confesso que as vezes fica pra lá. O uso do preservativo com ele, com o meu parceiro né? Com meu marido” (MPS 17).

Além disso, algumas mulheres relataram que deixam o uso da camisinha quando há uma exigência do cliente ou quando há um pagamento maior para isso:

“Bom, depende. Se o cliente pedir que não use, ai ele se ele pagar mais, ai a gente não usa, eu não uso, mas por uma opção dele, mas eu sempre procuro ter um pouco de cuidado” (MPS 4).

“Sim! Se caso ele não quiser, eu não uso. Às vezes, eu também já cobrei por não usar, mas não deu muito certo” (MPS 19).

E ainda quando o cliente utiliza estratégias para burlar a negociação prévia do programa, afim de não utilizar a camisinha.

“É assim, sempre ficar olhando pro cliente por que tem deles que quer estourar a camisinha escondido. Aí eu sempre uso camisinha mesmo, mas eu fico assim vendo se ele não procura rasgar a camisinha” (MPS 2).

Os relatos apresentados pelas profissionais do sexo são semelhantes aos relatos encontrados em outras pesquisas, que procurou verificar o comportamento de prostitutas quanto à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e da AIDS e como estão se prevenindo, sendo evidenciado que, muitas delas, não utilizam o preservativo, em todas as relações sexuais:

“A busca de afetividade nos relacionamentos, seja com o companheiro, namorado ou cliente fixo surge como possível fator impeditivo para adoção de comportamentos preventivos consistentes e seguros” (Moura et al. 2010).

Já outro estudo afirma que:

“Uma renda familiar diminuta pode dificultar o acesso aos métodos preventivos, tornar a prostituta mais susceptível a aceitar o não-uso do método em troca de uma quantia maior, deixando-a mais vulnerável à aquisição de DST” (Nicolau et al., 2008).

Já entre as formas de negociação para uso do preservativo entre a profissional do sexo e cliente a utilização do preservativo feminino é uma medida que pode ser adotada, uma vez que independe da aceitação do parceiro (Oliveira et al., 2008). A

questão da não utilização do preservativos em todas as relações sexuais demonstra a necessidade da educação em saúde para a vivência do sexo seguro, e a necessidade se enfatizar para este público os riscos e vulnerabilidades a que estão expostos e as possibilidades e meios de prevenção.

O cuidado que vem de casa:

“Eu aprendi com a família que me criou, porque assim, quando a gente mora no interior, mas o que o pessoal faz é isso” (MPS 9).

Nesta categoria, encontram-se os cuidados com higiene e o uso das garrafadas como prática central de cuidados de saúde e bem-estar, configurando os mesmos como aprendidos no ambiente familiar, e utilizados como estratégias de saúde também no contexto da prostituição.

Ao referir os cuidados aprendidos em casa, essas mulheres relatam os cuidados com a higiene pessoal, como presente no relato a abaixo:

“Lembro de alguns, como escovar os dentes, tomar banho, se lavar direito.... Quem me ensinava era minha mãe e minha professora de escola. E eu acho muito importante isso que elas me ensinava” (MPS 12).

Identifica-se uma importante reflexão sobre o tema da higiene encontrada no seguinte estudo:

“Quanto às questões de cuidado com a higiene, Pasini (2000) encontrou em seu estudo essa preocupação com o corpo por parte das prostitutas. Suas entrevistadas revelavam, por exemplo, lavar com duchas as partes do corpo que entraram em contato com os clientes após o programa. Esse cuidado é entendido pelas mulheres de duas maneiras: relacionado a uma maneira de distinguir as relações que mantinham com seus companheiros e com seus clientes – como modo de demarcar fronteiras entre as diferentes relações – e enquanto forma de cuidar da saúde” (Bonadiman et al., 2012).

Outro hábito relatado por algumas das mulheres entrevistadas e tido por elas como um cuidado aprendido no ambiente familiar refere-se ao uso das Garrafadas, que são comumente utilizadas na cultura popular da Amazônia, tratam-se do uso do conhecimento popular para produção de uma mistura de ervas, cascas e raízes, associados a outros ingredientes naturais, que segundo a tradição popular, esses preparos são utilizados para diversos fins, neste caso, utilizados como remédio para manter a saúde do órgão sexual e reprodutivo feminino e combater infecções. São plantas comumente encontradas nos quintais ou de fácil acesso e baixo custo em mercados e feiras. Podem ser utilizadas na forma de chás, pastas, banhos de acento e outros, sendo principalmente referido pelas profissionais do sexo o uso do Barbatimã, do Pau de Verônica, Aroeira entre outros.

“E ai eu não queria muito, tinha aquele de ir no posto e me abrir pro doutor né? Ai só que eu tinha aquelas receitas da minha mãe caseira e eu acabava tomando, que era barbatimão com verônica e fazia chás, fazia pastas e tal” (MPS 1).

Ao se falar do local de pertencimento dessas mulheres é importante situar não só um espaço geográfico com peculiaridades geográficas e ambientais, mais como um complexo espaço que abarca um rico ecossistema e diversidade de plantas e animais, mais também de populações e culturas, que se misturam com práticas culturais que formam a complexa rede que configura a região.

“Olha quando a gente mora no interior a gente aprende muita coisa de remédio, sou mesmo de tomar remédio do mato (Risos). Eu faço asseio, eu compro aquelas cascas de pau, aroeira, barbatimão, pau de verônica, faço em casa, boto na geladeira, ai bebo, ai quando não eu me asseio” (MPS 17).

O uso de plantas medicinais comumente encontradas na região, apresentam importantes elementos para compreender os processos de saúde e doença e os sistemas de saúde presente na região. Essas interações, apresentam-se intensamente, através da cultura, que em suas múltiplas facetas nos permite analisar o objeto de estudo em diversos enfoques, obtendo importante inflexões à cerca dos grupos sociais e de suas práticas culturais referenciada pela identidade local.

A cultura pode ser definida como um conjunto de elementos que mediam e qualificam qualquer atividade física ou mental, que não seja, determinada pela biologia, e que sejam compartilhados por diferentes membros de um grupo social. Trata-se de elementos sobre os quais os atores sociais constroem significados para as ações e interações sociais concretas e temporais, assim como sustentam as formas sociais vigentes, as instituições e seus modelos operativos. A cultura inclui valores, símbolos, normas e práticas. (Langdon e Wilk, 2010).

Daí pode-se deduzir sobre a enorme contribuição que as práticas locais de saúde têm para a população local, na preservação dos saberes, no trato da saúde e na preservação de práticas culturais que envolvem o respeito ao meio ambiente, devido sua relação com plantas e ervas medicinal. Desse modo, “a cultura, antes de tudo, oferece uma visão de mundo, isto é, uma explicação de como o mundo é organizado, de como atuar em um mundo que ganha sentido e é valorado através da cultura” (Langdon e Wilk, 2010).

Apesar do modelo hegemônico de cuidados em termos de saúde ser o modelo biomédico, é bastante presente os cuidados de saúde que envolvem o uso de conhecimentos da natureza, principalmente na região norte, devido as especificidades geográficas, socioeconômicas e culturais, sendo esse conhecimento presente no dia-a-dia de diversas comunidades rurais, ribeirinhas, quilombolas e indígenas. Trata-se de uma prática comumente ensinada entre gerações e está presente no cotidiano dessas famílias.

“A gente mistura, pega um pedaço do barbatimão, da verônica, unha de gato, aroeira, bota numa vasilha e ferve com um pouco de água, ai deixa esfriar, a gente bota na geladeira e tu vai bebendo feito água e também pode fazer asseio” (MPS 11).

De acordo com Silva *et al.* (2017), a família é o primeiro contato com o cuidado, a família é a principal fonte de transmissão desses conhecimentos, obtendo influência cultural significativa na vida dos indivíduos. A inserção das práticas alternativas no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS), está em discussão desde 1986, com a 8ª Conferência de saúde, que só se consolida a partir de 2006, com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNIC), e posteriormente, ainda no mesmo ano com a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), que reconhece que a utilização das plantas medicinais é culturalmente aceita entre a população, e estabelece as diretrizes e linhas prioritárias para garantir o acesso seguro, a qualidade, eficácia e o uso racional dessas plantas, além de ampliar as ações terapêuticas com plantas medicinais aos usuários afim de possibilitar a escolha de práticas democráticas de cuidado, por meio da atenção integral.

Cuidados aprendidos na vida profissional:

“Eu aprendi, me ensinaram, as mais experientes me ensinaram muitas coisas legal, muito útil para se manter bem nessa vida” (MPS 6).

No que se refere as trocas realizadas entre profissionais do sexo observamos que há um intenso fluxo de trocas de conhecimento realizados entre elas. Essas mulheres compartilham entre elas histórias de vida, trocas que favorecem a atuação na profissão, práticas de cuidados entre outras.

“Às vezes aparecia, eu tava sem dinheiro, ou eu fazia, ou então eu ia perder o dinheiro e no outro dia? Ai a minha amiga dizia assim: -não tu tem que fazer quando aparece. As vezes a gente quer o dinheiro mas não tem o cliente” (MPS 3).

Assim as trocas realizadas entre elas parecem favorecer a realização da atividade, e o desempenho individual, e assim formam uma rede de cuidados.

“Sim! Às vezes a gente... elas sempre passava né?! Como elas eram mais experientes que eu, sempre davam dicas de como tratar o cliente, e cuidar de si, do corpo e da própria saúde também. E até levar pro hospital, consultar, pra ter uma” (MPS 8).

Essa rede de cuidados, formam também laços de familiaridade e solidariedade entre elas.

“Mas, convivi um pouco lá. A dona de lá sempre prezava a saúde das meninas, então esse tipo de informações, essas trocas, sempre ocorria. Ai elas falavam, conversando, até porque tenho umas amigas que ainda moram lá” (MPS 6).

Um ponto interessante no relato dessas mulheres é quanto a questão da menstruação, entre as que afirmam realizar programa durante o período menstrual. No relato abaixo observamos a questão das trocas de experiências de vida, e dos cuidados aprendido afim de favorecer o desempenho pessoal e a manutenção do contrato comercial sexual.

“O que eu aprendi eu ensinei. Uma vez tinha uma menina menstruada e eu falei pra ela, olha usa o algodão. Ai eu ensinei, pega a bolinha de algodão, molha, e ela foi... É porque é assim, a gente quando tá menstruada e vai fazer programa a gente molha um pedacinho de algodão e encaixa dentro da vagina. Então ele não percebe” (MPS 3).

Cuidados ensinados por algum profissional dos serviços de saúde:

Entre as entrevistadas foi observado o uso concomitante dos saberes tradicionais e uso do sistema oficial de saúde. Essas mulheres não se opõem ao sistema oficial de saúde, porém reconhecem a existência de limitações no SUS, seja na questão do diagnóstico e demora quanto aos resultados de exames, na escassez de materiais e de equipamentos, ou na falta de profissionais qualificados para atender a este público de forma a garantir de fato qualidade no atendimento das demandas por elas apresentadas.

“Sim, sim! As vezes tem muita dificuldade. Não especificamente no CTA não, é tu tem um atendimento bem... mas em hospital assim, ainda é um... é um tabu, as pessoa num se sente a vontade em falar e pra dizer a o... o, de fato, o que é o teu caso, porque que tu fazendo aquilo em fim” (MPS 9).

“O ambiente aqui da comunidade é bem agradável! Assim, eles tentam é... instruir a gente neste modo de cuidar da saúde, só que por... pela minha profissão sempre existe um certo de preconceito assim, mas nunca que deixe de atender a gente bem não” (MPS 4).

Neste estudo os locais mais relatados pelas profissionais do sexo que procuraram as unidades de saúde foram as Unidades Básicas de Saúde (UBS), de seus territórios ou as mais perto, representando o papel de fato das UBS, de serem porta de entrada dos serviços de saúde. O Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), como espaço que capta essas mulheres através de palestras e visitas in loco, sendo o mais citado durante a pesquisa; e o hospital.

O serviço de saúde tem suma importância na veiculação da informação, pois é lá que a população busca atendimento de saúde e onde há a condição de serem obtidas as informações corretas sobre as formas de prevenir e/ou tratar problemáticas de saúde, sem incorrer em riscos desnecessários ou utilizar métodos ou tratamentos inadequados. Em relação à prevenção de DST, é nas UBS que a população pode ter acesso aos preservativos, então, os profissionais presentes nas unidades podem aproveitar esses momentos e transmitir informações sobre os métodos de prevenção e como utilizá-los corretamente (Oliveira *et al.*, 2008).

As principais demandas por elas citadas ao procurarem os serviços de saúde referem-se as questões relacionadas aos cuidados ginecológicos, a realização de exames de sorologias para identificação de algum patógeno. Tendo ainda algumas referido em menor quantidade, procurarem o hospital em caso de gripe, hipertensão e diabetes. E a partir daí, uma série de situações são relatadas como questão de vulnerabilidade dentro dos serviços públicos de saúde para atender a essas mulheres e suas demandas, tais relatos referem-se a discriminação devido a profissão, a demora para realizar e receber os resultados dos exames, representando sérios entraves de acesso.

“Olha, por conta dessa demora né? Que se tu faz um exame no mês tu vai receber três, quatro meses depois, esse... esse resultado, é muito estressante né?” (MPS 7).

Em um estudo realizado nos municípios de Porto Alegre e Rio de Janeiro, que investigou e avaliou os serviços de prevenção, assistência médica e tratamento das DST/HIV/AIDS oferecidos pelo sistema público de saúde a profissionais do sexo, também conseguiu captar as percepções e avaliar o acesso de grupo de vulneráveis aos serviços de saúde pública disponíveis nos anos de 2008 e 2009. Todas as profissionais do sexo ouvidas no estudo têm acesso relativamente fácil a serviços de saúde, fazem controles ginecológicos regulares e realizam testes periódicos de HIV. A maioria investe muito nos cuidados com a saúde, exatamente em razão do trabalho que realizam. Essas mulheres dizem que estar bem de saúde é fundamental para seu desempenho profissional. Praticamente todas reconhecem os riscos do HIV e das IST como sendo inerentes ao trabalho sexual, têm grande preocupação com a saúde sexual e buscam sistematicamente serviços ginecológicos. Entre as entrevistadas, apenas uma não se insere neste padrão (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2011).

As informações detectadas neste estudo em muito se contrapõe a realidade verificada no município de Bragança. Ainda que os municípios em questão apresentem imensas diferenças entre número de pessoas, cidades de grande porte e cidade interiorana, observa-se também a questão de estarem vinculadas a um único sistema de saúde, o SUS. Entretanto, o SUS se apresenta com estruturas diferenciadas em cada localidade.

A maior parte das mulheres entrevistadas em Porto Alegre, diferentemente das do Rio de Janeiro, conhece e acessa serviços do sistema público de saúde, como os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs), ou hospitais (como o Hospital Presidente Vargas, a Rede Conceição e o Hospital Fêmeina). Com poucas exceções, elas são testadas para o HIV nos CTAs e buscam cuidados gerais de saúde na rede pública. Apenas duas das entrevistadas, ambas mais jovens (em torno de 25 anos), desconheciam a possibilidade de realizar testes pelo SUS. No caso do Hospital Presidente Vargas, é importante dizer que há um convênio com o NEP que facilita

o acesso das profissionais do sexo vinculadas à ONG, aos serviços oferecidos pelo hospital (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2011).

Os resultados encontrados na pesquisa acima descrita, quando confrontados com a realidade do município de Bragança são ainda agravados devido a não existência de ONG ou instituições parceiras que fomentem a causa e as bandeiras de lutas das profissionais do sexo. No caso das prostitutas de Porto Alegre, o maior conhecimento e acesso à rede de serviços do SUS pode ser explicado pela melhor qualidade dos serviços públicos na cidade e por uma tradição mais consolidada de participação cidadã. Mas, sem dúvida, deve-se tomar em conta a ação pedagógica e administrativa do NEP, em particular o convênio informal com o Hospital Universitário Presidente Vargas (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2011).

O que denota a imensa necessidade do incentivo a participação dessas mulheres em engajarem suas lutas e reivindicações, afim de se fortalecerem. O modo como os serviços de saúde estão articulados encontram fragilidade para o acesso de determinados grupos sociais, como profissionais do sexo, moradores de ruas, etc. Essa fragilidade se encontra principalmente quanto as:

“Atitudes de estigma por parte dos profissionais da saúde, nas limitações de horário – em função do trabalho, as mulheres que participaram da pesquisa dificilmente tinham disponibilidade para frequentar o serviço de saúde pela manhã, por exemplo, horário bastante usual de atendimento nos serviços de atenção primária do município – e na abordagem fragmentada de assistência, calcada em cada vez mais especializações, não atendendo integralmente essas mulheres” (Bonadiman et al., 2012).

Apesar de referido os relatos com profissionais de saúde aparecem em intensidade menor, o que sugere a necessidade de reflexão sobre como os serviços de saúde estão acessando e sendo acessado por essas mulheres.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresentou o perfil das mulheres profissionais do sexo bastante semelhante aos encontrados em outros estudos e coloca a atividade ligada ao comércio sexual como a principal fonte de renda. Nesse contexto, essas mulheres relataram diferentes formas de pagamento pelo serviço sexual.

No que se refere ao contexto sobre saúde, percebeu-se a necessidade de efetivação de políticas públicas voltadas a pessoas em situação de vulnerabilidade social, e no caso das profissionais do sexo, há a necessidade de programas de atenção à saúde sexual e reprodutiva. É fundamental também o incentivo a organização política dessas mulheres no município de Bragança, possibilitando a esse grupo colocar em pauta suas demandas, aspirações e especificidades, sendo estratégia de resistência e planejamento coletivo frente ao movimento de subalternização a que esses grupos estão submetidos. É necessário dar voz a essas mulheres, e colocá-las no centro do

debate. E é da organização política que se pode de fato efetivar os direitos desses grupos. As principais bandeiras de luta das profissionais do sexo hoje se referem quanto aos incentivos de organização política, em torno dos movimentos sociais, o reconhecimento da prostituição como profissão, garantias de melhores condições de trabalho, incentivo ao combate das IST/AIDS, e perpassam por temas transversas, que impactam os condicionantes de saúde e de vida dessas mulheres, como reinvidicação por melhorias na segurança, combate a violência, entre outros temas.

Já quanto aos cuidados de saúde, em termos específicos do município de Bragança, constatou-se que a maioria das mulheres realizam o uso de plantas medicinais apreendido em contexto familiar, e que essas experiências são também por elas compartilhadas no âmbito do contexto de trabalho, representando a principal forma de cuidado por elas utilizadas, e criando assim uma rede de cuidados. Sob o contexto dos órgãos oficiais de saúde, observamos ainda a distância que estão das mulheres profissionais do sexo, ainda que a maioria delas tenha relatado ter em algum momento utilizado algum dos serviços de saúde, observou-se diversas falhas para que possamos considerar o ambiente da prostituição e a geração de informações para essas mulheres de fato seguro.

A inserção das práticas alternativas no âmbito Sistema Único de Saúde- SUS, através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNIC), e com a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), deve ser maior disseminada entre os profissionais de saúde no município de Bragança, já que, sob uma leitura seja cultural ou econômica, observamos o uso comum de plantas medicinais para o tratamento de diversas doenças entre a população bragantina. Esta pesquisa propõe a realização de estudos interdisciplinares no município sobre a temática de profissionais do sexo que abordem a questão dos direitos sexuais dessas mulheres, que aprofundem a questão da prática de cuidados com ervas medicinais, uma vez que isso é algo característico da Amazônia, afim de melhorar as políticas públicas para este grupo de vulneráveis.

REFERÊNCIAS

World Health Organization. WHOQOL: study protocol. WHO, Genebra, 1993.

Dias S. Educação pelos pares: uma estratégia na promoção da saúde. Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2006.

Chaves MM. Complexidade e transdisciplinaridade: uma abordagem multidimensional do setor saúde. Leptrans. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. 1998.

Dias MR, et. al. Promoção da Saúde: O renascimento de uma ideologia?. *Análise Psicológica*, 22: 463-473, 2004.

Pires RCV, et. al. Educação e promoção de saúde na prostituição: (re) estruturar estratégias de intervenção nas ruas do Porto. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação. Portugal: Universidade do Porto, 2009.

- Candeias NMF. Conceitos de educação e de promoção de saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Revista Saúde Pública*, 31:13-29, 1997.
- Zeviani B, et. al. A prática cotidiana de saúde das profissionais do sexo. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 25: 1806-1222, 2012.
- Costa AB, et al. Situação de saúde de profissionais do sexo em um município do norte do Paraná. *Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação (Botucatu)*, supl. 3, 2014.
- Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Sexualidade e Desenvolvimento: A política brasileira de resposta ao HIV/AIDS entre profissionais do sexo. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro. 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual do Multiplicador - Profissionais do Sexo. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades do IBGE. 2017.
- Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1998.
- Medronho RA, et. al. Epidemiologia. 2.ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2008.
- Fontanella BJB, et al. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24: 17-27, 2008.
- Bonadiman P, et. al. Práticas de saúde entre prostitutas de segmentos populares da cidade de Santa Maria-RS: o cuidado em rede. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 22: 779-801, 2012.
- Organização Mundial da Saúde. Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã, 2009.
- Pogetto M, et. al. Características de população de profissionais do sexo e sua associação com presença de doença sexualmente transmissível. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 46: 77-83, 2012.
- Silva E, et. al. O trabalho das profissionais do sexo em diferentes lócus de prostituição da cidade. *Revista Psicologia Teoria e Prática*, 12: 109-122, 2010.
- Santos MA. Prostituição Masculina e Vulnerabilidade as DSTS/AIDS. *Texto & Contexto de Enfermagem*, 20: 76-84, 2011.
- Moura A D, et al. O comportamento de prostitutas em tempo de AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis: como estão se prevenindo?. *Texto & Contexto de Enfermagem*, 19: 545-553, 2010.
- Nicolau AI, et. al. Caracterização social de prostitutas diante da visão integral da saúde. *Revista Mineira de Enfermagem*, 2008. DOI: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622008000100002>
- Oliveira FSC, et al. A utilização do preservativo feminino pelas profissionais do sexo. *Enfermería Global*, 26: 399-407, 2008.
- Langdon E, Wilk FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 18: 173-181, 2010.
- Silva O, et. al. Saberes e práticas de homens adultos a cerca do uso de plantas medicinais. *Revista Santa Maria*, 43: 45-54, 2017.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE JUNTO À CUIDADORES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM UM CENTRO DE REABILITAÇÃO NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS

Lucila Ludmila Paula Gutierrez

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Departamento de Ciências Básicas da Saúde.

Porto Alegre- RS

Ana Carolina Alves Saraiva

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Departamento de Ciências Básicas da Saúde.

Camila Silva Martins

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Departamento de Ciências Básicas da Saúde.

Laura Lisboa de Souza

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Departamento de Ciências Básicas da Saúde.

Carolina Pereira Leão da Silva

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Departamento de Ciências Básicas da Saúde.

Alethéa Gatto Barschak

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Departamento de Ciências Básicas da Saúde

RESUMO: Pessoas com deficiência demandam cuidados contínuos e complexos, sendo comum a família assumir esta função, por isso a importância de levar a educação em saúde a estes cuidadores. O objetivo deste trabalho

foi oferecer oficinas, rodas de conversa e dinâmicas de grupo que tratassem sobre temas de educação em saúde de interesse de cuidadores que levaram seus entes cuidados ao Educandário São João Batista em Porto Alegre, de março a maio de 2018. Estes encontros ocorreram quinzenalmente desenvolvendo-se temas elencados pelos participantes, em sala da referida instituição, no período em que estes cuidadores aguardavam o atendimento especializado de seu cuidado. As oficinas tiveram duração média de 90 minutos. As temáticas desenvolvidas foram depressão, Fisiologia reprodutiva, gestação e o uso de contraceptivos, a autoestima e o autocuidado. As atividades deste projeto visaram atender a comunidade com vistas à futura autonomia da ação, por formação de multiplicadores e disseminadores de saberes experienciados entre os atores envolvidos nas ações extensionistas.

PALAVRA-CHAVE: Extensão; Cuidadores; Pessoas com deficiência.

ABSTRACT: People with disabilities demand continuous and complex care, and it is common for the family to take on this role, which is why it is important to bring health education to these caregivers. The aim of this work was to offer workshops, talk wheels and group dynamics that dealt with health education topics of interest to caregivers who took their care to the São João

Batista Rehabilitation Center in Porto Alegre from March to May 2018. These meetings were held biweekly in the institution during the period in which these caregivers waited for the specialized care of their care. So, the subjects listed by the participants were worked. The workshops had an average duration of 90 minutes. The topics developed were depression, reproductive physiology, gestation and the use of contraceptives, self-esteem and self-care. The activities of this project aimed at serving the community with a view to the future autonomy of the action, by training of multipliers and disseminators of knowledge experienced among the actors involved in the extensionist actions.

KEYWORDS: Extension; Caregivers; People with disabilities.

1 | INTRODUÇÃO

O resultado do Censo de 2000, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), identificou 24,6 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência no Brasil. Pessoas com deficiência demandam cuidados contínuos e complexos e a família comumente assume esta função. No cuidado às pessoas com deficiência sempre é possível encontrar espaços para a educação em saúde, considerando que a mesma, deve permear todas as práticas do cuidado e envolver seus familiares nesse processo. Estes espaços devem melhorar a dinâmica da família, propondo intervenções que influenciem nos processos saúde/doença de seus membros e da comunidade e, desta maneira, auxiliar os cuidadores a lidarem com a sobrecarga emocional e ocupacional gerada pelo cuidado oferecido.

Nesse contexto, a universidade pode aproximar os saberes e as práticas dos familiares de pessoa com deficiência com o conhecimento produzido dentro da mesma, por via de ações como a Extensão Universitária. Desta demanda surgiu o projeto de extensão intitulado “Apoiando e educando as famílias de pessoa com deficiência” desenvolvido pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) em parceria com o Educandário/Centro de Reabilitação São João Batista, sediado em Porto Alegre/RS, visando melhorar os conhecimentos dos familiares cuidadores na área da saúde, para instrumentaliza-los frente a uma realidade intensa de cuidados. Desta forma, este Projeto de Extensão visou desenvolver seu trabalho numa perspectiva interdisciplinar que possibilita aos estudantes e professores da UFCSPA o encontro com situações que exigem cuidado, reflexão, ação, intervenção e planejamento para auxiliar a fortalecer diversos aspectos da vida dos mesmos. Com isto, espera-se gerar impacto social por ação transformadora sobre os problemas sociais, considerando a bidirecionalidade entre a experiência acumulada na academia com o saber popular, proporcionando-se melhora na qualidade de vida do cuidador e de seu ente cuidado e instrumentalização do estudante com o conhecimento popular e experiência de vida, para uma atuação mais adequada às necessidades da população. Assim, o objetivo deste trabalho foi oferecer oficinas, rodas de conversa e dinâmicas de

grupo que tratassem sobre temas de educação em saúde de interesse dos cuidadores de pessoa com deficiência e também de funcionários da instituição parceira.

2 | METODOLOGIA

O Educandário é uma instituição filantrópica criada em 1939 para atender, inicialmente, crianças portadoras de poliomielite. Na atualidade esta instituição atende gratuitamente crianças e adolescentes com deficiências físicas múltiplas, promovendo a habilitação e reabilitação, proporcionando-lhes tratamento adequado e educação, objetivando sua melhor qualidade de vida e capacitação como cidadão. Esta instituição oferece atendimentos de estimulação precoce, fisioterapia, fisioterapia aquática, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia, pediatria, odontologia e serviço social às pessoas com deficiência oriundas de famílias de baixa renda, que apresentem patologias como encefalopatia crônica infantil, mielomeningocele, síndromes em geral (com comprometimento motor), doenças neuromusculares, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, malformação congênita, lesões medulares e outras. Considerando que a pessoa com deficiência era atendida e que seus responsáveis não o eram, ficando com tempo ocioso no aguardo de seu ente cuidado, este projeto de extensão centrou-se nos cuidadores de pessoa com deficiência, neste período de espera.

Após convite para participação no projeto de modo voluntário, hoje o projeto trabalha com 15 cuidadores de pessoa com deficiência (13 mulheres e 2 homens) que trazem regularmente o seu ente cuidado para atendimento gratuito no Educandário/Centro de Reabilitação São João Batista onde os encontros ocorrem quinzenalmente na sala de espera de atendimentos. A equipe extensionista é composta por duas professoras (farmacêuticas) e quatro estudantes (cursos Farmácia, Biomedicina e Medicina) da UFCSPA.

Um espaço para a ouvidoria foi estabelecido (urna colocada em local de fácil acesso e que permitiu a anonimidade do indivíduo), no qual o público alvo pode sugerir assuntos relacionados à saúde que sejam de interesse geral ou para dúvidas. A outra forma de ouvidoria consistiu do diálogo constante da equipe extensionista com as participantes. Assim sendo, os temas que foram abordados sobre educação em saúde, autoestima e autocuidado foram elencados pelos próprios cuidadores. Já os responsáveis pela instituição parceira sugeriram diretamente à equipe extensionista as temáticas que gostariam que fossem abordadas. A partir disto, foram montadas cinco atividades sobre os assuntos escolhidos, utilizando-se roda de conversa, oficinas e dinâmicas de grupo, peças anatômicas dos sistemas reprodutores humano, ilustrações e apresentação em *PowerPoint*, dependendo do ponto que seria explorado, em sala oferecida pelo Educandário. O tempo de cada encontro foi de 90 minutos, em que os participantes puderam visualizar e manusear o material disponível, discutindo suas dúvidas. Estas atividades foram desenvolvidas de março a maio de 2018.

3 | RESULTADOS

A partir dos temas elencados pelos participantes, antes de cada encontro, ocorreu a preparação do material e discussão entre o grupo extensionista sobre o que seria debatido, ocasionando aos alunos, junto às professoras, o aprendizado sobre como abordar a educação em saúde para o público leigo. Os assuntos escolhidos pelos cuidadores e os responsáveis pelo Educandário foram depressão, Fisiologia reprodutiva feminina e masculina, gestação e o uso de contraceptivos, autoestima e autocuidado. Ocorreram dois encontros para se discutir a depressão com o uso de dinâmica (caixa com mitos ou verdades), e também roda de conversa, onde os cuidadores eram instigados a opinar sobre a temática. Após estes encontros, uma das mães contou à equipe que havia retornado ao médico para dar continuidade à terapia e ao tratamento farmacológico da depressão que vinha fazendo. Outros dois encontros foram utilizados para tratar-se da Fisiologia do sistema reprodutor humano onde foi possível orientá-los sobre o sistema reprodutor feminino e masculino, o ato sexual, a fisiologia da gestação e métodos contraceptivos por meio de peças anatômicas, manequins da pelve feminina e masculina e ilustrações. Verificou-se pouco conhecimento acerca de Anatomia e Fisiologia por parte dos participantes. Por fim, foi feita uma oficina de auto maquiagem, na qual as mães aprenderam a se maquiar e a olhar para si, momento que foi acompanhado de música e de um vídeo que versava sobre a importância de se amar e se cuidar. Neste encontro, os cuidadores homens também participaram, relatando suas experiências e vivências relativas ao cuidado próprio. Todas as atividades realizadas possibilitaram aos estudantes o aprendizado a partir de situações apresentadas no contexto do cuidado às pessoas com deficiência, contribuindo para o desenvolvimento de habilidades e competências relacionadas à comunicação, resolução de problemas e inter-relação pessoal. Da parte dos representantes da instituição parceira recolheram-se frases como “Os temas tratados com os cuidadores podem ser aplicados na vivência do dia a dia deles”, “Os encontros foram muito produtivos e relevantes”, “Os encontros foram muito bem aproveitados, com reflexões sobre saúde, cuidados e esclarecimentos sobre temáticas não tão exploradas diariamente. Houve formação de vínculo, trocas e interação de ambos os lados com sugestões e informações relevantes aos cuidadores que participaram. No decorrer dos encontros observou-se reflexão sobre como nós também precisamos nos cuidar para podermos ser cuidadores, sejam de filhos com deficiência ou não. Foi trabalhado autoestima, valorização, e o gostar de si. Sugerimos para próximo ano temáticas sobre tipos de doenças silenciosas como pressão alta, saúde bucal, tipos de cânceres, caminhos via SUS, vacinas para adultos e crianças.” O projeto continua e pretende atender a estas demandas, formando multiplicadores e levando o conhecimento em saúde para extramuros da universidade, pois no contato do universitário com os problemas sociais nasce o sentimento de responsabilidade social, humanizando-o, e há a aprendizagem do respeito ao outro, independente

de suas origens, deficiências e limitações. Ainda, como via de duas mãos, as ações extensionistas tornam o saber acadêmico em um bem público a que todos podem ter acesso e estabelecem parcerias para a construção de um projeto social que traga dignidade as pessoas e ainda possibilita que o conhecimento produzido pela sociedade seja difundido para a academia.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais da saúde, em conjunto com os estudantes, podem proporcionar, por meio de ações como estas, o contato desses cuidadores com conteúdos desenvolvidos no âmbito acadêmico que interferem diretamente na qualidade de vida de toda a família da pessoa com deficiência, possibilitando, ao mesmo tempo, aos estudantes consolidarem seus conhecimentos e aplicá-los no cotidiano.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://docslide.com.br/documents/guia-pratico-do-cuidador-ministerio-da-saude.html> Acesso em 21 de setembro de 2018.

BRASIL. **Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência**. 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_deficiencia.pdf Acesso em: 27 de setembro de 2018.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf Acesso em 27 de setembro de 2018.

EDUCANDÁRIO -CENTRO DE REABILITAÇÃO SÃO JOÃO BATISTA. Disponível em: <http://www.educandario.org.br/> Acesso em 12 de dezembro de 2018.

NEVES, E.T.; CABRAL, I.E. **A fragilidade clínica e a vulnerabilidade social das crianças com necessidades especiais de saúde**. Rev Gaúcha Enferm, 29(2):182-90, 2008.

NÓS, R.; MAGNI, C. **Perfil de mulheres cuidadoras de uma cidade do estado do Paraná – Brasil**. Revista Espacios, v. 38, n. 36, p. 25, 2017.

PRUDENTE, C.O.M.; BARBOSA, M.A.; PORTO, C.C. **Qualidade de vida de cuidadores primários de crianças com paralisia cerebral: revisão da literatura**. Rev. Eletr. Enf.; 12(2):367-72, 2010.

RAFACHO, M.; OLIVER, F. C. **A atenção aos cuidadores informais/familiares e a estratégia de Saúde da Família: contribuições de uma revisão bibliográfica**. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, 21(1): 41-50, 2010.

SILVEIRA, A.; NEVES, E.T. **Crianças com necessidades especiais de saúde: tendências das pesquisas em enfermagem**. Rev Enferm da UFSM.;1(2):254-260, 2011.

SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M. **Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia**. Estudos da psicologia, v. 8, n. 3, p. 515-523, 2003.

FACILIDADES E DIFICULDADES RELACIONADAS AO CÁLCULO DE MEDICAÇÃO EM ENFERMAGEM

Thaís Fátima De Matos

Universidade de Mogi Das Cruzes
Faculdade de Enfermagem
Mogi das Cruzes - SP

Evilin Cristine Rodrigues

Universidade de Mogi Das Cruzes
Faculdade de Enfermagem
Mogi das Cruzes - SP

Marcio Antonio De Assis

Universidade de Mogi Das Cruzes
Enfermeiro Doutor em Engenharia Biomédica
Mogi das Cruzes - SP

RESUMO: O presente trabalho aborda o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre cálculos de medicação, necessários no preparo e administração dentro da terapia medicamentosa. A falta de habilidade matemática e de incentivo vindo das instituições de ensino e hospitalares são um dos fatores que colaboram para a ocorrência de erros de medicação. Por isso, a equipe de enfermagem deve desenvolver competências para realizar essa prática, uma vez que é responsável e cobrada por interceptar erros e garantir a segurança de seus clientes. Em vista disso, o trabalho tem como objetivo levantar as situações que favorecem e comprometem as competências práticas relacionadas a dosagem de medicamento e identificar as facilidades e

dificuldades dos profissionais de enfermagem na realização dos cálculos de medicação. Metodologia: estudo descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa, realizada com 102 profissionais de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros) atuantes em instituições hospitalares localizadas em Mogi das Cruzes-SP. Frente aos resultados, observou-se que as dificuldades frente a realização dos cálculos de medicação são mais perceptíveis que as facilidades e parte dos profissionais não reconhecem suas limitações, o que é prejudicial a percepção dos mesmos quanto a necessidade de aperfeiçoar-se. Conclui-se, portanto que as competências práticas relacionadas ao cálculo de medicação é uma preocupação, uma vez que as limitações em habilidades matemáticas, raciocínio lógico e conhecimento de cálculos específicos podem ocasionar erros durante o processo de medicação. A educação deve ser o alicerce para a capacitação desses profissionais.

PALAVRAS-CHAVE: Cálculos da Dosagem de Medicamento. Enfermagem. Segurança do Paciente.

ABSTRACT: The present work approaches the knowledge of the nursing professionals about the medication calculation, necessary in the preparation and administration within the drug therapy. The lack of mathematical ability and

encouragement from educational institutions are one of the factors that collaborate to the occurrence of medication mistakes. Therefore, the nursing team must develop practical skills to perform this practice, since they are responsible and charged for intercepting mistakes, and guarantee its client's safety. In view of this, the present work had as objective raise the situation that favor and compromise the practical skills related to the medication dosage, identify the facilities and difficulties of the nursing professionals in the realization of the medication calculations. As a method, a filed research was elaborated, descriptive and exploratory study whit a quantitative approach with 102 nursing professionals (nursing auxiliaries, nursing technicians and nurses) working in hospital institutions located in Mogi das Cruzes-SP. As results, the difficulties in carrying out the medication calculations are more perceptible than the facilities and some of the professionals do not recognize their limitations, which is damaging their perception as the need to improve. It is therefore concluded that the practical skills related to medication calculation are a concern, since the limitations in mathematical skills, logical reasoning and knowledge of specific calculations can cause errors during the medication process. Education should be the foundation for the training of these professionals.

KEYWORDS: Drug Dosage Calculations. Nursing. Patient Safety.

1 | INTRODUÇÃO

Em uma unidade de saúde, a prática de medicação é vista como um processo complexo e multidisciplinar, com etapas interligadas que propiciam uma assistência aos pacientes com qualidade, eficácia e segurança (ROCHA *et al.*, 2015). Dentro do processo de medicação, o preparo e a administração de medicamentos são as etapas finais, ficando sob responsabilidade de todos os membros da equipe de enfermagem. O enfermeiro, porém, é encarregado de planejar, orientar e supervisionar as ações relacionadas a prática medicamentosa, com intuito de evitar danos à segurança do paciente e interceptar erros (FERREIRA, ALVES e JACOBINA, 2014).

A equipe de enfermagem deve nortear-se por competências que são necessárias para a administração segura de medicamentos, portanto, essenciais para o profissional. Essas competências são amplas e se ramificam em três principais categorias: competências teóricas, competência de decisões e competências práticas (SULOSAARI, SUHONEN e LEINO-KILPI, 2010).

As competências teóricas abrangem a compreensão da teoria, embasada na anatomia e fisiologia humana, assim como a farmacologia, por meio de conhecimentos que permitam o profissional compreender a ação e efeitos dos medicamentos. Das competências de decisões, o profissional que vai em busca de informações e colabora com a interdisciplinaridade, acaba facilitando a comunicação, corroborando para uma boa adesão das etapas dentro do processo medicamentoso. Quanto as competências práticas, estas abrangem as etapas de preparo e administração dos medicamentos,

onde o profissional ao realizar o preparo necessita de habilidades matemáticas, raciocínio lógico e conhecimento de fórmulas específicas de cálculo de medicação (SULOSAARI, SUHONEN e LEINO-KILPI, 2010).

Muitos profissionais acreditam que os cálculos de dosagem de medicamentos são difíceis, porém os mesmos apresentam poucas habilidades matemáticas, o que influencia seu conhecimento em relação ao cálculo de dose de medicamentos (GUNES, BARAN e YILMAZ, 2016).

Ainda há que fortalecer o assunto sobre os cálculos relacionados à dosagem medicamentosa, permitindo o profissional fixar seus conhecimentos (BARRERA e BENAVIDES, 2015).

Diante disso, o presente estudo tem como objetivo levantar as situações que favorecem e comprometem as competências práticas relacionadas a dosagem de medicamentos, juntamente à realização do cálculo de medicação pela equipe de enfermagem, permitindo identificar as facilidades e dificuldades dos profissionais e assim apontar estratégias para a melhoria e desenvolvimento dessas competências.

2 | MÉTODO

Estudo de campo, descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa. Realizado no município de Mogi das Cruzes, no qual participaram 85 técnicos e auxiliares de enfermagem e 17 enfermeiros, atuantes em instituições hospitalares na cidade de Mogi das Cruzes – SP. A amostra foi coletada no período de Agosto de 2017 à Janeiro de 2018, no qual foi realizado um contato prévio com os profissionais, e uma vez demonstrado interesse em participar, foi marcado o dia, horário e local para apresentar o estudo.

Para a coleta das informações, foi utilizado um questionário semiestruturado dividido em três partes, sendo a primeira parte voltada ao levantamento dos dados demográficos, a segunda relacionada aos dados específicos sobre medicação e cálculo e, a terceira, direcionada a realização de exercícios de cálculos de medicação propriamente ditos.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Mogi das Cruzes e foi aprovado para realização sob o número: 2.150.115. Como critérios de inclusão para participação no estudo, os profissionais deveriam estar devidamente empregados em instituições hospitalares, atuantes em setores de internação, além de aceitarem fazer parte da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3 | RESULTADOS

Participaram da pesquisa 102 profissionais de enfermagem, 37,3% auxiliares

de enfermagem, 46,1% técnicos de enfermagem e 16,7% enfermeiros. Entre esses, 85,3% eram do sexo feminino e 14,7% do sexo masculino, com idade variando entre 19 e 67 anos, com média de 31,9 anos. Ademais, o tempo de formação variou de 0,83 a 35 anos, com média de 7,8 anos, e o tempo de atuação na área da enfermagem variou de 0,33 a 32 anos, com média de 6,9 anos. Quanto ao tipo de instituição, 42,2% trabalhavam em instituição privada, 29,4% em instituição pública estadual, 17,6% em instituição filantrópica e 10,8% em instituição pública municipal.

Dentre as situações levantadas com os participantes acerca dos dados específicos, 100% consideraram importante conhecer e saber realizar o cálculo de medicação. Quanto a dificuldade na realização do cálculo de medicação, 59,8% dos participantes referiram possuir algum grau de dificuldade.

A respeito dos cálculos básicos de matemática, a divisão e multiplicação foi mencionada por 29,4% em que relataram possuir algum grau de dificuldade, em contrapartida, a soma foi referida como o cálculo que não oferece nenhuma dificuldade (83,3%), conforme evidenciado na tabela 1.

Nível de dificuldade	Soma		Subtração		Divisão e Multiplicação	
	n	%	n	%	n	%
Muita dificuldade	5	4,9	6	5,9	6	5,9
Tem dificuldade	5	4,9	4	3,9	10	9,8
Pouca dificuldade	7	6,9	8	7,8	14	13,7
Sem dificuldade	85	83,3	84	82,4	72	70,6

Tabela 1. Descrição das dificuldades relacionadas aos cálculos básicos em matemática, Mogi das Cruzes, S.P., 2018.

Sobre os cálculos que envolvem o uso do raciocínio lógico como regra de três e porcentagem, 68,6% dos participantes mencionam não possuir dificuldades na realização de regra de três, mas 56,9% relataram o possuir algum grau de dificuldade na realização de porcentagem, conforme tabela 2.

Nível de dificuldade	Regra de três		Porcentagem	
	n	%	n	%
Muita dificuldade	6	5,9	10	9,8
Tem dificuldade	7	6,9	12	11,8
Pouca dificuldade	19	18,6	36	35,3
Sem dificuldade	70	68,6	44	43,1

Tabela 2. Descrição das dificuldades relacionadas a cálculos que envolvem raciocínio lógico, Mogi das Cruzes, S.P., 2018.

Quanto as dificuldades relacionadas aos cálculos específicos em enfermagem como gotejamento e infusão de soluções, diluição, rediluição, e transformação de soluções, 71,5% dos participantes mencionam possuir algum grau de dificuldade na realização do cálculo de transformação de soluções, seguido pelo cálculo de rediluição

(52,9%), gotejamento e infusão de soluções (41,1%), e diluição (38,3%), conforme apresentado na tabela 3.

Nível de dificuldade	Gotejamento e infusão de soluções		Diluição		Transformação de soluções		Rediluição	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Muita dificuldade	5	4,9	7	6,9	10	9,8	5	4,9
Tem dificuldade	13	12,7	11	10,8	19	18,6	14	13,7
Pouca dificuldade	24	23,5	21	20,6	44	43,1	35	34,3
Sem dificuldade	60	58,8	63	61,8	29	28,4	48	47,1

Tabela 3. Descrição das dificuldades relacionadas a cálculos específicos em enfermagem, Mogi das Cruzes, S.P., 2018.

A situação mais habitual na qual os participantes tiveram contato com algum tipo de abordagem relacionada à cálculo de medicação, foi durante o período de formação (faculdade/curso técnico), mencionado por 94,1% dos profissionais. Referente aos fatores que contribuem com a dificuldade para o entendimento e realização do cálculo de medicamentos, 39,2% dos profissionais citaram a didática do professor como um fator que contribuiu para se ter dificuldades. Mencionaram também que um maior tempo de aula durante o curso (82,4%) contribuiria para melhorar esse aspecto.

A partir da identificação da opinião dos participantes sobre as características que envolvem o entendimento e a prática do cálculo de medicações, estes foram convidados a desenvolver alguns exercícios. Porém, apenas 36 (35,3%) aceitaram participar dessa etapa do estudo, sendo estes, 7 enfermeiros (19,4%), 24 técnicos de enfermagem (66,7%) e 5 auxiliares de enfermagem (13,9%). O questionário possuía quatro questões envolvendo regra de três, cálculo de gotejamento, diluição e transformação de soluções, nas quais o participante utilizou-se de competências práticas que, relacionadas a dosagem de medicamentos, são consideradas habilidades críticas e são esperadas da equipe de enfermagem para que desempenhem corretamente os cálculos de medicação. A tabela 4 apresenta os erros e acertos referente a essa etapa.

	Regra de Três		Gotejamento		Diluição		Transformação de Soluções	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Correto	26	72,2	21	58,3	9	25	2	5,5
Incorreto	7	19,5	9	25	19	52,8	19	52,8
Em Branco	3	8,3	6	16,7	8	22,2	15	41,7

Tabela 4. Descrição dos acertos e erros referentes aos cálculos de medicações de acordo com os exercícios propostos, Mogi das Cruzes, S.P., 2018.

A média de acertos apresentado na realização dos cálculos entre os enfermeiros foi de 35,7%, seguido de 40,6% dos técnicos de enfermagem e 45% dos auxiliares de enfermagem, com média total de acertos de 40,3%, enquanto a média total de erros foi

de 37,5%. Além disso, houve um percentual de 22,2% de participantes que deixaram exercícios em branco.

O primeiro exercício proposto era uma questão que abordava a regra de três. A prescrição solicitava amoxicilina via oral (300mg), estando disponível para a realização, amoxicilina via oral (100mg/5ml) e questionava o quanto administrar. Para desenvolver a questão, o participante requisitava de raciocínio lógico para a montagem do cálculo, assim como habilidades em cálculos básicos de matemática. A média de acerto dos enfermeiros foi de 57,1%, enquanto a dos técnicos foram de 70,8% e dos auxiliares de enfermagem 100%. Das questões erradas, o erro mais evidenciado foi na realização da divisão (57,1%), seguido pela montagem da regra de três (28,6%) e por último, em especificar o tipo de unidade de medida no valor da resposta final (14,3%).

Quanto ao cálculo de gotejamento, a prescrição solicitava soro glicosado 5% de 1000ml para correr de 7/7h, e perguntava quantas gotas infundir por minuto. O exercício requeria do participante habilidades em cálculos básicos de matemática, conhecimento específico de fórmulas de gotejamento, bem como saber diferenciar macrogotas de microgotas e arredondamento de números. A média de acertos dos enfermeiros foi de 42,9%, enquanto a dos técnicos foram de 62,5% e dos auxiliares de enfermagem 60%. Das questões incorretas, os erros pontuados foram durante o arredondamento das gotas (44,5%), em confundir o cálculo de macrogotas com o de microgotas (22,2%), na utilização da fórmula (22,2%) e na realização da divisão (11,1%).

O exercício de cálculo de diluição tinha como prescrição benzetacil 200.000UI com frasco-ampola disponível de benzetacil 1.200.000UI para diluir em 4ml de água destilada, e questionava quanto administrar. Para a realização da questão, o participante carecia de habilidades básicas de matemática, raciocínio lógico para estruturar o cálculo e atenção quanto ao que foi solicitado, afim de não utilizar fórmulas de outros cálculos, pois a questão abordava diluição de medicamento em Unidades Internacionais (UI). A média de acertos dos enfermeiros foi de 42,9%, seguido de 20,8 % dos técnicos e 20% dos auxiliares de enfermagem. Os erros das questões consistiam no arredondamento da dose (52,6%), confusão com o cálculo de penicilina cristalina (15,8%), não especificar a unidade de medida (10,5%), equivocar-se tanto no arredondamento quanto em descrever a unidade de medida (10,5%), na realização da divisão (5,3%) e na montagem da regra de três (5,3%).

O último exercício proposto era uma questão de transformação de soluções. A prescrição solicitava soro glicosado 10% de 250ml e disponibilizava soro glicosado 5% de 250ml e ampolas de glicose 50% de 10ml. Essa questão exigia do participante atenção e conhecimento das etapas específicas desse processo, assim como raciocínio lógico e habilidades em matemática básica e porcentagem. Os erros evidenciados nesse exercício foram no passo de desprezar e repor do cálculo (73,6%), em interpretar o que foi solicitado e na utilização da fórmula (21,1%) e porcentagem (5,3%). A média de acertos dos técnicos de enfermagem foi de 8,3%, enquanto os auxiliares e enfermeiros

não acertaram a questão.

O total de questões analisadas na etapa de realização dos cálculos de medicações foi de 144, dentre essas, 86 exercícios não corresponderam ao esperado, sendo caracterizados como errados ou deixados em branco pelos participantes (59,7%). Ao deixar em branco, o participante pode não ter entendido o que a questão solicitava, bem como não saber realiza-la ou ainda não lembrar das fórmulas dos cálculos específicos.

Nesse contexto, 32,6% desses corresponderam ao que o participante declarou de dificuldade durante o questionário, sendo retratado como tendo dificuldade ou muita dificuldade. Entretanto, 67,4% não corresponderam ao que o participante relatou, pois esses haviam mencionado pouca ou nenhuma dificuldade, mas apresentaram erros na sua resolução.

4 | DISCUSSÃO

Competências práticas relacionadas a dosagem de medicamentos são consideradas habilidades críticas e são esperadas da equipe de enfermagem para que desempenhem corretamente os cálculos de medicação. Os profissionais necessitam ser capazes de saber utilizar-se das habilidades básicas de matemática como adição, subtração, multiplicação, divisão de números inteiros, frações e decimais, bem como saber realizar os cálculos com níveis mais altos em habilidades matemáticas, como a conversão de soro, porcentagem, diluição e cálculo de tempo de infusão (SULOSAARI, SUHONEN e LEINO-KILPI, 2010).

Quanto as facilidades, os profissionais de enfermagem demonstram mais habilidade na realização da soma e subtração, e reconhecem isso, enquanto a multiplicação e divisão são pontos que necessitam maior atenção. A regra de três é apresentada com maior clareza na realização, no entanto, o cálculo de porcentagem, que necessita da regra de três para ser desenvolvido, é visto como um tipo de cálculo que apresenta pontos maiores de dificuldades em seu desenvolvimento. Tal incoerência na compreensão, é um fator que pode contribuir para a ocorrência de erros (MALEY e GAROFALO, 2017).

No cálculo de gotejamento, o erro observado com maior frequência estava atrelado ao arredondamento da dose. Uma diferença de um lugar para a esquerda ou para a direita pode significar uma alteração de 10 vezes na dose, o que pode ser fatal em alguns casos (LAPHAM e AGAR, 2015).

A diluição é relatada como um cálculo de fácil resolução, porém os profissionais apresentam dificuldades em sua realização, mediante os erros encontrados durante o seu desenvolvimento, sendo o arredondamento e a compreensão do problema pontos críticos de entendimento. Sabe-se que para realizar qualquer cálculo, o profissional deve se certificar de que o ponto decimal está no lugar certo (LAPHAM e AGAR, 2015) assim como deve ser capaz de contextualizar as informações da prescrição para a

tarefa do cálculo (SULOSAARI, SUHONEN e LEINO-KILPI, 2010).

A transformação de soluções mostra-se como o cálculo de maior dificuldade frente aos outros levantados, e é onde os profissionais mais reconhecem suas limitações quanto a realização. Este cálculo envolve etapas complexas para tornar o fármaco uma solução, onde determina-se a concentração da solução para assegurar que a quantidade prescrita de medicamento seja administrada (WRIGHT, 2013). Essa dificuldade é confirmada no momento da realização do exercício, onde a média de acertos é visivelmente pequena ou quando os profissionais não realizam as mesmas, deixando o cálculo em branco.

Ao observar a performance dos profissionais durante os cálculos, os enfermeiros apresentaram um baixo desempenho no desenvolvimento de cálculos regra de três, gotejamento e transformação de soluções. Isso pode estar atrelado ao fato de que o enfermeiro possui inúmeras funções que o sobrecarregam, como o gerenciamento de materiais e pessoas, assim como a orientação dos pacientes e familiares, e não apenas a função assistencial (NOVARETTI *et al.*, 2014), o que diminui seu contato com a prática e realização de cálculo de medicação. Outra situação que pode corroborar a isso é a implementação de tecnologias, como a utilização de bombas de infusão com contadores de taxa de gotejamento que podem contribuir na perda de habilidades dos profissionais (OFUSU e JARRET, 2015).

Esse é um dado alarmante, uma vez que os enfermeiros têm papel no treinamento e capacitação de profissionais de enfermagem (NOVARETTI *et al.*, 2014). Portanto, a formação constata e a prática de matemática dentro da enfermagem é essencial. É importante que os profissionais se proponham a realizar reciclagens em matemática e cálculos farmacológicos, tanto de maneira pessoal como por parte das instituições, pois assim, pode-se eliminar ou prevenir uma parte dos erros derivados dos cálculos mal realizados por grande parte dos profissionais (MEZA e MORÉ, 2014).

O aprendizado durante a formação é relatado como o que mais contribuiu para o desenvolvimento de habilidades e conhecimento em cálculo de enfermagem, e é uma estratégia fundamental que se empreenda mais aulas direcionadas ao assunto durante a formação do profissional, para que haja o desenvolvimento das competências atreladas a prática medicamentosa. Participantes de um estudo mencionaram o ensino como um caminho para melhorar as habilidades em cálculo de medicação, abrangendo a questão de habilidades em matemática básica e cálculos específicos de medicamentos, sendo estes identificados como uma competência a se desenvolver nos programas de educação continuada (FLEMING, BRADY e MALONE, 2014).

Por fim, ao comparar o desempenho dos participantes durante a realização dos cálculos de medicamentos com o que relataram, observou-se que grande parte não reconhece suas limitações e isso prejudica a percepção do profissional quanto a necessidade de aperfeiçoar-se. Percebe-se que as dificuldades frente a realização dos cálculos de medicação são mais perceptíveis que as facilidades, tornando a questão das competências práticas relacionadas ao cálculo de medicação uma preocupação,

uma vez que a administração de medicamentos realizada sem o devido conhecimento pode acarretar erros e trazer sérias consequências aos pacientes, instituições de saúde e profissionais (SILVA, BRANCO e FILHA, 2015).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Competências práticas relacionadas a dosagem medicamentosa são habilidades e conhecimentos que permitem ao profissional de enfermagem realizar de maneira assertiva o cálculo de medicação, uma vez que são responsáveis pelo preparo e administração de medicamentos. Assim, este estudo permitiu identificar as facilidades e dificuldades dos profissionais em realizar cálculo de medicação e pontos para melhorar esse entendimento e permitir o desenvolvimento dessas competências.

Por meio dos resultados alcançados, evidenciou-se que os profissionais de enfermagem consideram importante conhecer e saber realizar cálculo de medicação e grande parte refere não possuir nenhuma dificuldade quanto a sua realização. Entretanto, quando observadas as questões realizadas em relação aos exercícios que não cumpriram os requisitos, evidenciou-se que poucos profissionais reconhecem suas dificuldades quanto aos cálculos de medicamentos, sendo a diluição e transformação de soluções os cálculos que mais apresentaram erros. As facilidades foram evidenciadas durante a realização de cálculos básicos como soma e subtração, entretanto multiplicação e divisão são pontos que precisam ser melhorados.

Essa falta de percepção dos profissionais torna-se um obstáculo na assistência, pois suas limitações em habilidades matemáticas, raciocínio lógico e conhecimento de cálculos específicos podem ocasionar erros durante o processo de medicação. Assim, ressalta-se a educação como alicerce para a capacitação do profissional, seja durante a formação profissional ou dentro das instituições por meio de programas de educação continuada.

Diante disso, sugere-se que há uma necessidade de melhoria no entendimento sobre dosagem de medicamentos dos profissionais, o que mostra a necessidade da obtenção de mais pesquisas relacionadas ao assunto, afim de reforçar a importância das competências práticas que são necessárias para a realização do cálculo seguro de medicação.

REFERÊNCIAS

BARRERA MAT, BENAVIDES AMV. **Necesidad de las enfermeras de una guía de cuidado para la administración segura de medicamentos que garanticen el bienestar del paciente pediátrico hospitalizado en el servicio de urgencias de un Hospital Regional.** Especialización en cuidado crítico con énfasis en pediatría, Facultad de Enfermería, Universidad de la Sabana, Bogotá, 2015.

FERREIRA MMM, ALVES FS, JACOBINA FMB. **O profissional de enfermagem e a administração segura de medicamentos.** Revista Enfermagem Contemporânea, Bahia, v. 3, n. 1, p. 61-69, jun, 2014.

FLEMING S, BRADY AM, MALONE AM. **An evaluation of the drug calculation skills of registered nurses.** Nurse education in practice, Edinburgh, v. 14, n. 1, p. 55-61, jun, 2014.

GUNES UY, BARAN L, YILMAZ DK. **Mathematical and drug calculation skills of nursing students in Turkey.** International Journal of Caring Sciences, Turkey, v. 9, n. 1, p. 220-227, jan/apr, 2016.

LAPHAM R, AGAR H. **Drug Calculations for Nurses**, 4th Edition, United Kingdom: Hodder Arnold, 2015.

MALEY B, GAROFALO PF. **Use of dimensional analysis in an associate degree nursing program.** Journal of Nursing & Healthcare, New York, v. 2, n. 2, p. 1-4, abr, 2017.

MEZA MES, MORÉ GM. **Errores de enfermería en la administración de fármacos en unidades hospitalares.** 2014. 43 hojas. Trabajo de fin de grado. Escola Superior de Ciencias de la Salud, España, 2014.

NOVARRETTI MCZ, SANTOS EV, QUITÉRIO LM, DAUD-GALLOTTI RM. **Sobrecarga de trabalho da enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI.** Revista Brasileira de Enfermagem, São Paulo, v. 67, n. 5, p. 692-699, set/out, 2014.

OFOU R, JARRETT P. **Reducing nurse medicine administration errors.** Nursing Times, New Jersey, v. 111, n. 20, p. 12-15, mai, 2015.

ROCHA FSR, LIMA CA, TORRES MR, GONÇALVES RPF. **Tipos e causas de erros no processo de medicação na prática assistencial da equipe de enfermagem.** Revista Unimontes Científica, Montes Claros, v. 17, n. 1, p. 76-86, jul, 2015.

SILVA MVRS, BRANCO TB, FILHA FSSC. **Administração de medicamentos: erros e responsabilidades dos profissionais.** Revista Online Facema, Maranhão, v. 1, n. 2, p. 112-118, out/dez, 2015.

SULOSAARI V, SUHONEN R, LEINO-KILPI H. **An integrative review of the literature on registered nurses' medication competence.** Journal of Clinical Nursing, Turku, v. 20, n. 3-4, p. 464-478, ago, 2010.

WRIGHT K. **The role of nurses in medicine administration errors.** Nursing Standard, London, v. 27, n. 44, p. 35-40, abr, 2013.

FOTOPROTEÇÃO SOLAR: O CONHECIMENTO DE ACADÊMICOS DO CURSO DE ENGENHARIA AGRONÔMICA DE UMA UNIVERSIDADE DO INTERIOR PAULISTA

Luciana Marcatto Fernandes Lhamas

Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium
Lins – SP

Nádila Paz do Nascimento Cardozo

Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium
Lins – SP

Isadora Oliveira Pretti

Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium
Lins – SP

Cristiane Rissatto Jettar Lima

Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium
Lins – SP

Ednéia Nunes Macedo

Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium
Lins – SP

Suélen Moura Zanquim Silva

Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium
Lins – SP

RESUMO: Atualmente é extremamente considerável o aumento de doenças de pele entre os jovens, tais como: melanoma, fotoenvelhecimento precoce e o aparecimento de diversos tipos de manchas. Um fator de extrema importância neste caso, está relacionado a exposição a Raios Ultra Violeta sem a proteção devida. Neste contexto, torna-se imprescindível o uso correto e contínuo de filtros solares. O presente estudo teve como objetivo a realização de um diagnóstico

situacional dos alunos do curso de Engenharia Agrônômica do Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium de Lins sobre o uso dos fotoprotetores e hábitos de exposição solar. Para tanto, foi realizado a aplicação de um questionário pré-codificado, individual e confidencial, com perguntas relacionadas a hábitos diários e fotoproteção solar. Dos 82 acadêmicos entrevistados, foi verificado que 77% se expõem ao sol devido ao trabalho, sendo o principal horário de exposição entre as 12 h e 15 h (33%), com uma frequência de 2 horas/dia (34%). A maioria dos acadêmicos fazem uso de protetores solares (54%), sendo o FPS 30 (55%) o mais utilizado. Constatamos ainda que 18% dos entrevistados não fazem uso de filtro solar e meios de proteção solar alternativo, como roupas com FPS, não são utilizados. Neste contexto, ressaltamos a importância da colaboração de todos os profissionais da saúde em medidas foto educativas desde a infância, com o objetivo de reduzir os danos solares, como câncer de pele e envelhecimento cutâneo, provocados pela exposição solar.

PALAVRAS-CHAVE: Protetores Solares, Fator de Proteção Solar e Acadêmicos.

ABSTRACT: Currently, there is a considerable increase in skin diseases among young people, such as melanoma, early photoaging and the appearance of several types of spots. An

extremely important factor in this case is related to exposure to Ultra Violet Rays without the proper protection. In this context, the correct and continuous use of sunscreens is essential. The present study had as objective the accomplishment of a situational diagnosis of the students of the Agronomic Engineering course of the Salesian Catholic University Center Auxilium de Lins on the use of photoprotectors and habits of sun exposure. For that, a pre-coded, individual and confidential questionnaire was applied with questions related to daily habits and solar photoprotection. Of the 82 academics interviewed, 77% were exposed to the sun due to work, and the main exposure time was between 12h and 15h (33%), with a frequency of 2 hours / day (34%). Most students use sunscreens (54%), SPF 30 (55%) being the most used. We also found that 18% of the interviewees do not use sunscreen and alternative means of sun protection, such as SPF clothes, are not used. In this context, we emphasize the importance of the collaboration of all health professionals in photo-educational measures since childhood, with the objective of reducing solar damages, such as skin cancer and skin aging, caused by sun exposure.

KEYWORDS: *Solar Protectors, Solar Protection Factor and Academics.*

1 | INTRODUÇÃO

A exposição solar constante e prolongada é o fator ambiental mais importante no aparecimento do câncer de pele e do envelhecimento precoce. O sol é a principal causa de 90% de todos os cânceres de pele. Neste contexto, indivíduos que possuem hábito de exposição frequente à radiação ultravioleta durante a infância, aos 21 anos já apresentam sinais de danos na pele desencadeados pelo sol, aos 40 anos possuem visualmente sinais de fotoenvelhecimento, que podem ser caracterizados por: rugas, manchas, ressecamento e espessamento da pele, lesões cutâneas pré-cancerosas e em alguns casos, câncer de pele (TOFETTI; OLIVEIRA, 2006).

Assim, para colaborar na prevenção de todos estes sinais, temos as formulações cosméticas de fotoprotetores, que são preparações para uso tópico que reduzem os efeitos deletérios da radiação ultravioleta. Estas preparações são caracterizadas pela presença de ativos cosméticos denominados filtros solares, com mecanismo de ação físico ou químico que atenuam o efeito da radiação ultravioleta (UV) por mecanismos de absorção, dispersão ou reflexão da radiação. Os filtros químicos absorvem a radiação solar, tornando-a menos energética, possuem estrutura química não saturada e absorvem radiação ultravioleta (UV). Já os filtros físicos refletem a radiação solar, são substâncias opacas que refletem e dispersam a energia da luz, formam barreira física às radiações UVA/UVB, ao infravermelho (IV) e às radiações visíveis, e formam filtro protetor na pele. (RIBEIRO, 2010)

A qualidade de um fotoprotetor depende de seu fator de proteção solar (FPS) e de suas propriedades físico-químicas (formação de uma película ideal sobre a pele, estabilidade, baixa hidrossolubilidade e hipoalergenicidade) (PETRE, 2005). Algumas

orientações são importantes para a utilização correta do fotoprotetor como a aplicação do fotoprotetor de 20 a 30 minutos antes da exposição ao sol, para que haja tempo de ser absorvido e desempenhar seu efeito protetor; aplicar em todas as áreas expostas evitando as pálpebras inferiores e superiores, se ocorrer eritema na área dos olhos, ardor ou irritação, lave os olhos imediatamente. (TOFETTI; OLIVEIRA, 2006).

Segundo Cortez (2016), para uma proteção eficaz não basta somente aplicar o produto, outros cuidados são necessários, como, por exemplo, devem ser utilizados diariamente respeitando seu fator de proteção solar (FPS), fazer utilização de meios físicos de fotoproteção como por exemplo: chapéus, camisas, óculos, além disso, deve-se ter cuidados em relação à quantidade aplicada, aos horários de reaplicação e às condições de armazenamento. A importância da fotoproteção se faz necessária por ser aliado à proteção contra os raios ultravioletas, além de oferecer melhor eficiência de proteção e estabilidade durante a exposição ao sol. Com isso o objetivo deste trabalho é conscientizar os acadêmicos do curso de engenharia agrônoma da universidade Unisaesiano de Lins sobre a importância e a utilização correta dos fotoprotetores.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva com abordagem quantitativa, realizada no curso de Engenharia Agrônoma do Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium de Lins (UNISALESIANO), no período de setembro a outubro de 2016. O projeto de pesquisa recebeu a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium – UniSALESIANO/SP, por meio do Parecer nº 2.134.108 (CAAE: 62283716.9.0000.5379). Atualmente o presente curso conta com 152 acadêmicos regularmente matriculados, distribuídos em 4 semestres de curso, com carga horária total de 4.320 horas/aula. A coleta de dados foi realizada em sala de aula, onde participaram ativamente 82 acadêmicos, obtivemos predomínio do gênero masculino, com 58 participantes e 24 do gênero feminino, sendo 2º semestre (n= 27), 4º semestre (n= 43), 6º semestre (n= 51), 8º semestre (n= 31). Foi considerado como critério de inclusão na pesquisa acadêmicos de ambos os sexos, acima de 18 anos devidamente matriculados no curso e que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e como critério de exclusão acadêmicos de outros cursos ou menores de 18 anos e que não assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os resultados obtidos através da análise descritiva dos questionários serão apresentados a seguir, a partir da frequência de respostas obtidas. Para tanto, utilizou-se o programa Microsoft Office Excel 2010 para análise estatística e construção dos gráficos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados foram analisados após a organização do material coletado através de questionários nas salas de aula do curso de Engenharia Agrônoma do Centro Universitário Católico Salesiano *Auxilium* de Lins (UNISALESIANO) no período de setembro a outubro de 2016.

No período da pesquisa, o presente curso contava com 152 acadêmicos devidamente matriculados, porém participaram efetivamente da presente pesquisa 82 acadêmicos. Nesta população, obtivemos predomínio de gênero masculino, sendo 58 participantes e 24 do gênero feminino.

Verificou-se através da pesquisa como demonstra a Tabela 1, que os acadêmicos do presente curso, se expõem ao sol principalmente devido ao trabalho (77%), sendo o principal horário de exposição entre 12-15 h (33%) com a frequência de exposição solar de 2 h/dia (34%).

	Número de participantes	Frequência %
Trabalho	63	77,00
Bronzeamento intencional	0	0,00
Prática de esportes	13	15,00
Outros	3	4,00
Não respondeu	3	4,00
Total	$\Sigma = 82$	$\Sigma \% = 100$

Tabela 1. Possui hábito de exposição solar?

Fonte: Elaborado pelos autores

Quando perguntou-se aos estudantes sobre o uso de filtro solar dos entrevistados, 32 (21%) disseram que sim. A resposta negativa, foi dita por 56 estudantes (38%). E 62 (41%) relataram que usam filtro solar às vezes. Assim, a grande parte dos acadêmicos fazem uso de filtros solares e a seleção para aquisição do filtro solar acontece através do FPS (Fator de Proteção Solar) 55%, sendo o FPS 30 o mais escolhido entre os participantes (34%), seguido do FPS 60 (18%), FPS 50 (17%), FPS 45 (5%). Os fatores 15, 25 e 100 não foram citados e 26% dos acadêmicos não responderam a respectiva pergunta.

	Número de participantes	Frequência %
Cheiro	1	1,00
Marca	17	21,00
FPS	45	55,00
Preço	5	6,00
Indicação de alguém próximo	5	6,00
Não respondeu	9	11,00
Total	$\Sigma = 82$	$\Sigma \% = 100$

Tabela 2. Como você escolhe o filtro solar?

Fonte: Elaborado pelos autores

Os acadêmicos ainda relataram que, a maior frequência de uso é quando vão à praia ou piscina (33%) e ainda, 15 acadêmicos não fazer uso nunca de protetores solar (18%). Os dados demonstrados na tabela 3, ainda nos mostra que uma parcela de 26% dos acadêmicos usam diariamente e 23% só fazem uso, quando lembram de utilizar o protetor solar.

	Número de participantes	Frequência %
Diariamente	21	26,00
Quando vou à praia / piscina	27	33,00
Quando lembro de usar	19	23,00
Nunca	15	18,00
Total	$\Sigma = 82$	$\Sigma \% = 100$

Tabela 3. Qual sua frequência de uso do filtro solar?

Fonte: Elaborado pelos autores

A fim de verificar o conhecimento dos estudantes sobre a relevância da utilização do filtro solar 74% dos participantes declaram usar tal produto devido a proteção, porém nenhum acadêmico atentou-se à prevenção do câncer de pele. Ainda, apenas 1 acadêmico relatou utilizar por indicação médica e 10% relatou outros motivos e 15% não respondeu a presente pergunta.

	Número de participantes	Frequência %
Proteção	61	74,00
Prevenção de câncer de pele	0	0,00
Indicação médica	1	1,00
Outros	8	10,00
Não respondeu	12	15,00
Total	$\Sigma = 82$	$\Sigma \% = 100$

Tabela 4. Porque utiliza filtro solar?

Fonte: Elaborado pelos autores

Quando questionados sobre a aplicação do fotoprotetor solar, 66% dos acadêmicos relataram o uso em todas as regiões do corpo e rosto. Um pequeno percentual dos entrevistados 22% relataram usar somente no rosto, 2% relataram uso somente no corpo e 10% não responderam a questão.

Ainda foi questionado sobre o uso de outros meios de proteção solar, onde os principais meios relacionados foram os óculos de sol (48%), seguidos de chapéus (45%), alguns acadêmicos relataram não usar nada (8%) e nenhum acadêmico relatou fazer uso de roupas com FPS, como demonstra a tabela 5.

	Número de participantes	Frequência %
Chapéus	35	43,00
Roupas com FPS	0	0,00
Óculos	39	48,00

Não uso nada	7	8,00
Outros	1	1,00
Total	$\Sigma = 82$	$\Sigma \% = 100$

Tabela 5. Utiliza outros meios de proteção solar?

Fonte: Elaborado pelos autores

Conforme exposto, foi avaliado a conscientização dos estudantes do curso de engenharia agrônômica sobre a importância da fotoproteção, conforme o resultado obtido, constatou-se que a maior parte dos entrevistados se expõe ao sol em horários impróprios, onde o índice de radiação ultravioleta é preocupante. O percentual de estudantes que fazem o uso de protetor solar, foi maior, comparado aos que não fazem uso, mas vale destacar que a maioria faz uso somente quando vão à praia e não fazem a reaplicação do produto, contrariando o que Cortez (2015) relata sobre a importância da reaplicação para obter eficácia na proteção. Outro dado alarmante, quando foram questionados sobre a importância do uso de protetor solar 23% informaram que nunca usam o fotoprotetor. Grande parte dos entrevistados (74%) utilizam o protetor solar para se proteger, enquanto 1% utiliza por indicação médica e nenhum dos estudantes utilizam para prevenção do câncer de pele, pois 100% dos estudantes indicaram nunca ter tido câncer de pele. Os acadêmicos referiram expor-se ao sol no momento do trabalho com exposição diária 34% até 2 horas por dia, resultado pouco expressivo quando comparado com o estudo de Bisnella; Simões (2010) onde 70% dos estudantes se expõem ao sol e somente 16% se expõem ao sol de 2 a 6 horas por dia, já no estudo em questão 26% se expõe mais de 6 horas por dia, entretanto 66% dos entrevistados fazem aplicação do protetor solar no corpo e rosto. Quando se fala em meios de fotoproteção não inclui somente os protetores químicos, pode-se utilizar e associar outros meios de se proteger. Com isso os acadêmicos foram questionados sobre os possíveis meios de proteção, onde 48% utilizam óculos de sol, 43% chapéus/bonés, 8% utilizam outros meios e 1% não utiliza nada. Os entrevistados foram questionados sobre o FPS (fator de proteção solar), onde observou-se que 34% utiliza FPS 30, 18% optam pelo FPS 60, e 17% se protegem com FPS 50, 5% utiliza FPS 45, totalizando 74% que fazem a utilização de filtro solar com FPS maior que 15. Diante a realidade apresentada com os dados sobre a falta de conscientização quanto ao uso correto e os perigos causados pela radiação UV, faz-se necessária a conscientização, visto que isso é assunto de saúde pública.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados neste trabalho auxilia no conhecimento dos hábitos de exposição solar e fotoproteção da população universitária do curso de Engenharia

Agronômica do Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium de Lins e, assim, delinear orientações foto educativas na população acadêmica em geral. A p e s a r dos acadêmicos fazerem uso de filtros solares tópicos, ressalta-se a importância de incentivos a outros meios de proteção solar, como o uso de roupas com FPS nesta população, visto que devido ao trabalho, a exposição solar é constante e em horários indevidos. Constata-se a falta de conscientização quanto ao uso correto do fotoprotetor solar e a necessidade de se estabelecer estratégias de conscientização por meio de profissionais da saúde na sociedade acadêmica, que visa reduzir os danos causados pela exposição solar direta em horários alarmantes.

REFERÊNCIAS:

BISNELLA, V; SIMÕES, N. D. P. **Avaliação dos hábitos de exposição solar dos estudantes de uma cidade situada no interior do estado do Paraná.** Rev. Bras. Terap. e Saúde, Curitiba. v.1. p. 37-50, jul/dez, 2010.

CORRÊA, M. A. **Cosmetologia ciência e técnica.** 1. ed. São Paulo: Medfarma, p. 279-309, 2012.

CORTEZ, D. A. et al. **O conhecimento e a utilização de filtro solar por profissionais da beleza.** Ciência e saúde coletiva. Maringá, PR, p. 2267-2273, 2016.

PETRI, V. **Fotobiologia:** conceitos básicos. Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina – Departamento de Dermatologia, 2005.

RIBEIRO, C. **Cosmetologia aplicada a dermoestética.** Pharmabooks, São Paulo, SP, 2. ed., p. 101-149, 2010.

TOFETTI, M. H. F. C; OLIVEIRA, V. R. **A importância do uso do filtro solar na prevenção do fotoenvelhecimento e do câncer de pele.** Revista Científica da Universidade de Franca – São Paulo, v.6 n. 1 jan. / abr. 2006.

HIDRATAÇÃO POR HIPODERMÓCLISE E SEUS DESAFIOS NO PACIENTE ONCOLÓGICO: FOCO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Werivelton Muniz da Silva

Faculdade Anhanguera Educacional, Curso de Enfermagem, São José dos Campos, SP. Pós Graduando em Saúde da Família, pela FAVENI – Faculdade Venda Nova do Imigrante.

Aline Pereira de Assis Santos

Faculdade Anhanguera Educacional, Curso de Enfermagem, São José dos Campos, SP. Pós Graduanda em UTI Neonatal e Pediátrica, Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental e Enfermagem do Trabalho pela FAVENI – Faculdade Venda Nova do Imigrante

Gislaine Teixeira da Silva

Faculdade Anhanguera Educacional, Curso de Enfermagem, Mestre em Psicogerontologia, São José dos Campos, SP

Danilo Moreira Pereira

Faculdade Anhanguera Educacional, Curso de Enfermagem, Mestre em Psicogerontologia, São José dos Campos, SP

Cintia Cristina Nicolau Gouveia

Faculdade Anhanguera Educacional, Curso de Enfermagem, São José dos Campos, SP. Pós Graduando em Saúde da Família, Docência e Enfermagem em UTI, pela FAVENI – Faculdade Venda Nova do Imigrante

Juliano Aparecido de Oliveira

Faculdade Anhanguera Educacional, Curso de Enfermagem, São José dos Campos, SP.

Mariana Areias Alves dos Santos

Faculdade Anhanguera Educacional, Curso de Enfermagem, São José dos Campos, SP.

Maria Helena Mota e Mota

Faculdade Anhanguera Educacional, Graduanda do Curso de Enfermagem, São José dos Campos, SP

Bruno Alves Bezerra

Universidade do Vale do Paraíba, Curso de Enfermagem, MBA em Auditoria em Saúde, Pós Graduado UTI e Urgência e Emergência

RESUMO: Trabalho de revisão literária, visa destacar o uso da via subcutânea para hidratação e seus desafios, uma vez que no Brasil é uma prática não ensinada e muitas das vezes nem mencionada em cursos de graduação de enfermagem, tornando essa via/procedimento desconhecido e pouco confiável, em destaque nos pacientes oncológicos. O estudo teve como objetivo, entender a dinâmica do procedimento, compreendendo a complexidade deste, e quais desafios encontrados pelo profissional ao realizar a hidratação por hipodermóclise e, apontar desafios encontrados pelo Enfermeiro em relação aos cuidados de enfermagem de acordo com a necessidade dos pacientes oncológicos, na maioria deles idosos, voltado para o cuidado individualizado, através de conhecimentos científicos, embasado na escassa literatura, tornando assim um processo terapêutico até então descrito como simples, passando de confiável a não confiável, tornando

assim quase extinta uma das vias existentes para administração medicamentosa. Conclui-se que comprovada que é de baixo custo, com riscos mínimos, e com um grande número de medicamentos que podem ser administrados via SC, fica claro a necessidade do profissional enfermeiro, buscar recursos como conhecimentos teóricos e práticos, disseminando tal prática através da educação continuada/permanente, tornando assim a técnica mais conhecida e mais utilizada, uma vez que o enfermeiro tem autonomia para avaliar e propor ao médico que prescreva tal terapêutica, com base nas indicações cientificamente comprovadas, minimizando dessa forma o sofrimento do paciente em cuidados paliativos, proporcionando conforto humanizado também aos seus familiares.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de Enfermagem; Hipodermóclise; Tecido Subcutâneo; Infusões Subcutâneas; Oncologia.

ABSTRACT: Literature review work aims to highlight the use of the subcutaneous route for hydration and its challenges, since in Brazil it is a practice not taught and often not mentioned in undergraduate nursing courses, making this path / procedure unknown and unreliable , highlighted in cancer patients. The purpose of this study was to understand the dynamics of the procedure, understanding the complexity of the procedure and the challenges encountered by the professional when performing hydration by hypodermoclysis and to identify the challenges encountered by the nurse in relation to nursing care according to the need of the cancer patients , in the majority of them elderly, focused on individualized care, through scientific knowledge, based on the scarce literature, thus making a therapeutic process hitherto described as simple, going from reliable to unreliable, thus rendering almost extinct one of the existing routes for administration drug therapy. It is concluded that it is proven that it is low cost, with minimal risks, and with a large number of drugs that can be administered via SC, it is clear the need of the nurse professional, seek resources as theoretical and practical knowledge, disseminating such practice through This makes the technique better known and more used since the nurse has the autonomy to evaluate and propose to the physician to prescribe such therapy, based on the scientifically proven indications, thus minimizing patient suffering in palliative care , providing humanized comfort to their families as well.

KEYWORDS: Nursing Care; Hypodermoclysis; Subcutaneous tissue; Subcutaneous Infusions; Oncology.

1 | INTRODUÇÃO

A definição para hipodermóclise é a infusão de fluídos no tecido subcutâneo, de forma contínua ou intermitente, uma prática antiga com os primeiros relatos sobre infusão bem-sucedida de narcóticos por via subcutânea, datam de 1860 e ocorreu da urgência de encontrar alternativas para tratamento de dor. A técnica proposta inicialmente por Cantani, em Nápoles, parecia segura e eficaz para administração de

fluidos, conforme artigo publicado em 1885 por Daland (GOMES et al., 2017).

No âmbito hospitalar, foi utilizada em 1903 para tratamentos de pacientes desidratados, e seus primeiros relatos se deram em 1913, onde se observa eventos adversos decorrentes a prática inadequada, como por exemplo, o uso de soluções hipertônicas, essa via passou a não mais ser utilizada desde então (BRUNO, 2015).

Embora nos dias atuais, é uma técnica mais indicada aos pacientes idosos, oncológicos de fase terminal, pode-se considerar também quando o paciente apresentar, por exemplo: Ingesta oral da quantidade necessária prejudicada, difícil acesso venoso, confusão e hipertermia. E contraindicada para pacientes com edema generalizado, infecções de pele, doenças alérgicas ou lesões próximas ao local da punção, desidratação severa, pacientes com sinais de choque hipovolêmico, hipotensão, infarto agudo do miocárdio, sódio > 150 mEq/L, entre outros (COREN, 2014).

A fim de obter o resultado esperado com a hipodermóclise, alguns cuidados de enfermagem podem ser prescritos pelo Enfermeiro à sua equipe, como lavar as mãos antes de manusear o cateter para prevenir infecção, fazer sempre uma assepsia na via que for abrir o sistema, utilizando uma gaze umedecida com álcool a 70% no óstio do lúmen do acesso, trocar o *clave/* tampa *luerlock* de acordo com o protocolo da instituição, proteger local da punção com plástico durante o banho, mantendo a área sempre seca, medicações administradas em bolus sempre de forma lenta, orientar o cliente e acompanhante a atentar a sinais de hiperemia, edemas e calor local no sítio da punção, comunicando imediatamente a enfermagem (TAKAKI; KLEIN, 2010).

2 | MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa apresenta fruto de uma revisão bibliográfica, tendo como fontes, artigos científicos, disponíveis nos bancos de dados eletrônicos: SCIELO (Scientific Electronic Library Online), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) . Os descritores foram selecionados por meio de consultas no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), sendo eles: Cuidados de Enfermagem; Hipodermóclise; Tecido Subcutâneo; Infusões Subcutâneas; Oncologia.

Os critérios de inclusão foram artigos disponíveis na íntegra, publicados em português, no período compreendido entre 2010 a 2017. Os critérios de exclusão foram textos incompletos, artigos fora da língua portuguesa e artigos que não abordassem diretamente a temática do estudo. Foram considerados os artigos que demonstraram a realidade voltada para oncologia e cuidados de enfermagem.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quando pesquisado com os descritores: Cuidados de Enfermagem; Hipodermóclise; Tecido Subcutâneo; Infusões Subcutâneas; Oncologia; o resultado obtido foi de 100 arquivos encontrados nos bancos de dados eletrônicos citados na metodologia.

Portanto, 07 artigos científicos foram selecionados para o estudo, pois estavam no critério de inclusão. Diante disto foram utilizados os métodos de exclusão e inclusão citados na metodologia. Abaixo está uma tabela onde destacaremos os artigos que foram utilizados.

LISTA DOS ARTIGOS UTILIZADOS		
AUTORES	TÍTULO	ANO DE PUBLICAÇÃO
AZEVEDO, D. L.	O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos: um guia da sbgg e da ancp para profissionais.	2016
BRUNO, V. G.	Hipodermóclise: revisão de literatura para auxiliar a prática clínica.	2015
GOMES, N. S et al.	Conhecimentos e práticas da enfermagem na administração de fluidos por via subcutânea.	2017
JUSTINO, E. T et al.	Hipodermóclise em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos.	2013
NUNES, P. M. S. A; SOUZA, R. C. S.	Efeitos adversos da hipodermóclise em pacientes adultos: revisão integrativa.	2016
PONTALTI, G. et al.	Via subcutânea: segunda opção em cuidados paliativos.	2012
TAKAKI, C. Y; KLEIN, G. F.	Hipodermóclise: o conhecimento do enfermeiro em unidade de internação.	2010

Tabela 1- Lista dos artigos conforme título, autores e ano de publicação.

Fonte: o autor.

Pontalti et al. (2012) destaca que a via subcutânea mostra-se de fácil acesso, com baixo custo, fácil de assegurar e ter controle sintomático, podendo ser utilizada para a maioria dos fármacos que são usados em cuidados oncológicos, em se tratando de pacientes idosos, apesar de estudos indicando a eficácia e a segurança dessa via, sua utilização na forma terapêutica para hidratação é quase inutilizada, atribui-se a isso a falta de conhecimento científico necessário, hora por escassez hora por falta de interesse do profissional de saúde/Enfermeiro buscar atualização contínua para tais processos medicamentosos.

Entretanto a entidade hospitalar, responsável legal por seus pacientes que nela se encontram internados para tratamentos oncológicos, muito deles em cuidados paliativos, a mesma instituição sendo responsável por todos os profissionais de saúde nela registrados, poderia por exemplo instituir um protocolo de conhecimento na

terapia subcutânea, com finalidade subsidiar o Médico na prescrição da terapêutica medicamentosa da via, o Farmacêutico com o papel de orientar a equipe sobre o uso correto dessas medicações como por exemplo a interação medicamentosa, e o Enfermeiro no papel de capacitar sua equipe para tal tratamento, via educação continuada, monitorizando todo processo (PONTALTI et al., 2012).

Justino et al. (2013) deixa claro sua opinião a respeito que, uma das possíveis razões para que a hipodermóclise seja pouco utilizada, está ligado possivelmente pela facilidade da via oral ainda ser a opção de primeira escolha para administração de medicamentos em pacientes em domicílio, ou sem nenhuma indicação de acesso venoso periférico, porém esse quadro muda quando os pacientes encontram-se em fase terminal, onde muitas das vezes a deglutição está prejudicada ou impossibilitada, o que torna a via oral inviável, principalmente para hidratação.

Azevedo (2016) defende sua opinião com base nos estudos, que alguns direitos e deveres do profissional de enfermagem, segundo o Parecer Coren-SP 031/2014 (2014), podem recusar-se a executar tal atividade se por exemplo não oferecer segurança ao profissional, a pessoa, família e coletividade, aprimorar conhecimentos científicos, éticos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade, proteger a pessoa, família contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência de qualquer membro da sua equipe de saúde, com um único foco, a eficácia do tratamento, seja qual for a terapêutica escolhida, ou melhor indicada pelo profissional Médico/Enfermeiro.

De acordo com o Parecer Coren-SP 031/2014 (2014), afirmam que a punção e administração de fluidos por hipodermóclise são procedimentos de menor complexibilidade, quando comparado a administração pela via intravenosa. Devido a isso tanto a punção quanto a administração de fluidos poderam ser delegadas pelo Enfermeiro aos membros da equipe de enfermagem, desde que treinados e habilitados.

Nunes; Souza (2016) defende em seus estudos e é categórico ao expor sua opinião que o Enfermeiro treinado, habilitado e capacitado têm sua autonomia garantida para indicar a realização de hipodermóclise. O uso de cateteres de fino calibre, como exemplo *scalp* de nº 23, 25 e 27 é recomendado para punção pela *InsusionNursingSociety*, utilizando de fixação com curativo estéril, devendo ser trocado o sítio de inserção do cateter a cada 72 horas, ou se presença de sinais flogísticos e ou complicações, dependendo do protocolo da instituição o uso de bombas de infusão pode ser utilizado para fim de terapêutica eficaz.

Takaki; Klein (2010), evidenciam que a administração de medicação é uma das tarefas mais exercidas pela equipe de enfermagem e que necessita de conhecimento científico sobre anatomia, fisiologia, microbiologia, bioquímica, assim como os princípios que envolvem a ação medicamentosa, interação e efeitos colaterais, o uso de *scalp* calibre 23 a 25, sendo também possível a utilização de cânulas de teflon pediátricas, como *jelco*, mantendo o curativo da punção fixa com curativos com filme transparentes, descreve que a função do Enfermeiro é cuidar para que toda a ação

direcionada a essa prática seja direcionada.

Cabe ao profissional Enfermeiro devidamente habilitado e treinado, em se tratando de hipodermóclise, avaliar o paciente antes da aplicação, para a seleção do local adequado para punção respeitando com rigor os locais de punção demonstrados na figura 1:

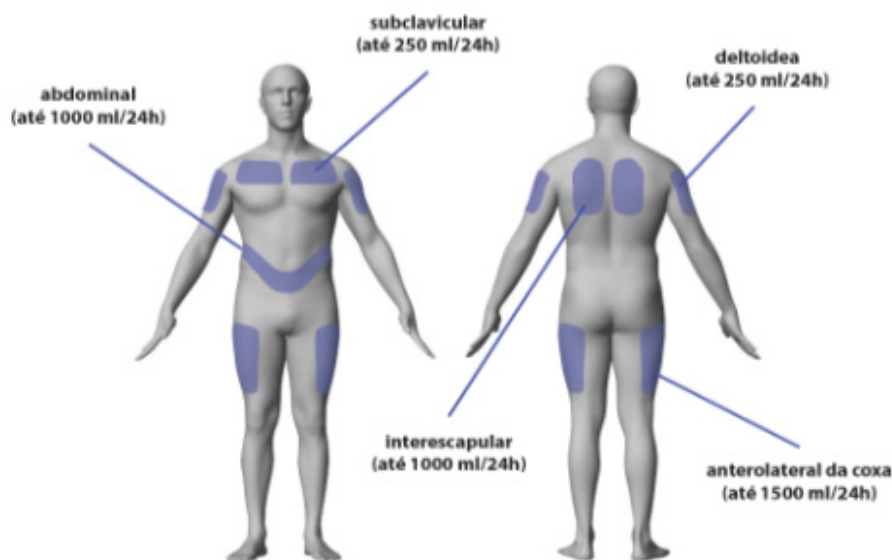


Figura 1 – Regiões para rodízio de punção subcutânea.

Fonte: O uso da via subcutânea em Geriatria e Cuidados Paliativos (AZEVEDO, 2016).

Nunes; Souza (2016) afirma que podem existir efeitos adversos e os mais relatados em estudos são: dor e edema no local da punção, celulite, absorção insuficiente da solução, acumulando líquidos no local, frisando esses como riscos mínimos e reversíveis, de pouca importância clínica.

Azevedo (2016) destaca que para os eventos adversos é indicando como tratamento: massagem local, redução da taxa de infusão e mudança no sítio da punção, não fazendo menção aos possíveis efeitos adversos considerados graves e ou irreversíveis, como necrose local. Entretanto com todos os cuidados tomados, podem surgir algumas complicações, explica ainda que para cada reação adversa ter um tratamento específico como demonstrado na tabela 2.

Edema, calor, rubor ou dor persistente.	Retirar acesso Fazer nova punção a pelo menos 5 cm de distância.
Celulite	Compressa gelada por 15 minutos Curva térmica Comunicar equipe médica – considerar uso de antibiótico tópico ou sistêmico Acompanhamento diário por enfermeiro.
Secreção purulenta	Retirar acesso Drenagem manual Limpeza com SF 0,9% e aplicação de clorexidina alcoólica 5% Curativo oclusivo com troca pelo menos a cada 24h Comunicar equipe médica – considerar uso de antibiótico tópico ou sistêmico; Acompanhamento diário por enfermeiro.

Endurecimento	Retirar acesso Fazer nova punção a, pelo menos, 5 cm de distância Observação: pacientes com câncer avançado e comprometimento da rede ganglionar podem apresentar edema de parede abdominal que se confunda com infiltração local e endurecimento.
Hematoma	Retirar acesso e aplicar polissulfato de mucopolissacarídeo (Hirudoid®) com massagem local 4/4h; Fazer nova punção com cateter não-agulhado. Observação: em pacientes com risco de sangramento, indica-se a punção em flanco, em altura entre a cicatriz umbilical e a crista ilíaca, pois é a região menos vascularizada do abdômen.
Necrose	Retirar acesso; Curativo diário – avaliar indicação de desbridamento com papaína ou hidrogel; Acompanhamento diário por enfermeiro.

Tabela 2- Reações adversas em hipodermóclise e tratamento de enfermagem
Fonte: O uso da via subcutânea em Geriatria e Cuidados Paliativos (AZEVEDO, 2016).

4 | CONCLUSÃO

Ao término da construção do trabalho, fica claro junto à revisão feita nos artigos estudados, que o profissional Enfermeiro, no âmbito de sua função, tem respaldo legal junto ao COREN e de forma científica para delegar e sugerir, a hipodermóclise, sempre focando na eficácia do tratamento terapêutico, minimizando erros, tornando-os se possível escassos, para isso trabalhando de forma continua com sua equipe de enfermagem através de uma comunicação clara e objetiva.

O Enfermeiro deverá propagar informações importantes como, sítios de punção, sinais e sintomas de uma reação adversa, visando a forma preventiva de possíveis complicações, sendo que, ainda que as reações possam ser mínimas e quase inexistentes, de acordo com relatos, ela pode existir por simples negligência de um profissional despreparado para tal procedimento.

Quando um preparo ideal vem através de informações baseada em estudos científicos diversos, que apontam cuidados básicos de enfermagem para esse tratamento como: lavagem das mãos, troca do sitio de punção a cada 72hs, respeitar o volume máximo indicado na literatura para cada sitio de punção, assim como o tempo ideal para cada infusão de acordo com o volume, dessa forma se minimizará possíveis erros e agravos acometidos em virtude de uma técnica simples, porém mal aplicada.

A hipodermóclise pode ser uma aliada ideal para bons resultados em tratamentos terapêuticos indicados a pacientes oncológicos ou em cuidados paliativos, uma vez que a maioria em idosos na fase avançada da doença encontra-se emagrecidos, desidratados, tendo uma resposta positiva a esse tipo de tratamento.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, D. L. **O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos: um guia da sbgg e da ancp para profissionais.** Medicina e Saúde. Rio de Janeiro. 2016. 56p. Prefixo editorial: 92674.

BRUNO, V. G. **Hipodermóclise: revisão de literatura para auxiliar a prática clínica.** Einstein (16794508), v. 13, n. 1, 2015.

COREN-SP, **Ementa: Punção e administração de fluídos na hipodermóclise.** PARECER COREN-SP 031/2014.

GOMES, N. S et al. **Conhecimentos e práticas da enfermagem na administração de fluidos por via subcutânea.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 70, n. 5, 2017.

JUSTINO, E. T et al. **Hipodermóclise em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos.** Cogitare Enfermagem, v. 18, n. 1, 2013.

NUNES, P. M. S. A; SOUZA, R. C. S. **Efeitos adversos da hipodermóclise em pacientes adultos: revisão integrativa.** REME rev. min. enferm. 20, p. [1-6], 2016.

PONTALTI, G. et al. **Via subcutânea: segunda opção em cuidados paliativos.** Revista HCPA. Porto Alegre. Vol. 32, n. 2 (2012), p. 199-207, 2012.

TAKAKI, C. Y; KLEIN, G. F. **Hipodermóclise: o conhecimento do enfermeiro em unidade de internação.** ConScientiae Saúde. 2010 9(3):486-96.

IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM PACIENTES DE CLÍNICA CIRÚRGICA

Francisca Tereza de Galiza

Doutoura em cuidados clínicos, Professora assistente da Universidade Federal do Piauí – UFPI, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros – CSHNB, Picos-PI
ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-5217-7180>
terezagaliza@yahoo.com.br

Ana Karla Sousa de Oliveira

Mestre em modelos de decisão e saúde, Professora assistente da Universidade Federal do Piauí – UFPI, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros – CSHNB, Picos-PI
ORCID iD:0000-0002-64312615
anakarla_deoliveira@yahoo.com.br

Patrícia Sibelli de Oliveira Policarpo

Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da família Universidade Federal do Piauí – UFPI, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros – CSHNB, Picos-PI ORCID iD:<https://orcid.org/0000-0002-4180-6241>
patriciapolicarpo@hotmail.com

Rouslanny kelly Cipriano de Oliveira

Especialista em Saúde da pessoa idosa, Universidade Federal do Maranhão-UFMA, São Luis-MA ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-4843-6079>
rousykelly@hotmail.com

Paloma do Nascimento Carvalho

Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí- UFPI/CSHNB, Picos-PI ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-5088-46076>
ivoneleal_@hotmail.com

Kadija Cristina Barbosa da Silva

Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí- UFPI/CSHNB, Picos-PI ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-6132-3186>
kadijacristina12@hotmail.com

OBJETIVO: analisar a implementação do processo de enfermagem em pacientes de clínica cirúrgica no centro-sul do Piauí.

MÉTODOS: trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa., que envolveu 20 adultos. Coletaram-se os dados mediante organização em quadros com os principais diagnósticos de enfermagem e intervenções. O cálculo. Analisaram-se os dados de acordo com um instrumento já validado pelos enfermeiros do hospital. **RESULTADOS:** 60% tinha idade entre 18-38 anos, a maioria do sexo masculino 65%. As cirurgias mais realizadas foram: ortopédicas 65%. Os diagnósticos frequentes foram: risco de infecção 85%, dor aguda 70% e mobilidade física prejudicada 40%. As intervenções mais efetuadas foi a ingestão nutricional adequada 85%; estimar repouso adequado 85% e manter assepsia para paciente de risco 85%;

Conclusão: os dados mostraram-se a necessidade de uma assistência de enfermagem personalizada, com um planejamento eficaz de ações que garantam a qualidade física e psíquica do paciente cirúrgico para que o mesmo não

venha a apresentar complicações ou danos no pré-operatório e no pós-operatório. Por isso, faz-se necessário à implementação da SAE e do processo de enfermagem no ambiente de trabalho da equipe de enfermagem. Palavras-Chave: Sistematização da Assistência de Enfermagem; Processo de enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Clínica cirúrgica.

ABSTRACT

KEYWORD: Systematization of Nursing Assistance; Nursing process; Nursing diagnosis; Surgical Clinic.

RESUMEN

PALABRA-CLAVE: *Descriptores: Sistematización de la Asistencia de Enfermería; Proceso de enfermería; Diagnóstico de Enfermería; Clínica quirúrgica.*

1 | INTRODUÇÃO

O Processo de Enfermagem (PE) distingue-se como uma metodologia de organização da assistência e da prestação de cuidados da enfermagem. Sua organização envolve as etapas de coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. Por meio deste processo pode-se garantir a continuidade da assistência pela equipe de enfermagem ajustada nos preceitos científicos da profissão, garantindo assim um cuidado individualizado, humanizado, e direcionado a cada tipo de cliente.¹ O Processo de Enfermagem (PE) pode ser citado como um método que identifica, inclui, delinea, explica e/ou prognostica as necessidades humanas, famílias e coletividade ante os problemas de saúde, permeando o atendimento e suas possíveis intervenções para os profissionais de enfermagem. Esta metodologia é largamente aceita, aonde surge como um método científico do cuidado qualificando a assistência de enfermagem prestada.²

A Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) veio por meio desta para implementar a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), em todos os ambientes de saúde, públicos e privados realizados por profissionais de enfermagem privativamente. Ainda de acordo com esta resolução, compete ao enfermeiro traçar os diagnósticos e as possíveis prescrições de enfermagem.³

O processo de Enfermagem é uma dinâmica da atuação sistematizada e inter-relacionada da equipe, visando à prestação da assistência ao ser humano de forma individualizada. A inter-relação caracteriza-se por seis fases, ambos de igual valor, que pinta-se graficamente a forma de hexágono, onde no centro desse hexágono fica o indivíduo, a família e a comunidade.

Entre as atribuições do enfermeiro, o planejamento da assistência de enfermagem abarca um processo determinado e sistemático, e tem-se como objetivo principal, a qualidade da assistência prestada e a segurança do paciente. Todavia, para que essa assistência seja realizada de forma efetiva é primordial que o enfermeiro tenha obtido

o conhecimento e competências necessárias para a implementação do PE.⁵

Pacientes em que realizaram-se procedimentos cirúrgicos recebem assistência individualizada, logo no momento em que é tomada a decisão da cirurgia (pré-operatório), quando são admitidos para a Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) e por fim, até a alta hospitalar, onde ainda orientou-se sobre os cuidados em domicílio. A intervenção de enfermagem é de suma importância para a monitorização dos sinais clínicos do paciente no pré operatório, intra-operatório e pós operatório, na SRPA aqui no Brasil preconiza-se o número específico de enfermeiros, técnicos e auxiliares neste setor de acordo com o número de leitos: sendo um enfermeiro para cada cinco leitos, um técnico para cada três leitos e um auxiliar de enfermagem para cada cinco leitos.⁶

Buscando-se uma assistência apropriada é necessário implementar a individualização do cuidado ao paciente, com exatidão e detecção de prováveis problemas relacionados ao procedimento cirúrgico⁷. Essas ações são subsidiadas pela SAE, que obedece todas as etapas do processo de enfermagem no atendimento ao paciente cirúrgico, a partir dessas atribuições, são esperados efeitos positivos tanto para equipe de saúde como para o próprio paciente e seus familiares.

O processo diagnóstico na enfermagem é diferente de outras categorias profissionais, a exemplo da medicina, uma vez que, nas situações em que é possível agir assim, a pessoa ou as pessoas que constituem o foco do atendimento de enfermagem devem estar envolvidas, de forma íntima, como parceiras dos enfermeiros no levantamento e análise dos dados no processo diagnóstico.⁸

Os pacientes em clínica cirúrgica devem juntamente com o enfermeiro participar da identificação do diagnóstico como também da implementação dos cuidados, visando resultados positivos, para que sejam atendidas suas reais necessidades, desde o período do pré-operatório até o pós-operatório. Dessa forma, o indivíduo será sujeito do processo saúde-doença e deverá ser colocado no centro do cuidado, para que seja alcançado o bem-estar integral e o retorno da sua qualidade de vida.

Sendo assim, a enfermagem consegue se destacar no cenário da saúde, despertando-se para as novas tecnologias e aplicando-as de forma correta e afim de que o enfermeiro articule suas práticas de maneira organizada e sistemática para obtenção de êxito no exercício da sua profissão e no bem estar dos indivíduos que necessitam dos seus serviços.

2 | OBJETIVO

Avaliar a implementação do processo de enfermagem em pacientes de clínica cirúrgica no centro-sul do Piauí.

3 | MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa. Pesquisas descritivas têm como objetivo principal retratar com precisão as características de pessoas, situações ou grupos ou a frequência com que certo fenômeno ocorre. A abordagem quantitativa reúne os dados de maneira sistemática, usando instrumentos formais de coleta das informações necessárias.⁹

O estudo desenvolveu-se em um hospital público de referência localizado no município de Picos-PI, com base na autorização institucional, que presta serviços a toda população.

Neste hospital destacam-se três alas: infantil, clínica médica e clínica cirúrgica para a realização das ações de saúde, sendo ele de média complexidade. Entretanto, a pesquisa realizou-se somente com pacientes admitidos na ala de clínica cirúrgica/ortopédica, pois trata-se do setor que admite pacientes que serão e foram submetidos a procedimentos cirúrgicos.

O estudo compõe-se de 20 pacientes, de ambos os sexos, com maioria etária, de 18 a 59 anos, que estavam internados na ala cirúrgica do referido hospital, e que se disponibilizaram a participar da pesquisa em destaque. A quantidade da amostra justifica-se pelo número de pacientes que estiveram dispostos a participar da pesquisa durante o período de coleta de dados.

Realizou-se coleta de dados de acordo com um instrumento já validado pelos enfermeiros do hospital, tendo-se como público alvo os pacientes em clínica cirúrgica. O instrumento é composto por dados que indicam os diagnósticos de enfermagem e as intervenções de enfermagem sugeridas para a implementação.

Além do uso do instrumento contendo os diagnósticos, realizou-se também pelos pesquisadores a anamnese e exame físico para fidedignidade dos diagnósticos.

Os materiais utilizados para medição dos sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura e respiração) foram o esfigmomanômetro de tamanho adulto, de cor preta, com comprimento de 18-36 cm da marca BIC, estetoscópio duplo de inox adulto de cor preta da marca BIC, termômetro de mercúrio e relógio de pulso.

O instrumento de coleta de dados tem-se como fundamentação teórica a taxonomia de enfermagem voltada para o processo de enfermagem, sendo ela: North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), para a identificação dos diagnósticos frequentes em indivíduos em clínica cirúrgica. As intervenções de enfermagem com base na Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC).

Coletaram-se os dados no período de junho a julho de 2015, de acordo com os horários disponíveis da instituição de saúde e do pesquisador.

Organizaram-se os dados em quadros para uma melhor visibilidade dos principais diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes em clínica cirúrgica no pré-operatório e no pós-operatório. Realizou-se frequência simples e descritiva.

A interpretação dos dados fez-se por meio das taxonomias de enfermagem e na

base literatura científica e atualizada para a temática.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Piauí aprovou esta pesquisa (CAE: 030310/11) visto que ela está de acordo com os preceitos éticos contidos na Resolução nº 466/12.

4 | RESULTADOS

A partir da investigação realizada avaliou-se 20 adultos internados na clínica cirúrgica do hospital selecionado para estudo. Todos com idade entre 18 e 59 anos, de ambos os sexos, em períodos de pré-operatório ou pós-operatório, como observa-se no quadro 1.

Variáveis	N	N
Idade		
18-38 anos	12	60%
39-59 anos	8	40%
Sexo		
Masculino	13	65%
Feminino	7	35%
Período		
Pré-operatório	11	55%
Pós-operatório	9	45%
Tipo de Cirurgia		
Ortopédica	13	65%
Apendicectomia	2	5%
Herniorrafia Inguinal	2	10%
Herniorrafia Epigástrica	1	5%
Histerectomia	1	10%
Circuncisão	1	5%

Quadro 1. Distribuição numérica e percentual das variáveis que caracterizam pacientes em clínica cirúrgica. Picos(PI), Brasil, 2015.

Diagnósticos de Enfermagem frequentes em pacientes cirúrgicos

Identificou-se de acordo com a anamnese e exame físico, os diagnósticos de enfermagem mais frequentes nos pacientes em período pré-operatório e pós-operatório, embasada na taxonomia II da NANDA-I⁸, como vislumbra-se no quadro 2.

Diagnósticos Enfermagem	N	N
Dor aguda	14	70%
Padrão respiratório ineficaz	1	5%
Náusea	5	25%
Nutrição desequilibrada menos/ mais do que as necessidades corporais	6	30%
Constipação	6	30%
Eliminação urinária prejudicada	1	5%
Mobilidade física prejudicada	8	40%

Risco de Integridade da Pele Prejudicada	7	35%
Integridade Tissular Prejudicada	8	40%
Risco de Infecção	17	85%

Quadro 2. Distribuição numérica e percentual dos diagnósticos de enfermagem identificados em clínica cirúrgica. Picos(PI), Brasil, 2015.

Frequência das intervenções de enfermagem de acordo com cada diagnóstico de enfermagem

Utilizando-se da Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) foram identificadas as principais intervenções de enfermagem e a sua frequência de implementação nos pacientes em período pré-operatório e pós-operatório internados no hospital onde foi realizado este estudo, como observa-se no quadro3.

Diagnósticos de Enfermagem em clínica cirúrgica	Intervenções Implementadas	N
1. Dor Aguda	Investigar com o paciente os fatores que aliviam/pioram a dor;	70%
	Promover repouso/sono adequado para facilitar o alívio da dor;	70%
	Oferecer ao indivíduo um excelente alívio da dor mediante a analgesia prescrita	70%
2. Padrão respiratório ineficaz	Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço;	5%
3. Náusea	Realizar levantamento completo da náusea, frequência, duração, gravidade e fatores precipitantes;	25%
	Administra medicação antieméticos	25%
	Reduzir ou eliminar fatores pessoais que precipitem ou aumentam a náusea;	25%
	Promover repouso e sono adequados para facilitar o alívio da náusea;	25%
	Encorajar o consumo de quantidades pequenas de alimentos	25%
4. Nutrição desequilibrada menos/mais que as necessidades corporais e absorver/ingerir/ digerir alimentos; fatores psicológicos	Monitorar a adequação das prescrições alimentares de modo a atenderem às necessidades nutricionais diárias;	30%
	Oferecer a nutrição necessária dentro dos limites da dieta prescrita	30%
5. Constipação	Monitorar os movimentos intestinais, inclusive frequência, consistência, volume e cor;	30%
	Avaliar o perfil medicamentoso quanto a efeitos gastrointestinais	30%

6. Eliminação urinária prejudicada	Monitorar a eliminação urinária, inclusive frequência, consistência, volume e cor;	5%
	Monitorar o surgimento de sinais e sintomas de retenção urinária	5%
	Identificar os fatores que contribuem para episódios de incontinência;	5%
7. Mobilidade Física Prejudicada	Instruir e supervisionar o uso de aparelhos de deambulação;	40%
	Evitar o pé em gota;	40%
8. Risco de Integridade da Pele Prejudicada	Proporcionar higiene íntima sempre que necessário;	35%
	Manter limpas, secas e sem vincos as roupas de cama;	35%
9. Integridade Tissular Prejudicada	Virar o paciente imobilizado no mínimo a cada duas horas;	40%
	Manter limpas, secas e sem vincos as roupas de cama;	40%
10. Risco de Infecção	Promover ingestão nutricional adequadas;	85%
	Estimar repouso;	85%
	Manter assepsia para paciente de risco;	85%

Quadro 3. Distribuição percentual das intervenções de enfermagem identificadas em clínica cirúrgica. Picos (PI), Brasil, 2015.

Entrevistou-se 20 pacientes internados no hospital onde realizou-se a pesquisa, sendo 12 (60%) pertenciam ao sexo masculino e 08 (40%) ao sexo feminino. Quanto à idade, 60% dos entrevistados tinham idade entre 18 e 38 anos e o restante 40%, possuíam uma faixa etária entre 39 e 59 anos.

Todos os vinte participantes do estudo estavam internados na unidade de clínica cirúrgica/ortopédica em período pré-operatório ou pós-operatório, durante a coleta de dados. Desse total, 11 (55%) estavam em período pré-operatório e 09 (45%) estavam em pós-operatório. Dentre os tipos de cirurgias, foram identificadas 13 cirurgias ortopédicas correspondendo a 65% dos entrevistados; 02 cirurgias de Herniorrafia Inguinal (10%); 02 cirurgias de Apendicectomia (10%); 01 cirurgia de Herniorrafia Epigástrica (5%); 01 cirurgia de Circuncisão (5%) e 01 cirurgia de Histerectomia (5%). Todos esses dados podem ser observados no quadro 01.

Por se tratar de uma clínica cirúrgica/ortopédica e a maioria dos seus pacientes internados relatam dor, sendo este um fenômeno subjetivo de percepção extremamente complexa. A percepção álgica ficou presente em 20 (95,2%) pacientes antes da cirurgia. Neste sentido, pode-se concluir que a dor foi mais elevada no período anterior à cirurgia, quando comparado ao pós-operatório¹⁰.

A maioria dos cuidados de clínica médica ortopédica pós cirúrgicos, indispensáveis para o sucesso do procedimento cirúrgico, são de competência do enfermeiro e direcionados à mobilização correta do paciente e ao seu ensino. Dessa forma, estes pacientes carece de um maior tempo sendo assistido pela equipe de enfermagem,

principalmente devido à limitação para mobilizar-se e à restrição ao leito.¹²

5 | DISCUSSÃO

A primeira descrição do apêndice de hérnia inguinal foi realizada por De Garengoot em 1973 e Claudius Amyand (1681-1740), cirurgião francês refugiado na Inglaterra foi o primeiro a realizar apendicectomia.¹¹ A presença do apêndice no saco herniário ocorre em torno de 1% das hérnias inguinais e apêndice inflamado é encontrado em apenas 0,13% dos casos, acometendo preferencialmente o sexo masculino. Podem ser divididas em direta e indireta, sendo a primeira mais comum.

Em seguida com 5%, são identificadas as cirurgias de herniorrafia epigástrica, circuncisão e histerectomia. No tocante às hérnias epigástricas, grande parte das vezes são defeitos pequenos, que dão passagem apenas à gordura pré-peritonal, e seu tratamento é obtido por sutura simples do anel, recompondo o estrato musculoaponeurótico, após a exérese ou a redução do conteúdo herniado. O mesmo não se aplica àquelas que atingiram volumes maiores, como ocorre na maioria das hérnias incisionais e também em algumas inguinais primárias, pois exigem procedimentos mais elaborados e onerosos (grande porte), incluindo a utilização de telas especiais e tamanho grande, além de demandarem maior tempo no preparo e na recuperação desses pacientes.¹³

A histerectomia é a segunda mais frequente cirurgia realizada pelas mulheres em idade reprodutiva, superada apenas pela cesárea. No Brasil, dados indicam que; 20-30% das mulheres serão submetidas a essa operação até a sexta década de vida. Os motivos para a histerectomia são variáveis, incluindo etiologias malignas e benignas. Estima-se que esta abrangência deva-se ao fato de esse órgão ser considerado importante para o desempenho do papel da mulher: a maternidade.¹⁴

Define-se fimose pela incapacidade de retração do prepúcio sobre a glândula, sendo conceituada como primária se não houver evidência de sinais de cicatriz. É uma preocupação que ocorre com bastante frequência na consulta de saúde infantil, sendo descrita uma prevalência de aproximadamente 50% no 1º ano de vida, 8% aos 6-7 anos e 1% aos 16-18 anos de idade.¹⁵

A terapêutica clássica utiliza-se atualmente a postectomia, ou circuncisão, onde é uma das cirurgias mais realizada em todo o mundo. A postectomia convencional e o Plastibell são nos dias atuais os métodos mais populares para a realização do procedimento. Mesmo sendo um dos procedimentos mais antigos para o tratamento da doença, ainda não chegou-se a um consenso na literatura sobre a idade ideal para sua realização, nem sobre a técnica cirúrgica ou anestésica ideais a serem utilizadas.¹

Dessa forma, é competência do enfermeiro e de toda equipe cirúrgica, atuar de forma preventiva contra os perigos do CC, buscando ações que garantam a qualidade do procedimento cirúrgico que será realizado.

No quadro 02 encontra-se a distribuição numérica dos diagnósticos de enfermagem identificados em clínica cirúrgica, levantados através da taxonomia II da NANDA-I⁸, presentes no instrumento utilizado para coleta de dados. Serão analisados os diagnósticos de enfermagem e suas respectivas intervenções.

Risco de infecção é o risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos e foi identificado em 85% dos indivíduos analisados, obtendo o resultado de diagnóstico mais frequente entre os pacientes cirúrgicos da pesquisa.

O fator idade é um dado a ser investigado¹⁶, mas segundo Triantafyllopoulos e outros autores, o risco de instalar-se uma infecção do sítio cirúrgico em procedimentos ortopédicos ocorre em qualquer idade porém é mais prevalente em pacientes idosos quando se comparando a pacientes mais jovens que passaram pelo mesmo tipo de procedimento. Isso deve-se ao fato de que os idosos apresentam características, como a resposta imunitária deficiente, agentes infecciosos, estado de desnutrição e as demais comorbidades já existentes no idoso, contribuindo desta forma para o aparecimento da infecção.¹⁷

Quanto ao fator dor evidenciou-se em ambos os períodos cirúrgicos, sendo este um fenômeno subjetivo de percepção extremamente complexo. Os pacientes que colocarão prótese de quadril por exemplo habitam-se a viver com a dor em suas atividades de vida diária e não pedem auxílio até que ela se torne insuportável. A percepção álgica esteve presente em 20 (95,2%) pacientes antes da cirurgia. Neste sentido, pode-se inferir que a dor foi mais elevada no período antecedente à cirurgia, quando comparado ao pós-operatório.¹⁰

O tipo de cirurgia, o seu nível de complexidade, os elementos psicológicos, emocionais e físicos do paciente, podem contribuir de maneira significativa para aumento do grau da dor e do desconforto, tanto antes quanto depois do procedimento cirúrgico. A partir disso, podem-se utilizar instrumentos que quantifiquem a intensidade da dor. Uma das maneiras de mensuração da dor é a escala numérica verbal que varia de 0 a 10, e a intensidade da dor é classificada de forma crescente, quanto maior o número, mais intensa é a dor. E dessa forma, é possível a classificação da dor e a busca de uma medida eficaz para seu alívio.

Os cuidados prestados aos pacientes pós cirúrgicos surgiram na Inglaterra em 1801, onde existia um espaço reservado ao lado da sala de cirurgia, a fim de observar atentamente as reações desses pacientes. Contudo, os objetivos peculiares só foram estabelecidos em 1944, entre eles está, a atuação da enfermagem na assistência ao paciente pós anestésico a fim de planejar e implementar cuidados específicos ao mesmo impedindo assim complicações futuras, decorrentes do procedimento anestésico cirúrgico.⁶

Um dos diagnósticos de enfermagem com maior incidência foi mobilidade física prejudicada, caracterizada como uma limitação do movimento físico corporal seja física ou voluntária, de uma ou mais extremidades. A presença do diagnóstico mobilidade física prejudicada implica em problemas como a mudança na marcha, que pode gerar

um risco aumentado para quedas, além da maior dependência quanto às atividades de vida diária, impossibilidade de retorno às atividades laborais, dificuldade para movimentar-se no próprio domicílio, assim como no entorno de casa e para outros locais.⁶

Alguns diagnósticos não apresentaram frequências tão altas, entretanto é essencial o conhecimento sobre suas características e fatores relacionados, para que os profissionais da saúde possam planejar intervenções de acordo com a necessidade cada paciente.

O Risco da Integridade da Pele Prejudicada está relacionado a excreções, pele úmida, presença de secreções, extremos de idade, proeminências ósseas, circulação prejudicada, déficit/excesso de líquidos e fatores mecânicos. Nos pacientes cirúrgicos apresentou uma percentual de 35%. Esse número justifica-se pelo fato de que pacientes em condições cirúrgicas dependendo do trauma ou enfermidade necessitam de cuidados corporais constantes para manter a hidratação da pele e evitar a ascensão de feridas, úlceras ou processos infecciosos.

Outro diagnóstico analisado foi Integridade Tissular Prejudicada. De acordo com a classificação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I⁸, a integridade tissular prejudicada define-se como: “dano às membranas mucosas, córnea, pele ou tecidos subcutâneos” podendo estar associado à circulação alterada, déficit de conhecimento, déficit de líquidos, excesso de líquidos, extremos de temperatura, fatores nutricionais, irritantes químicos, mecânicos (pressão, abrasão, fricção), mobilidade física prejudicada e radiação.

O diagnóstico de Integridade Tissular Prejudicada presente nos pacientes cirúrgicos foi de 40%, está relacionada também com a circulação prejudicada, extremos de temperatura, fatores mecânicos, déficit/excesso de líquidos e mobilidade física prejudicada. Refere cuidados também com a hidratação corporal para a recuperação tissular.

A nutrição desequilibrada menos/mais que as necessidades corporais diz respeito à ingestão de nutrientes que podem ser insuficientes ou que podem exceder a necessidades metabólicas. Tem como fatores contribuintes, a capacidade de ingerir/digerir/absorver alimentos ou ingestão excessiva. Durante a avaliação dos pacientes, 30% apresentaram nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais. Isso aconteceu devido à falta de adesão a comida do hospital e a fatores psicológicos antes dos procedimentos cirúrgicos.

A Constipação encontrou-se em 30% dos casos avaliados, e é definida como diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por passagem de fezes difícil ou incompleta e/ou eliminações de fezes excessivamente duras e secas.⁸ Pode estar relacionada a sedativos, desidratação, mudança de ambiente, mudança de padrões alimentares, tensão emocional, hábitos de evacuações irregulares e tensão emocional.

Devido a tais fatores, principalmente a tensão emocional e a mudança de

padrões alimentares, os pacientes internados podem sofrer alterações fisiológicas que comprometam o funcionamento regular do intestino. Está correlacionada diretamente com o diagnóstico de nutrição desequilibrada, pois os 30% dos pacientes que apresentaram este último diagnóstico, também mostraram-se constipados.

Define-se náusea pela NANDA-I⁸, como uma sensação subjetiva desagradável, semelhante a uma onda, na parte de trás da garganta, no epigástrico ou no abdome, que pode levar ao impulso ou necessidade de vomitar. Alguns dos fatores que podem contribuir para seu aparecimento são irritações gástricas, dor, fármacos, distensão gástrica, fatores psicológicos e tumores intra-abdominais. De todos os pacientes que foram avaliados, 25% apresentaram náusea, devido à medicação, e também pela ansiedade antes da cirurgia. No pós-operatório, por causa da anestesia, alguns pacientes relataram náuseas fortes e intensas, com ânsia de vômito.

E por último com a mesma incidência, o diagnóstico padrão respiratório ineficaz e eliminação urinária prejudicada, aparecem com 5%. O padrão respiratório ineficaz é conceituado pela NANDA-I⁸ como a inspiração e/ou expiração que não propicia ventilação adequada, que podem estar ligadas a ansiedade, deformidade na parede do tórax, dano cognitivo, dor, fadiga e fadiga muscular respiratória. De acordo com o exame físico realizado em cada paciente, identificou-se apenas um indivíduo com dificuldade respiratória, ocasionado pela dor intensa. Os outros pacientes apresentaram frequência respiratória normal e sem queixas.

Em relação à eliminação urinária prejudicada que é a disfunção na eliminação da urina de acordo com NANDA-I⁸, somente 5% da amostra entrevista referiu problemas ao urinar. Esse diagnóstico pode estar relacionado a dano sensorio-motor, múltiplas causas, infecção no trato urinário ou obstrução anatômica. Todos os outros pacientes relataram normalidades nas eliminações vesicais e sem queixas algicas ao urinar.

Portanto, chama-se a atenção para os cuidados de enfermagem nos pacientes em período perioperatório. É fundamental que o enfermeiro esteja atento a todos os cuidados que o paciente em pré-operatório ou pós-operatório necessite, como higienização, controle das algias, mudanças de decúbito, assepsia nos locais da cirurgia e no ambiente, estimular a ingestão dos alimentos prescritos na dieta, realizar ausculta pulmonar a procura de alterações, verificar sinais vitais, observar a consistência, cor, volume e aspecto das eliminações vesicointestinais, além de tirar todas as dúvidas dos pacientes e da família quando questionado. Isso se torna válido para todos os diagnósticos, desde os mais comuns aos menos prevalentes, pois é papel do enfermeiro garantir que as intervenções sejam realizadas de forma plena e eficaz.

A partir da identificação dos diagnósticos em clínica cirúrgica é possível que o enfermeiro e a equipe de saúde se organizem e planejem as ações que serão executadas para obter o conforto e satisfação do paciente que se encontra em uma condição delicada e vulnerável, visando à qualidade do procedimento a ser realizado e a assistência nos períodos que antecedem e sucedem as cirurgias.

As intervenções de enfermagem executadas são o quarto passo para a implementação do processo de enfermagem. Entretanto, nem todas as intervenções sugeridas foram realizadas, devido às limitações apresentadas no cuidado desempenhado pela equipe de enfermagem no cenário estudado.

Estudos desenvolvidos por enfermeiros nos últimos anos apontam diferentes dificuldades em sua implantação, dentre elas destacam-se: falta de conhecimento por parte do enfermeiro acerca da metodologia de assistência e modelos teóricos; deficiência na abordagem da temática durante o curso de graduação; grande demanda de serviços burocráticos e administrativos, além da falta de pessoal e de recursos materiais para o cuidado; falta de articulação entre a teoria e a prática; e, influências do modelo biomédico/cartesiano. São causas que representam, em sua maioria, problemas conceituais, estruturais e organizacionais.¹⁸

Em risco de infecção, as intervenções de enfermagem mais executadas foram: promover ingestão nutricional adequada (85%); estimar repouso (85%); manter assepsia para paciente de risco (85%). Na dor aguda, as que prevaleceram foram: Investigar com o paciente os fatores que aliviam/pioram a dor (70%); promover repouso/sono adequado para facilitar o alívio da dor; oferecer ao indivíduo um excelente alívio da dor mediante a analgesia prescrita (70%). E em mobilidade física prejudicada, as intervenções que se sobressaíram foram: instruir e supervisionar o uso de aparelhos de deambulação (40%); evitar o pé em gota (40%).

No caso de Risco de Integridade de Pele Prejudicada as intervenções realizadas pela equipe de enfermagem foram: proporcionar higiene íntima sempre que necessário (35%); manter limpas, secas e sem vincos com as roupas de cama (35%). Em Integridade Tissular Prejudicada, as intervenções: virar o paciente imobilizado, no mínimo, a cada duas horas e manter roupas limpas, secas e sem vincos com as roupas de cama, alcançaram a frequência de 40% cada uma.

Para a melhoria dos pacientes com nutrição desequilibrada menos/mais que as necessidades corporais eram de responsabilidade do enfermeiro no quesito intervenção, foram monitoradas a adequação das prescrições alimentares de modo a atenderem as necessidades nutricionais diárias (30%) e também oferecer a nutrição necessária dentro dos limites da dieta (30%). Nos pacientes com constipação foram monitorados os movimentos intestinais, inclusive frequência, consistência, volume e cor como também avaliação do perfil medicamentoso quanto aos efeitos gastrointestinais (30%).

As intervenções para a melhora da Náusea inseridas nos pacientes cirúrgicos, foram: levantamento completo da náusea, frequência, duração, gravidade e fatores precipitantes (25%); administração de medicamentos antieméticos prescritos (25%); redução e eliminação de fatores pessoais que precipitem ou aumentem a náusea(25%); e encorajamento do consumo de quantidades pequenas de alimentos (25%).

Como plano de ação para a melhora do paciente com Padrão Respiratório ineficaz, foi feita a monitoração da frequência, ritmo, profundidade e esforço (5%) do indivíduo

com esse diagnóstico. Lembrando que, a ausculta pulmonar é de suma importância para manutenção respiratória do paciente, além do registro dos movimentos torácicos observando simetria, uso dos músculos acessórios e retrações. Através dela, busca-se também a ocorrência de respiração ruidosa, como sibilos e roncos, e expansão pulmonar que podem indicar em algo mais complexo.

No diagnóstico de eliminação urinária prejudicada, como intervenção foi obtido o monitoramento das eliminações vesicais, observando cor, volume, frequência, odor, consistência; sinais e sintomas de retenção urinária; identificação de fatores que contribuem para episódios de incontinência e inserção de sonda vesical, conforme apropriado.

Utilizando-se das ferramentas metodológicas que são privativas do enfermeiro, ou seja, do processo de enfermagem e suas etapas, é possível garantir o bem estar físico e mental dos pacientes no período perioperatório, visto que uma assistência mal planejada pode implicar em complicações e danos àquele paciente que necessita de atendimento diferenciado para enfrentar e lidar com o procedimento cirúrgico, no qual ele será protagonista. Identificar diagnósticos e implementar intervenções garantem a segurança do paciente, minimizam o tempo e adversidades do processo de hospitalização e, ainda, documenta a assistência de enfermagem prestada.

6 | CONCLUSÃO

Permitiu-se neste estudo, avaliar a implementação do processo de enfermagem em clínica cirúrgica, pois através desta é fornecido um atendimento seguro e eficiente com resultados benéficos para a equipe e para o próprio paciente, avaliando as particularidades do mesmo, orientando-o quanto aos cuidados no processo cirúrgico e oferecendo informações que contemplem todas as ações que serão desenvolvidas pela enfermagem e sua equipe.

Para a eficácia do exercício de enfermagem necessita-se de uma implementação adequada do processo de enfermagem, abrangendo todas suas etapas, principalmente os diagnósticos de enfermagem e suas intervenções, pois elas garantem o respaldo técnico do enfermeiro na realização de suas atividades.

No entanto, observou-se muitas limitações durante o período de pesquisa, pois o hospital pesquisado possui uma fragilidade na estrutura técnico-científica para a realização do processo de enfermagem. Acrescenta-se, ainda, o pouco conhecimento da equipe de enfermagem sobre os benefícios que o processo de enfermagem possa vir a trazer ao atendimento a pacientes cirúrgicos e de outras condições clínicas.

Acredita-se que o desenvolvimento deste estudo permitiu um aprendizado positivo, proporcionando melhora da capacidade de reflexão crítica, ou seja, conduzindo a assistência para uma prática mais científica e menos intuitiva. O conhecimento dos principais diagnósticos de enfermagem e suas intervenções contribuem para o

direcionamento dos cuidados em pacientes que se encontram em clínica cirúrgica, viabilizando o processo de enfermagem na instituição pública de saúde, como ferramenta facilitadora para o trabalho da equipe de enfermagem, servindo ainda de modelo a ser seguido por outros setores, influenciando na educação em enfermagem e políticas de saúde.

REFERÊNCIA

Santos JP. Postectomia com dispositivo plástico versus postectomia convencional para circuncisão em crianças: revisão sistemática e metanálise. 2014.

Silva ASR, et al. O jogo como facilitador do processo ensino-aprendizagem da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): aprende ou “Sae”. Anais do Seminário Tecnologias Aplicadas a Educação e Saúde, 2017.

Brasil, 2009 Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 358/ 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. [Acesso 30 set 2016].

Horta WA,1979. Processo de Enfermagem São Paulo: EPU.

Costa MHA, et al. Julgamento clínico em enfermagem: a contextualização do desenvolvimento de competências e habilidades. Revista Univap, v. 22, n. 40, p. 68, 2016.

Macena MDA, Zeferino MGM, Almeida DA. Assistência do Enfermeiro aos pacientes em recuperação Pós Cirúrgica: cuidados imediatos. Revista de Iniciação Científica da Libertas. 2016 4[1].

Sales VMB. Operacionalização do Programa Nacional de Segurança do Paciente: análise dos custos de implantação em um hospital da Paraíba, [Brasil]. 2016.

NANDA Diagnósticos de enfermagem da NANDA (2015): definições e classificação 2015-2017 [NANDA Internacional]; Porto Alegre: Artmed.

9.Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 2011 [7 ed.] Porto Alegre: Artmed.

Silva BM, et al. Aplicabilidade clínica dos resultados de enfermagem na evolução de pacientes ortopédicos com mobilidade física prejudicada. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2015 23(4).

Fonseca-neto OCL da, Lucena RCC, Lacerda CM. Hérnia de amyand: hérnia inguinal com apendicite aguda. ABCD, arq. bras. cir. dig. [Internet]. 2014 Dec [cited 2018 Jan 17]; 27(4): 309-310.

Cheng STR, et al. Factors relating to perioperative experience of older persons undergoing joint replacement surgery: an integrative literature review. Disability and rehabilitation.2015 37(1), p. 9-24.

Melo RM. Hérnias complexas da parede abdominal. Revista do colégio brasileiro de cirurgiões[Goiás]2013, 40(2), p. 090-091.

Chiarello AC, et al. Histerectomias oncológicas e não oncológicas: avaliação dos resultados de anatomopatológico das histerectomias realizadas no hospital universitário santa terezinha, no sistema único de saúde, no período de 2006 a 2012. Anais de Medicina. 2014 1 [1], p. 23.

Guimarães FMG, Martins AM. Eficácia do uso de corticoides tópicos no tratamento da fimose primária em crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2017 12 [39], p. 1-6.

SANTOS, P. V. F., et al. Infecção do sítio cirúrgico em pacientes no pós-operatório de cirurgias ortopédicas eletivas. *Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente*. 2017 5 [2], p. 71-79.

Triantafyllopoulos G, et al. Patient, surgery, and hospital related risk factors for surgical site infections following total hip arthroplasty. *The Scientific World Journal*. 2015.

Cabral RWL, Medeiros AL, Santos SR. *Revista eletrônica de enfermagem*. [Internet]. 2013, 15[1], p. 44-53.

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS COMO INSTRUMENTO DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA TERAPIA ANTINEOPLÁSICA NO HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS

Thais Riker da Rocha

Hospital Regional do Baixo Amazonas – Dr.
Waldemar Penna
Santarém - Pará

Anderson da Silva Oliveira

Hospital Regional do Baixo Amazonas – Dr.
Waldemar Penna
Santarém - Pará

Sândrea Ozane do Carmo Queiroz

Hospital Regional do Baixo Amazonas – Dr.
Waldemar Penna
Santarém – Pará

Kalysta de Oliveira Resende Borges

Hospital Regional do Baixo Amazonas – Dr.
Waldemar Penna
Santarém - Pará

Suellen Beatriz Alvarenga de Sousa

Hospital Regional do Baixo Amazonas – Dr.
Waldemar Penna
Santarém - Pará

Juliana Petry

Hospital Regional do Baixo Amazonas – Dr.
Waldemar Penna
Santarém - Pará

Luriane Melo de Aguiar Araújo

Hospital Regional do Baixo Amazonas – Dr.
Waldemar Penna
Santarém - Pará

Daniel Vicente Jennings Aguiar

Hospital Regional do Baixo Amazonas – Dr.
Waldemar Penna

Santarém - Pará

RESUMO: Intervenção farmacêutica define-se como todas as atuações nas quais o farmacêutico participa efetivamente na tomada de decisões na terapêutica dos pacientes. No ambiente hospitalar, a atenção farmacêutica ocorre de maneira integrada com a equipe multiprofissional, com ênfase na avaliação da prescrição, monitoramento da terapia medicamentosa e do quadro clínico do paciente. A análise de prescrição médica pelo farmacêutico promove uma farmacoterapia segura e racional, uma vez que as intervenções realizadas durante essa análise constituem uma ferramenta eficaz na detecção e prevenção de eventos adversos, contribuindo com a qualidade assistencial. Objetivou-se analisar as intervenções farmacêuticas em prescrições médicas de pacientes em tratamento oncológico. Estudo retrospectivo, quantitativo e documental no período de Janeiro a Dezembro de 2017 em um hospital público no Oeste do Pará. Levantamento de dados através de planilhas de intervenções farmacêuticas em prescrições médicas de terapia antineoplásica. Foram realizadas 168 intervenções farmacêuticas: 61% relacionadas à adequação de concentração final, 23% a respeito de incompatibilidade de diluentes, 4% sobre interação medicamentosa

e 4% acerca de incompatibilidade medicamento. As intervenções farmacêuticas mais frequentes foram relacionadas à adequação de concentração final e incompatibilidade de diluentes, com repercussão em redução de danos como: interferências na biodisponibilidade do princípio ativo, falhas da efetividade terapêutica, administração de superdosagens e desperdícios de medicamentos. Portanto, o estudo demonstrou a relevância da atuação do farmacêutico clínico dentro da equipe multiprofissional, contribuindo com a segurança do paciente mitigando riscos adversos evitáveis.

PALAVRAS-CHAVE: Pacotes de Assistência ao Paciente; Avaliação de Eficácia-Efetividade de Intervenções; Segurança do paciente.

ABSTRACT: Pharmaceutical intervention is defined as all the actions in which the pharmacist effectively participates in the decision making in the therapy of the patients. In the hospital environment, pharmaceutical care occurs in an integrated manner with the multiprofessional team, with emphasis on the evaluation of the prescription, monitoring of the drug therapy and the clinical picture of the patient. The analysis of medical prescription by the pharmacist promotes safe and rational pharmacotherapy, since the interventions performed during this analysis are an effective tool in the detection and prevention of adverse events, contributing to the quality of care. The objective was to analyze the pharmaceutical interventions in medical prescriptions of patients undergoing oncological treatment. Retrospective, quantitative and documentary study in the period from January to December 2017 in a public hospital in the west of Pará. Data collection through spreadsheets of pharmaceutical interventions in medical prescriptions of antineoplastic therapy. There were 168 pharmaceutical interventions: 61% related to final concentration suitability, 23% regarding diluent incompatibility, 4% drug interaction and 4% drug incompatibility. The most frequent pharmaceutical interventions were related to the suitability of final concentration and incompatibility of diluents, with repercussion in harm reduction such as: interferences in the bioavailability of the active principle, failures of therapeutic effectiveness, administration of drug overdoses and waste. Therefore, the study demonstrated the relevance of the performance of the clinical pharmacist within the multiprofessional team, contributing to patient safety by mitigating avoidable adverse risks.

KEYWORDS: Patient Assistance Packages; Evaluation of Efficacy-Effectiveness of Interventions; Patient safety.

1 | INTRODUÇÃO

A promoção da segurança e da qualidade na assistência à saúde no âmbito hospitalar tem se tornado um hábito para muitas instituições de saúde no País. Observa-se que as iniciativas, bem como, o desenvolvimento de metodologias ativas para que possa ser desenvolvida uma assistência à saúde com foco no paciente vem sendo temática debatida em caráter mundial. Nos Estados Unidos, fora realizado estudo com base em análise retrospectiva de prontuários, com amostragem de pouco

mais de 30.000 internações e identificou-se uma proporção iatrogênica irreparável para um percentual de 3,7% das internações, dos quais, 13,6% envolveram a morte do paciente (OLIVEIRA et al., 2014).

No Brasil, em 2013, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), objetivando contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional, tanto para instituições públicas quanto, para instituições privadas, mediante prioridades dadas à segurança do paciente nestes estabelecimentos conforme agenda política dos estados-membros da Organização Mundial de Saúde - OMS (BRASIL, 2014).

No entanto, as iniciativas específicas no campo da segurança do paciente no que tange à utilização de medicamentos no âmbito hospitalar, são observadas desde antes mesmo da criação do PNSP, como por exemplo, em 2006, realizado o primeiro Fórum Internacional Sobre Segurança do Paciente e Erro de Medicação, o que impulsionou na criação do Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP), entidade multiprofissional que tem contribuído significativamente com a educação continuada dos profissionais de saúde por meio de publicações sobre erro de medicação (BRASIL, 2014).

Dentre as possibilidades de atuação do profissional farmacêutico, o uso irracional de medicamentos consiste em um problema de saúde pública em todo o mundo, pois o mesmo é fator de impacto na obtenção de resultados clínicos, econômicos e humanistas. Em torno de 50 a 70% dos recursos do governo estão destinados à aquisição de medicamentos. Porém, se utilizados de maneira adequada passam a serem recursos terapêuticos de maior custo-benefício (REIS et al., 2013).

Neste contexto, o Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (OPAS, 2002) denomina intervenção farmacêutica como o ato que se planeja, se documenta e é realizado em conjunto ao paciente e a equipe multiprofissional, e que tem como intuito solucionar ou prevenir problemas que sejam fatores de interferência na farmacoterapia, funcionando como parte de composição no processo de acompanhamento farmacoterapêutico.

Castilho et al (2008), enfatiza a atuação do profissional farmacêutico sendo uma das etapas finais para se identificar, corrigir, diminuir os possíveis aspectos que funcionam como riscos relacionados à terapêutica. Este afirma que vários estudos demonstram a redução significativa de erros de medicação em instituições onde farmacêuticos podem realizar suas intervenções juntamente ao corpo clínico, contribuindo em maior qualidade assistencial e conseqüentemente regressão do número de eventos adversos.

Aguiar et al., (2018) corrobora com Castilho et al., (2008), afirmando que a intervenção farmacêutica realizada com contínua monitorização farmacoterapêutica possibilita decréscimo nos Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM's) bem como, os riscos para o tratamento farmacoterapêutico. As atribuições relatadas na lei 585 de 2013 do Conselho Federal de Farmácia (CFF), regulamentadas como privativas

do farmacêutico englobam a avaliação da prescrição médica quanto à quantidade, qualidade, compatibilidade, estabilidade e interações medicamentosas.

É possível retratar através de Finatto, Caon e Bueno (2012), abordando a monitorização terapêutica na análise da prescrição onde se verifica a posologia do medicamento prescrito, a interação com outros fármacos, com alimentos e inclusive com algum quadro de patologia, bem como a via de administração, a adequação a indicação terapêutica e possíveis efeitos adversos, onde estas avaliações podem resultar em intervenções farmacêuticas. Sabe-se, no entanto, que no Brasil há mais dimensionamento dos farmacêuticos ainda para funções administrativas, ainda que em alguns hospitais os serviços de farmácia clínica já tenham sido implantados ou estejam em andamento (FERRACINI, 2010).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de forma mais criteriosa, em Resolução emitida em 2004 dispõe o farmacêutico como responsável pela preparação da terapia antineoplásica, o que além de avaliar a prescrição médica cujos aspectos incluem a viabilidade, estabilidade e compatibilidade físico-química dos componentes prescritos entre si, devem examinar a sua adequação aos protocolos pré-estabelecidos pela equipe multidisciplinar de terapia antineoplásica (EMTA) ao atentar-se para a legibilidade e identificação de registro no Conselho Regional de Medicina (CRM).

Ressalta-se que na terapia antineoplásica, os pacientes possuem pré-disponibilidade para desenvolvimento de potenciais reações adversas em consequência à poliquimioterapia e seus fatores de risco, dentre eles a estreita margem terapêutica, o extenso período de tempo de tratamento e em concomitância, muitas vezes, com outros tratamentos de suporte (FILHO, 2013). Filho (2013) relaciona este contexto com a importância de se detectar e identificar as reações adversas, os fatores que aumentam a probabilidade de desenvolvimento destas, notificação aos órgãos que estão vinculados à farmacovigilância como a ANVISA ou ao Centro de Vigilância Sanitária (CVS).

A aplicação destas atribuições ao profissional farmacêutico necessita de atenção para a responsabilidade devido ao elevado número de protocolos terapêuticos, assim como a extensa terapêutica de suporte que está associada a cada tratamento oncológico. Desta maneira, a exigência por responsabilidade e maior conhecimento especializado assumido pelo farmacêutico ao que se refere à natureza dos fármacos utilizados em oncologia e as características singulares dos pacientes oncológicos corrobora a complexidade ao que se constitui um desafio ao farmacêutico que atua em oncologia (FERNANDES et al., 2012).

Ao utilizar a ferramenta de intervenções clínicas, serão descobertos erros, discrepâncias ou inclusive oportunidades para melhoraria no cuidado ao paciente, promovendo a segurança e eficácia no tratamento. Aguiar et al., (2018) ao abordar a complexidade categórica que o tratamento oncológico possui devido mais de cem medicamentos, diferindo-se em composições químicas, células alvo, fins terapêuticos para os específicos tipos de cânceres e efeitos adversos.

Devido a esta alta complexidade, faz-se necessária uma abordagem de âmbito interdisciplinar que proponha assistência integralizada. Fernandes et al (2012) enfatizam a alta relevância dos erros de medicações prescritas que são verificados na oncologia, visto que diante da citotoxicidade dos medicamentos é fundamental que as intervenções farmacêuticas de fato previnam erros, os quais serão evitados na análise da prescrição, atividade que deve ser realizada antes da etapa da manipulação dos medicamentos.

Portanto, este estudo objetivou identificar, quantificar e analisar as intervenções farmacêuticas realizadas mediante análise das prescrições médicas de pacientes em terapia antineoplásica, identificando assim as possibilidades de atuação do profissional farmacêutico junto à equipe multiprofissional, para o provimento da assistência de qualidade e promovendo o uso seguro e racional de medicamentos.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

Conduziu-se um estudo retrospectivo, quantitativo e documental em um hospital de ensino de média e alta complexidade, com 144 leitos, acreditado ONA nível 3, no interior do Pará. O período de coleta de dados compreendeu janeiro a dezembro de 2017. A amostra avaliada foi composta por todas as prescrições de terapia antineoplásica, impressas e entregues ao serviço de farmácia de quimioterapia na referida instituição. Mediante fluxo de entrega das prescrições médicas dos setores Clínica Oncológica, Clínica Pediátrica e Ambulatório de Quimioterapia, as mesmas foram avaliadas e validadas pelos farmacêuticos do setor, conforme fluxograma (Figura 1).

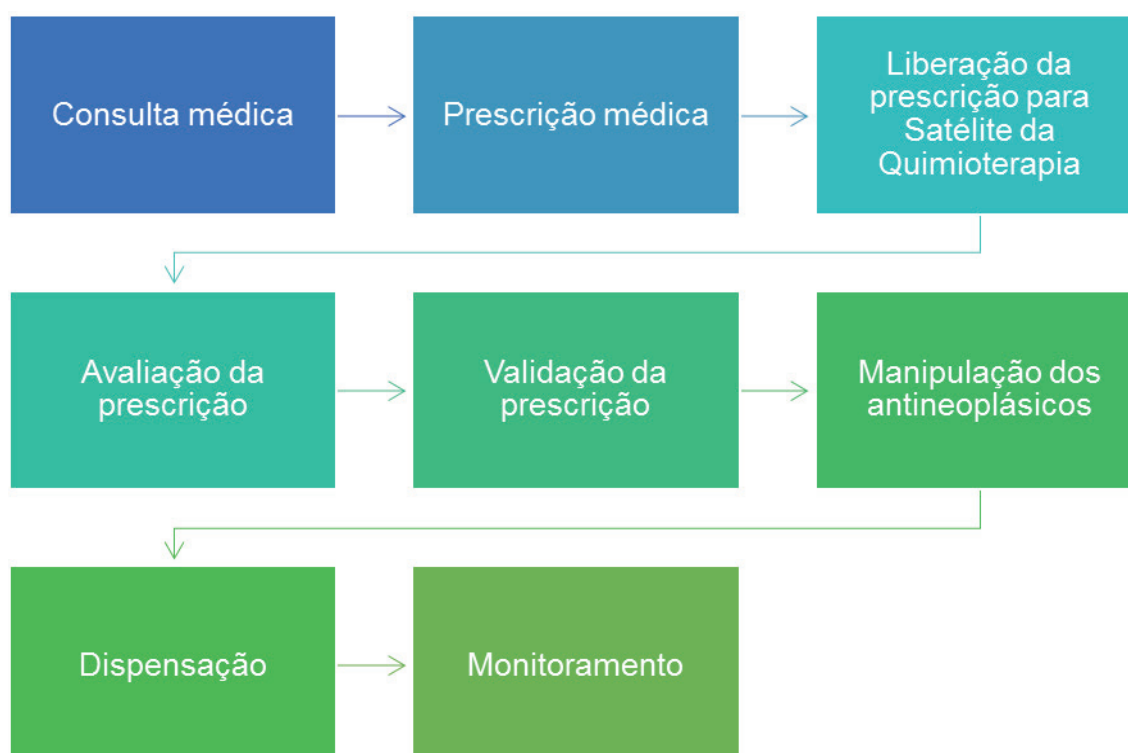


Figura 1: Fluxograma da avaliação das prescrições médicas de quimioterapia.

Considerou-se como critérios de inclusão prescrições médicas de pacientes adultos e pediátricos, internados e em atendimento ambulatorial. Adotou-se como parâmetros de avaliação: clínicos (dose, frequência, via de administração, duração do tratamento e necessidade de ajuste de acordo com parâmetros farmacocinéticos); farmacotécnicos (compatibilidade entre medicamento e diluente, compatibilidade entre volume do diluente e concentração de uso recomendada para o medicamento, forma farmacêutica e prescrições incompletas); logísticos (a disponibilidade do medicamento).

Foram utilizadas como ferramentas para avaliação das prescrições médicas, o Manual de padronização de antineoplásicos da Instituição, Manual de Manipulação e Administração (TIRADO, 2013) e Tabelas de concentração e diluição de antineoplásicos da instituição. As intervenções farmacêuticas foram registradas em planilha eletrônica no software *Microsoft Office Excel 2007*, após serem realizadas junto ao médico prescritor. As variáveis coletadas estão discriminadas na Tabela 1.

Data	Setor do paciente	Farmacêutico Responsável	Prescritor	Medicamento da intervenção	Número total de medicamentos prescritos (denominador da fórmula)	Número total de medicamentos que foram realizadas intervenções	Aceite
------	-------------------	--------------------------	------------	----------------------------	------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------	--------

Tabela 1: Variáveis contidas na planilha de intervenção farmacêutica para terapia antineoplásica.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 12 meses, foram realizadas 168 intervenções farmacêuticas (Gráfico 1). Computada uma média de atendimentos de 520 pacientes/mês, totalizando 6.249 prescrições de terapia antineoplásica no ano de 2017, contabilizados tanto pacientes atendidos no ambulatório de quimioterapia quanto nas Unidades de Internação (Clínicas Pediátrica e Oncológica). Na tabela 2, verificam-se os tipos de intervenções farmacêuticas realizadas na terapia antineoplásica.

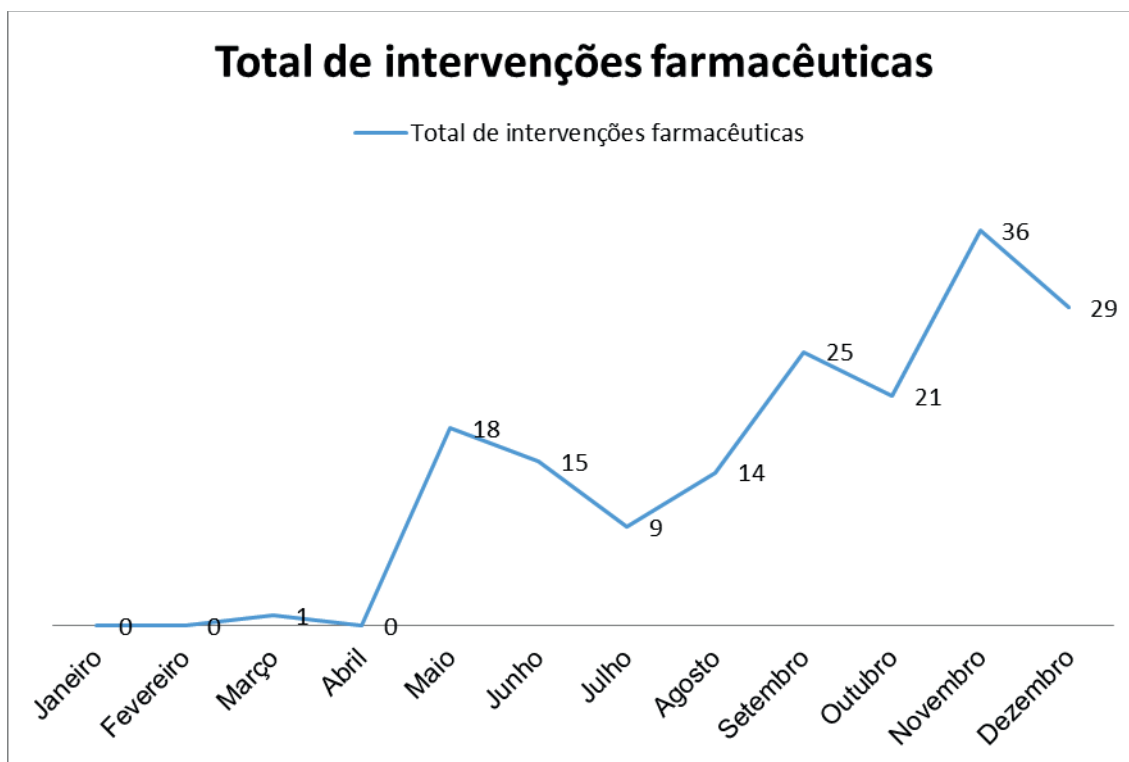


Gráfico 1: Total de intervenções farmacêuticas em terapia antineoplásica realizadas no ano de 2017.

Intervenções farmacêuticas na terapia antineoplásica

Adequação de forma farmacêutica
Adequação de via de administração
Interação medicamentosa
Alteração de Dose
Incompatibilidade Medicamento
Incompatibilidade Diluente
Duplicidade terapêutica
Medicamento com nomenclatura abreviada incorreta
Medicamento Não Padrão
Tempo de infusão
Suspensão do item
Adequação de concentração final

Tabela 2: Tipos de intervenções farmacêuticas na terapia antineoplásica detectadas neste estudo.

Dentre os 12 tipos de intervenção detectadas na amostra deste estudo na instituição do referida pesquisa, 5 apresentaram maior quantitativo de realizações junto aos prescritores, dentre os quais, 61% (n=102) estão relacionados a adequação de concentração final, 23% (n=39) a respeito de incompatibilidade de diluentes, 4% (n=6) sobre interação medicamentosa, 4% (n=6) acerca de incompatibilidade medicamento

e 8% (n=11) correspondentes as demais possibilidades de intervenções farmacêuticas (Gráfico 2).

Portanto, observa-se que os dois tipos de intervenções farmacêuticas que ocorrem com maior frequência foram às relacionadas à adequação de concentração final e incompatibilidade de diluentes, com repercussão em redução de danos como: interferências na biodisponibilidade do princípio ativo, falhas da efetividade terapêutica, administração de superdosagens e desperdícios de medicamentos.

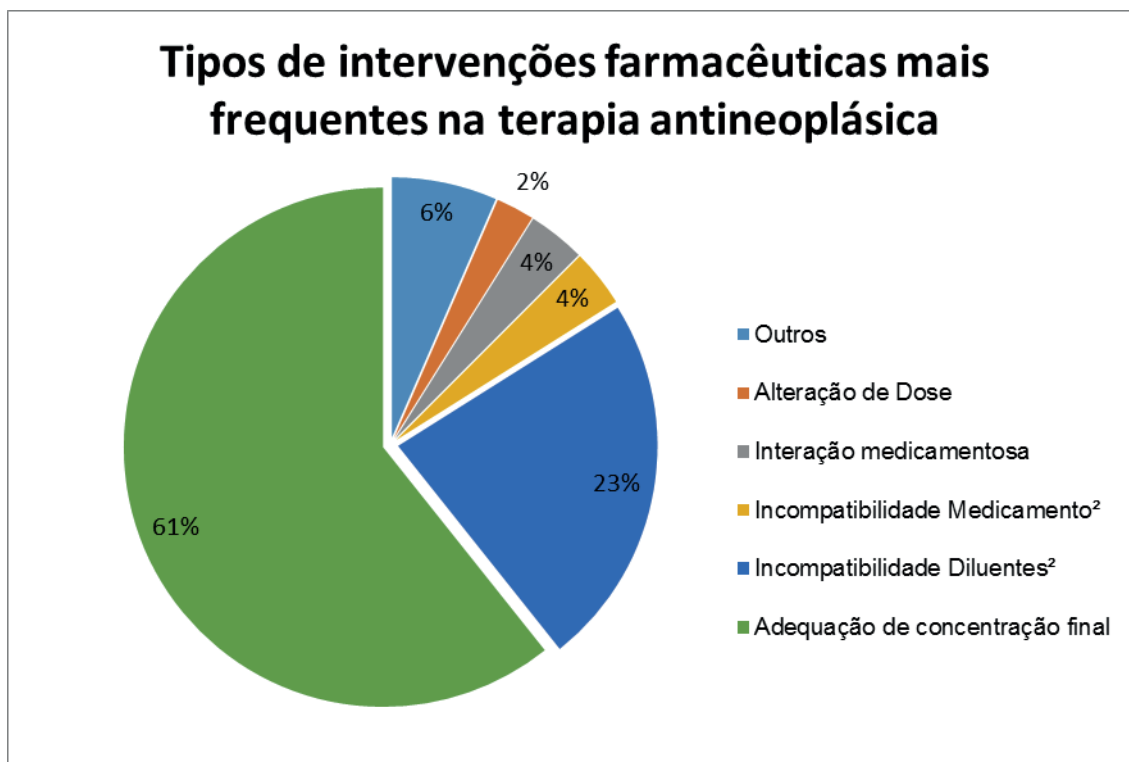


Gráfico 2: Tipos de intervenções farmacêuticas mais frequentes na terapia antineoplásica detectadas neste estudo.

Nos estudos de Cardinal e Fernandes (2014), apontam os tipos de intervenções realizadas com maior frequência na terapia antineoplásica, enfatiza o ajuste de dose como principal motivo de intervenção. Aguiar et al (2018), demonstra que as mais numerosas intervenções realizadas consistem em alteração de dose, alteração do volume ou substituição de diluentes e substituição de medicamentos, comprovando a importância de 23% de intervenções farmacêuticas realizadas no presente estudo (AGUIAR et al, 2018). Verifica-se ainda nos estudos de Ranchon et al. (2011), que 59,3% dos erros com intervenções necessárias foram relacionados à dose, enquanto para Vantard et al. (2015), este valor foi 54,1%.

Das 168 intervenções realizadas na farmácia satélite de quimioterapia do hospital em estudo, 99% obteve aceite positivo e apenas 1%, não houve aceitação. Dados observados também ao serem comparados com o estudo realizado por Leape et al. (2000), onde verifica-se que a taxa de aceitação foi de 99% das intervenções, porém em outro estudo publicado por Charpiat et al. (2012), a taxa de aceitação foi apenas 47%. Acredita-se que a aceitação das intervenções farmacêuticas, bem como,

as possibilidades de sua realização são inerentes a complexidade dos tratamentos, as quais deverão seguir linhas específicas de tratamento, ficando o farmacêutico em muitos casos, sem a possibilidade de intervir. Outra possibilidade seriam os documentos padronizados da Instituição, quando preconizados e instituídos há maior aceitação por parte dos prescritores, os quais adequam-se as metodologias ativas.

Observou-se que os medicamentos prescritos que mais estiveram relacionados às intervenções farmacêuticas foram o Trastuzumabe (24%), Oxaliplatina (21%), Docetaxel (19%), Paclitaxel (7%), Etoposídeo (5%), Citarabina (2%), Dacarbazina (2%) e outros medicamentos (18%) (Gráfico 3).

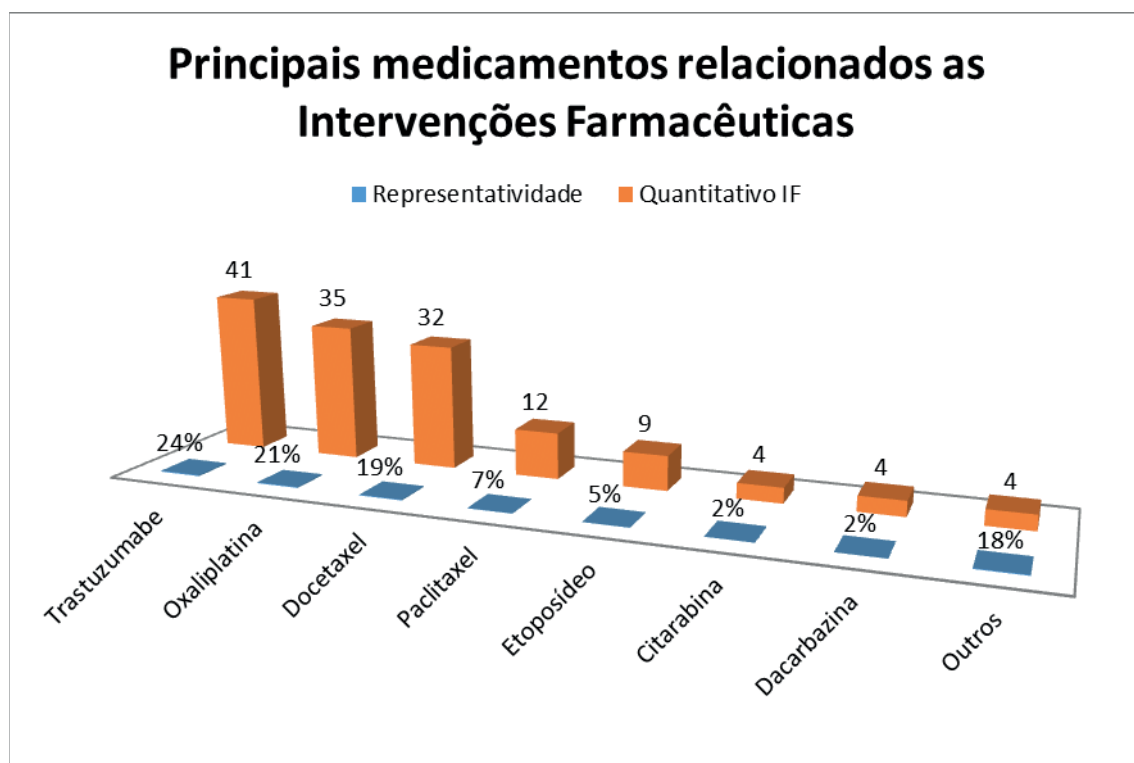


Gráfico 3: Principais medicamentos relacionados às intervenções farmacêuticas

No estudo publicado por Aguiar et al. (2018), os principais medicamentos que apresentaram problemas evitáveis relacionados à prescrição de medicamentos, com necessidade de intervenção incluiu o Ácido Zoledrônico (14,5%), Trastuzumabe (13,3%) e Carboplatina (10,5%). Vale ressaltar que o Trastuzumabe apresentou maior frequência de intervenção no presente estudo durante o ano de 2017. Em contrapartida, nos estudos de Tuffaha et al. (2012), os medicamentos com maior volume de intervenções realizadas foram: Vincristina, 6-Mercaptopurina e Metotrexato.

Trastuzumabe, oxaliplatina, docetaxel e paclitaxel foram os fármacos que mais oportunizaram intervenção farmacêutica durante o ano de 2017, sob os motivos de: alteração de concentração e incompatibilidade de diluentes, conforme representados no gráfico 2.

Ao observar as finalidades terapêuticas dos medicamentos mais relacionados às intervenções farmacêuticas, é possível concluir que estes apresentam linearidade

ao perfil epidemiológico da região de realização do estudo (região norte). Dentre os principais tipos de cânceres de maior prevalência no hospital constam: câncer do colo de útero, câncer de mama feminina, câncer no trato gastrointestinal, câncer de próstata e câncer no sistema linfo hematopoiético.

Quanto à estimativa de epidemiologia do câncer para região norte e nordeste divulgada pelo INCA (2018), verifica-se semelhança em 4 pontos com a realidade do hospital quanto a alta prevalência: câncer de mama feminina, câncer de próstata, colo uterino e cânceres que acometem o trato gastrointestinal.

É importante ressaltar que o sistema de prescrição não eletrônica, atualmente utilizada no hospital do estudo, facilita a presença e reincidência de erros que poderiam ser evitados no momento de prescrever, visto que não há modo de utilizar a comunicação e alertas digital para sinalizar ao prescritor informações essenciais acerca dos medicamentos. De modo a contornar tal situação, as prescrições são diariamente analisadas pelo farmacêutico que atua na detecção e bloqueio dos erros de medicação através das intervenções farmacêuticas. Bates e colaboradores (2003) demonstraram em seu estudo que um sistema informatizado de prescrição médica como instrumento de suporte à decisão impactou na redução de 55% dos erros sérios de prescrição de medicamentos, por se utilizarem de melhor comunicação, maior disponibilidade no acesso à informação, bloqueios para prevenção dos erros no uso da medicação, dose e frequência incorretas e monitoramento pela assistência farmacêutica.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o passar dos anos, observa-se que a qualidade da assistência nas instituições hospitalares não depende de classes profissionais isoladas, portanto, esta qualidade almejada já se tornou uma realidade para muitas instituições no País, e esta conquista se dá pelo envolvimento de toda equipe multiprofissional. Acredita-se que este envolvimento é essencial para a garantia da prevenção de erros em todas as instâncias no que tange a internação do paciente, logo, uma das maiores atuações tem sido quanto aos erros de medicação, pois de maneira geral, o médico é responsável por prescrever; o farmacêutico pela análise, validação e manipulação da farmacoterapia prescrita e o enfermeiro pela administração. Contudo, o intuito final de toda cadeia clínica e logística no âmbito hospitalar é o paciente, o qual deve receber uma assistência de qualidade independente da complexidade do tratamento a que se propõe, sob a premissa ímpar do cuidado centrado na segurança do paciente.

Dessa forma, ratifica-se a importância do gerenciamento não apenas de caráter clínico, mas, administrativo de todos processo assistencial. Os recursos atribuídos à assistência hospitalar tem se tornado mais dispendiosos em virtude a complexidade nos diagnósticos e por suas particularidades de terapêutica. Para isso, atuações clínicas devem ser desenvolvidas e aprimoradas, como por exemplo, as intervenções

farmacêuticas realizadas para validação das prescrições médicas de antineoplásicos, onde há possibilidade de identificar os PRM's, prevenir os possíveis eventos adversos e, dessa maneira, reduzir gastos inerentes ao cuidado, como por exemplo, evitar aumento no tempo médio de permanência do paciente na instituição, o que gera gastos expressivos ao sistema de saúde.

Importante ainda avaliar o viés de acesso ao serviço de saúde o qual se gera com a racionalização da assistência onde se permite aumentar o atendimento à população e primar por outros investimentos na própria instituição. Logo, ao reconhecer que a segurança do paciente é um objetivo dinâmico há necessidade de melhoria contínua assistência farmacêutica prestada, primordialmente sob a óptica de tornar factível a melhoria da farmacoterapia proposta, através do uso da atribuição das intervenções farmacêuticas.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, KS; SANTOS, JM; CAMBRUSSI, MC; PICOLOTTO, S; CARNEIRO, MB. Segurança do paciente e o valor da intervenção farmacêutica em um hospital oncológico. *einstein (São Paulo)*, São Paulo, v. 16, n. 1, eAO4122, abr. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082018AO4122>. Acesso em: 14 de dezembro de 2018.

Assistant Secretary For Planning And Evaluation (ASPE). **Observations on trends in prescription drug spending**. ASPE Issue Br [Internet]. Washington, D.C: ASPE; 2016 [cited 2017 Aug 30]. Disponível em: <https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/pdf/187586/Drugspending.pdf>. Acesso em: 15 de dezembro de 2018.

BATES DW, GAWANDE AA. Improving safety with information technology. *N Engl J Med*, 2003, 348: 2526-2534

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº. 220, de 21 de setembro de 2004**. Aprova o regulamento técnico de funcionamento dos serviços de terapia antineoplásica. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 23 set. 2004. Disponível (online) em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/resolucao-rdc-n-220-de-21-de-setembro-de-2004> Acesso em 16 de dezembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CARDINAL, L; FERNANDES, C. Intervenção farmacêutica no processo da validação da prescrição médica. *Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde* São Paulo. v.5 n.2 14-19 Abr./Jun. 2014.

CHARPIAT B, GOUTELLE S, SCHOEFLER M, AUBRUN F, VIALE JP, DUCERF C. Prescriptions analysis by clinical pharmacists in the post-operative period: a 4-year prospective study. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2012;56(8):1047-51.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **Resolução CFF nº 585, de 29 de agosto de 2013**. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências [Internet]. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>. Acesso em: 15 de dezembro de 2018.

D.C: ASPE; 2016 [cited 2017 Aug 30]. **Observations on Trends in Prescription Drug Spending**. Disponível em: <https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/pdf/187586/Drugspending.pdf>. Acesso em: 15 de dezembro de 2018.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **Resolução CFF nº 357, de 20 de abril de 2001**.

Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia [Internet]. São Paulo: CFF; 2001 [citado 2018 Mar 9]. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/357.pdf>. Acesso em: 15 de dezembro de 2018.

FERNANDES, M. A. et al. Interações medicamentosas entre psicofármacos em um serviço especializado de saúde mental. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina, v. 5, n. 1, p.9- 15, 2012.

FERRACINI FT. Intervenção farmacêutica. In **Prática Farmacêutica no Ambiente Hospitalar – Do planejamento à realização**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010. cap. 15, p. 185 – 191.

FINATTO, RB; CAON, S; BUENO, D. Intervenção farmacêutica como indicador de qualidade da assistência hospitalar. **Rev. Bras. Farm.** 93 (3):364-370, 2012.

KOHN LT, CORRIGAN JM, DONALDSON MS (Eds.). **To err is human: building a safer health system**. 2.ed. Washington: National Academy Press; 2003. 312p.

LEAPE LL, CULLEN DJ, CLAPP MD, BURDICK E, DEMONACO HJ, ERICKSON JI. Pharmacist participation on physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit. **JAMA**. 1999;282(3):267-70. Erratum in: **JAMA** 2000; 283(10):1293

OLIVEIRA RM, et al. **Estratégias para promover segurança do paciente**: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 18(1) Jan-Mar 2014.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Termo de referência para a oficina de trabalho**: atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos. Brasília; 2001 Brasil: trilhando caminhos. Disponível em: <www.opas.org.br/medicamentos>. Acesso em: 14 de dezembro de 2018.

RANCHON F, SALLES G, SPÄTH HM, SCHWIERTZ V, VANTARD N, PARAT S. Chemotherapeutic errors in hospitalised cancer patients: attributable damage and extra costs. **BMC Cancer**. 2011;11:478. doi: 10.1186/1471-2407-11-478.

REIS WCT, SCOPEL CT, CORRER CJ, ANDRZEJEVSKI VMS. Análise das intervenções de farmacêuticos clínicos em um hospital de ensino terciário do Brasil. **einstein**. 2013;11(2):190-6.

TIRADO, DAF. **Manual de Manipulação e Administração**. Oncologia Eurofarma: 2013.

TUFFAHA HW, ABDELHADI O, AL OMAR S. Clinical pharmacy services in the outpatient pediatric oncology clinics at a comprehensive cancer center. **International Journal of Clinical Pharmacy**, 2012, 34(1): 27-31

VANTARD N, RANCHON F, SCHWIERTZ V, GOURC C, GAUTHIER N, GUEDAT MG. EPICC study: evaluation of pharmaceutical intervention in cancer care. **J Clin Pharm Ther**. 2015;40(2):196-203.

MÉTODO CANGURU: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM E HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO POR ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Agostinho Antônio Cruz Araújo

Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI

Mayrla Karen Rodrigues Mesquita

Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI

Maria Paula Macêdo Brito

Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI

Ellen Eduarda Santos Ribeiro

Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI

Priscilla Ingrid Gomes Miranda

Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI

Nalma Alexandra Rocha de Carvalho

Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI

RESUMO: O nascimento prematuro é uma problemática bastante pertinente no Brasil e no mundo. Esse acontecimento está relacionado com a morte de recém-nascidos e a problemas de saúde. Assim, esse trabalho tem por objetivo relatar a experiência de acadêmicos em Enfermagem na realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem e cuidados humanizados em Recém-Nascidos prematuros no Método Canguru. Trata-se de um relato de experiência, elaborado no contexto da disciplina Saúde da Criança e Adolescente, oferecida no sexto período do curso de graduação em enfermagem. Após avaliação dos prematuros e diante dos achados encontrados, era realizado a Sistematização da Assistência em Enfermagem (diagnósticos, intervenções e os resultados

esperados). Os principais diagnósticos encontrados foram: Amamentação ineficaz; Amamentação interrompida; Hiperbilirrubinemia neonatal; Dor aguda; Hipotermia; Padrão respiratório ineficaz; Risco de integridade da pele prejudicada; Risco de vínculo prejudicado. As intervenções foram realizadas a partir da eleição desses diagnósticos, assim como resultados esperados. Outrossim, o desenvolvimento de práticas em locais com Método Canguru permite que o aluno vivencie os conhecimentos adquiridos em sala de aula, além de propiciar entendimento aos mesmo, à medida que aprofundaram habilidades técnicas e científicas, tornando-se assim profissionais aptos e qualificados para atender o recém-nascido de forma holística e humanizada.

DESCRITORES: Método Canguru; Saúde da Criança; Enfermagem; Humanização da Assistência; Sistematização da Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT: Preterm birth is a problem in Brazil and in the world. This event is related to a mixture of memories and health problems. Thus, this paper aims to report an experience of Nursing academics in the realization of Nursing Assistance and Human Care Systems in Preterm Recurrences in the Kangaroo Method. This is an experience report, prepared in the context of the discipline of adolescent and adolescent,

offered without sex during the period of nursing studies. Approval of the premature results and the results obtained, a Systematization of Assistance in Nursing (diagnoses, interventions and expected results) was performed. The main diagnoses found are: Ineffective breastfeeding; Breastfeeding stopped; Neonatal hyperbilirubinemia; Acute pain; Hypothermia; Ineffective respiratory pattern; Risk of the integrity of the film. Risk of injury. As part of research based on diagnostic data, expected results are considered. In addition, the development of practice in places with Kangaroo Method allows the student to experience the knowledge acquired in the classroom, as well as to the problems of quality and deepened. Recu born in a holistic and humanized way.

KEYWORDS: Kangaroo Method; Child Health; Nursing; Humanization of Assistance; Systematization of nursing care.

1 | INTRODUÇÃO

O nascimento prematuro se define pelo parto de uma criança com idade gestacional de até 37 semanas e que apresente o peso menor que 2.500g. Esse acontecimento é bastante comum no mundo e está relacionado a fatores maternos e fetais que influenciam na concepção do Recém-Nascido (RN). Estima-se que 11% dos nascidos vivos do mundo sejam pré-termo. Tal fato decorre principalmente de aspectos sociais e econômicos, pois em sua maioria, as gestantes são adolescentes que vivem em situação de risco, em baixas condições financeiras, sem acesso à educação e a à saúde de forma integral (CARVALHO et al., 2018; JAMES et al., 2018).

Ademais, no Brasil a problemática é bastante pertinente, sendo a prematuridade uma das principais causas de morte neonatal. Dentre, 1000 nascidos vivos, 9 morrerão. Isso ocorre devido ao parto prematuro ou as complicações relacionadas, como o baixo peso. Além disso, as sequelas resultantes poderão acompanhar a criança e sua família por toda vida, sendo assim um grave problema de saúde pública (MIELE et al., 2018; QUARESMA et al., 2018).

Na tentativa de modificar essa realidade, o Ministério da Saúde implantou o Método Canguru (MC) em meados dos anos 2000. Essa iniciativa tem como principal característica o cuidado ao RN de baixo peso, na tentativa de melhorar a saúde desse indivíduo por meio do contato direto de familiares e criança, através da posição Canguru. O toque permite que os cuidados, principalmente maternos, aconteçam de forma integral. Também, aumenta o vínculo da família que passa a ter uma relação mais eficiente e afetiva. Além disso, a morte do RN é prevenida, pois há uma vigilância mais satisfatória voltada ao bebê (OLIVEIRA et al., 2015).

Nesse sentido, é importante que os profissionais de saúde desenvolvam estratégias de cuidados diante dos problemas que serão apresentados, já que, essa criança possui uma saúde fragilizada em função da prematuridade do nascimento. O enfermeiro ao desenvolver a assistência a esse grupo, permite qualidade de vida e

comodidade considerando-se os aspectos relativos a aquela situação, por intermédio, dos diagnósticos e das intervenções em Enfermagem. Essa sistematização busca acompanhar os problemas reais vivenciados pelo RN, organizando as obrigações diárias e possibilitando a sua recuperação completa (OLIVEIRA et al., 2015; LOPES et al., 2017).

Além da humanização do cuidado acontece efetivamente, pois o profissional, na sua atuação, diminui a sensação de insegurança ao prestar um olhar holístico ao RN. A promoção dos laços afetivos mediante aos funcionários capacitados, permite a melhora considerável do quadro clínico da criança, que atinge os parâmetros necessários para receber alta. Ademais, o profissional passa a conhecer a realidade em que os familiares estão inseridos adequando-se às futuras precauções ao universo desses indivíduos (LOPES et al., 2017).

A equipe de saúde cumpre um papel fundamental no processo de desenvolvimento do RN institucionalizado, em especial o profissional enfermeiro, pois este tem aproximação da mãe desde o trabalho de parto, que se prolonga até a atenção destinada ao infante que se encontra inserido no MC. Outrossim, ele atua por meio da prestação de orientações quanto a alimentação, higiene, e quanto a possíveis questionamentos que os progenitores possam vir a apresentar, oferecendo um cuidado humanizado e especializado (LOPES et al., 2017).

Baseado no acima exposto, o presente trabalho tem por objetivo descrever a experiência de acadêmicos de enfermagem na realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem e realização de cuidados humanizados aos recém-nascidos prematuros no Método Canguru.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, elaborado no contexto da disciplina Saúde da Criança e Adolescente, oferecida no sexto período do curso de graduação em enfermagem, da Universidade Federal do Piauí (UFPI), Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.

Assim, assistir o RN com cuidados imediatos e mediatos, realizando exame físico, elaborando diagnóstico de enfermagem, sistematizando a assistência ao RN sadio e patológico e compreender as etapas do crescimento e desenvolvimento infantil, bem como suas características, principais doenças que comete esta população, em suas diversas faixas etárias, elaborando intervenções para a prevenção, promoção e recuperação da saúde são alguns dos objetivos da disciplina.

As práticas eram realizadas por um grupo de acadêmicos, com supervisão direta da professora, durante quatro encontros, sempre na terça e quinta-feira, durante 5 horas dia, totalizando 44h. O campo de estágio foi uma maternidade de referência no estado do Piauí, que ganhou o título de uma instituição amiga da criança. Este modelo

consiste na assistência direta ao RN prematuro e sua família. A setor onde ocorreu as atividades foi a Ala D desta referida maternidade no qual MC é efetivo.

As atividades diárias eram realizadas em três momentos, a saber: o primeiro momento, a professora indicava dois alunos, para verificação do peso atual, que estava escrito em quadro próximo ao leito e feita a atualização do censo diário. Com isso, era observado a evolução do ganho de peso de cada RN internado e feito uma rápida corrida de leito, para melhor diagnóstico situacional dos pacientes ali internados. No segundo, era escolhido uma enfermaria e feita a divisão dos leitos, dessa forma cada aluno poderia avaliar 1 ou 2 RNs, priorizando a anamnese, exame físico e orientações às mães.

Diante dos achados encontrados, era realizado a SAE, com aplicação das intervenções, a partir dos diagnósticos elencados. No último momento, era discutido as intervenções, em relação ao caso clínico em que o RN se encontrava. Além disso, ocorria também realização de procedimentos como passagem de Sonda Orogástrica e verificação dos Sinais Vitais (SSVV).

Vale ressaltar que não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, por se tratar de um relato de experiência com uma proposta de contribuição, a partir da vivência de acadêmicos, aos RNs prematuros, internados no MC, tendo um aprofundamento teórico na literatura acerca das temáticas: Método Canguru; Saúde da Criança; Enfermagem; Humanização da Assistência; Sistematização da Assistência de enfermagem. Mesmo assim foi mantido sigilo quanto à identidade de todas as pacientes.

3 | RESULTADOS

Inicialmente, ao chegar no setor da Maternidade responsável pela realização do MC, era realizado uma corrida de leito, onde uma dupla -escolhida do grupo de acadêmicos- realizava a observação dos pacientes ali internados, utilizando uma lista (senso) com o nome de cada paciente, enfermaria, leito e peso. Ao entrar nas enfermarias, era observado no quadro de informação individual (posicionado acima do leito), se tinha o nome paciente e de seu filho, peso, data de internação. Posteriormente, caso houvesse algum erro no preenchimento do quadro, o mesmo era corrigido.

Após isto, realizou-se o exame físico dos prematuros, com autorização de suas mães, este no sentido céfalo-caudal. Primeiramente avaliou-se o estado geral do prematuro, classificando em bom, regular ou mau estado geral, assim como também o nível de atividade e reatividade ao manuseio. Verificou-se a presença de reflexos como busca, sucção, prensão palmar e plantar, moro e babinski, além de verificar a presença de gânglios palpáveis.

Em relação à pele foi observado a sua hidratação, presença de lanugem, mucosas. Durante a avaliação da cabeça, foi mensurado o perímetro cefálico, às

fontanelas, verificou-se sua condição fisiológica e tensão à palpação. Observou-se os olhos quanto à simetria, a presença de anormalidades no nariz ou boca (cor, presença de fendas ou fístulas e a presença de dentes), e orelhas quanto a simetria e formação. No pescoço, foi observado a sua simetria e a existência de massas.

Além disso, foi realizada a aferição dos sinais vitais dos prematuros (temperatura, pulso e respiração). Durante a avaliação do tórax, averiguou-se o perímetro torácico, a simetria e expansibilidade, assim com ausculta pulmonar e cardíaca. Avaliou-se também se as glândulas mamárias (presença ou ausência à palpação).

Quanto à avaliação do abdômen, essa área merece destaque especial devido ao risco de problemas associados ao coto umbilical. Além disso, fez-se a palpação do abdome para verificar a existência de massas ou hérnias. Apurou-se qual era a dieta e padrão de amamentação do prematuro, bem como aspectos relacionados à diurese (frequência e coloração) e evacuações (frequência e consistência).

Não obstante, na avaliação da genitália e foi diferenciado para os lactentes do sexo feminino e do masculino: do masculino destacou-se a observação da existência de hipospádia; do sexo feminino observou-se, principalmente a disposição da genitália externa, além da presença de dermatite.

Analisou-se os membros superiores e inferiores em relação, por exemplo à presença de anormalidades e deformidades ou alteração locomotora. As extremidades também foram analisadas quanto à sua perfusão tecidual. Verificou-se as condições da coluna vertebral, para análise de sua formação e presença de anormalidades, como espinha bífida, por exemplo.

Dentre os procedimentos de enfermagem realizados destacou-se a realização de sondas orogástricas e do exame físico dos RNs/lactentes. A troca de sondas é realizada a cada três dias na instituição. As sondas eram manipuladas mediante acompanhamento da professora, assim como todos os demais procedimentos. O material utilizado para as sondas foram: sonda orogástrica número: 10, placas de hidrocolóide, cordão de fixação de sonda, gazes, soro fisiológico, luvas de procedimento, seringa de 5 ml, estetoscópio e esparadrapo.

A instalação das sondas iniciou com o posicionamento do RN no colo da mãe (essa prática tem o intuito de realizar um procedimento mais humanizado) para retirada da sonda que estava instalada anteriormente. Tal fato permitiu maior aproximação com ambos, visto que as mães ganharam confiança nesse processo e, não demonstraram qualquer preocupação ou ansiedade durante o procedimento.

Além disso, observou-se que o prematuro apresentaram-se menos chorosos e irritadiços frente a remoção da sondagem. Em seguida, com o uso do soro fisiológico retirou-se a fixação da sonda anterior (placas de hidrocolóide e cordão fixador) com conseqüente retirada da mesma. Dando continuidade ao procedimento, uma nova sonda foi inserida, sendo realizada a medida prévia da sonda na relação ponta do nariz - lobo da orelha - apêndice xifoíde, somando cerca de 2 cm no tamanho encontrado. O tamanho a ser inserido foi marcado com o esparadrapo para que respeitasse as

dimensões corporais RN prematuro.

Em seguida, era realizada escolha do local, tendo como base o revezamento da sondagem anterior e desvio de ferimentos na pele. Logo após, as placas de hidrocolóides foram inseridas na região escolhida e, conseqüentemente, a sonda foi inserida. Como forma de confirmação do posicionamento da sonda, realizou-se testagem através da ausculta na região epigástrica de 3ml de ar ejetado através da sonda. Por fim, o cordão da sonda foi fixado com o esparadrapo e identificação (data, horário e profissional que realizou procedimento).

Após a avaliação completa dos prematuros, os estudantes realizavam a Evolução de Enfermagem (no impresso institucional próprio). O registro abordava os aspectos do exame físico, informações manifestadas pelas mães, tais como a frequência da diurese e das evacuações e orientações realizadas pelos acadêmicos.

Posteriormente à construção da evolução de enfermagem realizada para cada prematuro, e por meio dos achados encontrados, foram selecionados os principais Diagnósticos de enfermagem relacionados a estes pacientes, conforme o quadro abaixo (Quadro I). Ressalta-se a importância de se determinar o diagnóstico mais relevante para cada paciente, pois assim pode-se definir as principais intervenções adotadas para cada caso.

NANDA	NIC	NOC
Amamentação ineficaz relacionada a conhecimento insuficiente dos pais sobre técnicas de amamentação caracterizada por Resistência do lactente em apreender a região areolar-mamilar	<ul style="list-style-type: none"> -Auxiliar os pais a identificarem os indicadores de despertar do bebê como oportunidades para praticar a amamentação; -Monitorar a capacidade do bebê para sugar. -Observar o bebê ao seio para determinar a posição certa, a deglutição audível e o padrão sucção/ deglutição; -Orientar a mãe sobre a posição correta. Orientar a mãe sobre a posição correta. 	<p>Conhecimento: amamentação:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Benefícios da amamentação: evoluir de 3 para 4 em 2 semanas -Fisiologia da lactação evoluir de 2 para 4 em 1 semana -Composição do leite materno, processo de descida, colostro versus leite posterior evoluir de 3 para 4 em 2 semanas -Posicionamento do bebê ao ser amamentado: evoluir de 3 para 4 em 1 semana.
Amamentação interrompida relacionada a necessidade de desmamar abruptamente o lactente caracterizada por amamentação não exclusiva.	<ul style="list-style-type: none"> -Informar sobre as vantagens e as desvantagens do aleitamento materno. -Corrigir conceitos errados, informações incorretas e imprecisões sobre a amamentação. -Determinar o desejo e a motivação maternos para amamentar. -Oferecer apoio às decisões maternas. -Orientar sobre como retornar à amamentação. 	<p>Manutenção da Amamentação:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Consciência de que a amamentação pode ir além da lactação: evoluir de 2 para 3 em 3 semanas -Crescimento do bebê dentro dos parâmetros normais: evoluir de 2 para 3 em 2 semanas

<p>Hiperbilirrubinemia neonatal relacionado a atraso na eliminação do mecônio caracterizado por membranas mucosas amareladas.</p>	<p>-Monitorar cor e temperatura da pele; -Monitorar a pele e as mucosas quanto a áreas de descoloração, contusões e distúrbios;</p>	<p>Integridade Tissular: pele e mucosas:</p> <p>-Pigmentação anormal da pele: evoluir de 3 para 4 em 1 semana</p>
<p>Dor aguda relacionada agente físico lesivo caracterizada por expressão facial de dor e alteração no parâmetro fisiológico</p>	<p>-Investigar com o paciente os fatores que aliviam/pioram a dor; -Controlar fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto (p. ex., temperatura, iluminação, ruídos ambientais). -Informar outros profissionais da saúde/familiares sobre as estratégias não farmacológicas utilizadas pelo paciente, para encorajar abordagens preventivas no controle da dor; -Utilizar uma abordagem multidisciplinar para o controle da dor quando adequado -Incorporar a família ao método de alívio da dor quando possível.</p>	<p>Controle da Dor:</p> <p>-Reconhecimento dos sinais associados da dor: evoluir de 4 para 3 em 1 semana; -Reconhecimento do início da dor evoluir de 4 para 3 em 2 semanas;</p>
<p>Hipotermia relacionado à irritabilidade caracterizado por taquicardia.</p>	<p>-Remover as roupas frias e úmidas e substituí-las por roupas quentes e secas; -Monitorar a temperatura do paciente com um termômetro que registra temperaturas baixas, se necessário; -Monitorar a cor e a temperatura da pele. -Monitorar os sinais vitais, se apropriado; -Monitorar o estado nutricional;</p>	<p>Controle de Riscos: hipotermia:</p> <p>-Reconhecimento de condições de saúde que reduzem a produção de calor: evoluir de 4 para 3 em 1 semana; -Reconhecimento de condições que colocam em risco a capacidade de conservar calor: evoluir de 4 para 3 em 1 semana;</p>
<p>Padrão respiratório ineficaz relacionado a hiperventilação caracterizado por taquipneia.</p>	<p>-Manter desobstruída as vias aéreas; -Posicionar o paciente visando ao alívio da dispneia. -Auscultar os sons pulmonares, observando áreas de ventilação diminuída ou ausente, além da presença de ruídos adventícios.</p>	<p>Nível de dor:</p> <p>-Frequência respiratória: evoluir de 3 para 4 em 1 semana;</p> <p>Nível de desconforto:</p> <p>-Inquietação: evoluir de 3 para 4 em 1 semana. -Caretas: evoluir de 4 para 4 em 1 semana.</p> <p>Estado Respiratório:</p> <p>-Frequência respiratória : evoluir de 3 para 5 em 1 semana;</p>

Risco de integridade da pele prejudicada relacionada a nutrição inadequada.	<ul style="list-style-type: none"> -Examinar a pele e as mucosas quanto a vermelhidão, calor exagerado, edema e drenagem; -Monitorar aparecimento de fontes de pressão e atrito; -Orientar os familiares/cuidador sobre sinais de degradação da pele, conforme apropriado 	<p>Integridade Tissular: pele e mucosas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Integridade da pele: manter em 5 -Perfusão tissular: manter em 5
Risco de vínculo prejudicado relacionado à doença da criança impede o início do contato com pai/mãe.	<ul style="list-style-type: none"> -Encorajar os pais a segurarem o bebê junto ao corpo; -Auxiliar os pais a participarem dos cuidados do bebê; -Apontar aos pais as mudanças na condição do bebê. -Auxiliar os pais a planejarem o cuidado do bebê durante estado de alerta. -Apontar aos pais os indícios de que o bebê mostra reação a eles. 	<p>Conhecimento: cuidados com bebê pré-termo:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Causas e fatores colaboradoras para a prematuridade: evoluir de 3 para 4 em 1 semana -Características do bebê prematuro evoluir de 2 para 3 em 2 semanas -Necessidades nutricionais: evoluir de 4 para 5 em 1 semana -Importância do controle do ambiente: evoluir de 3 para 5 em 1 semana -Principais marcos do desenvolvimento: evoluir de 2 para 3 em 3 semanas.

Quadro I- Principais Diagnósticos (NANDA), Intervenções (NIC) e Resultados esperados (NOC) de Enfermagem relacionados aos pacientes prematuros, Teresina-PI, 2018.

Fonte: NANDA (2019), NIC & NOC (2010).

As principais intervenções elencadas após avaliação do prematuro foram: o incentivo ao aleitamento materno exclusivo ou predominante, no qual os acadêmicos esclareceram acerca da posição adequada durante a amamentação, além de retratar cuidados com as mamas que as mães deveriam ter. Assim como, incentivaram à permanência na posição canguru através da abordagem dos seus benefícios a curto e a longo prazo para os lactentes. Os discentes ofertaram, ainda, orientações sobre os cuidados relacionados às sondas orogástricas, reforçando medidas para evitar infecções, destacando, principalmente, a lavagem correta das mãos antes do manejo da sonda.

Encontraram-se dificuldades na realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) por algumas intercorrências ocorridas antes ou durante a avaliação do RN. Em relação a pré-avaliação, houve, em alguns casos de recusa da mãe do pré-termo durante a abordagem para avaliação, tal fato é justificado pelo caráter da instituição, tendo como fato ser uma maternidade de ensino, incontáveis avaliações são realizadas diariamente na mesma criança o que causa uma situação desgostosa. Em contrapartida, a realização de procedimentos representou aceitabilidade em todos os casos.

Durante a avaliação, o choro foi o principal fator determinante para a interrupção do exame físico. Por ser um processo que há perda de energia, o choramingar, choro

e demais variações representam uma problemática para o pré-termo no MC, uma vez que uma quantidade exacerbada manifestada por fatores preveníveis podem impedir o ganho de peso eficaz, prolongando sua internação. Além de outras estratégias, foi definido para a promoção do cuidado humanizado a interrupção da avaliação do RN quando houvesse quaisquer manifestações de choro.

Apesar dos desafios, os discentes tiveram bom desempenho durante a realização do exame físico devido a boa comunicação com as mães, que aos poucos se tornaram tolerantes e permitiram a realização de todas as atividades. Além disso, a realização dos exames a cada prática se tornava cada vez mais rápida e direcionada, uma vez que os alunos adquiriram experiências para dinamizar o exame e acalmar os prematuros em situações ou ameaças de choro.

4 | DISCUSSÃO

A corrida no leito consiste em uma etapa essencial para o planejamento da assistência de enfermagem. A partir desse processo, o profissional de enfermagem é capaz de estabelecer prioridades de acordo com quadro clínico dos pacientes. Com isso, será possível identificar quais necessitam de maiores cuidados e, conseqüentemente, quais requerem uma avaliação mais detalhada e elaboração do plano de cuidados mais breve (PEREIRA et al., 2011).

Tendo em vista o que foi exposto, ressalta-se outra vantagem da corrida de leito. Conforme este processo é realizado, um ganho de confiança é manifestado por ambas as partes, paciente junto aos familiares e o enfermeiro. Isto permite um maior conforto ao cliente, visto que há redução de tensão e ansiedade provocados pela internação hospitalar, tal fato guia e facilita o processo de anamnese e exame físico (PEREIRA et al., 2011; RIBEIRO, et al., 2018).

O exame físico do RN requer do enfermeiro não apenas conhecimentos básicos sobre anatomia e fisiologia, mas também conhecimentos sobre crescimento e desenvolvimento infantil, a fim de realizar o exame de forma completa. Inicialmente, respeitando o sentido céfalo-caudal, observa-se o estado geral e a aparência (calma ou agitada), interação com o meio (atividade), presença de deformidades físicas e nível de hidratação. Em seguida avalia-se pele quanto a presença de vérnix caseoso, lanugem, cor, textura, temperatura, turgor, umidade, integridade, bem como os anexos (unhas, cabelos, pêlos corporais) (FERNANDES, BARBOSA, NAGANUMA, 2006; VASCONCELOS, PEREIRA, OLIVEIRA, 1999).

Realiza-se a aferição das medidas de crescimento (Perímetros cefálico e torácico), e o exame físico da cabeça (tamanho, suturas, fontanelas, cor do cabelo, tamanho e simetria dos olhos, orelha com pavilhão auricular presente e implantação normal, nariz e boca) e pescoço (presença de nódulos linfáticos palpáveis, simetria). O exame físico do tórax inclui análise da forma do tórax, presença de glândula mamária, ausculta pulmonar e suas características de normalidade e anormalidades, além de

avaliar a coluna vertebral quanto a desvios (FERNANDES, BARBOSA, NAGANUMA, 2006; VASCONCELOS, PEREIRA, OLIVEIRA, 1999).

Na avaliação do sistema cardiovascular é necessário analisar os batimentos cardíacos nos quatro focos de ausculta, presença de pulsos (ritmo e regularidade), perfusão sanguínea periférica presente, boas condições dos vasos sanguíneos e ausência de circulação colateral. Já no sistema respiratório avalia-se movimentos respiratórios e frequência respiratória, ritmo respiratório normal, ausência de sinais de desconforto respiratório; expansibilidade torácica com movimentos simétricos (FERNANDES, BARBOSA, NAGANUMA, 2006; VASCONCELOS, PEREIRA, OLIVEIRA, 1999).

Quanto ao exame físico do abdome analisa-se se há movimentos respiratórios visíveis, em sincronia com os movimentos torácicos, simetria, flacidez, características do umbigo (presença de coto umbilical, sinais de infecção), presença de peristaltismo intestinal e massas. Na avaliação do sistema geniturinário verifica-se o tamanho da genitália masculina/feminina, localização do meato urinário, presença de secreções, testículos no interior da bolsa escrotal, pequenos lábios hipertrofiados em RNs e presença de dermatite. A avaliação neurológica é feita a avaliação dos reflexos primitivos, reações comportamentais, e no exame do sistema musculoesquelético avalia-se o tônus muscular e extremidades, conformação óssea normal, simetria em comprimento e largura, com movimentação ampla e flexão (FERNANDES, BARBOSA, NAGANUMA, 2006; VASCONCELOS, PEREIRA, OLIVEIRA, 1999).

Percebe-se que o exame físico do RN prematuro realizado pelos acadêmicos, foi realizado conforme os modelos de exame físico do prematuro encontrados na literatura disponível. Ressalta-se a importância da realização correta deste exame, a fim de avaliar o estado de saúde do RN e a existência de possíveis complicações, para adoção das condutas necessárias frente a quadros de doenças ou anormalidades.

Em decorrência do quadro encontrado em alguns RNs pré-termo, como: sucção, deglutição e respiração fora dos parâmetros de normalidade há recomendação de sondagem gástrica através de via oral, tendo em vista as características físicas do mesmo. Além destas vantagens, a sondagem Orogástrica possui uma vantagem primordial: o ganho de peso. Tendo como princípio a realização de um procedimento com técnica adequada, além de troca e manutenção de acordo com as recomendações vigentes, será possível reduzir o tempo de internação do paciente (MEDEIROS et al., 2011; POTTER et al., 2013).

Moraes-Filho et al., (2017) enumera como principais diagnósticos de enfermagem na prematuridade: Risco de hipotermia, relacionado a fatores ambientais; risco de instabilidade térmica, relacionado à imaturidade do sistema termorregulador; risco de contaminação, relacionado às características desenvolvimentais do neonato; deglutição prejudicada, relacionado à anormalidade da via aérea superior, caracterizado por “pega ineficaz”; risco de amamentação ineficaz, relacionado à prematuridade; risco de morte súbita do lactente, relacionado por prematuridade.

A coleta de dados durante a anamnese e exame físico serão essenciais para elencar os diagnósticos de enfermagem específicos para aquele quadro. Quando associados com uma teoria de enfermagem como, por exemplo, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas desenvolvida por Wanda Horta, sendo muito presente nas instituições de saúde, inclusive a deste relato, irão desencadear a elaboração de intervenções com enfoque nos aspectos em que haja fragilidade e, propiciará a recuperação do paciente em menos tempo (UBALDO et al., 2015).

Rosas e Tomas (2002) afirmam que os principais cuidados com o RN no MC são: assegurar a posição vertical para evitar o refluxo gástrico-esofágico e a bronco-aspiração, fenômenos comuns, que podem levar à asfixia e até mesmo à morte. As mães são instaladas em camas elevadas e aconselhadas a dormir sentadas, na posição ereta, para que o bebê se mantenha sempre nessa posição. O contato com o corpo da mãe promove a manutenção dos níveis adequados de temperatura corpórea do bebê, além de favorecer o estreitamento do vínculo mãe-filho. Proporciona maior tranquilidade ao RN, que tem longos períodos de sono profundo, e a mãe, que pode acompanhar todos os momentos do seu filho, facilitando assim a amamentação.

Outro estudo retratam a experiência de alunos diante do em estágios supervisionados, como a produção e Martins et.al (2016) que através de um estudo descritivo e exploratório busca retratar a visão dos discentes frente aos estágios curriculares, concluindo que o estágio é um momento importante para o aluno conhecer, re(orientar) e desenvolver o saber e o fazer.

Além disso, a experiência relatada em um estudo realizado em Caxias do Sul-RS reforça a importância das vivências hospitalares para os acadêmicos (OLIVEIRA et al., 2015). Além de permitir ao discente formar suas vivências práticas enquanto membro de uma profissão que exige teoria, prática e nível psicológico aguçado, garantindo uma assistência de qualidade (MONTEIRO et al., 2017).

5 | CONCLUSÃO

Esse relato demonstrou que a realização da Sistematização Assistência de Enfermagem, é de extrema relevância para os alunos. Através desta vivência, foi possível se aproximar com a área de saúde da criança, tendo em vista que há grande preocupação frente às práticas nesta área. Concomitantemente, houve engrandecimento na avaliação multidimensional do RN prematuro, observando não apenas os sinais e sintomas manifestados, mas também o meio em que ele está inserido.

Ressalta-se que essa experiência engrandeceu os acadêmicos, no quesito de introduzir os cuidados necessários que devem ser implementados, diante das diversas situações em que estarão expostos no ambiente hospitalar, refletindo assim na qualificação e no futuro do profissional em conjunto da prática da humanização.

Acredita-se que esse relato poderá auxiliar na superação dos desafios ainda existentes quando se trata dos cuidados aos prematuros no MC, pois permitem uma visualização de atividades que estão imbricadas na humanização de enfermagem e na SAE, recomenda-se, inclusive, mais estudos na temática abordada, a fim de aprofundar o conhecimento científico e prático acerca da temática em questão.

REFERÊNCIAS

AIRES, L. C. P. et al. Seguimento do bebê na atenção básica: interface com a terceira etapa do método canguru. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.36, n.esp, p.224-32, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido: método mãe-canguru: manual técnico**. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Ações. Programáticas e Estratégicas. Brasília, 2017.

CARVALHO, J. B. L. et al. Condições socioeconômicas da gestação de bebês prematuros. **Revista enfermagem UFPE on line**, v.12, n.2, p.386-90, 2018.

OLIVEIRA, M. T. et al. O excesso de visitas no Alojamento Conjunto—um relato de experiência. In: **Congresso de Pesquisa e Extensão da Faculdade da Serra Gaúcha**, v.3, n.1, p.1417-26, 2015.

NEGREIROS, R. V. et al. Ambiente frio e o aconchego da equipe de uma UTI infantil: compartilhando experiências do estágio supervisionado de enfermagem na UTI infantil. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v.15, n.2, p.514-22, 2017.

FERNANDES, M. G. O.; BARBOSA, V. L.; NAGANUMA, M. Exame físico de enfermagem do recém-nascido a termo: software auto-instrucional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.14, n.2, p.243-50, 2006.

JAMES, E. et al. Preterm birth and the timing of puberty: a systematic review. **BMC Pediatrics**, v.18, n.3, p.1-12, 2018.

LOPES, T. R. G. et al. Humanização dos cuidados ao recém-nascido no método canguru: relato de experiência. **Revista enfermagem UFPE on line**; v.11; n.11 p.4492-6, 2017.

MARTINS, K. M et al. Perspectiva de acadêmicos de enfermagem diante dos estágios supervisionados. **Ciência & Desenvolvimento-Revista Eletrônica da FAINOR**, v.9, n.1, p.56-73, 2016.

MIELE, M. J. O. et al. “Babies born early?” - Silences about prematurity and their consequences. **Reproductive Health** v.15, n.154, p.1-10, 2018.

MEDEIROS, A. M. C. et al. Caracterização da técnica de transição da alimentação por sonda enteral para seio materno em recém-nascidos prematuros. **Jornal da sociedade brasileira de fonoaudiologia**, v.23, n.1, p.57-65, 2011.

MORAES-FILHO, I. M. et al. Checklist do recém-nascido: principais diagnósticos de enfermagem mediante intercorrências e susceptibilidade das mesmas no neonatal. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v.6, n.1, p.38-45, 2017.

NASCIMENTO, D. S. **Cuidados de enfermagem ao prematuro pelo método mãe canguru**. 2016. Acesso 17 nov 2018, disponível em < <http://www.repositorio.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/723/1/DANIELA%20NASCIMENTO%20turma%205.pdf>>

OLIVEIRA, M. C. et al. Kangaroo method: perceptions of mothers who experience the second stage. **J.**

res.: fundam. care. online, v.7, n.3, p.2939-48, 2015.

PEREIRA, B. T. et al. A passagem de plantão e a corrida de leito como instrumentos norteadores para o planejamento da assistência de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.15, n.2, p.283-9, 2011.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G.; STOCKER, P. A.; HALL, A. M. **Fundamentos de enfermagem**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

QUARESMA, M. E. et al. Factors associated with hospitalization during neonatal period. **Jornal de Pediatria**, v.94, n.4, p.390-98, 2018.

RIBEIRO, J. P. et al. Confortabilidade da unidade de pediatria: perspectiva de usuários, profissionais e gestores de enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, n.22055, p. 1-6, 2018.

VASCONCELOS, J. M. B.; PEREIRA, M. A.; OLIVEIRA, E. F. Exame físico na criança: um guia para o enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.52, n.4, p.529-38, 1999.

UBALDO, I.; MATOS, E.; SALUM, N. C. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I com base nos problemas segundo teoria de Wanda Horta. **Cogitare Enfermagem**, v.20, n 4, p.687-94, 2015.

MUSICAR O INDIZÍVEL – ESCUTAR O INAUDÍVEL: NOTAS ACERCA DE UMA METAPSICOLOGIA DO OBJETO SONORO-MUSICAL

Leandro Anselmo Todesqui Tavares.

Unifio – Centro Universitário das Faculdades
Integradas de Ourinhos (SP).

Fap – Faculdades da Alta Paulista (Tupã, SP)

RESUMO: O presente texto presta-se a propor algumas reflexões, a partir da metapsicologia referente ao campo teórico de Freud e Lacan, acerca da invocação da subjetividade e do laço social pela via da(s) musicalidade(s), constituindo a práxis de uma psicanálise implicada e em extensão. As questões aqui sucintamente apresentadas são oriundas de atividades de pesquisa acadêmica em investigação teórico-clínica em psicanálise, iniciadas noutro momento a partir da realização de Pós-Graduação em Doutorado em Psicologia. Estudar a estruturação do psiquismo pela via do registro sonoro-musical, portanto, caracterizar o inconsciente em sua dimensão musical-invocante, possibilita pensar a respeito da música como forma de expressão singular no que se refere a sua peculiar e especial capacidade de causar o sujeito (a música como objeto *a*) bem como os correlatos efeitos e modos de subjetivação. Nesta perspectiva, tenciona-se delinear a importância da instauração da pulsão invocante no que se refere ao surgimento do sujeito psíquico, o objeto-voz como invocação, suas

relações com o circuito pulsional, denotando a musicalidade como constituinte da subjetividade e do inconsciente a partir do Outro musicante. Por fim, a música, a partir da metapsicologia, apresenta-se como uma poética do indizível e como escuta do inaudito (o real para além do significante) caracterizando possibilidades de gozos singulares numa invocação do laço social com o(s) outro(s).

PALAVRAS-CHAVE: Musicalidades; Psicanálise; Pulsão Invocante; Laço Social; Música;

ABSTRACT: The present text lends itself to propose some reflections, starting from the metapsychology referring to the theoretical field of Freud and Lacan, about the invocation of the subjectivity and the social tie by means of the musicality (s), constituting the praxis of a psychoanalysis implied and in extension. The questions briefly presented here are derived from academic research activities in theoretical-clinical research in psychoanalysis, initiated at a later time after the completion of a PhD in Psychology. Studying the structure of the psyche through the sound-musical record, therefore, characterizing the unconscious in its musical-invocative dimension, makes it possible to think about music as a singular form of expression in what refers to its peculiar and special capacity to cause the subject (music as object *a*) as well

as the correlated effects and modes of subjectivation. In this perspective, it is intended to delineate the importance of the instauration of the invoking drive with regard to the emergence of the psychic subject, the object-voice as invocation, its relations with the drive circuit, denoting musicality as a constituent of subjectivity and the unconscious from of the other music. Finally, music, based on metapsychology, presents itself as a poetic of the unspeakable and as listening to the unheard (the real beyond the signifier) characterizing possibilities of singular enjoyments in an invocation of the social bond with the other (s)).

KEYWORDS: Musicalities; Psychoanalysis; Invocating Pulsation; Social Tie; Music;

Articular psicanálise e música proporciona o fortalecimento de um campo e linha de pesquisa especialmente relevantes, na medida em que nos oferece possibilidades investigativas dotadas de valor teórico, em particular, no que podemos caracterizar como o delineamento de uma metapsicologia do objeto sonoro-musical. Assim, as considerações teórico-clínicas apresentadas neste texto versam apenas ligeiramente sobre alguns pontos selecionados, vez que esta temática foi profundamente estudada e atualizada, como metapsicologia do objeto sonoro-musical, no trabalho original: *“Psicanálise e Musicalidades: sublimação, invocações e laço social”* (Tese de Doutorado (Unesp/Assis, 2014). Por este viés investigativo tenciona-se provocar uma perspectiva de abertura ao nos permitirmos escutar para além de um audível que nos toca, que nos move e que nos provoca, que, portanto, presta-se a invocações (pulsão invocante (LACAN, [1964]/1998; DIDIER-WEILL, 2014); busca-se, especificamente, formalizar o que a psicanálise atravessada pela(s) musicalidade(s) pode aprender e apreender com esta: _ pela via da *psicanálise implicada e em extensão* caracterizar o inconsciente em sua dimensão musical. Não se trata de tentar compreender as musicalidades a partir da psicanálise, mas sim o oposto: pensando a música e/ou as musicalidades como produção subjetiva, que dado seu caráter *pático* representado imaginariamente e simbolicamente toca e movimenta outros sujeitos (ou a subjetividade no sentido amplo), em suma, delineando neste sentido a música como potência criadora e produtora de possíveis modos de subjetivação, o que disso teria a psicanálise a dar ouvidos? O que a música ou a musicalidade nos ensina acerca do desejo e suas vicissitudes, sobre a sublimação, sobre a *Coisa*, o objeto *a*, a pulsão invocante; fundamentalmente, o que a música nos revela acerca da constituição da subjetividade? (sujeito do inconsciente, o Outro, os outros e as invocações do laço social).

1. A(s) Musicalidade(s)

Segundo definições mais gerais e comuns acerca do que se entende por música, encontra-se tipicamente como constituinte de seu significado noções que remetem a *uma produção sonora capaz de agradar aos ouvidos*, ou, a *busca harmoniosa das combinações de elementos musicais*, definições que versam sobre a música como produto final de um trabalho artístico com vistas a uma sonoridade agradável ao(s)

ouvinte(s). Desta feita, opto por trabalhar com a noção de *musicalidade(s)* tomando-a como possibilidade de sentido mais amplo que a definição comumente representada de música. A escrita musicalidade(s) refere-se a mesma lógica lacaniana de que “A relação sexual não existe” (no sentido do gozo pleno/completude/fechamento); Nesta perspectiva teórica, opto por trabalhar com o termo musicalidade(s), em que articulado a esta fundamentação em psicanálise, formulo que A música ou A musicalidade não existe, mas sim, musicalidades infinitas possíveis a partir de uma estrutura de linguagem. Assim, se a palavra “música” nos remete a noção de obra acabada e com um objetivo específico, o termo musicalidade parece mais propício a vislumbrarmos essa possibilidade criadora enquanto força psíquica (pulsão) expressiva em musicar o mundo e o existir. A musicalidade então é entendida aqui como um processo de subjetivação, um devir, possibilidade de criação (processos criativos e/ou atos criativos/sublimação) a partir da *falta-à-ser*, o qual independente de formação musical parece constituir o ser humano como uma exigência psíquica e criativa: eis sua relação com o campo pulsional (o real) e, em especial, a concepção de pulsão invocante (LACAN, [1964]/1998; DIDIER-WEILL, 2014).

Enfim, porque o homem precisa de música, deseja-a, e porque o ser humano ainda necessita musicar sua existência?

Indagações simples como essas, mas que suscitam articulações complexas, sustentam curiosidades científicas e investigativas, e representam a percepção de que a música exerce sobre os homens um poder de atração (por vezes, repulsa) especialmente singular, seu caráter enigmático e a sua correlata força de atração/sedução sobre o sujeito-ouvinte. Tecnicamente falando, trata-se das propriedades elementares do objeto sonoro-musical, as quais parecem de alguma forma movimentar os homens desde os tempos mais primitivos: uma força que nos impacta a partir de seus dois vértices possíveis – musicar o mundo à nossa volta, como seria uma necessidade (*possibilidade*) expressiva de musicar, produzir barulhos e posteriormente sons e musicalidades, o que caracteriza o *sujeito musicante*; e também, na medida em que estes sons são identificados como algo capaz de fazer sentido, o seu poder de movimentar os corpos musicados, ou seja, aqueles que são tocados pelo advento das sonoridades e das musicalidades (*sujeito musicado-invocado*).

2. Propriedades musicais e suas relações psíquicas:

Consideramos a música fundamentalmente como um modo de expressão, sendo também arte, poíesis/criação e ciência, constituída a partir de infinitas possibilidades de combinação de sons, pausas e silêncios, implicando a criação de ritmos, melodias, por meio de diferentes timbres e sonoridades. A combinação de determinadas notas musicais irá constituir acordes que, uma vez encadeados e sequenciados, irão corporificar uma determinada harmonia (ou campo harmônico). Assim, considera-se que a música se substancializa e toma forma pela combinação de vários elementos fundamentais como uma sucessão de sons convergindo para pontos/momentos de

tensão, instabilidades, repouso e resoluções articulados numa sintaxe que lhe é característica (WISNIK, 1989; SEKEEF, 2009).

Explanamos a seguir uma rápida e sucinta descrição dos elementos constitutivos da música (ritmo, melodia, harmonia e timbre), bem como os seus paralelos psíquicos.

2.1 Os ritmos

Historicamente, considera-se que a música teve início em vários momentos e lugares, tempos e espaços distintos que, contudo, apresentam contornos semelhantes no que se refere aos seus modos de surgimento (CANDÉ, 2001; CORPEAUX, 2001). De acordo com Copland (1974), a maioria dos historiadores concorda e/ou defendem a tese que o início da música se deu pela experiência das batidas em ritmos. Ordenações rítmicas sempre estiveram presentes na natureza como elementos pré-musicais, não obstante, a pregnância rítmica na vida humana deve-se, antes de tudo, à sua relação com os movimentos do próprio corpo, especialmente o ritmo cardíaco-respiratório. Segundo Wisnik (1989), o ritmo está na base de todas as percepções caracterizando um fluxo de tensão/distensão, como também de carga e descarga: “O feto cresce no útero ao som do coração da mãe, e as sensações rítmicas de tensão e repouso, de contração e distensão vêm a ser, antes de qualquer objeto, o traço de inscrição das percepções” (Idem, p.26). Além disso, o autor nos explica que “os sons são emissões pulsantes, que por sua vez são interpretadas segundo os pulsos corporais, somáticos e psíquicos”, considerando também que no nível rítmico a batida do coração tende e corresponde à constância periódica e à continuidade do pulso (Idem, p.17). Por isso ao ouvir música sentimo-nos como se estivéssemos em pleno movimento, obedecendo e sendo levado pela cadência musical imposta.

Considerando o conjunto de instrumentos que podem compor uma música, a aglutinação de suas variadas cadências individuais articuladas por um pulso estrutural nos dá a sensação, por vezes, de paz, tranquilidade, calma, vagarosidade, bem como exaltação, euforia, movimentos acelerados, vertigem, descentramento, etc. Neste sentido, o modo de condução específica de uma determinada música/musicalidade pode causar afetações significativas no funcionamento psíquico, como estados alterados de consciência, atenção, orientação, senso-percepção, etc; e correlatamente, os movimentos causados pelos ritmos musicais são, antes, de ordem metapsicológica, na medida em que suscitam variados deslocamentos psíquicos no ouvinte (para além das alterações de processos conscientes). Nesta perspectiva, consideramos que a(s) musicalidade(s) é criadora de temporalidades, produtora de experiências subjetivas com relação à vivência de tempos psíquicos distintos ao cronológico (a música vencendo Cronos).

2.2 Melodia

A melodia, enquanto elemento fundamental da estrutura musical, estabelece conexão direta com a afetividade e com os estados emocionais. Num sentido

metapsicológico, consideramos que as propriedades melódicas, em seus efeitos de contágio, produzem ressonâncias diretamente no registro do *real* (LACAN, [1962-63]/2005) ou no campo pulsional (FREUD, [1915]/1996). Da mesma forma, a construção melódica possui propriedades capazes de produzir e suscitar imagens mentais, representações de figurabilidade (registros do *simbólico* e *imaginário* (LACAN, 1958[1957]/1999)), e é por isso que, ao ouvirmos determinadas músicas, somos conduzidos imaginariamente a cenas e lugares a partir de suas composições. Uma melodia nos conduz diretamente a penetrar no clima afetivo proposto por sua composição e execução, sendo a figurabilidade melódica tão variada quanto o são os próprios sentimentos humanos. Desse modo, a experiência emotiva singular de cada ouvinte (que não necessariamente corresponde a uma emoção similar vivenciada pelo compositor) é causada fundamentalmente pelo teor melódico sob o qual uma determinada música é composta, ou mais exatamente o modo como esta (a melodia) reverbera neste ouvinte.

Ao ouvir música, o ouvinte é tocado (contágio psíquico) por determinada construção melódica, que por sua vez é uma expressão afetiva direta do compositor (outro musicante) – e que, de sua condição de sujeito musicado (invocação inconsciente – contágio musicante no ouvinte), sua própria “fisionomia afetiva” será movimentada de modo que a sua escuta será fundamentalmente determinada, entre outras coisas, por seu próprio inconsciente (campo do desejo): ou seja, a música só se completa, e é também re-modelada, representada, e, portanto, re-criada, a partir da implicação psíquica do próprio ouvinte (impressões psíquicas singulares disparadas a partir do contato com os objetos musicais-invocantes).

2.3 Harmonia

Enquanto o ritmo e a melodia representam uma relação direta com aspectos físico-biológicos e também psico-afetivos, a *harmonia* se constitui a partir de um esforço eminentemente intelectual. Segundo Copland (1974), a construção harmônica, se comparada ao ritmo e à melodia, pode ser considerada como contemporânea a estas, uma vez que os dois primeiros elementos pertencem naturalmente ao homem. Além disso, ao considerarmos a evolução dos modos musicais, percebemos que o canto sem acompanhamento instrumental vigorou como paradigma musical durante vários séculos (haja vista o canto gregoriano). Foi então de forma gradual que as várias modalidades de músicas vocais passaram a ser acompanhadas por outras linhas melódicas, agora instrumentais. Assim, “a harmonia evoluiu gradualmente do que era em parte uma concepção intelectual – e sem dúvida, uma das concepções mais originais da mente humana” (COPLAND, 1974, p.54).

De acordo com Zampronha (2007) a *harmonia* é uma combinação acordal de sons (composta de vários acordes) que obedece a determinada lógica e princípios, sendo produto de articulações intelectuais sobre a própria música. A autora considera que a *harmonia* apresenta um tríplice poder (sensorial, afetivo, mental):

O poder *sensorial* é tributário dos efeitos físicos desencadeados pela simultaneidade de sons; o *afetivo*, subordinado à simultaneidade de relações sonoras, induzem tensão e relaxamento, e o *mental*, função tonal, é acessível apenas ao nosso consciente, capaz de análise e síntese. O seu fator de expressão psicológica é a *modulação*, mudança de tom (tom de Dó, de Sol, de Ré, etc.), mudança de modo (Dó maior, dó menor, Sol maior, sol menor, etc.), induzindo sentimentos de clareza e obscuridade, numa ampla gama de variações. (ZAMPRONHA, 2007, p.115, grifos do autor).

É a partir da harmonia de determinada música que percebemos a sua *poética* como consonante ou dissonante, podendo essa percepção variar indiscriminadamente numa mesma composição musical. Desse modo, somos conduzidos muitas vezes a sensações e sentimentos harmônicos (no sentido psíquico/pático), de relaxamento, tranquilidade e calma, por exemplo, enquanto uma composição de modo menor (acordes menores e diminutos) e de acordes dissonantes podem nos levar a experimentar sentimentos de tensão, angústia e descentramento.

De uma perspectiva metapsicológica e clínica é interessante considerar estes aspectos, pois, as representações consonantes favorecem a representação de segurança e previsibilidade ao ego, enquanto a dissonância provê o sujeito de uma experiência de estranhamento, de aturdimento, de falta de sentido, o que podemos considerar como uma possibilidade de abertura da subjetividade (contato com o vazio, com a *Coisa* (LACAN, 1959-60/2008)), e, portanto, a possibilidade de respostas (busca de satisfações) quiçá também criativas a partir de contágios musicantes que podem suscitar efeitos de subjetivação para além das fronteiras defensivas do ego.

2.4 Timbre

Por fim, no que diz respeito aos elementos constitutivos da música, temos o corpo timbrístico do som. O *timbre* caracteriza a peculiaridade específica de um determinado som, de forma que a mesma nota tocada num violão, numa viola, guitarra, cavaquinho, violino, contra-baixo etc., soará diferentemente, dado que cada instrumento, somado à maneira como é executado, produz sonoridades únicas e específicas. O timbre é fundamentalmente o que poderíamos comparar por analogia à “cor do som” (COPLAND, 1974).

A característica timbrística dos sons (junto das demais propriedades apresentadas) é responsável também por toda sorte de sensações vivenciadas pelo ouvinte, reverberando neste e produzindo rearranjos psico-afetivos na subjetividade (SEKEFF, 2009).

O cuidado e obsessão dos músicos para com o aspecto timbrístico de seu instrumental (incluindo também a sonoridade vocal) são compreensivelmente justificados, ao considerarmos que a busca por um timbre especial singulariza sua produção musical. É assim que nos extasiamos ao ouvir sons inigualáveis e únicos, como por exemplo, a guitarra de Jimi Hendrix e de tantos outros como Eric Clapton,

Jimi Page (Led Zeppelin); Steve Ray Vaughan; etc.; ou ainda a sonoridade acústica do violão de Baden Powell, Paco de Lucia, João Bosco; o trompete de Miles Davis e o saxofone de John Coltrane; ou as vozes de Billie Holiday, Elis Regina, Janis Joplin, entre tantos outros (exemplos meramente pessoais).

3.0 A pulsão invocante: a mais próxima da experiência do inconsciente.

Na esteira de Didier-Weill (1998; 1999; 2014) temos condições de iniciar alguns esclarecimentos acerca das relações entre musicalidade e o psiquismo, na medida em que para pensar essa questão o autor retoma a concepção de *pulsão invocante* introduzido de maneira inconclusa por Lacan ([1964]/1998).

A pulsão invocante remete aos registros primitivos das sonoridades no psiquismo, os quais se constituem por meio do primeiro objeto com o qual a criança tem contato no mundo: o objeto-voz. Anterior a internalização de sentidos e significados a voz do Outro se apresenta para o sujeito como pura sonoridade, constituindo traços mnêmicos acústicos, considerando que a fala se apresenta numa estrutura rítmica e melódica. Assim, ainda anterior ao *recalque originário* (ocorrência estruturante do psiquismo) a voz materna dirige-se ao bebê: voz emissora de sons, timbres, ritmos e fundamentalmente transmissora de afetividade e intensidades (melodias), ou seja, o Outro invoca o sujeito à existência (subjéctiva, estruturação psíquica) através da voz que inicialmente se apresenta como pura sonoridade, melodia, timbre e ritmo. Portanto, a internalização da voz do Outro como uma musicalidade que seduz e que chama à vida, neste sentido, causa o advento do sujeito psíquico engendrando o circuito pulsional (capacidade desejante – responder à invocação); ou seja, a voz é invocante pois, apresenta-se não como objeto-de-desejo, mas como um objeto que *causa o desejo*, na sua função de objeto *a* (LACAN, [1962-63]/2005).

Didier-Weill (1998; 1999), na esteira de Lacan, considera a pulsão invocante como possuidora da característica central no que tange a *invocação da subjetividade* (ou, o chamamento do sujeito psíquico), nesses termos corrobora a afirmação de Lacan (1964/1998) quando este último aponta que a pulsão invocante se apresenta como “(...) a mais próxima da experiência do inconsciente” (p. 102) e, especialmente direcionados à questão musical, enfatizamos sua vicissitude correlata que se caracteriza como uma *pulsão de escuta* (Didier-Weill, 2014).

3.1 - A escuta musical: a nota azul e o objeto *a*

É somente a partir da invocação do Outro que existirá a possibilidade de um sujeito vir – a – ser; neste sentido, uma vez causado por essa musicalidade Outra, a própria música, ou aquilo que podemos considerar como o primeiro protótipo psíquico do que o sujeito virá futuramente a identificar como musical, torna-se objeto intra-psíquico passando o sujeito a (ex)-sistir com relação a este, dado sua condição essencialmente inconsciente (clivada/dividida = recalçamento). Ou seja, após ocorrência do recalçamento primário a voz Outra se constitui como uma espécie

de musicalidade perdida (objeto perdido, a Coisa), e no que se refere à questão musical especificamente (além de toda dimensão de capacidade desejante), a pulsão invocante sofre uma espécie de reviramento caracterizando-se como *pulsão de escuta*, delineando o que nos impele à busca de prazeres e gozo a partir de experiências no deleite estético-musical, ou, o simples prazer no ato de ouvir música.

Diremos, por ora, que o impacto da música não é rememorar, e sim comemorar o tempo mítico desse começo absoluto pelo qual um “real”, tendo se submetido ao significante, adveio como essa primeira coisa humana, *das Ding*, no nível da qual aquilo que era absolutamente exterior – a música da voz materna – encontrou lugar absolutamente íntimo onde as notas poderão dançar. (Didier-Weill, 1999, p. 16).

A partir de então, no que diz respeito ao ato de ouvir música, a pulsão invocante se constitui como aquela força que conduz o sujeito em direção ao que Didier-Weill (1999) chama de *ponto azul*, inspirado no conceito de “nota azul” batizada por Delacroix em carta dirigida à Chopin. A *nota azul* ou “blue note”, como conhecida dos músicos de *blues*, caracteriza-se como aquela nota musical que transcende as expectativas temporais e previsíveis do ouvinte, ou, como podemos compreender em termos psicanalíticos, seria a nota musical que resgata o sujeito de sua clivagem simbólica lançando-o novamente ao tempo anistórico antecedente ao recalque originário.

Em suma, a música, tal como a compreendemos neste estudo, constitui uma poética do indizível (linguagem aquém e além das palavras); sendo assim, o que escutamos quando ouvimos música?

Muito sucintamente, pontuamos que o objeto sonoro-musical em sua função de objeto *a* (causa de desejo) favorece uma escuta do indizível e do inaudível, enquanto “musicalidade perdida” (objeto perdido; a Coisa), uma musicalidade recalcada (voz invocante do Outro) por conta da divisão do psiquismo (recalcamento originário). Nesta perspectiva, a “nota azul”, apesar de ser objetivamente inexistente (não existe nas escalas musicais), ela se faz subjetivamente presente enquanto suposição do sujeito (invocado/ouvinte), se insinuando como possibilidade de um gozo indeterminado (prazeres, tensões e relaxamentos), na medida em que as musicalidades induzem movimentos psíquicos profundos.

“Exibindo a nudez icônica, material, formal e expressiva de seus signos, elas mexem com a sensibilidade do ouvinte, enredando-o no estranhamento, reverberando suas escolhas, ecoando possibilidades ausentes”. (SEKEFF, 2009, p.87).

Resumidamente e de forma mais direta: ao ouvir música, escutamos uma musicalidade interna para sempre perdida, porém re-encontrada parcialmente na musicalidade do outro (escuta musical, sublimação, práticas musicais) enquanto representação do objeto *a*. Tal como Freud ([1985]/1996) no explica, o objeto perdido (objeto primário) é perdido para sempre, contudo, toda busca de satisfação num objeto é uma tentativa de re-encontro do objeto perdido. Com Lacan ([1959-60]/2008) complementamos que este re-encontro por meio da relação com um objeto *a*, será

sempre um encontro faltoso, por isso parcial, a despeito da vivência de gozo que provém o sujeito.

A partir disso considera-se que a musicalidade teria esse atributo de invocação e engendramento da subjetividade, na medida em que a fala materna instaura por meio de sua melodia um traço acústico que convoca o sujeito a advir, a responder a essa mesma musicalidade em busca de alcançar um ponto de sustentação subjetiva que estará por vir. Enfim, atestamos através da noção de *pulsão invocante* que a musicalidade é estruturante da subjetividade, num tempo anterior à clivagem simbólica, endereçada ao futuro sujeito por meio do objeto-voz (enquanto objeto *a* – causa de desejo) e que dessa forma torna o ser humano essencialmente um sujeito também musical/musicante.

4. A musicalidade como experiência alteritária: invocações do outro.

Pontuamos a guisa de conclusão deste texto algumas brevíssimas considerações com relação à metapsicologia da(s) musicalidade(s) enfatizando o *contágio* pela via do laço social que a obra musical implica.

Importante destacar clinicamente: viver música, praticar música, fazer música, ouvir música, em suma, ter a música como objeto de deleite e a partir disso, numa dimensão mais profunda tomá-la como possível paradigma estético-subjetivo de existência, é reconhecermos que ela está associada a uma dimensão radicalmente profunda, inconsciente e reveladora da própria condição da subjetividade: a escuta da musicalidade Outra (perdida internamente em cada um) só pode se dar pela via do contato com o outro – a música, obra de sublimação criada por um outro (o outro como semelhante e como diferença radical alteritária). Assim, a experiência musical proporciona ocorrências psíquicas diretamente enredadas à dimensão mais essencial do inconsciente, no que se refere à urgência do desejo: a pulsão invocante e a busca pelo outro.

Neste sentido, a musicalidade e suas vicissitudes metapsicológicas nos conduzem ao reconhecimento da necessidade fundamental do outro para que o eu (ego) possa subjetivar aquilo que escapa a si mesmo (subjetivação da falta, da diferença alteritária, castração). É preciso o outro para que o sujeito possa se haver/tomar conhecimento daquilo que é diferença irreconciliável, alteridade estranhamente inquietante em si (a musicalidade Outra perdida/recalcada).

Assim, a musicalidade do outro (obra de sublimação) toca num ponto de alteridade radical do sujeito ouvinte promovendo imprevisíveis efeitos de subjetivação. Ou seja, a musicalidade pode favorecer muito especialmente (arte única e singular) possibilidades de abertura psíquica com relação ao outro radicalmente outro (diferença, alteridade, estranho-estrangeiro), implicando em certa perspectiva uma abertura da subjetividade para além das defesas egoícas e narcísicas, na medida em que a busca pela nota azul representa a busca desejante pelo encontro com o outro (sublimação como laço

social/contágio).

Nesta perspectiva, de uma metapsicologia do objeto sonoro-musical, em suas dimensões de sujeito invocante e sujeito invocado (laço social a partir das musicalidades), consideramos que a música nos ensina acerca da fundamental presença do outro enquanto diferença e alteridade radical para a subjetividade: é a musicalidade do outro que nos impõe uma escuta do sublime, daquilo que sozinho (ego, narcisismo, defesas) ninguém é capaz de articular e subjetivar (impossibilidade estrutural); são as musicalidades (que sempre serão do Outro e/ou do outro) que ressoam possibilidades psíquicas e novos mundos possíveis pelas vias das vicissitudes do desejo (atordimento pulsional, no real, e reestruturações simbólicas e imaginárias).

Notações Complementares:

- Trabalho apresentado no IV Congresso Internacional de Saúde Mental da UNIFIO (Centro Universitário das Faculdades Integradas de Ourinhos), set/2018.

- Autor: Doutor em Psicologia (Unesp/Assis); Mestre em Psicologia (Unesp/Assis); Psicólogo Clínico (Psicanálise); Professor de Psicologia; Docente de Psicologia (Unifio – Centro Universitário das Faculdades Integradas de Ourinhos; Fap – Faculdades da Alta Paulista); Supervisor Clínico; Músico Autodidata; Áreas de atuação: Metapsicologia e Fundamentos da Psicanálise (Freud-Lacan); Psicopatologias; Musicalidades e Psicanálise; Psicanálise, Cultura e Sociedade; Psicanálise e Clínica Ampliada (saúde pública); Autor de: *A Depressão como “Mal-Estar” Contemporâneo*. São Paulo: Ed. Unesp; Cultura Acadêmica, 2010.

email:

- As considerações teórico-clínicas apresentadas neste texto tocam apenas ligeiramente sobre alguns pontos selecionados. Esta temática foi profundamente estudada e atualizada, como metapsicologia do objeto sonoro-musical, no trabalho original: *“Psicanálise e Musicalidades: sublimação, invocações, laço social”* (Editora Unifesp - Livro Inédito: no prelo (2019-2020)).

- Para maior interesse acerca da Psicanálise Implicada e em Extensão, ver: TAVARES, Leandro A. Todesqui; HASHIMOTO, Francisco. A Pesquisa Teórica em Psicanálise: das suas Condições e Possibilidades. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*.

- De um ponto de vista metapsicológico existem diferenças psíquicas entre *processos criativos* e *ato criativo* (sublimação). Para interesse clínico maior acerca das questões referentes à sublimação, ver: TAVARES, Leandro A. Todesqui; HASHIMOTO, Francisco. A Sublimação como Paradigma da Constituição Psíquica: Metapsicologia e Desdobramentos Teórico-Clínicos. *Revista Ágora (Rio J.)*.

- O conceito de Gozo designa formas de satisfações psíquicas distintas do prazer, evidenciando justamente o “além do princípio do prazer”. Especialmente, designa

diferentes satisfações possíveis que o sujeito desejante e falante pode experimentar em suas relações com os objetos de investimentos psíquicos. J. Lacan formula várias modalidades de gozo, como: o gozo fálico, o gozo a-sexuado, o gozo do Outro e o gozo suplementar ou gozo Outro.

- Sobre o Contágio Musicante, para interesse mais específico, ver: TAVARES, Leandro, A. Todesqui.; HASHIMOTO, Francisco. Musicalidade(s) e Ressonâncias Psíquicas: Variações Subjetivas e Destinos à Pulsão. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*.

REFERÊNCIAS

BARTUCCI, G. (ORG). *Psicanálise, Arte e Estéticas de Subjetivação*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2002.

BENNETT, R. *Uma Breve História da Música*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1986.

BERLINK, M. T. *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta, 2008.

BIRMAN, J. *Por uma Estilística da Existência: sobre a Psicanálise, a Modernidade e a Arte*. São Paulo: Ed. 43, 1996.

CANDÉ, R. *História Universal da Música*. Tradução de Eduardo Brandão. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001. 2v.

CARPEAUX, O. M. *Livro de Ouro da História da Música*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2001.

CASTIEL, S. V. *Sublimação: Clínica e Metapsicologia*. São Paulo: Escuta, 2007.

CHEDIAK, A. *Dicionário de Acordes Cifrados: Harmonia Aplicada à Música Popular*. 10ª ed. São Paulo: Irmãos Vitale, 1984.

COPLAND, A. *Como Ouvir e Entender Música*. Rio de Janeiro: Artenova, 1974.

DIDIER-WEILL, A. *Lacan e a Clínica Psicanalítica*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1998.

_____. *Invocações: Dionísio, Moisés, São Paulo e Freud*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

_____. *Nota Azul: Freud, Lacan e a Arte*. Tradução de Cristina Lacerda, Marcelo Jaques de Moraes. 2 ed. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2014.

FERREIRA, A. B. H. *Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995.

FINK, B. *O Sujeito Lacaniano: entre a Linguagem e o Gozo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

FREUD, S. (1895). "Projeto para uma Psicologia Científica". In: _____. *Obras Psicológicas Completas: Publicações Pré-Psicanalíticas e Esboços Inéditos*. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 1. p. 335-400.

_____. (1915). "Os Instintos e suas Vicissitudes". In: _____. *Obras Psicológicas Completas: A História do Movimento Psicanalítico, Artigos sobre a Metapsicologia e Outros Trabalhos*. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 14. p. 115-144.

_____. (1919). O “Estranho”. In: _____. *Obras Psicológicas Completas: História de uma Neurose Infantil e Outros Trabalhos*. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996. v. 17. p. 233-273.

_____. (1920). “Além do Princípio do Prazer”. In: _____. *Obras Psicológicas Completas: Além do Princípio do Prazer, Psicologia de Grupo e Outros Trabalhos*. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1998. v. 18. p. 11-75.

_____. (1921) “Psicologia de Grupo e a Análise do Ego”. In: _____. *Obras Psicológicas Completas: Além do Princípio do Prazer, Psicologia de Grupo e Outros Trabalhos*. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 18. p. 77-154.

KAUFMANN, P. (Ed.) *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: o Legado de Freud e Lacan*. Tradução de Vera Ribeiro, Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

LACAN, J.. (1958 [1957]) *O Seminário, Livro 5: As Formações do Inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

_____. (1959-1960) *O Seminário, Livro 7: A Ética da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

LACAN, J. (1962-1963). *O Seminário, Livro 10: A Angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

LACAN, J. (1964). *O Seminário, Livro 11: Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise*. Tradução de M.D. Magno. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

KRIS, E. *Psicanálise da Arte*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1968.

MD-MAGNO. *A Música*. Rio de Janeiro: Aoutra, 1982.

MOGRABI, D. *O Laço Social na Teoria Freudiana: Para Além da Nostalgia e da Esperança*. Curitiba: Juruá, 2009.

RINALDI, D. *A Ética da Diferença*. Rio de Janeiro: EdUERJ: Jorge Zahar, 1996.

SCHAFER, R. M. *O Ouvido Pensante*. São Paulo: Editora Universidade Estadual Paulista, 1991.

SEKEFF, M. L. *Música, Estética de Subjetivação: tema com variações*. São Paulo: Annablume, 2009.

STASI, C. *O Instrumento do “Diabo”: Música, Imaginação e Marginalidade*. São Paulo: Ed. UNESP, 2011.

TAVARES, L. A. T. *A Depressão como “Mal-Estar” Contemporâneo*. São Paulo: Ed. UNESP; Cultura Acadêmica, 2010.

TAVARES, Leandro A. Todesqui; HASHIMOTO, Francisco. “A Pesquisa Teórica em Psicanálise: das suas Condições e Possibilidades”. *Gerai: Revista Interinstitucional de Psicologia*. 6 (2), jul – dez, 2013, 166 – 178.

TAVARES, Leandro A. Todesqui; HASHIMOTO, Francisco. “A Sublimação como Paradigma da Constituição Psíquica: Metapsicologia e Desdobramentos Teórico-Clínicos”. *Ágora (Rio J.)* [online] vol. 19 n.2, p. 295-310, Rio de Janeiro mai./ago. 2016.

TAVARES, Leandro, A. Todesqui.; HASHIMOTO, Francisco. “Musicalidade(s) e Ressonâncias Psíquicas: Variações Subjetivas e Destinos à Pulsão”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 465-482, Set. 2016.

TOREZAN, Z. C. F. *Sublimação, Ato Criativo e Sujeito na Psicanálise*. Londrina: Eduel, 2012.
WISNIK, J. M. *O Som e o Sentido: Uma Outra História das Músicas*. São Paulo: Companhia das letras, 1989.

ZAMPRONHA, M. L. S. *Da Música como Recurso Terapêutico*. São Paulo: UNESP, Instituto de Artes do Planalto, 1985.

ZAMPRONHA, M. L. S. *Da Música, Seus Usos e Recursos*. São Paulo: Ed. Unesp, 2007.

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES HIGIÊNICO-SANITÁRIAS DE SUPERMERCADOS NA CIDADE DE NAVIRAÍ-MS

Mariana de Melo Alves

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), Unidade de Naviraí, Curso de Engenharia de Alimentos, bolsista PIBEX - Mato Grosso do Sul.

Giovanna Lara dos Santos Oliveira

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), Unidade de Naviraí, Curso de Engenharia de Alimentos, bolsista PIBEX - Mato Grosso do Sul.

Pedro Paulo Alves dos Santos

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), Unidade de Naviraí, Curso de Engenharia de Alimentos, bolsista PIBEX - Mato Grosso do Sul.

Silvia Benedetti

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), Unidade de Naviraí, Curso de Engenharia de Alimentos - Mato Grosso do Sul.

Mariana Manfroí Fuzinatto

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), Unidade de Naviraí, Curso de Engenharia de Alimentos - Mato Grosso do Sul.

RESUMO: As condições higiênicas dos estabelecimentos e o cumprimento das exigências legais são fatores importantes na produção e comercialização de alimentos seguros e de qualidade. Independentemente de qual for o tipo de serviço de alimentação todos necessitam cumprir determinações relacionadas a processos e serviços, como

instalações, armazenamento, venda e manipulação dos alimentos, bem como atribuição de responsabilidades, documentação e registros. Neste sentido, o objetivo deste trabalho foi avaliar a infraestrutura externa e interna de dois supermercados localizados no município de Naviraí – MS, e também, verificar o grau de conhecimento dos funcionários sobre as boas práticas de manipulação (BPM) para que fossem diagnosticados possíveis problemas. Os dois supermercados foram classificados como regulares, apresentando percentuais de conformidade de 70 a 88 % para o supermercado A, e de 52 a 88 % para o supermercado B. Conclui-se que muitas das não conformidades observadas no decorrer do estudo podem ser corrigidas, através de instruções aos funcionários e proprietários, de forma clara e objetiva através de palestras, treinamentos periódicos e monitoramento dos itens avaliados, a fim de assegurar a qualidade higiênico-sanitária dos alimentos comercializados.

PALAVRAS-CHAVE: boaspráticas; manipuladores; segurança alimentar; alimentos; consumidor; qualidade.

ABSTRACT: The hygienic conditions of establishments and compliance with legal requirements are important factors in the production and marketing of safe and quality

food. Regardless of which type of food service everyone needs to comply with process-related determinations and services such as food facilities, storage, sale and handling, as well as assignment of responsibilities, documentation and records. In this sense, the objective of this work was to evaluate the external and internal infrastructure of two supermarkets located in the municipality of Naviraí - MS, and also to verify the degree of knowledge of the employees about the good practices of manipulation (BPM) to diagnose possible problems. The two supermarkets were classified as regular, presenting compliance percentages of 70-88% for supermarket A and 52-88% for supermarket B. It is concluded that many of the non-conformities observed during the study can be corrected, through instructions to employees and owners, in a clear and objective manner through lectures, periodic training and monitoring of the evaluated items, in order to ensure hygienic-sanitary quality of marketed foods.

KEYWORDS: good practices; manipulators; food safety; foods; consumer; quality.

1 | INTRODUÇÃO

A conservação da integridade e saúde dos seres humanos depende do consumo diário de alimentos que sejam quantitativos e qualitativamente apropriados, saudáveis. Isto demanda que se instituem normas, limites e padrões, desempenhando tarefas de inspeção, controle, fiscalização e vigilância, a fim de certificar a qualidade dos alimentos (VALEJO et al., 2003).

Quando se ingere um alimento de condições de higiene precárias, as pessoas podem estar sujeitas a riscos para a saúde, tais como físicos (ingestão de pelos pedaços de vidro e plástico), químicos (resíduos de substâncias tóxicas) e biológicos (contaminação por vírus, bactérias e parasitas) (RUMOR, 2007). Os alimentos em todas suas etapas, desde sua produção até o consumo, necessitam de uma avaliação completa de seus riscos, que são determinados por meio de normas de Boas Práticas de Manipulação (BPM) e de Prestações de Serviços na Área de Alimentos (VOOS, 2000).

As BPM executadas pelos estabelecimentos necessitam contemplar os requisitos gerais, tais como higienização das instalações, equipamentos, móveis e utensílios, controle de portabilidade da água, higiene e saúde dos manipuladores, manejo dos resíduos, manutenção preventiva e calibração de equipamentos, controle integrado de vetores e pragas urbanas, seleção das matérias-primas, ingredientes e embalagens, programa de recolhimento de alimentos (BRASIL, 1997; BELLE et al., 2004).

Descrito como “comércio varejista de mercadorias em geral, com predominância em produtos alimentícios, e com área de venda entre 300 e 5.000 m²”, os supermercados representam hoje o principal local de comércio de alimentos nas cidades de médio e grande porte (SILVEIRA; LEPSCH, 1997; VALENTE; PASSOS, 2004) constituindo, portanto, setor significativo da economia brasileira e elo sensível e relevante quando se analisa a segurança alimentar (KASPER, 1991; VALENTE; PASSOS, 2004).

A garantia da segurança, da qualidade dos produtos e da prestação de serviços na área de alimentos, estabelece instrumento básico na preservação de atributos referente aos critérios de qualidade sanitária dos alimentos na prestação de serviços nesse ramo, com vistas à proteção da saúde do consumidor, dentro do entendimento do direito humano à alimentação apropriada (CGPAN, 2000).

Portanto, fica claro que é de grande importância o cumprimento da legislação vigente pertinente às Boas Práticas, para que os estabelecimentos possam fornecer alimentos seguros e de qualidade aos consumidores. Desta forma, o objetivo deste trabalho foi verificar as condições higiênico-sanitárias de dois supermercados do município de Naviraí-MS e detectar possíveis falhas, melhorando a qualidade e contribuindo para a saúde da população.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

No período de quatro meses de pesquisa, realizaram-se diagnósticos e análises visuais das Boas Práticas de Manipulação (BPM) nos supermercados denominados como A e B localizados em Naviraí- MS. O projeto foi realizado com o auxílio de lista de verificações apresentada na RDC N°. 275/2002(Brasil, 2002) e as consignações da RDC N°. 216/2004 (Brasil, 2004), as quais abordam questões relacionadas às condições higiênico-sanitárias das edificações e instalações, equipamentos, móveis e utensílios, produção e transporte de alimentos dos produtos acabados.

2.1. Aplicações de questionários para avaliação do nível de conhecimentos dos funcionários e proprietários sobre as Boas Práticas.

Para analisar o nível de conhecimento dos manipuladores a respeito das BPM, foram aplicados questionários, que averiguam as definições dos pontos principais das BPM e quais seriam as formas corretas de realizar alguns procedimentos.

2.2. Aplicações do check-list (lista de verificação) de BPM

O ambiente, os processos e o comportamento dos manipuladores foram avaliados por meio de observação visual com aplicação de um *check-list* seguindo modelo proposto pela Portaria nº 326 de 30 de julho de 1997 (BRASIL, 1997), Resolução - RDC nº 275 - ANVISA, de 21 de outubro de 2002 (BRASIL, 2002), e Resolução - RDC nº 216 - ANVISA, de 15 de setembro de 2004 (BRASIL, 2004). Essa ficha continha 50 itens de verificação, agrupados por assunto em quatro blocos: edificação e instalações; equipamentos, móveis e utensílios; manipuladores; e produção e transporte do alimento. As escolhas de respostas para o preenchimento do *check-list* são: “Conforme” (C) – quando houve atendimento ao item analisado; “Não Conforme” (NC) – quando o estabelecimento apresentou Não conformidade quanto ao item observado; “Não Aplicável” (NA) – quando o item foi considerado não pertinente ao local pesquisado.

2.3. Avaliações das edificações, instalações, equipamentos, móveis, utensílios e verificação do armazenamento e distribuição dos alimentos.

Os supermercados foram avaliados de acordo com a situação higiênico-sanitária da infraestrutura (área externa e área interna), conforme os tópicos: piso, teto, paredes, portas, janelas e outras aberturas; iluminação, ventilação e climatização; abastecimento de água; higienização das instalações e instalações sanitárias; controle de animais e pragas e condições higiênico-sanitárias dos equipamentos utilizados. Nas áreas de armazenamento e distribuição de alimentos há grande movimentação de produtos e manipulação dos mesmos, o que conseqüentemente acaba atraindo pragas. Por esses motivos foram avaliados os seguintes itens: higiene, disposição, organização e a situação do local; temperatura do ambiente; modo de refrigeração e armazenamento dos produtos de acordo com o tipo de alimento, embalagem e matérias-primas; preparação, armazenamento e transporte dos alimentos preparados. As escolhas de respostas para a classificação são: Menor - quando apresenta não conformidade pequena ao item analisado; Maior - quando apresenta não conformidade mediana ao item analisado; Crítico - quando apresenta não conformidade alta ao item analisado.

2.4 Análises da higiene dos funcionários.

A avaliação das condições higiênicas dos funcionários ocorreu através de visualização in loco e preenchimento da lista de verificação das BPM, conforme a Resolução nº 275/2002. Após a aplicação da lista de verificação, foi elaborado um plano de ação, listando as inadequações observadas para gerar um plano de adequação exigido pela legislação.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Aplicações de questionários para avaliação do nível de conhecimentos dos funcionários e proprietários sobre as Boas Práticas.

No gráfico 1, é demonstrado o nível de conhecimento dos manipuladores de alimentos dos supermercados sobre: contaminações dos alimentos, doenças transmitidas pelos mesmos, higiene do estabelecimento e boas práticas de manipulação.

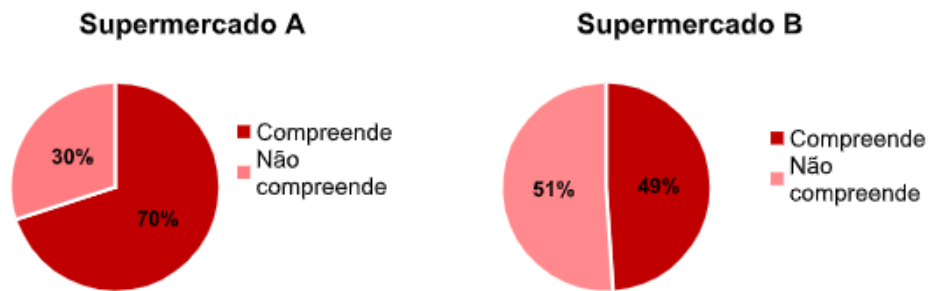


Gráfico 1- Percentual geral de compreensão dos funcionários sobre as Boas Práticas de Manipulação de alimentos dos supermercados da cidade de Naviraí – MS.

No supermercado A, observou-se que os manipuladores de alimentos possuem em torno de 70% de conhecimento sobre contaminações dos alimentos, doenças transmitidas por alimentos, higiene do estabelecimento e boas práticas de manipulação, o que se torna um resultado positivo.

No supermercado B, pode ser observado que o percentual de manipuladores com conhecimento em relação às Boas Práticas de Manipulação é de 49%, resultado abaixo de 50%, mostrando a necessidade da qualificação profissional e treinamentos para funcionários.

As respostas incorretas e parcialmente corretas estavam principalmente relacionadas à contaminação cruzada, higiene das mãos, doenças transmitidas por alimentos e a definição de boas práticas de manipulação.

Analisando de modo geral os dois supermercados, 37,5% dos funcionários que responderam o questionário, afirmaram não ter participado de um treinamento sobre Boas Práticas de Manipulação. Apesar de ser uma quantidade inferior a 50%, a RDC nº 216 da ANVISA (BRASIL, 2004) preconiza que os manipuladores de alimentos devem ser supervisionados e capacitados periodicamente em higiene pessoal, em manipulação higiênica dos alimentos e em doenças transmitidas por alimentos. A capacitação deve ser comprovada mediante documentação, ou seja, com o cumprimento da legislação.

3.2. Aplicações do check-list (lista de verificação) de BPM.

No gráfico 2 é apresentada a porcentagem de conformidades dos cinco principais itens avaliados por meio da aplicação da lista de verificação nos supermercados A e B. Constatou-se que no supermercado A 71% dos itens estavam em conformidade com a legislação. Já no supermercado B, constatou-se que cerca de 53% dos itens estavam de acordo com a lei.

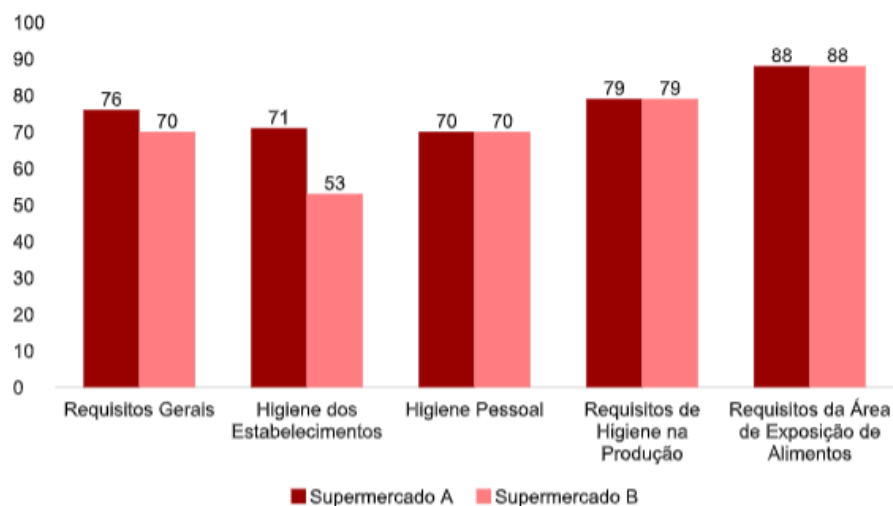


Gráfico 2- Porcentagem de conformidades dos cinco principais itens avaliados por meio da aplicação da lista de verificação nos supermercados A e B da cidade de Naviraí – MS.

O supermercado A obteve uma porcentagem regular, atingindo de 70 a 80% de conformidade em todos os parâmetros avaliados, sendo apenas de 20 a 30 % de não conformidades. Porém essas falhas foram mínimas, não gerando riscos graves e de extrema urgência ao estabelecimento.

O supermercado B também obteve porcentagens acima de 70% de conformidade e abaixo de 47% de não conformidades, resultante dos itens mais acentuados (higiene dos estabelecimentos e higiene pessoal dos manipuladores).

Nos dois supermercados avaliados, as não conformidades acerca da higiene do local foram corrigidas, através da elaboração de procedimentos operacionais.

3.3. Avaliações das edificações, instalações, equipamentos, móveis, utensílios, e verificação do armazenamento e distribuição dos alimentos.

Na Tabela 1, estão as principais não conformidades avaliadas em cada supermercado intitulado como A e B e classificadas como maior, menor e crítico.

Não Conformidades	Classificação	
	A	B
Destino adequado dos resíduos.	Maior	Menor
Limpeza e desinfecção adequadas.	Maior	Maior
Documentação sanitária, de orientação e auxílio, e pessoal qualificado.	Crítico	Crítico
Edificações, instalações, equipamentos, móveis e utensílios.	Menor	Menor
Armazenamento dos alimentos.	Crítico	Crítico

Tabela 1- Principais não conformidades avaliadas nos estabelecimentos A e B e suas classificações.

As principais não conformidades observadas nos supermercados foram notadas nos locais de armazenamento dos alimentos. Constatou-se que necessitavam de uma modificação/reforma com certa urgência.

Outro ponto crítico identificado foi à obtenção, disponibilização, e exposição de documentações e registros nos supermercados, tais como: APPCC (Sistema de Análise de Perigo e Ponto Crítico de Controle), MBPMA (Manual de Boas Práticas de Manipulação de Alimentos), POP (Procedimento Operacional Padrão), entre outras documentações que comprovem que os supermercados seguem os padrões exigidos pela legislação vigente.

Com relação às outras não conformidades, as mesmas podem ser corrigidas com treinamentos periódicos aos manipuladores e monitoramento dos itens avaliados, uma vez que estão diretamente ligadas às pessoas envolvidas nos processos.

3.4 Análises da higiene dos funcionários.

Nesta categoria foram analisados os itens exigidos pela legislação, chegando à conclusão, que 70% dos itens analisados nos 2 supermercados estavam conforme a legislação e atendiam exigências como: Orientação sobre boas práticas de fabricação e manipulação; Higiene do local e dos manipuladores; Frequência da limpeza do setor e dos utensílios; Hábitos e posturas dos manipuladores, entre outros. Constatou-se que 30% da lista de verificação resultaram em não conformidades com a lei.

4 | CONCLUSÕES

Considerando o grau de não conformidades constatadas nos supermercados, concluiu-se que há necessidade de investimentos por parte dos estabelecimentos no sentido de adequar e atender as exigências da legislação, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços e produtos e proteger a saúde do consumidor.

Os critérios de higiene pessoal e demais conhecimentos das Boas Práticas precisam ser abordados em capacitações para manipuladores de alimentos e supervisionados diariamente nos locais de produção. Estas formações devem ser contínuas e cuidadosamente elaboradas, com atividades teóricas e práticas, a fim de promover mudanças de hábitos nos manipuladores. Assim é possível contribuir favoravelmente para a qualidade higiênica sanitária dos alimentos servidos à população.

REFERÊNCIAS

BELLE R. L. et al. **Avaliação das práticas de fabricação em padarias: um estudo exploratório no município de Ijuí RS.** Revista Contexto e Saúde, v.3, n.7, p.199-203, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Federal nº 326 de 30 de julho de 1997. **Regulamento Técnico sobre as Condições Higiênico-Sanitárias e de Boas Práticas de Fabricação para Estabelecimentos Produtores/Industrializadores de Alimentos.** 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução RDC Nº. 275, de 21 de outubro de 2002. **Regulamento técnico de procedimentos operacionais padronizados aplicados aos estabelecimentos Produtores/Industrializadores de alimentos.** 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução RDC – 216, de 15 de setembro de 2004. **Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação**. 2004.

CGPAN -Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Garantia da segurança e da qualidade dos produtos e da prestação de serviços na área de alimentos**. 2000. Disponível em <http://www.portal.saude.gov.br> Acesso em: 27 jan. 2017.

KASPER J. F. P. **Produtividade e gerenciamento de operações na empresa supermercadista**. São Paulo: Associação Brasileira de Supermercados (Abras). 1991.

RUMOR, J. **Programa de Alimentos Seguros**. (Monografia - Especialização) - Curso de Curso Medicina Veterinária, Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba. 2007.

SILVEIRA, J. A. G.; LEPSCH, S. L. **Alterações recentes na economia do setor supermercadista brasileiro**. Revista de Administração, v.32, n.2, p. 5-13, 1997.

VALEJO, F. A. M. et al. **Vigilância sanitária: avaliação e controle da qualidade dos alimentos**. Revista higiene alimentar, v.17, n.106, p.16-20, 2003.

VALENTE, D.; PASSOS, A. D. C. **Assessment of hygiene, sanitary, physical and structural aspects of supermarkets in a Southeastern city in Brazil**. Rev. Bras Epidemiol, v.7, n.1, p.80-87, 2004.

VOOS, I. S. P. et al. **Controle de qualidade microbiológica em produtos de confeitaria preparados e congelados**. Revista Higiene Alimentar, São Paulo, v.14, n.68/69, p.78-86, 2000.

O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE AOS CUIDADOS COM OS PACIENTES QUE REALIZAM A HEMODIÁLISE

Rafael Mendes Nunes

Faculdade Santa Terezinha-CEST, Enfermeiro,
São Luís – Maranhão

Carlos Eduardo Rodrigues

SerraFaculdade Santa Terezinha-CEST,
Enfermeiro, São Luís – Maranhão

Georges Pereira Paiva

Faculdade Santa Terezinha-CEST, Enfermeiro,
São Luís – Maranhão

Maxcilene da Silva Pinto

Faculdade Santa Terezinha-CEST, Enfermeira,
São Luís – Maranhão

Florindomar Souto Romeu

Faculdade Santa Terezinha-CEST, Enfermeiro,
São Luís – Maranhão

Vanda Cristina Alves Silva

Faculdade Santa Terezinha-CEST, Enfermeira,
São Luís – Maranhão

Gleyciane Dias Dutra

Faculdade Santa Terezinha-CEST, Acadêmica de
Enfermagem, São Luís – Maranhão

Luna Itayanne Leite Moraes

Faculdade Santa Terezinha-CEST, Acadêmica de
Enfermagem, São Luís – Maranhão

Patrícia Guilliane Silva Barros

Faculdade Santa Terezinha-CEST, Docente, São
Luís – Maranhão

Nayana de Paiva Fontenelle Xerez

Faculdade Santa Terezinha-CEST, Docente, São
Luís – Maranhão

RESUMO: A insuficiência renal é uma importante causa de morte e de incapacidade no mundo sendo considerada um problema de saúde pública. Tendo-se em vista a elevada mortalidade e morbidade da doença, cujo tratamento é bastante complexo, este estudo teve como objetivo geral descrever o cuidado da enfermagem no tratamento da hemodiálise no dia a dia dos pacientes renais crônicos na clínica médica. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura cujas fontes de pesquisa foram as Bases de Dados da Biblioteca Virtual de Saúde em sites como a *Scielo*, *Bireme*, *Lilacs* assim como livros e revistas, publicadas entre 2006 a 2015. Os resultados do estudo foram direcionados para: conhecer as estratégias de sistematização de enfermagem no tratamento dialítico; relatar as ações de humanização no cuidado intensivo a pacientes com distúrbios renais internados em clínica médica; ressaltar ações do enfermeiro em casos de complicações mais frequente. Concluiu-se que o enfermeiro tem um papel fundamental na condução do tratamento do paciente submetido à hemodiálise sendo que, nos estudos selecionados, as intervenções da enfermagem apontaram uma variedade de possíveis condutas realizadas com os pacientes dialíticos, sendo as principais o monitoramento hidroeletrólítico, verificação de sinais vitais, administração de medicamentos e orientações ao paciente.

ABSTRACT: Renal insufficiency is an important cause of death and disability in the world being considered a public health problem. Considering the high mortality and morbidity of the disease, which is a very complex treatment, this study aimed to describe the nursing care in the daily treatment of hemodialysis of chronic renal patients in the medical clinic. It is an integrative review of literature whose sources of research were the Virtual Health Library Databases on sites such as *Scielo, Bireme, Lilacs* as well as books and journals, published between 2006 and 2015. The results of the study were directed to: to know the strategies of nursing systematization in the dialysis treatment; To report the actions of humanization in the intensive care to patients with renal disorders hospitalized in medical clinic; Emphasize the nurse's actions in cases of more frequent complications. It was concluded that the nurse plays a fundamental role in the management of the patient undergoing hemodialysis, and in the selected studies, nursing interventions pointed out a variety of possible behaviors performed with the dialytic patients, the main ones being hydroelectrolytic monitoring, Vital signs verification, medication administration and patient guidance.

KEYWORDS: Renal insufficiency. Renal dialysis. Nursing care.

1 | INTRODUÇÃO

A hemodiálise consiste na purificação sanguínea extracorpórea, num processo em que o sangue entra em contato com o líquido da diálise por meio de um filtro onde irão ocorrer os processos de troca (DEUS et al., 2015). Ela é o meio pelo qual o paciente busca a homeostasia do corpo. Esse problema de saúde merece atenção especializada das equipes multiprofissionais de saúde (PINHO; SILVA; PIERIN, 2015). Diante dessa realidade, questiona-se: Quais as ações do enfermeiro na hemodiálise e suas implicações no processo de cuidar?

A escolha da temática deve-se a grande importância do Enfermeiro durante o tratamento com a hemodiálise. O objetivo desse estudo é descrever o cuidado da enfermagem no tratamento de hemodiálise dos pacientes renais crônico, além de conhecer as estratégias de sistematização de enfermagem no tratamento dialítico; relatar as ações de humanização no cuidado aos pacientes com distúrbios renais; ressaltar ações do enfermeiro em casos de complicações.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão bibliográfica com enfoque na revisão integrativa de literatura. A questão norteadora da pesquisa foi: quais são as evidências produzidas, na literatura científica, no que diz respeito ao cuidado da enfermagem ao paciente em diálise? Para responder a esse questionamento foram realizadas buscas na Biblioteca

Virtual de Saúde (BVS), encontrando-se as publicações condizentes com a pesquisa nas seguintes base de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO) e *PubMed*, *MedLine*. A coleta das fontes na literatura vigente foi realizada entre maio a outubro de 2016.

Todos os resumos dos artigos encontrados foram lidos. O critério de inclusão das publicações foi: publicações datadas de 2007 até 2016, em língua portuguesa. Para a ideação deste estudo, foram englobados: a escolha do tema e do objeto da pesquisa; seleção das questões temáticas; coleta de dados nas literaturas expostas em redes eletrônicas mediante os critérios pré-estabelecidos de inclusão e exclusão; análise e interpretação dos dados; apresentação dos resultados e discussões e posteriormente a conclusão. Os descritores identificados para nortear a busca foram: Insuficiência renal, Hemodiálise, Intervenção da enfermagem, de forma isolada e combinada. Foram encontradas 180 publicações que estavam de acordo com o tema do trabalho, após leitura minuciosa das publicações, apenas 20 estudos foram selecionados, como mostra a figura 1.

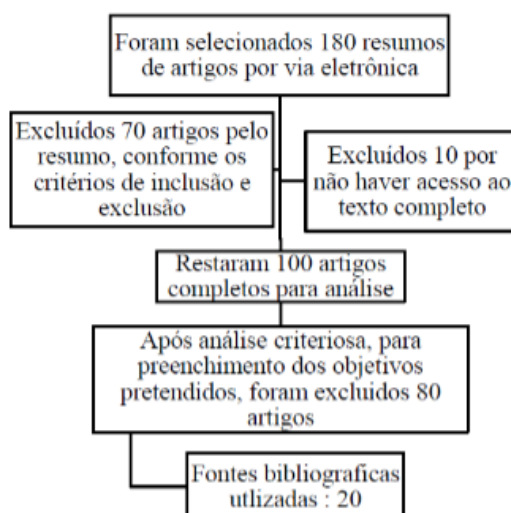


Figura 01 – Fluxograma de busca de referência

Fonte: Autores (2018).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

A equipe de enfermagem ao cuidar de um paciente em hemodiálise, deve embasar suas ações em quatro etapas: investigação, que consiste no levantamento de informações sobre o paciente; diagnóstico de enfermagem, etapa onde é feita a identificação de problemas; e o planejamento, onde são estabelecidas prioridades no que se refere aos cuidados, metas, intervenção e plano de cuidados; e, por fim, a avaliação, onde serão constatadas os pontos fracos e fortes de todo o processo (RAMOS *et al.*, 2007).

Os cuidados da enfermagem ao paciente em diálise envolvem o acolhimento desde a entrada do paciente até a saída deste do setor. O acolhimento ao paciente

com insuficiência renal deve incluir a observação do seu aspecto geral, realização de uma avaliação pré-hemodiálise, conduzi-lo à máquina, checando sempre seus sinais vitais, atentando para qualquer alteração que o paciente venha manifestar durante a sessão (SANTANA *et al.*, 2013).

O cuidado humanizado do enfermeiro aos pacientes em tratamento de hemodiálise, deve ter como foco principal a orientação/educação, e esta pode ocorrer de forma permanente nos centros de hemodiálise nas clínicas médicas, a cada encontro no momento das sessões de diálise. A educação do paciente em tratamento dialítico, é um constante desafio ao enfermeiro, já que uma de suas ações deve estar voltada para a adesão ao tratamento, pela indispensável mudança nos hábitos de vida deste paciente. Cabe ao enfermeiro administrar medicamentos conforme prescrito, preparar o paciente para diálise ou transplante renal. “Oferecer esperança de acordo com a realidade e avaliar o conhecimento do paciente a respeito do esquema terapêutico, bem como as complicações e temores” (ALENCAR, 2015, p. 18).

Segundo Silva et al (2015), os cuidados da enfermagem para evitar as complicações nos pacientes em diálise são: administrar medicação conforme prescrição médica, aferir com maior frequência os sinais vitais; comunicar ao médico; ficar mais atento ao paciente; pesar o paciente; realizar glicemia capilar e verificar fístula arteriovenosa.

4 | CONCLUSÃO

O estudo permitiu um entendimento profundo acerca da hemodiálise, suas implicações na vida do indivíduo portador de insuficiência renal crônica e como a assistência de enfermagem tem papel relevante na terapêutica por meio da diálise. Demonstrou que o enfermeiro é responsável pelo planejamento da assistência de enfermagem que envolve orientações ao paciente e seus familiares, sendo esse item importante para prevenir possíveis complicações ao paciente em hemodiálise, além de promover maior qualidade de vida.

Concluiu-se que a enfermagem tem papel relevante no que tange à prática do cuidado permitindo ao paciente mais conforto, uma vez que, por conta do tratamento ser tão agressivo, este se encontra emocionalmente fragilizado, amenizando suas angústias e medos, a partir da aproximação do cuidador durante a execução de uma técnica.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, R. F. **A importância da assistência de enfermagem ao paciente em diálise peritonea.** Monografia de (Pós-Graduação). Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Enfermagem em Nefrologia. Instituto Nacional De Ensino Superior E Pesquisa Centro De Capacitação Educacional. Recife, 2015.

DEUS, B. P. M. et al. Sintomas e complicações agudas relacionadas com a hemodiálise. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção.** Santa Cruz, v. 5, n.1, p. 52-56, 2015.

PINHO, N. A.; SILVA, G. V.; PIERIN, A. M. G. Prevalência e fatores associados à doença renal crônica em pacientes internados em um hospital universitário na cidade de São Paulo, SP, Brasil. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. v. 37, n.1, 2015.

RAMOS, I. C. et al. A teoria de Ourem e o cuidado a pacent renal crônico. **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, abr./jun, 2007.

SANTANA. S. S; FONTENELLE. T; MAGALHÃES. L. M. Assistência de enfermagem prestada aos pacientes em tratamento hemodialítico nas unidades de nefrologia. **Revista Científica do ITPAC**. Araguaína, v.6, n.3, p.1-11, 2013.

SILVA P.L.N. et al. Percepção de enfermeiros quanto à sistematização da assistência de enfermagem ao paciente renal crônico. **Revista de Enfermagem UFPE**. Recife, v. 09, n. 12, 2015.

PERCEPÇÕES DE PACIENTES QUEIMADOS ACERCA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DURANTE A INTERNAÇÃO

Sabrina Aparecida Gomes Pereira

Universidade Estadual de Londrina (UEL) –
Graduanda em Enfermagem
Londrina-PR

Juliana Helena Montezeli

Universidade Estadual de Londrina (UEL) –
Docente do Departamento de Enfermagem
Londrina-PR

Elizângela Santana dos Santos

Universidade de São Paulo (USP) – Mestranda
em Enfermagem
Ribeirão Preto- SP

Sandra Renata Pinatti de Moraes

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
– Doutoranda em Enfermagem, Enfermeira do
Centro de Tratamento de Queimados do Hospital
Universitário Londrina-PR

Andreia Bendine Gastaldi

Universidade Estadual de Londrina (UEL) –
Docente do Departamento de Enfermagem
Londrina-PR

RESUMO: A hospitalização do paciente queimado geralmente é permeada por um tratamento moroso caracterizado por procedimentos invasivos, dor, sofrimento e com diversas complicações físicas e psíquicas. A atuação da enfermagem devem ultrapassar as questões técnicas e se estender para o subjetivo da clientela. Objetivou-se apreender a percepção de pacientes queimados acerca das

relações interpessoais da equipe de enfermagem durante a internação. Trata-se de um estudo qualitativo realizado no centro de tratamento de queimados (CTQ) do Hospital Universitário de Londrina no período de agosto de 2017 à julho de 2018 com 12 participantes. Utilizou-se uma entrevista semiestruturada audiogravada e norteadas por um instrumento composto por três questões abertas, e, posteriormente, as falas foram transcritas por meio de escuta e digitação literal. Os dados foram tratados pela análise de conteúdo, compreendendo as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento com as inferências e as interpretações. Foram identificadas três categorias empíricas: (A) Determinantes Históricos envolvidos nas relações interpessoais; (B) Fortalezas nas relações interpessoais, que abordou os tópicos: união da equipe multiprofissional, valorização do incentivo à fé e valorização da família pela enfermagem; (C) Dificuldades relacionais vivenciadas pelos pacientes, destacando-se lacunas na civilidade, comunicação e empatia. Concluiu-se que a dinâmica do convívio entre os profissionais causam impacto na assistência prestada e os pacientes além de enxergarem os profissionais como um ser que vem para salvá-los também identificaram fraquezas e habilidades a serem trabalhadas dentro da equipe.

PALAVRAS-CHAVE:

Relacionamento

interpessoal. Habilidades sociais. Centro de Tratamento de Queimado. Serviço hospitalar de enfermagem.

ABSTRACT: Hospitalization of the patient is usually permeated by a complete process through invasive, painful and psychic procedures. The issue of nursing should be technical issues and extend for the subjective of clientele. The objective was to apprehend the perception of burned patient about the interpersonal of the nursing team during an internment. This is a qualitative study performed at the Burn Treatment Unit (BTU) of the University Hospital of Londrina from August 2017 to July 2018 with 12 participants. We used a semi-structured interview recorded audio and guided by an instrument composed of three open questions, and later, as the lines were transcribed through listening and literal typing. The data were submitted to content analysis, comprising the steps of pre analysis, the exploration of the material and the treatment with inferences and interpretations. Three empirical categories were identified: (A) Historical Determinants involved in interpersonal relations; (B) Strengthening interpersonal relationships, the multiprofessional team approach, the valorization of the health incentive and the valorization of the family by nursing; (C) Relational difficulties experienced by patients, highlighting gaps in civility, communication and empathy. It is concluded that the dynamics of the agreement between the professionals causes impact in the care and the patients besides the professionals who act as redeemers of the team are also identified.

KEYWORDS: Interpersonal relationship. Social skills. Burn Treatment Center. Hospital nursing service.

1 | INTRODUÇÃO

O paciente queimado por ter sofrido uma importante lesão física, possui como uma das consequências da injúria à possibilidade de ter a sua imagem corporal e estética afetada resultando, desse modo, em mudanças na forma como ele vê a si próprio e ao meio em que vive. Desta forma, a vítima de queimadura pode apresentar acometimento emocional e fisiológico, resultando em dor e sequelas irreversíveis que o acompanharão em toda sua existência.

As lesões ocasionadas por queimaduras podem promover um impacto devastador em todos os aspectos da vida do paciente. Após queimar-se, as rotinas e obrigações diárias do indivíduo, tanto em âmbito individual quanto social, geralmente, precisam ser colocadas em segundo plano a fim de direcionar toda a sua força e energia à sobrevivência e recuperação de seu corpo e mente.

Além disso, as lesões causadas por queimaduras muitas vezes provocam sequelas permanentes que afetam drasticamente a estética e autoimagem do paciente, abalando de maneira significativa sua autoestima e acarretando sentimentos como medo, insegurança e ansiedade perante o futuro (BERGAMASCO et al., 2004).

Os cuidados demandados por um paciente queimado por si só geram um ciclo álgico e de ansiedade, uma vez que as trocas de curativo diárias juntamente com os procedimentos cirúrgicos e os processos anestésicos configuram-se como processos dolorosos e traumáticos, exigindo, por parte dele, uma adaptação física e psicológica à nova condição (BERGAMASCO et al., 2004).

Nesse contexto, a atuação da enfermagem frente ao paciente queimado exige nível de conhecimento técnico e científico e um conjunto de habilidades que permitam a ele prestar uma assistência respeitosa e diferenciada, levando em conta toda a dor e desconforto gerados pela situação e buscando meios dentro de suas competências para eliminá-los ou minimizá-los (PINTO et al., 2014).

No entanto, é preciso que tais conhecimentos ultrapassem as questões meramente técnicas e se estenda para o subjetivo do cuidar da clientela em questão, valorizando os aspectos relacionais durante todas as etapas de recuperação e reabilitação do indivíduo.

Durante o período de internação, o queimado fica impossibilitado de trabalhar e ajudar sua família, gerando um impacto financeiro, social e psicológico para todos os envolvidos. Dessa forma, cabe ao profissional de enfermagem, entre outras coisas, o apoiar emocionalmente, de modo a reduzir a ansiedade, o sofrimento, tanto para a vítima quanto para sua família, que possui papel importante em todo o processo de recuperação e reabilitação (LIMA; BRITO, 2016).

Diante de tantas exigências e demandas somadas ao regime de plantões e duplas jornadas de trabalho, é comum aos profissionais de enfermagem a sobrecarga física e mental, o que pode afetar tanto na assistência prestada aos pacientes quanto nas próprias relações estabelecidas entre os enfermeiros e com os demais membros da equipe. Assim sendo, estas relações interpessoais tendem a tornar-se frágeis, fragmentadas e ausentes de vínculo propiciando, então, o surgimento de confrontos diversos e situações estressantes que vão resultar na mecanização do atendimento dado ao paciente (MARTINS et al., 2014).

Ao atender queimados, os trabalhadores se deparam com uma rotina que apresenta fatores extremamente desgastantes, como carga de trabalho extensa, dor e sofrimento, depressão, padrão de sono perturbado, lidar com familiares dos pacientes, entre outros que são capazes de desestabilizar a saúde e integridade do profissional refletindo de forma drástica na execução das suas atividades e seu relacionamento com os companheiros de trabalho e pacientes (MARTINS et al., 2014).

A partir destas consignas é possível inferir que a tensão laboral da ambiência de um centro de tratamento de queimados pode ser mola propulsora para que as relações interpessoais entre os protagonistas envolvidos no processo de cuidar sejam fragilizadas e ineficazes.

Destarte disto, é possível enfatizar que o cuidado ao queimado deve estar alicerçado em relações interpessoais saudáveis entre equipe e para com o paciente/família, além das competências técnico-científicas. Neste sentido, o enfermeiro, como

líder da equipe, deve envidar esforços para fortalecer as relações interpessoais, bem como proporcionar momentos educativos à sua equipe a fim de permitir que estas relações no processo de cuidar do queimado sejam profícuas, seja profissional-profissional, profissional-paciente ou profissional-família.

Porém, para que o planejamento dessas ações possa ser delineado com maior precisão de modo a atender às necessidades dos envolvidos, faz mister compreender o olhar do paciente para este fenômeno, pois, assim, os espaços de discussão e construção de conhecimento podem ser melhor direcionados às lacunas advindas da realidade laboral.

Considerando os ditames até aqui exarados, o presente estudo ancora-se no seguinte questionamento: *Quais as percepções acerca das relações interpessoais na ótica de pacientes internados de um centro de tratamento de queimados?*

Para finalizar os elementos introdutórios, infere-se que a produção do cuidado, qualquer que seja, envolve a interação entre as pessoas e, portanto, as relações interpessoais devem ser adequadas e satisfatórias, de modo que reflitam positivamente no cuidado ao paciente. Logo, a avaliação das relações interpessoais do profissional sob a ótica do paciente permite ao enfermeiro perceber as fraquezas e fragilidades dentro de sua equipe. Isto possibilita a ele o desenvolvimento de medidas com intuito de oferecer um cuidado de enfermagem mais adequado a esse paciente de alta complexidade, focado nos princípios de integralidade, equidade e universalidade.

2 | OBJETIVO

Apreender a percepção de pacientes queimados acerca das relações interpessoais da equipe de enfermagem durante a internação.

3 | MÉTODO

Este foi um estudo guiado pela pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso, a qual pode ser compreendida como aquela que ao invés de reconhecer na subjetividade a impossibilidade de construção científica, considera esta como parte integrante da singularidade do fenômeno social (MINAYO, 2010).

No que concerne à utilização da pesquisa qualitativa no âmbito da Enfermagem, Matheus e Fustinoni (2006) pontuam que esta possibilita descrever as experiências vivenciadas pelos sujeitos e valorizar as questões afetivas e emocionais como importantes aspectos a serem explorados, contribuindo sensivelmente para que ocorram mudanças profundas e eficientes no desempenho do papel do enfermeiro.

A investigação foi desenvolvida no centro de tratamento de queimados (CTQ) do Hospital Universitário de Londrina (HUL), da Universidade Estadual de Londrina (UEL), Paraná.

Foram incluídos pacientes com 18 anos de idade ou mais, com condições cognitivas de responder aos questionamentos, vítimas de queimadura de qualquer etiologia, internados durante 30 dias ou mais, que tiveram alta hospitalar e retorno ambulatorial entre agosto de 2017 a julho de 2018. Utilizou-se a entrevista semiestruturada gravada em áudio, com três questões norteadoras abertas: 1 Como o(a) sr(a) percebe a importância das relações interpessoais da enfermagem no processo de recuperação pós-queimadura? 2 O que o(a) sr(a) acha que facilita e o que dificulta as relações interpessoais da enfermagem com o paciente queimado durante o internamento? 3 O que poderia mudar para melhorar as relações interpessoais entre a enfermagem e o paciente queimado durante sua hospitalização? As questões foram precedidas de tópicos de caracterização do indivíduo e a coleta foi realizada no primeiro retorno ambulatorial após a alta hospitalar. Cada participante foi submetido a uma única entrevista semiestruturada, com duração mínima de 15 e máxima de 30 minutos.

As falas foram transcritas por meio de escuta e digitação literal dos depoimentos, mantendo a linguagem própria dos indivíduos, sem considerar pausas, aspectos comportamentais ou corporais demonstrados pelos enfermeiros.

Após a transcrição, os dados foram tratados pela análise de conteúdo (BARDIN, 2011), compreendendo as etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados com as inferências e as interpretações.

A pré-análise foi o momento de se organizar o material. Nesta fase da análise, foram transcritas as falas gravadas dos sujeitos de forma a constituir o corpus do texto a ser trabalhado, os dados em seu estado bruto. Em síntese, trata-se da edição dos dados. Após este primeiro momento, foi desenvolvida a chamada “leitura flutuante”, entendida como um modo de escuta que não deve privilegiar, inicialmente, nenhum dos elementos discursivos, mas sim tangenciar com uniforme atenção tudo o que se lê. Com esta leitura, foram escolhidos os índices, que são recortes do *corpus* do texto advindos da questão norteadora em consonância com o objetivo do estudo. Os temas que se repetem com muita frequência foram elencados índices (BARDIN, 2011).

Uma vez encontrados os índices, como primeiro passo da exploração do material, iniciou-se a codificação, ou seja, a transformação dos dados brutos em núcleos de compreensão do texto. Neste ponto, após várias leituras dos índices recortados do corpus textual, foram identificados temas que se libertaram naturalmente da redação, os quais constituíram as unidades de registro. A partir da identificação das unidades de registro foi possível elencar as categorias que emergiram dos dados. Categorizar é classificar elementos constitutivos de um conjunto por meio da diferenciação seguida de reagrupamento segundo analogia e critérios previamente estabelecidos. Assim, categorias são classes que reúnem grupos de unidades de registro em razão de características comuns, é um processo de apresentação didático-científica dos resultados e discussões (BARDIN, 2011).

Por fim, passou-se ao tratamento dos resultados, durante o qual foram realizadas

inferências e interpretação dos achados, com sustentação de literaturas abordando a temática e exemplificações utilizando falas dos participantes (codificadas em P1 a P12). A relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica é que permitiu sentido à interpretação. As interpretações que levam às inferências são sempre no sentido de buscar o que se esconde sob a aparente realidade, o que significa verdadeiramente o discurso enunciado, o que querem dizer, em profundidade, certas afirmações aparentemente superficiais. Corresponde ao tratamento dos dados brutos de maneira a serem significativos (BARDIN, 2011).

Para ser viabilizado este estudo, os aspectos éticos seguiram a Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), a qual estabelece diretrizes e normas éticas da pesquisa que envolve seres humanos.

Baseando-se nesta resolução, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, com CAAE 36415314.8.0000.5231, pelo parecer nº. 822.341. Ademais, foi solicitada a autorização dos participantes, com assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 12 participantes, 67% eram do sexo masculino e 33% do sexo feminino, a média de idade foi de 42,7 anos, três quartos dos pacientes eram casados. Quanto às queimaduras, 33% ocorreram no local de trabalho, a média superfície total de queimadura foi 26%, sendo a queimadura de segundo grau a mais predominante atingindo 58% dos pacientes. O período médio de internação dos pacientes foi de 51,9 dias, sendo o fogo o agente mais comum em 33% dos casos e 58%.

A análise de conteúdo propiciou a identificação de três categorias empíricas: A) Determinantes históricos envolvidos nas relações interpessoais, B) Fortalezas nas relações interpessoais e C) Dificuldades relacionais vivenciadas pelos pacientes.

4.1 Categoria A: Determinantes Históricos Envolvidos Nas Relações Interpessoais

Nesta categoria, os pacientes visualizam a equipe de enfermagem como “enviados divinos” para o cuidar, compreendendo que uma adequada relação interpessoal diz respeito a algo que não uma das competências para exercerem suas atividades de trabalho, como mostra este recorte:

Os enfermeiros assim... eu os via como uns anjos do senhor. (P2)

Esta percepção confusa sobre como a enfermagem deve se relacionar com o paciente, embora possibilite que o profissional possa usar dessa imagem para viabilizar os diálogos para otimizar a produção do cuidado, reforça questões históricas da trajetória de profissionalização da profissão.

O fato de o cuidado ter sido desenvolvido por mulheres caridosas e religiosas em determinada época da história da enfermagem perpetua a percepção arraigada na

sociedade de que a enfermagem é uma atividade empírica, exercida por obsequiosas, em um fenômeno conhecido como “Roteiro da virtude”, aproximando o cuidado a algo divino. Não se nega que, de certa maneira, isso pode corroborar para o fortalecimento das relações, no entanto, trata-se de uma visão anacrônica que faz com que o leigo entenda a enfermagem como uma prática caritativa e não uma profissão com um corpo de conhecimento científico sólido. Isto nega que ações como amparo emocional, busca de vínculo, aperto de mão, escuta ativa, atendimento no uso da integralidade, equidade e universalidade façam parte da ciência do cuidar, como elementos de humanização amparados pelo olhar técnico e científico, não apenas por serem seres naturais divinos do bem que promovem o cuidado a quem necessita por caridade (SIOBAN, 2011).

Sendo assim, no contexto histórico da enfermagem, é evidente como a religião e a espiritualidade influenciam sua prática e assistência. Permanecendo enraizadas em todas as ações dos enfermeiros no que diz respeito à prestação de cuidados, até mesmo na percepção (muitas vezes errônea) que o paciente tem do profissional (GUSSI; DYTZ, 2008).

4.2 Categoria B: Fortalezas Nas Relações Interpessoais

O primeiro ponto dito pelos pacientes como fortaleza relacional foi a união da equipe multiprofissional, em que percebem a união da enfermagem com os demais profissionais, em prol do cuidado ao queimado, como algo positivo por passar segurança durante a internação:

Acho que eles se tratavam com respeito um com o outro e isso ajudava no respeito da equipe para com o paciente. Sempre foi bom, pois relacionamento da equipe aqui flui muito bem, eles se entrosam e tratam a gente bem. Isso traz segurança. (P11)

A união entre a equipe multiprofissional proporciona segurança ao paciente, principalmente porque o itinerário de recuperação da queimadura é prolongado e o distanciamento do seu ciclo social acaba por estimular o aparecimento de sentimentos gerados pelo próprio processo de internação (CASTRO et al., 2013).

Esses sentimentos podem ser amenizados a partir da sensação de segurança do doente para com a equipe que o trata, uma vez que a equipe multiprofissional exerce tais atribuições por meio da somatória de conhecimentos da ciência, arte, tecnologia, assim como o trabalho em equipe articulado com o dever de se responsabilizar com o fenômeno saúde, dimensionando o cuidado de forma ampliada (BACKES et al., 2014).

A equipe multiprofissional, que consiste numa forma especial de organização, constitui uma medida poderosa que obtém múltiplos benefícios ao atuar no processo de cuidado do paciente queimado. O saber de cada profissional da equipe é de extrema importância no atendimento ao paciente queimado, pois o mesmo necessita de todo

conhecimento técnico-científico disponível para minimizar os danos e o sofrimento, além de melhorar seu estado nutricional, proporcionar conforto, atendimento emergencial, dentre outros. Estes profissionais são valorizados pelos pacientes para que todos façam parte dessa mesma ação, uma vez que ao trabalharem juntos eles conseguem fortalecer as relações interpessoais e proporcionar um cuidado de acordo com as especificidades e particularidades que cada indivíduo apresenta.

Uma segunda questão mencionada pelos pacientes como fortaleza nas relações interpessoais foi a valorizações do incentivo à fé, versando serem gratos pelo fato de membros da enfermagem terem incentivado sua fé durante a internação, independente do credo praticado:

A enfermagem me incentivava todos os dias, falava que tinha que ter fé em Deus pedir para Deus, todo mundo conversava comigo e as enfermeiras me davam força para seguir em frente.(P3)

Indubitavelmente, o incentivo à fé por parte da enfermagem pode ser uma estratégia importante no processo de enfrentamento pós-queimadura e, ao fazê-lo, o profissional oportuniza o estreitamento dos vínculos sociais com o paciente. Este encorajamento para se fortalecer emocionalmente e espiritualmente demonstra afinidade com dizeres da literatura de que a vítima de queimadura terá mudanças orgânicas e morfológicas que podem acarretar comprometimento em sua estrutura psíquica, sendo o apego à religiosidade uma forma significativa de passar pela tormenta (ANTONOLLI et al., 2017).

O autor citado anteriormente disserta que estratégias de enfrentamento podem ser chamadas de *coping*. Existem duas categorias: o *coping* centrado no problema e *coping* centrado na emoção, em que profissionais podem contribuir com incentivo da fé, objetivando gerenciar o estímulo da relação indivíduo/ambiente/ fator estressor na busca de trabalhar o cognitivo destes pacientes para administrarem seu comportamento no período de internação, que na maioria das vezes é longo. Deste modo reduzem-se os danos, corroborando com a busca do equilíbrio emocional perante o problema (ANTONOLLI et al., 2017).

Como último tópico desta categoria, os participantes citaram a valorização da família pela enfermagem:

Sinto-me orgulhoso por estar sendo tratado aqui. Não só eu, como toda a minha família que também foi cuidada pela enfermagem ao longo da minha internação. (P1)

O acolhimento da família como parte essencial do processo de internação deve ser realizado por meio de um encontro efetivo com base na humanização por intermédio de troca de saberes (AZEVEDO; LANCONI JUNIOR; CREPALDI, 2017).

Além disso, para que produção do cuidado aconteça, deve haver o envolvimento dos familiares na recuperação do queimado, com foco na queixa, enaltecendo a escuta

ativa na busca de vínculo com os familiares e avultando a empatia. Isto deve ser proporcionado com a oferta de apoio por meio da valorização das falas dos familiares, de modo a proporcionar que tenham confiança na equipe. E também se adentrando no processo de cuidado do paciente propriamente dito, aquietando o emocional desta família, que se encontra muitas vezes abalada com as informações no processo de internação (AZEVEDO; LANCONI JÚNIOR; CREPALDI, 2017).

Disserta-se na literatura a necessidade de intervenções da equipe de enfermagem direcionadas aos familiares por meio de preceptiva interdisciplinar, que capacitem essas pessoas para que elas cooperem nas relações paciente-cuidador (AZEVEDO; LANCONI JÚNIOR; CREPALDI, 2017).

Contudo, a partir destes fundamentos, afirma-se a necessidade de comunicação entre familiar-profissional de enfermagem, estabelecida em um encontro no qual o acompanhante sinta-se acolhido para minimizar sentimentos negativos de forma com que colabore, não só para o relacionamento interpessoal paciente-profissional, mas também para que compreenda todos acometimentos que a vítima de queimadura apresenta e forneça, dessa forma, apoio para o enfrentamento de seu quadro clínico.

4.3 Categoria C: Dificuldades Relacionais Vivenciadas Pelos Pacientes

A primeira dificuldade elencada pelos participantes foi com relação à civilidade da equipe de enfermagem, sobretudo no concernente à apresentação de cada um, culminando categoria profissional, como mostram esses exemplos:

Eu consegui caracterizar todos eles. Pela atitude eu ia percebendo com o passar do tempo quem era enfermeiro, quem era 'ajudante', pois todos os 'adjuvantes' pediam auxílio para o enfermeiro. (P6)

Eu não sabia quem era quem e acho que nesse caso deveriam usar crachá de identificação para gente saber quem é médico, enfermeiro, o nome de quem esta cuidando de você... (P9)

Para mim era tudo enfermeiro normal, mas depois de um tempo descobri que tinha um chefe lá dentro. (P11)

Todo mundo que ia no quarto eu não conhecia ninguém! Não sabia o nome de ninguém. (P12)

Partindo de encontro com o referencial de Del Prette e Del Prette (2001), as relações interpessoais devem ser trabalhadas por meio das habilidades sociais (HS), as quais estão organizadas em sete classes, sendo a terceira delas as “habilidades sociais de civilidade”. Segundo essa classe, o emprego de expressões como ‘por favor’ ou o ato de apresentar-se, cumprimentar ou despedir-se está simultaneamente ligado com algumas habilidades de comunicação e influencia de forma direta as relações entre trabalhador-paciente, de modo que as transações entre eles ocorram com pouca ou nenhuma mobilização de emoções, finalizando-se com encontro leve

onde aconteça a produção do cuidado.

Desta forma, o uso da civilidade e sua aplicabilidade para atuação profissional, por qualquer que seja, é de extrema importância para que as relações interpessoais sejam estabelecidas na interação entre profissionais e pacientes. Para tanto, é necessário que o profissional se apresente ao cliente, com o intuito de que este o reconheça, subsidiando um cuidado de enfermagem individualizado e de qualidade (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2009).

Portanto a partir dos princípios já discursados a civilidade mostra-se como um poderoso instrumento que, embora nem sempre presente nos ambientes hospitalares, deve ser utilizada no processo de assistência para o desenvolvimento das relações interpessoais.

Por conseguinte, para o estabelecimento das relações já mencionadas é fundamental uma postura profissional adequada concomitante ao uso das seguintes locuções do conceito de HS de civilidade: dizer quem ele é, sua função, favorecer a escuta, responder as perguntas, dizer obrigada, com licença e despedir-se. Em suma, é esse conjunto de comportamentos que irá facilitar o reconhecimento do profissional por parte do paciente e fortalecer o delicado vínculo de respeito e confiança estabelecido entre os dois.

Outra dificuldade descrita pelos pacientes foi no tocante à **comunicação** de alguns membros da enfermagem, como mostram os trechos:

Existem enfermeiros que são simpáticos, que conversam, que dão atenção. Há outros que chegam e falam só o necessário, pronto e acabou, não perguntam se você entendeu, não são simpáticos, não sorriem... Quando você está em uma cama de hospital, numa situação dessa, você precisa muito de uma atenção, um sorriso e ser bem tratado; isso conta muito, dá um outro ânimo na recuperação. (P5)

Muitos eram muito bons para mim, me faziam muito bem. Mas alguns pareciam ser muito grossos no jeito de falar, pareciam que fazia as coisas com maldade com a gente, pareciam que ficavam brincando com a gente [...] um pouco mais de amor acho tem que ter com os pacientes, porque às vezes a gente não tem culpa do que a gente está passando. (P8)

A essência do cuidado ocorre nas relações interpessoais e habilidades de comunicação por parte da equipe cuidadora, por meio do diálogo com objetivo de obter contato humanizado e estabelecendo uma conversação com linguagens verbais e não verbais (ARAÚJO; SILVA, 2012).

Infere-se, então, que a utilização de uma comunicação efetiva dentro do processo de cuidar constitui uma poderosa ferramenta que possibilita minimizar o sofrimento da vítima de queimadura gerado pelo trauma físico e psicológico decorrentes da injúria. Pela fala do entrevistado, nota-se que há lacunas comunicacionais por parte de alguns profissionais durante os atos cuidadosos, denotando a necessidade de processos educativos permanentes para seu aprimoramento e valorização.

Entende-se que, para garantir uma comunicação mais produtiva com enfoque

para o cuidado humanizado é indispensável que os profissionais de saúde reconheçam os sentimentos vivenciados pelos pacientes, bem como o contexto social no qual estão inseridos, objetivando um atendimento que também leve em conta a singularidade do indivíduo (LIMA; BRITO, 2016).

Ao se deparar com a palavra ‘cuidado’, todo profissional deveria lembrar que, para exercê-lo, a comunicação se faz indispensável, pois na assistência cotidiana os enfermeiros lidam com diversos sentimentos, dos quais poucos são tragáveis ou fáceis de serem vivenciados. Dessa forma, a comunicação, seja ela verbal ou não verbal, pode permitir a transmissão de mensagens afetuosas e tranquilizadoras que emitam energias positivas e reconfortantes para o ser cuidado (SILVA; TONELLI; LACERDA, 2003).

Independentemente do modo pelo qual o profissional de saúde se comunica, o objetivo é sempre emitir algo, seja verbal ou não verbal, e que tal verbalização deve ser captada pelo interlocutor, ou seja, o paciente/família, de tal modo que haja compreensão e interpretação da mensagem por parte do mesmo e interfira positivamente em seu comportamento e processo de recuperação (RAMOS; BOTAGARAI, 2012).

Neste contexto da assistência ao paciente queimado surge a necessidade de a equipe trabalhar em suas HS os mecanismos de comunicação, pois somente pela relação estabelecida com troca de saberes e diálogos eficazes será possível o cuidado de qualidade como produto final.

Como terceira dificuldade, os inquiridos mencionaram a **falta de atitudes empáticas** no cotidiano cuidativo:

A gente está passando por uma coisa muito difícil, dolorida e seria menos traumático se quem nos cuida pudesse nos entender melhor... não ser muito ignorante com a gente. Às vezes, o paciente pergunta uma coisa e não responde, finge que não está escutando... Colocar-se no lugar do outro seria muito bom! (P8)

A empatia caracteriza-se como uma das mais importantes habilidades sociais requeridas dos profissionais de saúde, uma vez que ato de se colocar no lugar do outro constitui o alicerce de uma comunicação satisfatória com os pacientes, bem como com os demais membros da equipe. No entanto, para o profissional de saúde exercer a empatia é necessário que o mesmo apresente um bom nível de autoconhecimento quanto aos seus próprios sentimento e emoções, visto que este aspecto facilita a percepção das impressões sentidas pelos próprios pacientes (TEREZAM; REIS-QUEIROZ; HOGA, 2016).

A relevância da empatia sucede de tal maneira que mesmo o enfermeiro mostrando pleno domínio de técnicas e conhecimento científico adequado em sua assistência, se ele não adotar atitudes empáticas durante o processo de cuidar, os níveis de satisfação dos pacientes quanto ao atendimento recebido são bastante reduzidos (TEREZAM; REIS-QUEIROZ; HOGA, 2016).

A habilidade da empatia pode ser desenvolvida mediante o autoconhecimento,

por meio do qual se diferencia as próprias emoções das dos outros, bem como ao impacto das próprias palavras sobre os outros e sobre si mesmo; o esquivamento de fazer julgamentos precipitados em relação ao outro; a garantia de fornecer uma escuta receptiva e atenta; a atenção quanto aos sinais não-verbais emitidos pelo paciente; a consideração do ponto de vista das outras pessoas quanto as próprias características (TEREZAM; REIS-QUEIROZ, HOGA, 2016).

Algo comum que costuma acometer os profissionais de saúde é o conceito de “compaixão fadigada” apresentado por Stephany (2014), no qual a empatia, demonstrada em alto grau durante o início da carreira do enfermeiro, é perdida gradativamente no decorrer dos anos devido ao estresse contínuo decorrente a exposição ao sofrimento dos pacientes (TEREZAM; REIS-QUEIROZ; HOGA, 2016).

Com intenção de treinar o comportamento empático, o profissional deve saber se colocar no lugar do paciente, a fim de filtrar todos os sentimentos sejam eles negativos e positivos, esmerando as relações interpessoais por meio do trabalho das habilidades de comunicação e vínculo, alcançaram seu objetivo que é o cuidado através da empatia (SAVIETO; LEÃO, 2016).

A fim de estabelecer uma relação interpessoal profícua, que estabeleça uma harmonia dentro do encontro profissional-paciente, utilizamos uma ferramenta poderosa, que é a tal chamada empatia que gera sintonia entre as partes envolvidas, desta forma é possível quebrar barreiras, oferecendo uma assistência a nível profundo, atingindo o emocional e subjetivo do paciente (SAVIETO; LEÃO, 2016).

O paciente, durante seu processo de internação, acaba tendo a seguinte percepção, que há falta de empatia por parte dos profissionais no estabelecimento das relações paciente-profissional-equipe. Isso se traduz pelas ações impessoais por parte da equipe durante o atendimento às vítimas de queimadura, as quais não intencionalmente fornecem um cuidado que busque suprir todas as dimensões do paciente.

Por conseguinte, conclui-se que quanto mais habilidades sociais o profissional possuir, mais facilidade o mesmo terá para se colocar no lugar do paciente e compreender sua dor e sofrimento por meio de uma comunicação bem estabelecida e pela criação de vínculo. Isso permitirá o estabelecimento de uma relação interpessoal fortalecida que facilitará as articulações para o trabalho em equipe e conseqüentemente o cuidado humanizado, da qual preconizamos.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou fortalezas e fragilidades que existem no relacionamento interpessoal entre uma equipe de enfermagem sob a ótica do paciente queimado assistido e revelou o impacto que a dinâmica do convívio entre estes profissionais causam sobre a assistência prestada. Além disso, esta pesquisa propiciou uma reflexão sobre a importância da relação entre o enfermeiro e toda a equipe envolvida

no processo de cuidar, ressaltando que a percepção do paciente quanto a esta relação influencia significativamente na qualidade do cuidado.

Porém, pelo fato de este tratar-se de um estudo de caso, há a necessidade de dimensionar a busca teórica para outros centros de tratamento de queimados em todo o país, tendo em vista que se trata do atendimento a um paciente que possui acometimento em todas as suas esferas, e que, portanto, necessita de uma equipe bem estruturada, com competências e habilidades que permitam demonstrar claramente empatia, acolhimento, comunicação efetiva e civilidade, de modos a transmitir força e confiança a esse mesmo paciente.

Distante de se sanarem as discussões sobre a temática, vislumbram-se pelos ditames já mencionados que o fato destes pacientes ficarem internados durante longos períodos configura-se como uma fortaleza para as relações interpessoais, pois apesar de os mesmos enxergarem o profissional como um ser que vem para salvá-los, o tempo de internação possibilita a identificação das fraquezas e habilidades a serem trabalhadas dentro da equipe.

REFERÊNCIAS

ANTONIOLLI, L. et al. *Coping* e estresse na equipe de enfermagem de um centro de tratamento de queimados. **Revista Brasileira de Queimaduras**, Goiânia, v. 16, n. 3, p. 174-180, mar./maio 2017. Disponível em: <<http://rbqueimaduras.org.br/how-to-cite/390/pt-BR>>. Acesso em: 24 jul. 2018.

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 626-632, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/14.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2018.

AZEVEDO, A. V. S.; LANCONI JÚNIOR, A. C.; CREPALDI, M. A. Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 3653-3666, nov. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n11/1413-8123-csc-22-11-3653.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2018.

BACKES, D. S. Z. et al. Do cuidado previsível ao cuidado complexo de enfermagem. **Revista Eletrônica Trimestral de Enfermaria**, Santa Maria, v. 13, n. 4, p. 282-288, out. 2014. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n36/pt_reflexion2.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, dez. 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

BERGAMASCO, E. C. et al. Diagnósticos de medo e ansiedade: validação de conteúdo para o paciente queimado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 2, p. 170-177, mar./abr. 2004. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019637008>>. Acesso em: 24 jul. 2018.

CASTRO, A. N. P. Sentimentos e dúvidas do paciente queimado em uma unidade de referência em Fortaleza - CE. **Revista Brasileira de Queimaduras**, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 159-164, 2013. Disponível em: <<http://www.rbqueimaduras.com.br/details/162/pt-BR/sentimentos-e-duvidas-do-paciente-queimado-em-uma-unidade-de-referencia-em-fortaleza-ce>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. **Psicologia das relações interpessoais**: vivências para o

trabalho em grupo. Petrópolis: Vozes, 2001.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Avaliação de habilidades sociais: bases conceituais, instrumentos e procedimentos.** Petrópolis: Vozes, 2009.

GUSSI, M. A.; DYTZ, J. L. G. Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 377-384, maio/jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a17v61n3.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2018.

LIMA, V. X.; BRITO, M. E. M. Percepções da equipe de enfermagem acerca da prática da educação em saúde em um centro de tratamento de queimados. **Revista Brasileira de Queimaduras**, Goiânia, v. 15, n. 2, p. 110-115, 2016. Disponível em: <<http://rbqueimaduras.org.br/export-pdf/303/v15n2a09.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2018.

MATHEUS, M. C.C.; FUSTINONI, S. M. **Pesquisa qualitativa em enfermagem.** São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2006.

MARTINS, C. C. F. et al. Relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem X estresse: limitações para a prática. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 19, n. 2, p. 309-15, abr./jun. 2014.

Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/36985/22756>>. Acesso em: 24 jul. 2018.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

OLIVEIRA, B. et al. O trabalho de enfermagem em centro de tratamento de queimados: riscos psicossociais. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 3317-3326, out./dez. 2015. Disponível em: <<http://mobile.clacso.redalyc.org/articulo.oa?id=505750948014>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

PINTO, E. et al. O sentimento e a assistência de enfermagem perante um grande queimado. **Revista Brasileira de Queimaduras**, Goiânia, v. 13, n. 3, p.127-129, jul./set. 2014. Disponível em: <<http://www.rbqueimaduras.com.br/how-to-cite/210/pt-BR>>. Acesso em: 26 jul. 2018.

RAMOS, A. P.; BORTAGARAI, F. M. A comunicação verbal e não verbal. **Revista CEFAC**, Santa Maria, v. 14, n. 1, p. 164-170, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v14n1/186_10.pdf>. Acesso em: 23 jul. de 2018.

SAVIETO, R. M.; LEÃO, E. R Assistência em enfermagem e Jean Watson: uma reflexão sobre a empatia. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/1277/127744318026/>>. Acesso em: 23 jul. 2018.

SILVA, M. B. G. M.; TONELLI, A. L. N.; LACERDA, M. R. Instrumentos do cuidado humanizado de enfermagem: uma reflexão teórica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 8, n. 1, p. 59-64, jan./jun. 2003. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44969>>../././edna/Downloads/44969-170328-1-PB.pdf. Acesso em: 29 jul. de 2018.

SIOBAN, N. A imagem da enfermeira – as origens históricas da invisibilidade na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 223-224, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a01v20n2.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2018.

TEREZAM, R.; REIS-QUEIROZ, J.; HOGA, L. A. K. The importance of empathy in health and nursing care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n.3, p. 669-670, jun. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0032>>. Acesso em: 29 jul. 2018.

PERFIL DOS APLICADORES DOS PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA DA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE UBERABA, MG

Marijunio Rocha Pires

Universidade Federal do Triângulo, Departamento de Ciências do Esporte, Uberaba - MG

Bruno de Freitas Camilo

Universidade Federal do Triângulo, Departamento de Ciências do Esporte, Uberaba - MG

Tales Emilio Costa Amorim

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Sul-rio-grandense, Camaquã - RS

Renata Damião

Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Departamento de Nutrição, Uberaba-MG

RESUMO: O objetivo do estudo foi traçar o perfil dos aplicadores das atividades nos Programas de Atividade Física (PAFs) da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG. Trata-se de uma pesquisa transversal, realizada em 8 municípios da Microrregião de Saúde de Uberaba, Minas Gerais. Foi aplicado um questionário padronizado, por meio de entrevista. Foram calculadas as distribuições de frequências relativas e absolutas, média e desvio-padrão das variáveis estudadas. Participaram do estudo 44 aplicadores, sendo que desses, 88,6% tinham nível superior, com formação em Educação Física (63,6%), seguido por Fisioterapia (22,7%). Em relação aos profissionais de Educação Física, 50,0% eram licenciados, 25,0% bacharéis e 25,0% possuíam as duas formações. Os aplicadores

com formação em Educação Física estiveram mais presentes nas Secretarias de Esporte/Lazer (60,7%), enquanto os com formação em Fisioterapia foram mais observados nas Secretarias de Saúde (90,0%). As atividades mais exercidas nos PAFs foram alongamento, relaxamento e exercícios localizados (84,1%). Observou-se que 63,6% dos profissionais solicitavam aos participantes avaliação médica e, somente 20,5%, realizavam avaliações físicas nos usuários dos serviços. A maioria dos aplicadores considerara-se satisfeita com a função exercida. Conclui-se que a maioria dos PAFs dessa Microrregião dispõe de aplicadores com nível superior e formação em Educação Física. Sugere-se novos investimentos em formação continuada, participação da gestão do PAF, ampliação de avaliações físicas e inserção dos profissionais de Educação Física nos PAFs ligados às Secretarias de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Programas de Atividade Física. Perfil de aplicadores. Serviços de saúde.

ABSTRACT: The objective of the study was to outline the profile of the applicators of the activities in the Physical Activity Programs (PAF's) the Health Microregion of Uberaba, MG. This is a cross-sectional study carried out in 8 municipalities of the Uberaba Health Microregion, Minas Gerais. A standardized questionnaire was applied through interview. The distributions of

relative and absolute frequencies, mean and standard deviation of the studied variables were calculated. Participated in the study, applicators and 44 of these, 88.6% had a higher level, with training in physical education (63.6%), followed by physical therapy (22.7%). In relation to Physical Education professionals, 50.0% were graduates, 25.0% were bachelors and 25.0% had both. Applicators with training in physical education were more present in the departments of Sport/Leisure (60.7%), while those with training in Physiotherapy were more observed in the secretariats of health (90.0%). The most practiced activities in the PAFs were stretching, relaxation and localized exercises (84.1%). It was found that 63.6% of professionals they requested medical assessment to participants, and just 20.5%, performed physical evaluations in users of the services. Most applicators considered themselves satisfied with their function. It is concluded that most of the PAFs in this Microregion have applicators with higher education with Physical Education training. It is suggested that new investments be made in continuing training, participation of PAF management, expansion of physical evaluations and insertion of Physical Education professionals in PAFs linked to Health Secretariats.

KEYWORDS: Physical Activity Programs. Appliers profile. Health services.

1 | INTRODUÇÃO

O alto percentual da população com doenças crônicas e o elevado índice de mortalidade relacionado a essas doenças no Brasil, chegando a 72,0% em 2007 (SCHMIDT, et al., 2011), despertou o desenvolvimento de estratégias pelos gestores para reduzir esses números. Nesse contexto, a atividade física é colocada como possibilidade no auxílio à prevenção e controle dessas doenças (BRASIL, 2011a).

Alguns órgãos governamentais, como Ministério da Saúde, do Desenvolvimento Social e do Esporte/Lazer, juntamente com as suas respectivas Secretarias, se destacaram na promoção da saúde pela atividade física por meio de políticas públicas.

No Ministério da Saúde se destaca a Política Nacional de Promoção à Saúde, que tem dentre seus objetivos a promoção da saúde à população pelo acesso à atividade física (BRASIL, 2006) e repasses financeiros para os municípios investirem em atividade física (BRASIL, 2008a; 2009a; 2009b; MALTA; CASTRO, 2009). Além disso, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família auxilia as Equipes de Saúde da Família por meio de trabalho em equipes interdisciplinares, incluindo atividade física (BRASIL, 2008b; 2011b) sendo que o Programa Academia da Saúde tem incentivado a população a praticar atividades físicas, de lazer e atividades culturais em polos construídos e equipados para essa finalidade (BRASIL, 2011c).

Da mesma forma, o Ministério do Desenvolvimento Social criou Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculo a fim de incentivar a prática de atividade física, especialmente entre os idosos, através dos Centros de Convivência de Idosos e Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) (BRASIL, 2012a).

No Ministério do Esporte, historicamente, houve projetos e programas esportivos

voltados a jovens e adolescentes, dentre eles, destaca-se o Projeto Esporte e Lazer da Cidade, criado em 2003, com o objetivo de contribuir para a democratização do acesso ao esporte recreativo, lazer e atividade física, por meio de ações educacionais direcionadas às pessoas de todas as idades (BRASIL, 2012b, 2013a) e também, do Programa Vida Saudável, criado em 2013, com o intuito de desenvolver atividades sistemáticas e assistemáticas, de lazer e de esporte recreativo, voltadas às pessoas idosas (BRASIL, 2013b).

No Brasil, alguns estudos com objetivo de avaliar PAFs (AMORIM et al., 2013; HALLAL et al., 2009a, 2010; KNUTH et al., 2010) e verificar a opinião dos profissionais sobre os programas em que eles atuam (HALLAL et al., 2009b; RODRIGUES et al., 2015; SALERNO et al., 2015; SILVA et al., 2014) foram conduzidos em capitais e cidades menores, porém não foi identificado neles discussões sobre o perfil de aplicadores que atuam em PAFs envolvendo, ao mesmo tempo, mais de uma Secretaria municipal, o que pode impedir análise e discussões sobre profissionais atuantes em diferentes Secretarias municipais.

Embora a atividade física seja objeto de estudo de muitas profissões da área de saúde, o acompanhamento e prescrição de exercícios físicos, com objetivo de promoção da saúde, são atribuições do profissional de Educação Física. Dessa forma, não há, na literatura, estudos sobre as características dos profissionais que atuam em PAFs vinculados às Secretarias Municipais de Saúde, Ação Social e Esporte/Lazer. Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi traçar o perfil dos aplicadores das atividades nos Programas de Atividade Física da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG.

2 | MÉTODOS

Desenho e população de estudo

Trata-se de um estudo transversal que é parte integrante do trabalho intitulado “Análise dos Programas de Atividade Física dos Municípios Pertencentes à Superintendência Regional de Saúde de Uberaba, MG”. A Superintendência Regional de Saúde de Uberaba integra a macrorregião de saúde denominada Macrorregião do Triângulo do Sul, composta por 27 municípios, divididos em três microrregiões: Araxá, Frutal/Iturama e Uberaba (MINAS GERAIS, 2013).-

Para o presente estudo, foram analisados 8 municípios que compõem a Microrregião de Saúde de Uberaba-MG, a saber: Água Comprida, Campo Florido, Conceição das Alagoas, Conquista, Delta, Sacramento, Uberaba e Veríssimo.

A população de estudo foi composta pelos aplicadores dos PAFs dos 8 municípios investigados. Inicialmente, para identificar o número de indivíduos elegíveis na Microrregião, foi realizado um levantamento por meio de contato telefônico e visita às Secretarias de Saúde, Ação Social e Esporte/Lazer dos respectivos municípios. Todos

os indivíduos identificados foram convidados a participar, totalizando 51 aplicadores distribuídos entre as seguintes Secretarias Municipais: Saúde (n=15), Ação Social (n=17) e Esporte/Lazer (n=19). Adotou-se como critérios de exclusão os indivíduos não contactados após quatro tentativas telefônicas e/ou e-mails.

Coleta de dados

O período de realização da coleta de dados foi entre junho e agosto de 2015 nas Secretarias Municipais de Saúde, Ação Social, Esporte/Lazer, CRAS e nos polos dos PAFs (Academias da Saúde, Academias nas Praças, Centro de Convivência de Idosos e Centro Municipal de Educação Avançada (CEMEAS). Para coleta dos dados, utilizou-se o instrumento Avaliação de Programas de Atividade Física construído e validado por Pires, Amorim e Damião (*no prelo*), o qual foi aplicado, individualmente, por um único entrevistador treinado, após os participantes assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a análise, foram consideradas as variáveis extraídas das entrevistas, tais como: sociodemográficas, função e ligação com o programa, participação desses profissionais na gestão do PAF e educação permanente oferecida a eles, além da satisfação profissional e pessoal com o cargo e avaliação deles sobre o programa.

Análise dos dados

Os dados foram tabulados, em dupla digitação, no aplicativo Excel, versão 2013, permitindo corrigir possíveis erros de digitação. As análises estatísticas foram realizadas no software SPSS for Windows® versão 21.0. Os resultados das variáveis contínuas foram analisados por meio de média e desvio padrão. Quanto às variáveis categóricas, foram analisadas através da distribuição de frequência relativas e absolutas.

Procedimentos éticos

O presente estudo pauta-se nas determinações da Resolução 466/12 que regulamenta a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012c). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), sob o número de protocolo 972.888/15.

3 | RESULTADOS

Dos 51 aplicadores de programas de atividades físicas, 86,2% foram entrevistados e desses, 12 pertenciam à Secretaria da Saúde, 13 à Secretaria de Ação Social e 19 à Secretaria do Esporte/Lazer. O sexo feminino predominou (68,2%) e a idade média foi de 34 anos (DP= 9 anos).

Ao avaliar o nível de escolaridade dos aplicadores, observou-se que 88,6% possuem ensino superior completo, e desses, 48,8% são especialistas e 7,7%, possuem a titulação de mestre.

Em relação às áreas de formação, verificou-se que 63,6% são profissionais de Educação física, 22,7% Fisioterapeutas e 2,2%, Assistentes sociais. O tempo médio de formação foi de 10 anos (DP = 8 anos) e, no cargo, de 3 anos (DP = 3 anos). Dentre os profissionais de Educação Física, 50,0% são licenciados, 25,0% são bacharéis e 25,0% possuem as duas titulações.

Em relação às Secretarias, observou-se maior percentual de profissionais de Educação Física ligados à Secretaria de Esporte/Lazer (60,7%), seguido da Secretaria de Ação Social (28,6%), enquanto a minoria estava ligada à Secretaria de Saúde (10,7%). Por outro lado, a maioria dos fisioterapeutas (90,0%) estava vinculada à Secretaria de Saúde e, a minoria, à Secretaria de Ação Social (10,0%).

As principais razões que justificavam o envolvimento dos aplicadores com os PAFs foram identificação com a área de formação (63,6%), oportunidade profissional (18,2%) e gostar da proposta (11,4%) (Tabela 1).

Em relação à vinculação com a área de saúde pública, 27,3% mencionaram estarem ligados à Estratégia de Saúde da Família e 18,2% ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família. As principais funções exercidas nos PAFs, citadas pelos aplicadores, foram: orientador de alongamento, relaxamento e exercícios localizados (84,1%), professor de ginástica (63,6%) e avaliador físico (40,6%) (Tabela 1).

Do total de aplicadores analisados, 61,4% relataram que não realizavam avaliações físicas dos participantes. Porém, 63,6% informaram que solicitavam avaliação médica dos participantes antes destes iniciarem as atividades do PAF. Dos aplicadores que realizam avaliações físicas, 20,5% afirmaram realizar a avaliação antes do participante iniciar suas atividades no PAF e somente 9,1% realizam avaliações físicas a cada três meses (Tabela 1).

Além das atividades frequentes, 52,3% dos aplicadores promoviam eventos extras voltados ao lazer, tais como caminhada ecológica e passeios turísticos e 34,1% ministravam palestras (Tabela 1).

Ao avaliar a participação dos aplicadores na gestão dos PAFs, observou-se que 41% raramente/nunca participam das decisões que interferem no futuro do programa. Em relação à participação nas compras de materiais de consumo e construção de espaços para realização de atividades nos PAFs, 46,5% destacaram que sempre/frequentemente, e 54,5% raramente/nunca são convidados a opinar. Em relação à elaboração ou renovação do PAF, verificou-se que 68,2% dos aplicadores não participaram. Ao avaliar a realização de alguma capacitação sobre promoção da saúde visando a melhoria das ações, 38,6% dos aplicadores nunca realizaram e 9,1% disseram que não foram oferecidas capacitações (Tabela 1).

Variáveis	Total	
	n	%
Principal razão de se envolver nos PAFs*		
Identificação com a área de formação	28	63,6
Oportunidade	8	18,2

Agradou-se da proposta	5	11,4
Questão financeira	1	2,3
Visibilidade profissional	1	2,3
Continuar ação já iniciada	1	2,3
Vinculação com a Saúde Pública		
Vinculado a Estratégia de Saúde da Família	12	27,3
Vinculado ao NASF**	8	18,2
Que função exerce no PAF†		
Orientador de alongamento, relaxamento e exercícios localizados	37	84,1
Professor de ginástica	28	63,6
Avaliador físico	18	40,9
Professor de dança	4	9,1
Professor de pilates	3	6,8
Professor de zumba	1	2,3
Professor de natação/hidroginástica e caminhada	1	2,3
Ministra palestras sobre AF***, doença e saúde		
Sim	15	34,1
Não	29	65,9
Período de avaliações físicas nos participantes†		
Não realiza	27	61,4
Antes de entrar no grupo	9	20,5
Primeira semana no PAF	1	2,3
Após entrar no grupo	1	2,3
Uma vez por mês	2	4,5
A cada três meses	4	9,1
A cada seis meses	2	4,5
No dia a dia com olhar clínico	1	2,3
Avaliados por fisioterapeutas em consultas	1	2,3
Solicita avaliação clínica antes dos participantes entrarem no PAF		
Sim		
Não	16	36,4
Realiza outras atividades: caminhada ecológica e passeios turísticos		
Sim	23	52,3
Não	21	47,7
Participa das decisões sobre o futuro do PAF		
Sempre	16	36,4
Frequentemente	10	22,7
Raramente	9	20,5
Nunca	9	20,5
Opina nas compras de materiais e construções para o PAF		
Sempre	12	27,3
Frequentemente	8	18,2
Raramente	10	22,7
Nunca	14	31,8
Participou da elaboração do projeto para implantar/renovar o PAF		

Sim	14	31,8
Não	30	68,2
Participou de capacitação sobre promoção da saúde visando a melhoria das ações		
Sim	20	45,5
Não	17	38,6
Não houve	4	9,1
Houve, mas não fui convidado	2	4,5
Fui convidado, mas não pude ir	1	2,3

Tabela 1 – Características das funções exercidas, participação da gestão e educação permanente dos aplicadores dos Programas de Atividade Física dos municípios da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG.

PAF* - Programa de Atividade Física. NASF** - Núcleo de Apoio a Saúde da Família. †Questões com mais de uma opção de resposta. EF*** - Educação Física

A Tabela 2 apresenta as características da carga horária, locais de trabalho e remuneração recebida pelos aplicadores dos Programas de Atividade Física dos municípios da Microrregião de Saúde de Uberaba. Em relação à carga horária de trabalho, 52,3% trabalham até 20 horas semanais nos PAFs. Na divisão por área de formação, 57,1% dos licenciados e bacharéis em Educação Física também atuam até 20 horas, enquanto 50,0% dos fisioterapeutas até 10 horas.

Ao observar a remuneração dos aplicadores, observou-se que 40,9% recebem 2 salários mínimos. Ao avaliar por área de formação, 40,0% dos fisioterapeutas receberam 3 salários mínimos e 30,0%, apenas 1 salário mínimo. Dentre os profissionais de Educação Física, a maioria dos licenciados (66,7%) e bacharéis (64,3%) recebe 2 salários mínimos. Entre os profissionais sem nível superior, 80,0% receberam apenas 1 salário mínimo e 61,4% dos profissionais mencionaram receber vale-refeição como benefício extra (Tabela 2).

Variáveis	Total		Licenciado em EF		Bacharel em EF		Fisioterapeuta		Sem nível superior	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Carga semanal										
Até 10h	13	29,5	4	19	2	14,3	5	50,0	2	40,0
Até 20h	23	52,3	12	57,1	8	57,1	4	40,0	3	60,0
Até 30h	3	6,8	2	9,5	1	7,1	1	10,0	0	0,0
Até 40h	5	11,4	3	14,3	3	21,4	0	0,0	0	0,0
Remuneração recebida mensalmente										
1 salário	14	31,8	4	19,0	3	21,4	3	30,0	4	80,0
2 salários	18	40,9	14	66,7	9	64,3	1	10,0	1	20,0
3 salários	9	20,5	3	14,3	2	14,3	4	40,0	0	0,0

4 salários	1	2,3	0	0,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0
Não quis informar/ não se aplica	2	4,5	0	0,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0
Benefícios extras recebidos†										
Vale-refeição	27	61,4	16	76,2	11	78,6	4	40,0	1	20,0
Vale-transporte	1	2,3	0	0	0	0,0	0	0,0	1	20,0
Número de locais que trabalha pelo PAF*										
Um	20	44,5	11	52,4	9	64,3	2	20,0	2	40,0
Dois	5	11,4	3	14,3	1	7,1	1	10,0	1	20,0
Três	6	13,6	1	4,8	1	7,1	4	40,0	0	0,0
Quatro	9	20,5	3	14,3	3	21,4	2	20,0	2	40,0
Cinco	3	6,8	2	9,5	0	0,0	1	10,0	0	0,0
Mais de seis	1	2,3	1	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Tabela 2 – Características da carga horária, locais de trabalho e remuneração recebida pelos aplicadores dos Programas de Atividade Física dos municípios da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG.

PAF* - Programa de Atividade Física. †Questões com mais de uma opção de resposta.

Com relação ao número de locais que os aplicadores trabalham, 44,5% afirmaram atuar em apenas um local, 20,5% em quatro lugares e apenas 2,3% trabalham em mais de seis locais. Na subdivisão por áreas de formação, a maioria dos profissionais de Educação Física licenciados (52,4%) e bacharéis (64,3%), trabalham em apenas um local. Entre os fisioterapeutas, o maior percentual (40,0%) relatou trabalhar em três locais (Tabela 2).

A Tabela 3 mostra as avaliações e perspectivas dos aplicadores sobre os Programas de Atividade Física dos municípios da Microrregião de Saúde de Uberaba. Para 65,9% dos aplicadores, o trabalho com a população foi a principal influência positiva do programa e, 29,5%, as atividades oferecidas. Na opinião dos aplicadores, o principal motivador para as pessoas participarem dos PAFs está ligado à saúde (59,1%), convívio social (13,6) e indicação médica e/ou de outro profissional de saúde (11,4%). Por outro lado, a principal barreira, ou seja, o que impede as pessoas de participarem dos PAFs, está ligada à falta de disposição (40,9%), tempo disponível (25,0%) e não gostar de atividade física, pois não é prioridade (18,2%).

Ao avaliar a percepção dos aplicadores sobre o programa, 70,5% disseram que

atingem parcialmente os objetivos e 29,5% que todos os objetivos são alcançados. As principais modificações que os aplicadores gostariam de realizar dizem respeito aos materiais para atividades (88,6%), espaços físicos (75,0%), profissionais aplicadores das atividades (72,7%), frequências das atividades (52,3%) e horários das atividades (27,3%) (Tabela 3).

De acordo com 75,0% dos aplicadores, o programa tende a expandir-se e 20,5% a manter-se como está. A maioria dos aplicadores considera-se profissional (70,5%) e pessoalmente satisfeito com a função exercida (61,4%) (Tabela 3).

Variáveis	Total	
	n	%
Principal influência positiva do PAF*		
Trabalho com a população	29	65,9
Atividades oferecidas	13	29,5
A experiência	1	2,3
Socialização do idoso	1	2,3
Principal motivador do PAF		
Saúde	26	59,1
Convívio social	6	13,6
Indicação médica/profissional de saúde	5	11,4
Tempo livre	2	4,5
Gostar de AF** ela é prioridade	2	4,5
Qualidade dos PAF/profissionais	2	4,5
Atividade gratuita	1	2,3
Principal barreira para as pessoas não participarem dos PAFs		
Falta de disposição	18	40,9
Falta de tempo	11	25,0
Não gostar de AF não é prioridade	8	18,2
Restrição médica/profissional de saúde	3	6,8
Má qualidade dos programas/profissionais	2	4,5
Dificuldade de acesso	1	2,3
Avaliação do PAF pelo aplicador		
Atinge parcialmente os objetivos	31	70,5
Atinge totalmente os objetivos	13	29,5
O que o aplicador modificaria no PAF†		
Materiais	39	88,6
Locais	33	75,0
Profissionais/estagiários	32	72,7
Frequência das atividades	23	52,3
Horário das atividades	12	27,3
Não modificaria nada	8	18,2
Perspectivas do PAF na visão do aplicador		
Tendem a expandir	33	75,0
Tendem a manter-se como está	9	20,5
Tendem a diminuir	1	2,3
Tendem a acabar	1	2,3
Grau de satisfação profissional		

Muito satisfeito	9	20,5
Satisfeito	31	70,5
Pouco satisfeito	3	6,8
Insatisfeito	1	2,3
Grau de satisfação pessoal		
Muito satisfeito	10	22,7
Satisfeito	27	61,4
Pouco satisfeito	4	9,1
Insatisfeito	2	4,5
Não quis informar	1	2,3

Tabela 3 - Avaliações e perspectivas dos aplicadores sobre os Programas de Atividade Física dos municípios da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG.

PAF* - Programa de Atividade Física. EF** - Educação Física. †Questões com mais de uma opção de resposta

4 | DISCUSSÃO

O presente estudo traçou o perfil dos aplicadores das atividades nos Programas de Atividade Física da Microrregião de Saúde de Uberaba. O percentual de aplicadores, com nível superior completo, atuantes nos PAFs dessa microrregião (88,6%) foi inferior ao observado em estudo realizado na Região Metropolitana de Recife, com objetivo de conhecer as características das equipes que atuam no Programa Academia da Saúde e que identificou que todos os aplicadores possuem nível superior completo (GUARDA et al., 2015). O fato de haver 11,4% de aplicadores atuando nesses programas, sem nível superior completo, pode se caracterizar como lacuna a ser preenchida, tornando-se motivo para discussões entre os gestores desses PAFs.

Nos programas dessa Microrregião, o percentual de profissionais formados em Educação Física (63,6%) foi inferior ao obtido no estudo que descreveu PAFs brasileiros e observou 72,4% de aplicadores com formação nessa área (AMORIM et al., 2013). Ter mais de um terço dos aplicadores atuantes nos PAFs analisados sem formação em Educação Física pode ser motivo de preocupação, pois os profissionais dessa área são os mais indicados para prescrição e acompanhamento de atividade física. Nesse sentido, alguns estudos sobre PAFs, realizados em outras regiões do Brasil, demonstraram que, nas equipes dos programas analisados, todos os aplicadores possuem formação em Educação Física (GUARDA et al. 2015; RODRIGUES et al., 2015).

Ao contrário de um estudo realizado na região de João Pessoa, na Paraíba, com objetivo de descrever o perfil dos profissionais de Educação Física que atuam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e que apontou 55% das equipes com aplicadores formados em Educação Física (RODRIGUES et al., 2015), apenas 18,2% dos aplicadores investigados neste estudo estão vinculados a esse Núcleo.

Embora a Educação Física seja reconhecida como área de saúde desde 1997, pela Resolução nº 218 (BRASIL, 1997), e de haver a possibilidade de que os

profissionais dessa área possam atuar nas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2008b), apenas 10,7% dos aplicadores nos PAFs investigados neste estudo estão ligados às Secretarias de Saúde, demonstrando baixa inserção dos profissionais de Educação Física na Atenção Primária à Saúde dessa Microrregião.

Como no estudo sobre o Programa de Atividade Física CuritibaAtiva, que é vinculado à Secretaria de Esporte/Lazer e seus aplicadores são da área de Educação Física (RIBEIRO et al., 2010), nos programas analisados neste estudo, a maioria (60,7%) dos profissionais de Educação Física pertence a essa Secretaria.

O elevado percentual de fisioterapeutas atuando em PAFs (90,0%) vinculados à Secretaria municipal de Saúde corrobora os propósitos de estudos realizados no Brasil com objetivo de discutir a inserção e atuação desses profissionais nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (BARBOSA; FERREIRA; FURBINO, 2010; FORMIGA, 2012; LINHARES et al., 2012).

Em um estudo realizado com profissionais que atuam em PAFs de João Pessoa, observou-se que o alongamento é a principal atividade ministrada (100,0%), todos participam das reuniões de planejamento das ações e a maioria (86,7%) sempre participa de capacitações (RODRIGUES et al., 2015). Similar a esse estudo, a maioria dos aplicadores dos programas analisados nessa Microrregião realiza atividades de alongamento, relaxamento e exercícios localizados. Contudo, menos de metade desses profissionais participam das decisões sobre o futuro do PAF e de capacitações, o que pode se configurar como um fator negativo, pois os profissionais que estão no dia a dia do programa sabem o que pode ser feito para melhorá-lo. Dessa forma, a constante participação dos profissionais atuantes nos PAFs na administração do programa poderá ajudar no progresso do mesmo. Além disso, a formação continuada tende a contribuir para que haja uma melhor atuação dos profissionais envolvidos nestes programas.

Os resultados de um estudo realizado com usuários e monitores (professores) da Academia da Cidade de Belo Horizonte mostrou que todos os participantes do programa são avaliados fisicamente ao se inscrever e a cada seis meses (SILVA et al., 2014). Por outro lado, os resultados do presente estudo mostrou que apenas 20,5% dos profissionais realizam avaliação física antes dos usuários entrarem no programa e 4,5% a cada seis meses. O baixo percentual de profissionais que realizam avaliações físicas nos participantes dos PAFs causa preocupação quanto às atividades oferecidas, visto que, geralmente, essas avaliações auxiliam no planejamento e acompanhamento do programa.

Diferente do resultado de um estudo sobre profissionais de Educação Física atuantes em Núcleo de Apoio à Saúde da Família, com carga horária de 40 horas semanais e remuneração entre quatro e cinco salários mínimos, no presente estudo, a carga horária mais frequente foi de 20 horas semanais e a remuneração mais mencionada foi de dois salários mínimos mensais (RODRIGUES et al., 2015). A baixa remuneração recebida pelos aplicadores pode influir negativamente no sucesso do

PAF, pois os profissionais tendem a permanecer desestimulados, o que pode interferir na produtividade e na qualidade do trabalho, após um certo período de atuação.

Enquanto o trabalho com a população foi considerada a principal influência positiva nos PAFs analisados, os profissionais que atuam no Programa Academia da Cidade de Recife consideram proporcionar um estilo de vida saudável, socialização e integração como os fatores mais importantes do programa (HALLAL et al., 2009b).

Similar aos resultados do estudo realizado no Programa Academia da Cidade de Recife, com objetivo de descrever o perfil de usuários e não usuários da academia, na presente investigação, os aplicadores mencionaram que a principal motivação para as pessoas participarem dos PAFs foi saúde e a barreira mais mencionada foi de ordem pessoal, como falta de disposição e tempo (HALLAL et al., 2010). Da mesma forma, um estudo realizado na Nova Zelândia sobre barreiras, benefícios e motivos para atividade física demonstrou que barreiras pessoais e falta de tempo foram os principais fatores a impedirem as pessoas a se engajarem em atividades físicas (PATEL et al., 2013).

O elevado percentual da população que ingressou nos PAFs, em busca de saúde, pode ter relação com as propostas da Política Nacional de Promoção à Saúde (BRASIL, 2006) e a Rede Nacional de Atividade Física (KNUTH et al., 2010), que objetivam, através da atividade física, melhorar a saúde e a qualidade de vida da população, em especial, das pessoas que possuem doenças crônicas não transmissíveis, cadastradas na Atenção Primária à Saúde.

De acordo com 70,5% dos aplicadores observados, os PAFs atingem parcialmente os objetivos e 29,5% consideraram atingir totalmente, resultado inverso foi observado no estudo sobre a visão dos usuários de um PAF em que 64,3% afirmaram atingir totalmente os objetivos e apenas 34,7% acharam que os propósitos do programa são parcialmente atingidos (HALLAL et al., 2010).

Semelhante ao estudo realizado na Academia da Saúde de Belo Horizonte (SILVA et al., 2014), as principais modificações sugeridas pelos aplicadores dos PAFs em questão estão relacionadas a ampliação, melhora e troca de materiais, locais e profissionais nas equipes. Por estarem inseridos constantemente nas atividades no dia a dia, os aplicadores normalmente conseguem identificar as lacunas a serem preenchidas nos PAFs. Desta forma, levar em consideração a opinião dos aplicadores poderá melhorar a qualidade e abrangência desses programas.

Como na avaliação dos usuários do Programa Academia da Cidade de Recife (HALLAL et al., 2010), no presente estudo, a maioria dos profissionais aplicadores acredita que o PAF tende a crescer.

A maioria dos aplicadores investigados neste estudo afirmou estar satisfeita profissional e pessoalmente com o cargo. Em consonância, os profissionais atuantes em PAF de uma capital do nordeste brasileiro tiveram níveis elevados de satisfação com a função exercida (HALLAL et al., 2009b). Esse considerado nível de satisfação dos aplicadores pode ser visto como um fator positivo nesses programas, visto que, mesmo diante de algumas dificuldades como baixos salários, eles consideraram-

se satisfeitos. Sendo assim, o constante investimento nesses profissionais pode consolidar e melhorar os PAFs.

Por outro lado, algumas questões deste estudo devem ser consideradas e aprofundadas em futuras pesquisas, dentre elas destaca-se: a satisfação dos aplicadores com o trabalho, uma vez que a maioria, mesmo recebendo baixos salários, afirmou estarem satisfeitos com o cargo. Outra questão a ser considerada diz respeito a não realização de avaliações físicas, pois a maioria dos aplicadores mencionou não avaliar fisicamente os participantes. Além disso, não foi possível investigar se profissionais de outras áreas também realizam avaliações físicas nos indivíduos ao ingressar nos PAFs ou de forma regular.

5 | CONCLUSÃO

Pode-se concluir que a maioria dos Programas de Atividade Física da Microrregião de Saúde de Uberaba dispõe de aplicadores com nível superior e formação em Educação Física. Porém, investimento em formação continuada, participação da gestão do programa, ampliação de atividades de avaliações físicas e inserção dos profissionais de Educação Física nos PAFs ligados às Secretarias de Saúde ainda são lacunas a serem preenchidas.

O pioneirismo neste trabalho envolvendo, ao mesmo tempo, aplicadores de três Secretarias Municipais diferentes não esgota as possibilidades de pesquisas envolvendo essa temática. Portanto, sugere-se a realização de novos estudos sobre aplicadores de Programas de Atividade Física, tanto nessa quanto em outras regiões, o que possibilitará a comparações com outras pesquisas.

REFERÊNCIAS

AMORIM, T. et al. Description of the physical activity promotion programs funded by the Brazilian Ministry of Health. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 18, n. 1, p. 63–74, 2013.

BARBOSA, E. G.; FERREIRA, D. L. S.; FURBINO, S. A. R. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Fisioterapia em Movimento**, v. 23, n. 2, p. 323–330, 2010.

BRASIL. **Exercício Profissional: Resolução n.º 218, de 6 de março de 1997, DO 83, de 5/5/97**, 1997. Disponível em: <sna.saude.gov.br/legisla/legisla/exerc_p/RES_CNS218_97exerc_p.doc>. Acesso em: 19 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde. Portal da Saúde**. Brasília DF, 2006. Disponível em: <<http://portal.Saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria n.º 79, de 23 de setembro de 2008**. Diário Oficial da União, Brasília, n.185, 24, set., Seção 1, p. 47. 2008. Brasília, 2008a. Disponível em: <[ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2008/iels.set.08/iels181/U_PT-SVS-79_230908.pdf](http://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2008/iels.set.08/iels181/U_PT-SVS-79_230908.pdf)>. Acesso em: 1 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio da Saúde da Família. Portaria Ministerial de Saúde N.º154**. Brasília, 2008b. Disponível em: <http://dtr.2004.saude.gov.br/dab/informativo_eletronico_dab.php>. Acesso em: 15 jan. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Ministério da Saúde. **Implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde Portaria 139/ 2009.**, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 139, de 11 de agosto de 2009.** Diário Oficial da União 2009; 13 ago, 2009b. Disponível em: <http://bv.sms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0139_11_08_2009.html>. Acesso em: 17 out. 2014.

_____. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2022.** 1 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 1 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde SUS. **Programa Academia da Saúde, portaria nº. 719.** Brasília, 2011c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1801>. Acesso em: 12 maio. 2011.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Assistência Social, Departamento de Proteção Social Básica. **Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo para Pessoas Idosas.** Brasília 2012a. Disponível em: <<https://craspsicologia.files.wordpress.com/2013/09/orientacoes-tecnicas-do-scfv-para-pessoas-idosas.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2015.

_____. Ministério do Esporte. Secretaria Nacional de Esporte, Educação, Lazer e Inclusão Social Departamento de Formulação de Políticas e Estratégias Coordenação Geral de Esporte e Lazer. **Esporte e Lazer da Cidade - PELC. Diretrizes do Edital 2012.** Brasília, 2012b. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/126126>>. Acesso em: 11 jan. 2016.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasil, 2012c.

_____. Ministério do Esporte. **Programa Esporte e Lazer da Cidade - PELC. Diretrizes do Edital 2013.** Brasília, 2013a. Disponível em: <<http://portal.esporte.gov.br/arquivos/snelis/esporteLazer/diretrizesPELCEdital2013.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2016.

_____. Ministério do Esporte. **Portaria nº 254-Edital Vida Saudável 2013.** Brasília, 2013b. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/129962>>. Acesso em: 11 jan. 2016.

FORMIGA, N. F. Inserção do fisioterapeuta na Atenção Básica: uma analogia entre experiências acadêmicas e a proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 2, p. 113–122, 2012.

GUARDA, F. et al. Caracterização das equipes do Programa Academia da Saúde e do seu processo de trabalho. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 20, n. 6, p. 638, 2015.

HALLAL, P. C. et al. Avaliação de programas comunitários de promoção da atividade física: o caso de Curitiba, Paraná. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 14, n. 2, p. 104–114, 2009a.

HALLAL, P. C. et al. Avaliação quali-quantitativa do programa Academia da Cidade, Recife (PE): concepções dos professores. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 14, n. 1, p. 9–14, 2009b.

HALLAL, P. C. et al. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 1, p. 70–8, 2010.

KNUTH, A. G. et al. Rede nacional de atividade física do Ministério da Saúde: resultados e estratégias avaliativas. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 15, n. 4, p. 229–233, 2010.

LINHARES, J. H. et al. Análise das ações da fisioterapia do NASF através do SINAI no município de Sobral-CE. **Cadernos ESP**, v. 4, n. 2, p. 32, 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência Regional de Saúde de Uberaba – Macrorregião Triângulo Sul. **Diagnóstico Situacional – Saúde**, p. 1-62, 2013.

MALTA, D. C.; CASTRO, A. M. Avanços e resultados na implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Boletim técnico do SENAC**, v. 35, n. 2, p. 63–71, 2009.

PATEL, A. et al. Perceived barriers, benefits and motives for physical activity: two primary-care physical activity prescription programs. **Journal of aging and physical activity**, v. 21, n. 1, p. 85, 2013.

RIBEIRO, I. C. et al. Using logic models as iterative tools for planning and evaluating physical activity promotion programs in Curitiba, Brazil. **Journal of physical activity & health**, v. 7, n. 2, p. S155, 2010.

RODRIGUES, J. D. et al. Perfil e atuação do Profissional de Educação Física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na região metropolitana de João Pessoa-PB. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 20, n. 4, p. 352, 2015.

SALERNO, M. et al. Conhecimento sobre atividade física e saúde dos profissionais de academias de Pelotas, RS, BR. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 21, n. 5, p. 345–349, 2015.

SCHMIDT, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, v. 6736, n. 11, p. 60135–9, 2011.

SILVA, K. et al. Acesso e utilização da Academia da Cidade de Belo Horizonte: perspectiva de usuários e monitores. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 19, n. 6, 2014.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM EM CRIANÇA COM ENCEFALOPATIA CRÔNICA NÃO PROGRESSIVA

Paula Fernanda Gomes Privado

Universidade Federal do Maranhão – UFMA
São Luís – Maranhão

Priscila Praseres Nunes

Universidade Federal do Maranhão – UFMA
São Luís – Maranhão

Rafael Luiz da Rocha Junior

Universidade Federal do Maranhão – UFMA
São Luís – Maranhão

Ronaldo Silva Junior

Universidade Federal do Maranhão – UFMA
e Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia do Maranhão – IFMA
São Luís – Maranhão

Vanessa Nunes Vasconcelos

Universidade Federal do Maranhão – UFMA
São Luís – Maranhão

Yasmim Gonçalves dos Santos Silva

Universidade Federal do Maranhão – UFMA
São Luís – Maranhão

RESUMO: Trata-se de um estudo caso de uma criança de 4 anos e 8 meses, que veio a esta unidade transferida do Hospital Socorrão I, com suspeita de pneumonia complicada mais anemia. Inicialmente foi internada na Ala E, lúcida, orientada, ativa e responsiva, GLASGOW 15, porém com agravamento do quadro clínico foi transferida para UTI pediátrica. Nesse setor foi fechado o diagnóstico de

tuberculose ganglionar, no entanto, a criança já apresentava-se comatosa, com sinais grave de dano neurológico. Foram realizados a TQT e a GGT e transferida para D.I.P com diagnóstico de encefalopatia crônica não progressiva em decorrência de uma tuberculose ganglionar que evolui para neurotuberculose. Atualmente segue sob os cuidados paliativos, LANSKY 10.

PALAVRAS-CHAVE: Sistematização; Enfermagem; Encefalopatia; Paralesia Cerebral.

ABSTRACT: This is a case study of a child of 4 years and 8 months, who came to this unit transferred from Socorrão I Hospital, with suspected complicated pneumonia plus anemia. Initially she was admitted to the E Ward, lucid, oriented, active and responsive, GLASGOW 15, but with worsening of the clinical picture she was transferred to the pediatric ICU. In this sector, the diagnosis of ganglionic tuberculosis was closed, however, the child already presented comatose, with severe signs of neurological damage. TQT and GGT were performed and transferred to D.I.P with diagnosis of chronic non-progressive encephalopathy due to a ganglionic tuberculosis that evolved to neurotuberculosis. Currently undergoing palliative care, LANSKY 10.

KEYWORDS: Systematization; Nursing; Encephalopathy; Cerebral Palsy.

1 | INTRODUÇÃO

A encefalopatia crônica não progressiva (ECNP), também conhecida como paralisia cerebral (PC), é consequência de uma lesão estática, que afeta o sistema nervoso central (SNC) em fase de maturação estrutural e funcional. Trata-se de uma disfunção predominantemente sensório-motora, que envolve distúrbios no tônus muscular, postura e movimentação voluntária, resultando a longo prazo em deformidades ósseas e déficits funcionais (FERREIRA et al., 2015).

É importante ressaltar que a etiologia da ECNP é motivo de investigação entre pesquisadores de diversos países. Atualmente, foram encontrados vários fatores que interagem entre si, sugerindo que seja uma doença multifatorial. Os fatores determinantes podem ser pré-natais (mús-formações genéticas, infecções maternas), perinatais (anóxia neonatal, prematuridade e baixo peso ao nascer) e pós-natais (meningites, encefalites e vasculites cerebrais) (FERREIRA et al., 2015).

Uma das possíveis causas da ECNP são as meningites e encefalites que podem ser causadas pela tuberculose. Essa, é uma doença infecciosa e transmissível, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, que afeta prioritariamente os pulmões, embora possa acometer outros órgãos e sistemas (BRASIL, 2017).

A tuberculose pode ser causada por qualquer uma das sete espécies que integram o complexo *Mycobacterium tuberculosis*: *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*, *M. canetti*, *M. microti*, *M. pinnipedi* e *M. caprae*. Entretanto, do ponto de vista sanitário, a espécie mais importante é a *M. tuberculosis* (BRASIL, 2017).

A Tuberculose apresenta como manifestações clínicas a forma pulmonar e extrapulmonar. A forma pulmonar, além de ser mais frequente (87% dos casos novos de tuberculose em 2015), é também a mais relevante para a saúde pública, especialmente a positiva à baciloscopia, pois é a principal responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença. A tuberculose extrapulmonar tem sinais e sintomas dependentes dos órgãos e/ou sistemas acometidos. As principais formas diagnosticadas de tuberculose extrapulmonar no Brasil são pleural e/ou empiema pleural tuberculoso, ganglionar periférica, meningoencefálica, miliar, laríngea, pericárdica, óssea, renal, ocular e peritoneal (BRASIL, 2017).

Meningoencefalite Tuberculosa resulta da chegada ao espaço subaracnóideo e às cavidades ventriculares de material caseoso com bacilos vindos de focos ativos contíguos situados no córtex cerebral e nas meninges (nódulos de Rich). A exposição precipita reação inflamatória intensa que inclui vasculite e edema cerebral. Com frequência, há a formação de exsudato viscoso que ocupa, sobretudo, a base do cérebro e as cavidades ventriculares (TAVARES; MARINHO, 2015).

A letalidade dessa forma de tuberculose, em seu curso natural, é de 100%, mas é modificada significativamente pelo tratamento específico. A possibilidade de cura correlaciona-se com a precocidade com que se inicia o tratamento. Por outro lado, a incidência de sequelas motoras, sensoriais, endócrinas e cognitivas é maior entre

sobreviventes que iniciam tardiamente o tratamento específico (TAVARES; MARINHO, 2015).

O risco de sequelas diminui com o tratamento clínico precoce e, sobretudo, quando a intervenção neurocirúrgica– drenagem do líquido cefalorraquidiano (LCR) retido nos ventrículos cerebrais – é efetuada de imediato (TAVARES; MARINHO, 2015).

2 | OBJETIVOS

O referente estudo visa aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma criança com encefalopatia crônica não progressiva, internada no Hospital Universitário da UFMA Unidade Materno – Infantil, com a utilização da taxonomia NANDA-NIC-NOC, visando a identificação e atendimento das Necessidades Humanas básicas afetadas, além de implementar a Assistência de Enfermagem utilizando o Processo de Enfermagem.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, do tipo, estudo de caso, utilizando a taxonomia de NANDA, NIC e NOC, para traçar resultados e intervenções, sendo fundamentado no Processo de Enfermagem de Wanda de Aguiar Horta, no que tange a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Foi realizado no período de Novembro de 2018, na Ala A do Hospital Universitário Materno Infantil (HUMI), por acadêmicos do 9º período do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, durante o estágio curricular obrigatório de Saúde da criança e do adolescente.

Para a coleta de dados foi utilizado os instrumentos do HUMI, contando que consta da Entrevista de Enfermagem, do Exame Físico, da observação e do registro das informações. Através deste instrumento foi possível levantar Histórico de Enfermagem e o exame físico, diagnósticos de enfermagem, intervenções, resultados e evolução dos diagnósticos de enfermagem.

Na construção dos Diagnósticos de Enfermagem, foi utilizado o livro Diagnósticos de Enfermagem da Nanda 2017-2018, para a identificação das necessidades básicas afetadas, logo depois, a Classificação dos Resultados de Enfermagem esperados e a Classificação das Intervenções de Enfermagem.

As Evoluções de Enfermagem foram realizadas diariamente, para ser relatado possíveis alterações que ocorrem no ser humano, sob a assistência profissional, avaliando a resposta da assistência realizada.

4 | DISCUSSÃO DE CASO CLÍNICO DE ENFERMAGEM

Criança A.C.S.S, feminino, em idade escolar, 4 anos e 8 meses, acompanhada da mãe, procedente do Hospital Socorrão I (São Luís-MA), 123° DIH e 40° D.I.P, chegou a esta unidade para investigação diagnóstica com quadro clínico de pneumonia complicada mais anemia, no entanto apresentava-se lúcida e orientada com GLASGOW 15. Ao decorrer da internação, evolui com piora de quadro clínico e degeneração do estado neurológico, sendo transferida para a UTI pediátrica, enquanto aguardava resultado de biopsia ganglionar. Durante a sua permanência na UTI, entrou em estado comatoso. Após resultado da biopsia, foi diagnosticada com tuberculose ganglionar, evoluindo para uma neurotb. Após diagnóstico e início da terapia medicamentosa foi constatado lesão cerebral grave, denominada de encefalopatia crônica não progressiva (paralisia cerebral). Há +/- 1 mês foi transferida para D.I.P, está no 37° DPO de TQT e GTT mais 35° DPO de abordagem abdominal exploratória. Faz uso de RI (D18), FENOBARBITAL, Fenoterol de 6/6h, pomada de neomicina+bacitrocina para óstio da GTT. Segue hemodinamicamente estável sob cuidados paliativos plenos, LANSKY 10(Não brinca; não sai da cama) e aos cuidados da equipe.

Os achados no Histórico de Enfermagem são:

- NECESSIDADES PSICBIOLÓGICAS – OXIGENAÇÃO:

Tórax elíptico, simétrico, traqueostomizada, em ar ambiente, FR: 40 irpm, taquidispnéica, uso de musculatura acessória, hiposecretiva de cor clara, semi-espessa, murmúrios vesiculares presentes, com ruídos adventícios difusos (roncos e sibilos), som submaciço à percussão, expansibilidade torácica diminuída bilateralmente.

- HIDRATAÇÃO/NUTRIÇÃO/ ELIMINAÇÃO/ REGULAÇÃO

HIDROELETROLÍTICA:

Turgor cutâneo preservado, sem edemas, mucosas úmidas e hipocorada (+/4+), dieta via GTT, funcionante, volume de 165ml de 3/3h, correndo a 75ml/h. Abdome tenso, timpânico à percussão, ruídos hidroaéreos presentes em QSE, reativa à palpação superficial e profunda, cicatriz de FO em linha umbilical, sem sinais flogísticos, Eliminações intestinais e vesicais presentes, espontâneas, caracteristicamente fisiológicas e em fralda.

- REGULAÇÃO NEUROLÓGICA/ EXERCÍCIO E ATIVIDADE FÍSICA/ MOBILIDADE/ SONO E REPOUSO/ MECÂNICA CORPORAL/ LOCOMOÇÃO:

LANSKY 10, em posição de decorticação, controle cervical e de tronco nulos, rebaixamento do nível de consciência, sem abertura ocular espontânea com movimentação ocular pelas pálpebras. Pupila direita, midriática, fixa, não fotorreagente, pupila esquerda, baixa fotorreação, não fixa. Funções visuais, manuais e cognitivas totalmente prejudicadas, reativa ao manuseio, apresentando fácies de dor e lacrimejamento. Em uso de medicação anticonvulsivante e sedativa intermitente. Membros superiores e inferiores sem deformidades, com amplitude de movimentos diminuída com limitações, apresenta tremor involuntário em membro superior e inferior

esquerdo, principalmente ao manuseio, perfusão periférica preservada, TEC < 2s. Pulsos cheios, amplos e regulares.

- **CARDIOVASCULAR:** Ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas, em 2 tempos, sem sopros. Taquicardia: 135 bpm.

- **CUIDADO CORPORAL/ INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO MUCOSA/ SEGURANÇA FÍSICA:**

Higiene corporal satisfatória, banho no leito, 1x/dia, pela manhã com auxílio da técnica de enfermagem. Higiene bucal no momento do banho, couro cabeludo limpo, sem pediculose, ausência de lesões por pressão, hidratada, anictérica, unhas compridas, porém limpas. Em uso de TQT e GGT, sem AVP/CVC.

- **REGULAÇÃO HORMONAL/ CRESIMENTO CELULAR/ SEXUALIDADE:**

Seguia de acordo com crescimento e desenvolvimento próprio da idade.

- **REGULAÇÃO IMUNOLÓGICA/ REGULAÇÃO TÉRMICA:**

Nega alergias, doenças imunossupressoras, autoimunes. Mãe refere esquema vacinal completo, porém não apresentou a carteira. Criança apresenta picos febris, diariamente, com temperatura variando de TAX: 37,9 °C a 38,9°C. Investiga-se que seja de causa central.

- **NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS/IMPRESSÕES DO ENFERMEIRO (A):**

Caso grave, que requer atenção constante. A mãe é a cuidadora principal, porém apresenta vínculos familiares frágeis e situação de grande vulnerabilidade socioeconômica. Não possui habitação, referindo morar de aluguel, com o marido que no momento encontra-se preso(sentenciado). A mãe, apresenta-se muito cansada e preocupada, pois raramente consegue ir em casa e cuidar dos outros dois filhos menores. Demonstra otimismo com a possibilidade de poder cuidar da filha em casa, porém aguarda providências legais, os quais, o serviço social está providenciando.

- **EXAMES:** BIOPSIA DO GANGLIO (08.08.18): Linfadenite granulomatosa necrotizante. Nota: o quadro histopatológico sugere TB ganglionar; CULTURA DO LIQUOR: Cresceu BK; RNM Cérebro (14.09.18): Área de isquemia/presença de tuberculoma; EEG (11.10.18): Não há evidências de atividade epileptiforme.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMAGEM		
Diagnósticos	Resultados Esperados	Intervenções/Prescrição de Enfermagem
<p>✓ Desobstrução ineficaz das vias aéreas, caracterizado por tosse ineficaz e ruídos adventícios respiratórios, relacionado muco excessivo, secreções retidas e prejuízo neuromuscular.</p>	<p>Vias traqueobrônquicas abertas e desobstruídas para troca de ar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacidade de eliminar secreções 2 (desvio substancial da variação normal), aumentar para 3 (desvio moderado da variação normal); • Ruídos respiratórios adventícios 3 (desvio moderado da variação normal), aumentar para 4 (leve desvio da variação normal). 	<p>Controle de vias aéreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remover secreções estimulando a tosse ou aspirando 1 x ao dia ou sempre que necessário; • Posicionar o paciente modo a maximizar o potencial ventilatório 1x ao dia; • Administrar broncodilatadores, conforme apropriado; • Auscultar sons respiratórios, observando áreas de ventilação diminuída ou ausente e presença de ruídos adventícios 1 x ao dia antes e após o uso de broncodilatadores; • Realizar a aspiração endotraqueal ou nasotraqueal conforme apropriado; • Monitorar o estado respiratório e oxigenação conforme apropriado.

<p>✓ Mobilidade física prejudicada, caracterizado por instabilidade postural, movimentos descoordenados e redução na amplitude de movimentos nas habilidades finas e motoras, relacionados a prejuízo neuromuscular e sensório-perceptivo.</p>	<p>Capacidade de movimentar-se propositalmente pelo próprio ambiente, de forma independente, com ou sem dispositivo auxiliar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Movimento das articulações 1 (gravemente comprometido), aumentar para 2 (muito comprometido); • Desempenho do posicionamento do corpo 1 (gravemente comprometido), aumentar para 2 (muito comprometido); • Movimento dos músculos 1 (gravemente comprometido), aumentar para 2 (levemente comprometido). 	<p>Cuidados com o repouso no leito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Virar o paciente imobilizado pelo menos a cada 2 horas de acordo com o cronograma específico; • Posicionar em alinhamento corporal adequado 12 vezes ao dia após a mudança de decúbito; • Manter a roupa de cama limpa, seca e sem dobras 12 vezes ao dia sempre após a mudança de decúbito; • Monitorar a condição de pele 1x ao dia durante o banho no leito; • Auxiliar nas medidas de higiene sempre que necessário; • Realizar exercícios passivos e/ou ativos de amplitude do movimento 1x ao dia durante o banho no leito.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>✓ Tensão no papel do cuidador, caracterizada pela preocupação com a rotina de cuidados, relacionada a assistência insuficiente e atividades excessivas de cuidados.</p>	<p>Extensão da percepção positivado estado de saúde do prestador de cuidados de saúde primários:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saúde física 1 (não muito satisfeito), aumentar para 2 (pouco satisfeito); • Saúde psicológica 1 (não muito satisfeito), aumentar para 2 (pouco satisfeito); • Desempenho normal de papéis 1 (não muito satisfeito), aumentar para 2 (pouco satisfeito); • Capacidade de enfrentamento 1 (não muito satisfeito), aumentar para 2 (pouco satisfeito). 	<p>Apoio ao cuidador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar o nível de conhecimento do cuidador 1x ao dia na visita de enfermagem; • Reconhecer as dificuldades do papel cuidador 1x ao dia na visita de enfermagem e sempre quando auxiliar o cuidador em algum cuidado; • Explorar os pontos fortes e fracos com o cuidador 1x ao dia na visita de enfermagem e sempre quando auxiliar o cuidador em algum cuidado; • Fazer declarações positivas quanto aos esforços do cuidador 1x ao dia e sempre que observar um cuidado prestado; • Monitorar o surgimento de indicadores de estresse 1x ao dia; • Ensinar ao cuidador técnicas de controle de estresse 1x ao dia ou sempre que necessário; • Encorajar o cuidador a participar de grupos de apoio sempre que necessário; • Identificar recursos por meio dos quais o cuidador pode tirar folga 1x ao dia na visita de enfermagem; • Agir em prol do cuidador quando a sobrecarga tornar-se evidente sempre que necessário; • Ensinar ao cuidador estratégia de manutenção dos cuidados de saúde de modo a manter a própria saúde física e mental sempre que necessário.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>✓ Risco de lesão. Fator relacionado: alteração na função psicomotora e disfunção integrativa sensorial.</p>	<p>Integridade estrutural e a função fisiológica normal de pele e mucosas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lesões na pele manter em 5 (não comprometido). 	<p>Prevenção de úlceras por pressão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar uma ferramenta de avaliação de risco que seja reconhecida para monitorar os fatores de risco do indivíduo (p. ex., escala de Braden) 1x ao dia; • Utilizar métodos de medir a temperatura da pele para determinar o risco de úlceras de pressão, de acordo com o protocolo da instituição; • Documentar o estado da pele na admissão e diariamente; • Monitorar intensivamente áreas avermelhadas 1x ao dia no banho no leito e/ou 12x ao dia na mudança de decúbito; • Aplicar barreiras protetoras, como cremes ou materiais absorventes de umidade, para remover o excesso de umidade, quando apropriado e/ou 1x ao dia após o banho; • Girar o paciente com cuidado (p.ex., evitar cisalhamento) para prevenção de lesões sobre a pele frágil 12x ao dia; • Aplicar protetores de calcanhar e cotovelos quando apropriados 1x ao dia; • Instruir a família ou cuidador sobre sinais de lesão a pele, quando apropriado 1x ao dia.
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5 | CONCLUSÃO

EVOLUÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	EVOLUÇÃO	EVIDÊNCIAS
1. Desobstrução ineficaz das vias áreas , caracterizado por tosse ineficaz e ruídos adventícios respiratórios, relacionado muco excessivo, secreções retidas e prejuízo neuromuscular.	MELHORADO	A mãe realiza a aspiração das vias áreas nos momentos adequados. Foi possível perceber a secreção mais clara e fluída. Houve aumento dos períodos de nebulização, sendo realizados 3x/dia. Diminuição do desconforto respiratório.
2. Mobilidade física prejudicada , caracterizado por instabilidade postural, movimentos descoordenados e redução na amplitude de movimentos nas habilidades finas e motoras, relacionados a prejuízo neuromuscular e sensorio-perceptivo.	MANTIDO	Devido ao grave dano neurológico, não foi possível manter o controle do tronco e cabeça. Porém, através dos exercícios passivos conseguimos manter a amplitude de movimentos, mesmo que diminuídos, prevenindo a atrofia dos mesmos.
3. Tensão no papel do cuidador , caracterizada pela preocupação com a rotina de cuidados, relacionada assistência insuficiente e atividades excessivas de cuidados.	MANTIDO	Após abordagem para entender melhor o contexto em que a mãe está inserida, foi possível perceber a esperança em poder cuidar da filha em casa, visto que a mesma já consegue desempenhar os cuidados principais. Além disso, a mesma conta com auxílio da equipe nos cuidados mais intensos. O serviço social já havia entrado com os pedidos de benefícios, pertinentes ao caso.

O estudo de caso nos proporcionou a importância da SAE na prestação de cuidados de enfermagem e como todas as etapas de um processo sistematizado pode contribuir para melhora de um cliente. Ressaltamos ainda que somente com a SAE implementada em qualquer nível de assistência o enfermeiro conseguirá o apreço profissional, colocando a enfermagem como uma ciência como ela é.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**: volume único. Disponível em <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/outubro/06/Volume-Unico-2017.pdf>. Acesso em 15/11/2018.

FERREIRA, Luciana Sousa Mata et al. **Análise dos Fatores de Risco Para Desenvolvimento de Encefalopatia Crônica Não Progressiva**. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, [s.l.], v. 19, n. 2, p.129-134, 2015. APESB (Associação de Apoio a Pesquisa em Saúde Bucal). <http://dx.doi.org/10.4034/rbcs.2015.19.02.07>. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/25308/15060>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

TAVARES, Walter.; MARINHO, Luiz Alberto Carneiro. **Rotinas de diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas e parasitárias**. 4. ed. -- São Paulo : Editora Atheneu, 2015.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES MASTECTOMIZADAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Elisângela Silva Gomes

Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém-Pará

Sarah Nunes Gaia. Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém-Pará

Iranete Pereira Ribeiro Grande

Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém-Pará

Tássio Ricardo Martins da Costa

Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém-Pará

Maicon de Araujo Nogueira

Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém-Pará

Erlon Gabriel Rego de Andrade

Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém-Pará

Thayse Reis Paiva

Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém-Pará

Danielly do Vale Pereira

Faculdade Metropolitana da Amazônia (FAMAZ). Belém-Pará

Josias Botelho da Costa

Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém-Pará

Suanne Coelho Pinheiro

Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém-Pará

Anne Caroline Gonçalves Lima

Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém-Pará

Paula Regina de Melo Rocha

Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém-Pará

Sávio Felipe Dias Santos

Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém-Pará

Andreia Rodrigues Pinto

Universidade da Amazônia (UNAMA). Belém-Pará

Milka dos Santos Iglezias

Universidade da Amazônia (UNAMA). Belém-Pará

Maíra Nunes Quaresma

Universidade da Amazônia (UNAMA). Belém-Pará

INTRODUÇÃO: Entre as neoplasias existentes, o câncer de mama é a segunda mais incidente no mundo, afetando principalmente mulheres. Dentre as modalidades de tratamento, encontram-se as intervenções cirúrgicas, como a mastectomia. Sabe-se, no entanto, que este procedimento afeta o estado físico, psíquico e social da mulher. **Objetivo:** Relatar a vivência de acadêmicos de Enfermagem na aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem a pacientes mastectomizadas. **Metodologia:** Relato de experiência, com abordagem qualitativa e observação participativa, que visa descrever uma ação de educação permanente,

a qual utilizou como estratégia estruturante a Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez, e teve como gerador o tema “Sistematização da Assistência de Enfermagem a Pacientes Mastectomizadas”. A experiência ocorreu em um hospital público referência em Oncologia, no município de Belém, estado do Pará, no período novembro a outubro de 2017. **Resultados:** Participaram do estudo nove profissionais de Enfermagem, atuantes em um serviço de clínica médica e cirúrgica. A ação proporcionou a definição de três diagnósticos de Enfermagem essenciais e suas respectivas intervenções. Constataram-se os benefícios da educação permanente quando esta se pauta nas reais necessidades da equipe e das pacientes. **Considerações Finais:** A ação se mostrou uma ferramenta educativa eficiente para auxiliar na mudança de práticas e atitudes da equipe de Enfermagem. A vivência proporcionou reflexões densas e profícuas a respeito da importância das ações de educação permanente mediante o emprego da problematização, permitindo inferir que esta metodologia demonstra-se aplicável aos mais diversos cenários da formação e educação em e para a saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Permanente; Cuidados de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Processo de Enfermagem; Mastectomia.

1 | INTRODUÇÃO

Entre as diversas neoplasias que afetam o ser humano, o câncer de mama é a segunda mais incidente no mundo, acometendo principalmente as mulheres. O aumento nas taxas de mortalidade por essa patologia, no Brasil, está relacionado ao diagnóstico e tratamento tardios. Ainda no país, estimou-se que, em 2016, aproximadamente 60 mil novos casos fossem diagnosticados (BRASIL, 2013). Apesar dos avanços para a efetivação precoce dos processos diagnósticos e terapêuticos, essa doença ainda apresenta níveis elevados de mortalidade (SOUSA et al., 2016).

Como modalidade de tratamento para o câncer de mama, encontram-se as intervenções cirúrgicas, como a mastectomia parcial ou total. Contudo, este processo apresenta o potencial de afetar o estado físico, psíquico e social da mulher, gerando, assim, sentimentos que prejudicam sua autoestima e agregam riscos para o desenvolvimento de transtornos como depressão, ansiedade e outras complicações (SOUSA et al., 2016).

Para minimizar esses riscos no ambiente hospitalar, a equipe de Enfermagem torna-se indispensável, visto que seus profissionais, em relação aos demais integrantes da equipe multiprofissional, dedicam maior parte da carga horária assistencial para estarem junto aos pacientes.

Portanto, o Processo de Enfermagem, o qual organiza as ações da equipe de Enfermagem, deve ser realizado sem equívocos. Para tanto, o enfermeiro, profissional condutor desse processo, faz uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem, uma metodologia baseada em evidências científicas (GIEHL et al., 2016), imprescindível

na rotina do enfermeiro, pois normatiza suas atividades e garante aos pacientes uma assistência individual, holística e humanizada, quando adequadamente aplicada (GARCIA, 2016).

Diante do exposto, foram construídos os seguintes questionamentos: O enfermeiro realiza de forma completa o Processo de Enfermagem a pacientes mastectomizadas? Quais diagnósticos e intervenções de Enfermagem esses profissionais traçam para estas pacientes?

A partir dessas indagações, vislumbra-se uma assistência de Enfermagem que alcance níveis adequados de qualidade e satisfação, para evitar complicações a pacientes mastectomizadas. Partindo dessas considerações, o presente estudo tem como objetivo: relatar a experiência de acadêmicos de Enfermagem na aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem a pacientes mastectomizadas.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, o qual empregou a abordagem qualitativa e observação participativa. Foi elaborada no contexto das Atividades Integradas em Saúde do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA), durante as aulas práticas supervisionadas do componente curricular “Enfermagem Clínica e Cirúrgica”, ministrado na 3ª série/bloco I (5º período) do Curso, no intuito de enfatizar a importância da comunicação efetiva da equipe de Enfermagem para a organização e adequada execução do Processo de Enfermagem.

O relato de experiência configura-se como tipo de estudo que busca registrar informações despertadoras do agir crítico-reflexivo, a partir da observação situacional de interesse para a comunidade científica (FERNANDES et al., 2015).

Participaram do estudo nove profissionais, sendo dois enfermeiros e sete técnicos de Enfermagem, de um hospital público estadual referência em Oncologia, localizado no município de Belém, estado do Pará, e foi desenvolvido no período de setembro a outubro de 2017.

Visto que o presente trabalho estrutura-se na modalidade relato de experiência, não houve a necessidade de submissão de projeto a um Comitê de Ética em Pesquisa, pois não foram captadas imagens, áudios, falas ou registros manuscritos dos (pelos) participantes. Também não foram coletadas quaisquer informações que permitam identifica-los.

Optou-se por trabalhar com a Metodologia da Problematização, um método baseado na ação-reflexão-ação e condiz com estudos de Paulo Freire, pois possibilita a autonomia entre educador e educando, promovendo, assim, o pensamento crítico-reflexivo, habilidades e competências para resolver situações reais do cotidiano (SARMANHO et al., 2016).

Esse método é descrito sob a forma de um arco, conhecido como Arco da Problematização ou de Maguerez (em alusão a Charles Maguerez, seu criador), onde a realidade constitui a base para as cinco etapas inter-relacionadas: observação da realidade (para identificação do problema), elenco de pontos-chave, teorização, hipóteses de solução, aplicação à realidade (prática) (TEIXEIRA, 2017; VILLARDI; CYRINO; BERBEL, 2015). Essas etapas são representadas na Figura 1.



Figura 1: Método do Arco de Charles Maguerez.

Fonte: MITRE et al. (2008); SARMANHO et al. (2016).

Mediante autorização do serviço de saúde e dos profissionais, as cinco etapas da problematização foram operacionalizadas. Quanto à primeira, buscou-se realizar a observação de forma sistematizada, tanto no ambiente de atuação quanto no funcionamento do trabalho da equipe de Enfermagem. Com isso, notou-se a necessidade de melhoria na comunicação verbal e escrita (registro em prontuário) da equipe com relação aos procedimentos e condutas empregados às pacientes com câncer de mama e seus familiares.

Concernente a isso, muitos registros em prontuários, anotações e evoluções de Enfermagem continham informações incompletas, interferindo na avaliação evolutiva do estado de saúde das pacientes. Evidenciou-se também a incompreensão das usuárias diante da explicação do profissional sobre a realização de procedimentos, devido ao uso de termos técnicos.

A partir dessas observações, optou-se por realizar, com esses profissionais, uma ação de educação permanente, voltada para o Processo de Enfermagem e a Sistematização da Assistência de Enfermagem a pacientes mastectomizadas. Os pontos-chave focaram-se nas intervenções e resultados esperados mediante a concretização da segunda etapa do Processo de Enfermagem (estabelecimento dos diagnósticos de Enfermagem), visto que esta é exclusiva do enfermeiro e requer alto grau de conhecimento técnico-científico, associado à minuciosa coleta de dados por meio de anamnese e exame físico (NÓBREGA; NÓBREGA; SILVA, 2011).

Antes da elaboração e aplicação dessa proposta de intervenção, realizou-se a teorização acerca da temática, a fim de subsidiar a hipótese de solução. Nessa etapa,

precedeu-se levantamento bibliográfico nas principais bases de dados científicos para a área da saúde, constatando-se carência de estudos atuais que trabalham a aplicação do Processo de Enfermagem e a Sistematização da Assistência de Enfermagem em pacientes mastectomizadas nas unidades de saúde brasileiras.

Em seguida, construiu-se um *folder* informativo, contendo os principais aspectos do Processo de Enfermagem, Sistematização da Assistência de Enfermagem e segurança do paciente, visando melhorar a execução desses pontos durante a assistência de Enfermagem. Destacou-se, nesse material, os diagnósticos de Enfermagem imprescindíveis a uma paciente mastectomizada, as principais intervenções de Enfermagem e os resultados esperados.

A hipótese de solução foi aplicada por meio da ação de educação permanente e auxílio do *folder*, culminando na aplicação à realidade. Durante a ação, além dos pontos-chave incluídos no material, discutiu-se ainda a comunicação efetiva como instrumento capaz de potencializar a qualidade da assistência às pacientes mastectomizadas. Sabe-se que essa comunicação é imprescindível para manter boas relações interpessoais e fortalecer as intervenções propostas pelos diagnósticos de Enfermagem, tornando o trabalho em equipe mais produtivo (BROCA; FERREIRA, 2015).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A ação foi realizada de forma meticulosa, objetivando propiciar aos participantes autonomia e sentimentos de indagação e reflexão quanto às necessidades das pacientes mastectomizadas. O planejamento desse tipo de ação em saúde, quando realizado de forma detalhada, demonstra respeito na relação entre pesquisador e grupo pesquisado, fato essencial para uma coleta de informações fidedigna (LINS et al., 2018).

Além disso, essa intervenção buscou incentivar a reflexão da equipe de Enfermagem sobre o artigo 14, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que expressa a responsabilidade e dever da equipe em aprimorar seus conhecimentos técnicos, éticos e culturais, para beneficiar a pessoa, família e coletividade, bem como contribuir para o desenvolvimento de sua profissão (RIBEIRO et al., 2016).

O tema da ação foi selecionado para minimizar problemas do cotidiano da equipe de Enfermagem, durante a execução do Processo de Enfermagem e da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Com isso, permitiu-se que os interventores compreendessem que esse tipo de ação é válida para atender às necessidades do público-alvo, tendo em vista que se deve motivar o aprendizado e estimular os participantes a analisar seu processo de trabalho, a partir da adoção de estratégias pautadas na valorização dos conhecimentos, saberes e experiências pré-existentes desse público (ILHA et al., 2014).

Quanto ao *feedback* por parte da equipe de Enfermagem, observou-se resultados positivos, como a conscientização e reflexão diante dos conhecimentos construídos a partir dos diálogos entre interventores e público-alvo. Assim, constatou-se que a vivência cumpriu o papel de identificar as reais necessidades da equipe durante suas rotinas assistenciais, fato que provocou a proposta/aplicação de uma intervenção, culminando em mudanças de atitudes da equipe, possibilitando também a construção de três diagnósticos de Enfermagem, suas respectivas intervenções e os resultados esperados, considerados essenciais no contexto do atendimento a pacientes mastectomizadas. Essas informações estão descritas abaixo no Quadro 01.

Nº	Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados Esperados
DE1	Risco de Infecção relacionado à alteração da integridade da pele e presença de ferida operatória.	Realizar curativo com técnica asséptica, manter o sítio cirúrgico limpo, monitorar dispositivos invasivos.	Ausência de sinais de infecção, sítio cirúrgico em condições adequadas, evolução positiva da ferida operatória.
DE2	Dor Aguda relacionada ao tratamento pós-operatório e evidenciada por relato verbal e expressão facial.	Controlar os sintomas através da administração de analgésicos prescritos e mudança de posição.	Controlar a dor.
DE3	Risco de Baixa Autoestima Situacional relacionado ao distúrbio na imagem corporal e ao processo cirúrgico.	Encorajar a paciente a aceitar sua nova condição, estimular a identificação do valor da vida, auxiliar na busca por estratégias positivas para lidar com as limitações.	Aceitar o quadro clínico e apresentar mudanças comportamentais positivas.

Quadro 01 – Distribuição dos principais diagnósticos de Enfermagem, intervenções de Enfermagem e resultados esperados para pacientes mastectomizadas. Belém, Pará, Brasil.

Fonte: Autoria própria (2017).

Reitera-se que os diagnósticos de Enfermagem acima descritos são compatíveis com as necessidades das pacientes mastectomizadas, no hospital-cenário da ação. Estes facilitam o melhor andamento do Processo de Enfermagem, utilizando linguagens padronizadas e cientificamente evidenciadas, por meio do uso, por exemplo, da Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA). O mesmo ocorre com as intervenções, que dispõem de classificação sistematizada, a exemplo da *Nursing Interventions Classification* (NIC).

O primeiro diagnóstico incluído, Risco de Infecção, encontra-se no domínio 11 da NANDA (2015), referente à “Segurança/Proteção”. Esse diagnóstico é descrito como vulnerabilidade do organismo humano à invasão por microrganismos patogênicos,

que pode comprometer a saúde. Tal situação é comum em pacientes no período pós-operatório, sujeitos a diversos procedimentos invasivos, necessitando de intervenções de Enfermagem como cuidados com o sítio cirúrgico, realização de curativos com técnicas assépticas apropriadas e monitoramento dos dispositivos invasivos (PEREIRA et al., 2017).

Relativo ao segundo diagnóstico, Dor Aguda, o mesmo situa-se no domínio 12 da NANDA (2015), atinente ao “Conforto”. Caracteriza-se como experiência sensorial e emocional desagradável, relacionada à lesão instalada ou ao risco de lesão. É comum em diversas situações hospitalares, a exemplo dos períodos intra e pós-operatório, necessitando, assim, da aplicação de métodos para o controle da dor, como analgesia e mudança de decúbito (OLIVEIRA et al., 2010).

O último diagnóstico, Risco de Baixa Autoestima Situacional, incluído no domínio 6 da NANDA (2015), inerente à “Autopercepção”, é definido como suscetibilidade do ser humano ao desenvolvimento de percepção negativa a respeito da vida e si mesmo, podendo comprometer a saúde. Apresenta alta probabilidade de ocorrer entre pacientes mastectomizadas, pois o processo cirúrgico prejudica a integridade física e compromete a imagem corporal, gerando preocupações e abalos na relação matrimonial e familiar da mulher (SOUSA et al., 2016). Portanto, é necessário encorajá-la a aceitar sua nova condição e estimular a identificação de valores da vida, buscando, também, novas possibilidades para lidar com as limitações (OLIVEIRA et al., 2010).

Para além dos resultados que se traduzem na qualificação da assistência prestada pela equipe de Enfermagem, sugere-se que a metodologia pautada na problematização e auxiliada por evidências científicas faça parte da rotina dos profissionais que lidam diariamente com situações semelhantes. Observou-se que o cuidado sistematizado de Enfermagem contribuiu para minimizar complicações pós-operatórias, favorecendo, então, o sucesso da reabilitação e aceitação de uma nova realidade de vida por parte das pacientes e seus familiares.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento da ação de educação permanente produziu impacto positivo nas práticas da equipe de Enfermagem. A forma de abordagem do tema possibilitou a participação de todos os envolvidos de maneira efetiva, facilitando, então, o aprendizado. Além disso, a vivência mediou profundas reflexões a respeito da importância da educação permanente e do planejamento meticuloso da atividade, ao contemplar as reais necessidades do público-alvo.

A facilitação desse espaço deu-se por meio da aplicação de estratégia metodológica ancorada na problematização, a qual figura como alternativa bem sucedida no âmbito da construção ativa de saberes e do desenvolvimento de competências e habilidades em grupo, destacando-se aqui os profissionais de Enfermagem. Ademais, a prática

educativa com auxílio de uma tecnologia educacional mostrou-se fundamental para consolidar o conhecimento, bem como propiciar um diálogo aberto e democrático entre os partícipes.

Assim, o objetivo da ação foi alcançado e as indagações que a motivaram, respondidas. Diante da obtenção de resultados que compuseram este estudo, acredita-se que as orientações sobre a assistência sistematizada de Enfermagem assume papel basal no contexto da promoção da saúde de pacientes mastectomizadas, tendo em vista que o Processo de Enfermagem, aplicado corretamente, auxilia na manutenção da saúde, tratamento, recuperação e prevenção de agravos.

Essa experiência proporcionou aos autores habilidades para o desenvolvimento do processo educativo, no sentido de intermediar mudanças nas práticas e atitudes profissionais, e garantir um cenário pautado em evidências científicas, a fim de beneficiar pacientes e familiares.

O desenvolvimento da intervenção evidenciou que a equipe possuía dúvidas e manifestava desatualização quanto às temáticas discutidas, além de adotarem comportamentos de risco ao usuário, como falhas na comunicação com pacientes, familiares e outros membros da equipe multiprofissional, além da inadequada aplicação do Processo de Enfermagem. Salienta-se, porém, que a ação pautou-se no respeito aos saberes culturais e às opiniões dos participantes, buscando sempre os envolver por meio de metodologia ativa, para solucionar, de maneira efetiva, os problemas observados durante as fases da problematização.

Desse modo, os dados revelam que o desenvolvimento de ação de educação permanente, a partir do emprego da Metodologia da Problematização, com auxílio de uma tecnologia para facilitar o processo educativo, mostrou-se eficiente. Recomenda-se, portanto, a realização de atividades semelhantes, em diferentes cenários e níveis de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Estimativas 2014: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: INCA, 2013.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. A. **Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 19, n. 3, p. 467-474, 2015.

FERNANDES, N. C. et al. Monitoria acadêmica e o cuidado da pessoa com estomia: relato de experiência. REME – Revista Mineira de Enfermagem, v. 19, n. 2, p. 238-241, abr./jun., 2015. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1018>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

GARCIA, T. R. **Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 20, n. 1, p. 5-10, 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127744318001.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2017.

GIEHL, C. T. et al. **A equipe de enfermagem frente ao processo de implementação da sistematização da assistência de enfermagem**. Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde, v. 5, n. 2, p. 87-95, 2016. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/>

view/1621/pdf>. Acesso em: 25 abr. 2017.

ILHA, P. V. et al. **Intervenções no ambiente escolar utilizando a promoção da saúde como ferramenta para a melhoria do ensino**. Revista Ensaio, Belo Horizonte, MG, v. 16, n. 3, p. 35-53, set./dez., 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epec/v16n3/1983-2117-epec-16-03-00035.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2017.

LINS, M. A. et al. **Educational activity as strategy in healthy food promotion for older people**. International Journal of Development Research, v. 8, n. 6, p. 20849-20853, jun., 2018.

MITRE, S. M. et al. **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, RJ, v. 13, n. 2, p. 2133-2144, dez., 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900018>. Acesso em: 18 nov. 2018.

NÓBREGA, R. V; NÓBREGA, M. M. L; SILVA, K. L. **Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para crianças na Clínica Pediátrica de um hospital escola**. Rev Bras Enferm, Brasília, v. 64, n. 3, p. 501-10, maio. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a14.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2018.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA INTERNATIONAL). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017**. 10. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2015.

OLIVEIRA, S. K. P. de et al. **Sistematização da assistência de Enfermagem às mulheres mastectomizadas**. Cogitare Enfermagem, v. 15, n. 2, p. 319-326, abr./jun., 2010.

PEREIRA, P. J. S. et al. **Nursing diagnoses and interventions in children submitted to cochlear implantation**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 51, e03238, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016045203238>>. Acesso em: 29 ago. 2018.

RIBEIRO, V. C. da S. et al. **Papel do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família na prevenção da gravidez na adolescência**. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v. 1, n. 6, p. 1957-1975, jan./abr., 2016. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/881/1006>>. Acesso em: 21 abr. 2017.

SARMANHO, C. L. B. et al. **Estratégia lúdica no ensino de boas práticas de higiene às crianças hospitalizadas**. Interdisciplinary Journal of Health Education, Belém, PA, v. 1, n. 2, p. 144-150, jan., 2016. Disponível em: <<https://ijhe.emnuvens.com.br/ijhe/article/view/115/22>>. Acesso em: 15 fev. 2018.

SOUSA, K. A. et al. **Sentimentos de mulheres sobre as alterações causadas pela mastectomia**. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 8, n. 4, p. 5032-5038, out./dez., 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9789/21755361.2016.v8i4.5032-5038>>. Acesso em: 29 ago. 2018.

TEIXEIRA, E. **A metodologia da problematização com o arco de Maguerez: uma reflexão teórico-epistemológica – resenha**. Revista de Enfermagem da UFPI, v. 4, n. 3, p. 99-100, jul./set., 2017. Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/download/4173/pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2018.

VILLARDI, M. L.; CYRINO, E. G.; BERBEL, N. A. N. **A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos**. 1. ed. São Paulo, SP: Editora UNESP; São Paulo, SP: Cultura Acadêmica, 2015. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/dgjm7/pdf/villardi-9788579836626.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2018.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE DO SEXO MASCULINO COM CÂNCER DE MAMA

Luan Ricardo Jaques Queiroz

Graduando em enfermagem pela Universidade do Estado do Pará
Belém – Pará

Laura Caroline Ferreira Cardoso

Graduanda em enfermagem pela Universidade do Estado do Pará
Belém – Pará

Maria Carolina Oliveira de Lima Santa Rosa

Graduanda em enfermagem pela Universidade do Estado do Pará
Belém – Pará

Paula Gisely Costa Silva

Graduanda em enfermagem pela Universidade do Estado do Pará
Belém – Pará

Fernanda Cássia Santana Monteiro

Graduanda em enfermagem pela Universidade do Estado do Pará
Belém – Pará

Marluce Pereira dos Santos

Graduanda em enfermagem pela Universidade do Estado do Pará
Belém – Pará

Tatiana Menezes Noronha Panzetti

Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado do Pará e Universidade do Amazonas;
Doutoranda em Ciências da Educação e Saúde;
Docente da Universidade do Estado do Pará.
Belém – Pará

RESUMO: Em países ocidentais, o câncer de mama representa uma das principais causas de morte entre mulheres, entretanto, a neoplasia mamária masculina ainda é considerada incomum e pouco estudada, haja vista que os casos são raros, sabe-se pouco acerca do câncer de mama em homens. Assim, o enfermeiro, aplicando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), pode garantir uma assistência organizada e sistematizada ao indivíduo, focalizando na assistência individualizada, holística e a interação cliente-família. O estudo objetivou incentivar o uso de boas práticas para implementação da SAE a pacientes do sexo masculino com câncer de mama. Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, desenvolvido a partir da observação e acompanhamento de um paciente do sexo masculino com câncer de mama, durante práticas do componente curricular: enfermagem em clínica médica e cirúrgica. O conhecimento do caso despertou interesse nos autores, elaborando-se posteriormente a SAE direcionada aos homens acometidos por câncer na mama, com base nos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I. Foram elencados diagnósticos de enfermagem abrangendo aspectos físicos e psicológicos, de modo a garantir um cuidado holístico ao paciente, dentre os quais alguns dos principais foram: proteção ineficaz; ansiedade; integridade da

pele prejudicada e distúrbio na imagem corporal. Há necessidade de construir-se uma boa sistematização da assistência de enfermagem, voltada a pacientes oncológicos, visando um cuidado humanizado e holístico. Destaca-se também, a necessidade de maiores estudos relacionados ao câncer de mama em pacientes do sexo masculino, apesar das semelhanças estabelecidas com o câncer de mama na população feminina.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer; Enfermagem; Sistematização.

ABSTRACT: In Western countries, breast cancer represents one of the leading causes of death among women; however, male breast neoplasm is still considered uncommon and poorly studied, since cases are rare, little is known about breast cancer in women. Thus, the nurse, applying the Systematization of Nursing Assistance (SAE), can guarantee an organized and systematized assistance to the individual, focusing on individualized, holistic assistance and client-family interaction. The study aimed to encourage the use of good practices for the implementation of SAE in male patients with breast cancer. This is a descriptive study of the experience report, developed from the observation and follow-up of a male patient with breast cancer, during practices of the curricular component: nursing in medical and surgical clinic. The knowledge of the case aroused interest in the authors, and SAE was subsequently developed for men with breast cancer, based on the NANDA-I Nursing Diagnostics. Nursing diagnoses were included covering physical and psychological aspects, in order to guarantee a holistic care to the patient, among which some of the main ones were: ineffective protection; anxiety; impaired skin integrity and body image disorder. There is a need to build a good systematization of nursing care, aimed at cancer patients, aiming at a humanized and holistic care. It is also worth noting the need for further studies related to breast cancer in male patients, despite the similarities established with breast cancer in the female population.

KEYWORDS: Cancer; Nursing; Systematization.

1 | INTRODUÇÃO

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer é um conjunto de mais de 100 doenças que tem em comum o crescimento desordenado de células invadindo tecidos e órgãos, podendo ser muito agressivos e incontroláveis, determinando a formação de tumores que podem se espalhar por outras regiões do corpo.

Quanto as características de crescimento da célula, bem como quando ou se estas irão se dividir para formar novas células, são determinadas pelos genes e seus mecanismos reguladores. Por sua vez o câncer inicia-se em quase todos os casos por mutações ou alguma atividade anormal nesses genes que controlam o crescimento e a mitose celular. (GUYTON & HALL, 2006)

Estes genes anormais são chamados de *oncogenes*, que quando expressos em

células do indivíduo seriam capazes de provocar o aparecimento do câncer, sendo normalmente necessária a ativação de diversos *oncogenes* para que isto ocorra. Aproximadamente cerca de 20 milhões de pessoas no mundo tem câncer, sendo que há registros da ocorrência de 600 mil casos novos por ano no Brasil (BRASIL, 2015).

O câncer de mama caracteriza-se pela multiplicação desordenada de células na região da mama, este processo resulta na formação de células anormais que gerarão o tumor. A evolução do câncer pode ocorrer de várias formas resultando na existência de diversos tipos de câncer de mama. É mais comum no sexo feminino, raramente ocorre no sexo masculino; isso se deve ao fato de que as células dos ductos mamários nos homens são rudimentares e há produção inferior, em casos normais, dos hormônios que nas mulheres promovem o desenvolvimento das células da mama.

Não há uma causa específica, porém, a idade é um dos principais fatores de risco para a doença onde 4/5 casos ocorrem após os 50 anos, além de fatores ambientais, comportamentais, história reprodutiva e hormonal e hereditariedade, sendo estas condições determinantes para a ocorrência. (BRASIL, 2018)

Apesar de mais frequente, o câncer de mama não é restrito às mulheres, alguns dados refletem, apesar de rara, a ocorrência do câncer de mama em homens como no ano de 2013, onde houveram 14.388 mortes por câncer de mama sendo 181 de homens, enquanto que no ano 2016 houve 57.960 novos casos de câncer de mama, sendo destes 1% na população masculina (BRASIL, 2017).

De acordo com o INCA, quando o câncer de mama é diagnosticado precocemente aumenta a possibilidade de tratamentos menos agressivos e com taxas de sucesso satisfatórias, porém, em relação ao câncer de mama masculino, segundo Donnegan (2000), por ser raro o diagnóstico na maioria dos casos é feito tardiamente, em grau avançado da doença, resultando em um mau prognóstico e elevação da morbi – mortalidade em detrimento dos casos de câncer mamário feminino.

Segundo o Instituto Oncoguia (2017), o tratamento do câncer de mama masculino é realizado através do que se sabe acerca do câncer de mama feminino, pois, a ocorrência rara de casos em homens impede que haja estudos mais detalhados. Dessa forma, os principais tipos de tratamentos são: cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e terapia alvo.

Após a definição do tipo de tratamento, as equipes multiprofissionais das instituições atuam proporcionando assistência adequada ao paciente oncológico, com destaque para a equipe de enfermagem que possui um contato maior com o paciente e apropria-se da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para embasar suas ações e cuidados prestados.

A SAE é uma prática exclusiva do enfermeiro, que por meio de um método e estratégia de trabalho científico realiza a identificação das condições de saúde, subsidiando as condutas e instituição das ações da assistência com a finalidade de contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde do indivíduo, família e comunidade.(TANNURE E PINHEIRO, 2011)

Com base no exposto, este estudo teve como objetivo incentivar a adoção de práticas adequadas na implementação da SAE para pacientes do sexo masculino com câncer de mama, caracterizando os cuidados de acordo com o processo de enfermagem, realizado em um paciente com diagnóstico de câncer na mama, no perioperatório, em um hospital de referência em oncologia na cidade de Belém do Pará.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência que foi desenvolvido no período de março a junho de 2017, na clínica de mastologia de um hospital referência em oncologia no Estado do Pará, o mesmo deu-se a partir da observação e acompanhamento durante as práticas do componente curricular enfermagem em clínica médica e cirúrgica, de um paciente do sexo masculino com câncer de mama, o conhecimento do caso despertou interesse nos autores e a partir do mesmo buscou-se elaborar a SAE direcionada aos homens acometidos por câncer na mama.

O estudo ocorreu em três etapas, na primeira, houve o contato com um paciente do sexo masculino que desenvolveu câncer de mama, sendo o mesmo acompanhado pelos acadêmicos durante o período no hospital supracitado. Na segunda etapa, mediante o interesse dos estudantes, foi realizado levantamento de estudos na literatura que abordassem a assistência de enfermagem a indivíduos acometidos pela doença, sendo na terceira etapa, elencados diagnósticos de enfermagem mais adequados, bem como elaborado o plano de cuidados.

Os diagnósticos de enfermagem foram elencados de acordo com a taxonomia II da NANDA-I, atualizados à versão 2018-2020 e as intervenções propostas com base na Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para subsidiar a realização de uma assistência sistematizada de enfermagem, foi elaborado um plano de cuidados envolvendo diagnósticos, segundo a taxonomia de NANDA-I 2018-2020; e intervenções gerais voltadas a possíveis pacientes do sexo masculino com câncer de mama, visto que, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), permite o planejamento e execução das ações do enfermeiro de modo organizado, no período em que o cliente encontra-se sob cuidado dos profissionais (PAIVA ET AL,2016)

Entretanto, apesar das doenças oncológicas atualmente serem consideradas problemas de saúde pública, de acordo com Herr, et al. (2013); levando em conta sua elevada incidência, prevalência, mortalidade e gastos hospitalares envolvidos no tratamento e recuperação dos clientes; constatou-se a escassez de estudos voltados

à assistência de enfermagem e elaboração de um plano de cuidados, voltado aos pacientes oncológicos, especialmente homens com câncer de mama; evidenciando-se também a raridade de casos.

Nesta perspectiva, segundo Silva et al. (2015); a utilização de um instrumento científico visa garantir a qualificação do gerenciamento dos cuidados de enfermagem, planejamento de suas ações e um guia para a realização das mesmas; garantindo uma atenção holística e individualizada. Portanto, a partir dos diagnósticos de enfermagem e intervenções elencadas a seguir, busca-se o estabelecimento de uma atenção adequada ao cliente; podendo adaptá-la a sua individualidade e características biopsicossociais.

Diagnósticos	Intervenções
<p data-bbox="363 1137 836 1261">Proteção ineficaz relacionada ao câncer, caracterizada por resposta mal-adaptada ao estresse e associado ao regime de tratamento.</p>	<ul data-bbox="995 674 1461 1720" style="list-style-type: none">• Avaliar o impacto da situação do paciente sobre papéis e relacionamentos;• Avaliar a compreensão que o paciente tem do processo de doença;• Oferecer informações factuais sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico;• Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos; Encorajar o envolvimento da família, conforme apropriado;• Orientar o paciente sobre o uso de técnicas de relaxamento, conforme a necessidade;• Auxiliar o paciente a esclarecer ideias errôneas.

Medo relacionado à condição de saúde atual e ao procedimento cirúrgico, caracterizado por apreensão e aumento da pressão sanguínea.

- Usar uma abordagem calma e segura; Explicar todos os procedimentos, inclusive sensações que provavelmente o paciente terá durante o procedimento;
- Criar uma atmosfera que facilite a confiança;
- Oferecer atividades de diversão voltadas à redução da tensão;
- Encorajar o uso de recursos espirituais e culturais, se desejado.

Risco de infecção relacionado ao procedimento invasivo, associado a doença crônica.

- Discutir mudanças no modo de vida que podem ser necessárias para prevenir complicações futuras e/ou o processo de controle da doença;
- Manter as técnicas de isolamento, quando adequado;
- Limitar o número de visitas, quando adequado;
- Encorajar uma ingestão calórica adequada ao tipo de corpo e ao estilo de vida do paciente.

Integridade da pele prejudicada, relacionada ao procedimento cirúrgico, caracterizado por alteração na integridade da pele.

- Aplicar pressão manual sobre a área de sangramento ou potencial área de sangramento;
- Repor ou reforçar o curativo de pressão, conforme apropriado;
- Orientar paciente a aplicar pressão no local, quando espirrar, tossir, e assim por diante.

<p>Ansiedade, relacionada a dúvida quanto ao prognóstico da doença e possibilidade de cura, caracterizado por medo e alteração no padrão de sono.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oferecer apoio emocional para amenizar ansiedade; • Discutir com a equipe a necessidade de acompanhamento psicológico.
<p>Distúrbio no padrão de sono relacionado a ansiedade/dor; e padrão de sono não restaurador, caracterizado por insatisfação com o sono.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oferecer apoio emocional, quanto à ansiedade; • Utilizar métodos para o alívio da dor; • Administrar fármacos prescritos/ discutir a necessidade junto à equipe médica.
<p>Distúrbio na imagem corporal, relacionado a mudança na aparência em decorrência do crescimento do tumor/ perda da mama.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular e apoiar o enfrentamento; • Estimular o apoio familiar; • Estimular a participação em grupos de apoio.
<p>Dor aguda/crônica, relacionada a lesão tissular e caracterizada por comportamento expressivo/ outros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adotar estratégias para alívio da dor; • Administrar fármacos prescritos/ discutir sua necessidade junto a equipe médica.

Tabela 1 – Diagnósticos e intervenções de enfermagem, destinados ao paciente com câncer de mama.

Fonte: Elaboração dos autores, 2017.

4 | CONCLUSÃO

A prevalência de câncer no Brasil no ano de 2016 foi de 57.960 novos casos, sendo destes 1% na população masculina e estima-se a ocorrência de aproximadamente 59.000 novos casos de câncer de mama no ano de 2018.

Dessa maneira, entende-se que faz-se necessária a construção de uma boa Sistematização da Assistência de Enfermagem, voltada diretamente a pacientes oncológicos, visando um cuidado humanizado e holístico.

Além do que, destaca-se a escassez de pesquisas voltadas para essa parcela da população, haja vista que a patologia é menos frequente em indivíduos do sexo masculino, a construção e utilização de ferramentas/processos como a SAE a homens com câncer de mama, baseia-se consequentemente nos estudos voltados para as

mulheres.

Nesse sentido, os resultados deste trabalho agregam conhecimento à temática, considerando a importância da sistematização de enfermagem voltada para pacientes do sexo masculino diagnosticados com câncer de mama, contribuindo para o desenvolvimento de novos estudos na área e sendo uma importante ferramenta para o planejamento de ações em saúde.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Dia Nacional de Combate ao câncer: Estimativa 2016 - Incidência de câncer no Brasil**. 2015. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/pub/10_advocacy/Estimativas_INCA.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2018.
- BRASIL. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **O que é câncer?**. [atual. 2018]. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>>. Acesso em: 14 dez. 2018.
- BRASIL. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Tipos de Câncer: câncer de mama**. [2018 atual.]. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>>. Acesso em: 14 dez. 2018.
- BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Mama**. 2017 Disponível em:< www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home+/mama/cancer_mama >. Acesso em: 13 dez. 2018.
- DONEGAN, W. L. **Cancer of the male breast**. 3. ed. [S.l.]: J Gend Specifmed, 2000. 55 p. v. [S.V].
- GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
- HERR, G. E. [et al]. Avaliação de conhecimentos acerca da doença oncológica e práticas de cuidado com a saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n. 1, p. 33-41, 2013.
- INSTITUTO ONCOGUIA. **Tratamentos do Câncer de Mama em Homens**. 2017. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/tratamentos/3284/547/>>. Acesso em: 14 dez. 2018.
- NANDA - North American Nursing Diagnosis Association International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020. 11 ed. Porto Alegre: **Artmed**; 2018.
- BULECHEK, G. M. [et al]. Classificação das intervenções em enfermagem – NIC. 6. ed. Rio de Janeiro: **Elsevier**, 2016.
- PAIVA, A. C. P. C.; SENA, C. A.; ALVES, M. S. Construção de instrumentos para o cuidado sistematizado da enfermagem: mulheres em processo cirúrgico de mastectomia. **Enferm. Cent. O. Min**, v. 6, n. 2, p. 2282-2291, 2016.
- SILVA, J. P.; GARANHANI, M. L.; PERES, A. M. Sistematização da Assistência de Enfermagem na graduação: um olhar sob o Pensamento Complexo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 69-66, 2015.
- TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. SAE: **Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 298 p. v. [S.V].

SISTEMATIZAÇÃO DE ENFERMAGEM NO PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO E MEDIATO EM PACIENTES DE TRANSPLANTE HEPÁTICO

Werivelton Muniz da Silva

Faculdade Anhanguera Educacional, Curso de Enfermagem, São José dos Campos, SP. Pós Graduando em Saúde da Família, pela FAVENI – Faculdade Venda Nova do Imigrante

Aline Pereira de Assis Santos

Faculdade Anhanguera Educacional, Curso de Enfermagem, São José dos Campos, SP. Pós Graduanda em UTI Neonatal e Pediátrica, Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental e Enfermagem do Trabalho pela FAVENI – Faculdade Venda Nova do Imigrante

Gislaine Teixeira da Silva

Faculdade Anhanguera Educacional, Curso de Enfermagem, Mestre em Psicogerontologia, São José dos Campos, SP

Danilo Moreira Pereira

Faculdade Anhanguera Educacional, Curso de Enfermagem, Mestre em Psicogerontologia, São José dos Campos, SP

Gisélia Maria Cabral de Oliveira

Faculdade Anhanguera Educacional, Curso de Enfermagem, Mestre em Educação nas Profissões da Saúde, São José dos Campos, SP

Maria Helena Mota e Mota

Faculdade Anhanguera Educacional, Graduanda do Curso de Enfermagem, São José dos Campos, SP

Camila Maria Costa

Faculdade Anhanguera Educacional, Curso de Enfermagem, São José dos Campos, SP.

Bruno Alves Bezerra

Universidade do Vale do Paraíba, Curso de

Enfermagem, MBA em Auditoria em Saúde, Pós Graduado UTI e Urgência e Emergência

RESUMO: Este trabalho, de revisão bibliográfica visa encontrar problemas vivenciados por enfermeiros responsáveis pela equipe de enfermagem que atua e presta serviços/cuidados a pacientes transplantados de fígado, no pós-operatório imediato e mediato, no período que se encontram na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e na clínica médica/cirúrgica. Pretende-se entender a dinâmica do procedimento cirúrgico para que, compreendendo a complexidade deste, o profissional possa desenvolver a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) adequada, de acordo com a necessidade do paciente pós-transplantado hepático, voltada para o cuidado individualizado, através de conhecimentos científicos, embasado na literatura, pois se percebe a necessidade de trabalhar a qualidade diagnóstica encontrada nos relatos descritos em processo de enfermagem. Conclui-se que um transplante quando bem sucedido permite que o paciente volte as suas atividades rotineiras e profissionais, porém torná-lo apto para o trabalho, deve ser visto como um dos objetivos de quando se propõem esse tipo de transplante. Para um melhor resultado à volta a rotina, a equipe de transplante pode elaborar programas de apoio

social e psicológico que os ajudaria a alcançar a reabilitação, programas a serem elaborados com base nas dificuldades encontradas pelos pacientes transplantados.

PALAVRAS-CHAVE:Transplante Hepático; Fígado; Processo de Enfermagem; Período Pós-Operatório.

ABSTRACT: This literature review aims at finding problems experienced by nurses responsible for the nursing team that provides care and services to liver transplant patients in the immediate and medium postoperative period in the Intensive Care Unit (ICU) and in the medical / surgical clinic. It is intended to understand the dynamics of the surgical procedure so that, understanding the complexity of this, the professional can develop the appropriate Systematization of Nursing Assistance (SAE), according to the need of the post-transplanted hepatic patient, focused on individualized care, through scientific knowledge, based on the literature, because it is perceived the need to work the diagnostic quality found in the reports described in the nursing process. It is concluded that when a successful transplant allows the patient to return to his routine and professional activities, but to make him fit for work, it should be seen as one of the objectives of this type of transplantation. For a better return to the routine, the transplant team can devise social and psychological support programs that would help them achieve rehabilitation programs to be developed based on the difficulties encountered by transplant patients.

KEYWORDS:Liver Transplantation; Liver; Nursing Process; Post-Operative Period.

1 | INTRODUÇÃO

Após o transplante de fígado o receptor passa suas primeiras 24 horas em uma UTI, o que corresponde ao pós-operatório imediato, período que é caracterizado por uma demanda de cuidados peculiares, e a alterações multissistêmicas decorrentes das hepatopatias e da ausência de função hepática. Passado 24 horas após a cirurgia até 7 dias depois do transplante realizado, o paciente segue em pós-operatório imediato internado em clínica cirúrgica aos cuidados de uma equipe multiprofissional (BORGES et al., 2012).

Um transplante de fígado pode trazer uma série de complicações para o receptor, entre as complicações mais frequentes e inerentes a este procedimento são: as hemorragias, trombozes das anastomoses vasculares, infecções decorrentes da imunossupressão (medicamentos para evitar a rejeição), complicações renais e a mais temida que seja a rejeição do fígado doado pelo organismo do paciente receptor (MINTER; DOHERT, 2012).

É papel do profissional Enfermeiro trabalhar junto de sua equipe para evitar possíveis complicações, utilizando-se da SAE para dar continuidade no processo de enfermagem que é constituído de coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação que focam no cuidado individualizado,

tornando todo processo dinâmico nas ações, visando a assistência de excelência ao paciente em todo seu bem-estar. (MENDES; GALVÃO, 2008).

Existe uma grande possibilidade de sucesso no transplante quando há uma qualidade na assistência prestada ao paciente, envolvendo toda a equipe e principalmente o Enfermeiro, que tem como competência, informar e orientar toda sua equipe, sobre cuidados para com o procedimento, validar e aperfeiçoar técnicas inerentes à profissão, visar sempre à melhoria contínua em práticas e cuidados, uma prevenção no pós-operatório das possíveis complicações (MENDES et al., 2013).

Pretende-se com este estudo despertar interesse nos profissionais Enfermeiros para que possam se qualificar, e dessa forma, estarem aptos para encontrar diagnósticos e possíveis intervenções de enfermagem nessa fase do pós-operatório, alcançando os resultados esperados no cuidado prescrito, fazendo com que a equipe compreenda que para melhor continuidade do cuidado prestado, deve-se no dia a dia promover assistência que auxilie na construção dos diagnósticos de enfermagem em pacientes no pós-operatório de transplante hepático (MENDES et al., 2013).

2 | MATERIAL E MÉTODOS

Anatureza da pesquisa arte de uma revisão bibliográfica, tendo como fontes, artigos científicos, disponíveis nos bancos de dados eletrônicos: SCIELO (Scientific Electronic Library Online), PUBMED e LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde).

Realizou-se cruzamento dos descritores: Transplante Hepático; Fígado; Processo de Enfermagem; Período Pós-Operatório. Incluímos e consideramos os artigos que demonstraram essa realidade.

Foram selecionados 20 artigos referentes ao tema proposto, no período do ano 2008 a 2017, sendo excluídos deste estudo: As teses, as dissertações, os manuais e resumos, além de artigos em outros idiomas e que não atendiam o critério de inclusão.

Portanto, 07 artigos foram selecionados para o estudo, pois estavam no critério de inclusão que era evidenciar no seu resumo e no texto completo, os cuidados de enfermagem no pós-operatório imediato e mediato no processo de enfermagem de pacientes submetidos a um transplante hepático.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

LISTA DOS ARTIGOS UTILIZADOS		
AUTORES	TÍTULO	ANO DE PUBLICAÇÃO

BORGES, M.C et.al	Desvendando o cuidado de enfermagem ao paciente transplantado hepático em uma Unidade de Terapia Intensiva	2012
CHEEVER, K. H; HINKLE, J. L.	Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.	2015
MENDES, K. S et al.	Intervenção educativa para candidatos ao transplante de fígado	2013
MENDES, K. S; GALVÃO, C.M	Transplante de fígado: evidências para o cuidado de enfermagem	2008
MENDONÇA, A. E. O et al.	Atuação do enfermeiro nas organizações de procura de órgãos para transplante	2013
MINTER, R. M; DOHERT, G. M	CURRENT Cirurgia – Procedimentos	2012
SOUSA, D. P; GUIMARÃES, C. M	Doação de Órgãos Intervivos: Atuação do Enfermeiro	2014

Tabela 1: Lista dos artigos conforme título, autores e ano de publicação.

Fonte: o Autor.

O presente estudo teve como intuito, analisar e apontar problemas vivenciados pelos Enfermeiros que são responsáveis diretamente por uma equipe de enfermagem que atua e presta cuidados a pacientes transplantados de fígado, com foco no pós-operatório imediato e mediato, proporcionando aos mesmos identificar possíveis complicações que possam surgir no decorrer do processo. Fazer toda equipe compreender que a rotina do dia a dia e a sobrecarga de tarefas não podem interferir na inclusão da SAE e atentar para que seja rigorosamente seguida e executada, principalmente no referido assunto, uma vez que a promoção a saúde e a reabilitação desses pacientes se dão de forma gradativa, respeitando cada indivíduo no seu tempo, deve ser o foco do trabalho do Enfermeiro.

Sousa; Guimarães (2014) defende a ideia de que a SAE, quando implantada, deve seguir uma linha de cuidados específicos e de raciocínio crítico, organizada e desenvolvida com base no Processo de Enfermagem (PE). Tal metodologia deve ser construída com o objetivo de ser um instrumento fundamental e de importância para que o Enfermeiro possa gerenciar e aperfeiçoar a assistência prestada, de forma organizada, segura, dinâmica e de qualidade, com foco no cuidado científico. A implantação e utilização de modelos teóricos adequados de SAE possa ser talvez o único instrumento seguro, capaz de gerir gastos, cuidados, aplicados de forma paralelos dando bons resultados e principalmente, promovendo uma assistência de qualidade e uma eficaz recuperação.

Mendes et al. (2013) com uma linha de raciocínio voltada para o pós-operatório tardio afirma com base em estudos que, existe uma grande possibilidade de sucesso no transplante quando há uma qualidade na assistência prestada ao paciente, envolvendo toda a equipe e principalmente o Enfermeiro, que tem como competência, informar e orientar toda sua equipe, sobre cuidados para com o procedimento, validar

e aperfeiçoar técnicas inerentes a profissão, visando sempre a melhoria contínua em práticas e cuidados, uma prevenção no pós-operatório das possíveis complicações.

Mendonça et al. (2013) destaca que o número de transplante hepático vem crescendo no Brasil, intensificando também o papel do Enfermeiro junto ao paciente no pós-operatório, com os diagnósticos coesos, possibilitando averiguar cada diagnóstico de acordo com cada paciente, trabalhando para que os diagnósticos encontrados sejam construídos através de sustentação científica e individualizada, para que através de uma proposta de prescrição coerente ao quadro clínico do paciente, possa prepará-lo com segurança para que haja sucesso em sua reinserção à vida social, uma vez que o cuidado de um profissional vai além do ambiente intra-hospitalar. Cabe ao profissional Enfermeiro a orientação sobre cuidados como, por exemplo, a forma correta de se alimentar, a importância do regime terapêutico e até mesmo a observar possíveis sinais que possam indicar algum tipo de problema com o enxerto hepático.

É do Enfermeiro também o papel de conduzir e orientar adequadamente, baseado nos diagnósticos encontrados, a equipe de enfermagem, pois nessa fase, rápidas modificações ocorrem nas funções hepáticas, permitindo, por exemplo, um diagnóstico de risco, tornar-se diagnóstico real, e cabe ao Enfermeiro intervir, para evitar possíveis complicações (MENDES et al., 2013).

Cheever; Hinkle (2015) são categóricos ao afirmarem que de encontro às necessidades de aprendizado e desenvolvimento de conhecimentos científicos colocando-os em prática no dia a dia, espera-se um estudo capaz de gerir e organizar as necessidades sofridas pelos Enfermeiros, reconhecendo erros, e, dessa forma introduzir no dia a dia dos profissionais de enfermagem, fazendo-os entender a importância da prescrição de enfermagem baseada na literatura específica, assegurando que seja aplicado no dia a dia, buscando resultados positivos, assegurando o bem estar do paciente no pós-operatório de forma contínua entre todas as equipes que prestam o cuidado de enfermagem.

4 | CONCLUSÃO

Ao término da revisão literária podemos evidenciar a necessidade de novas pesquisas de campo, onde poderão ser apontados problemas ou falhas no processo da equipe de enfermagem de um transplante hepático. Identificar e pontuar possíveis falhas no processo do cuidado, para corrigir essas falhas, ou melhorar os atendimentos prestados a pacientes no pós-operatório imediato e mediato de transplante.

Assegurar a melhoria contínua do processo, sobretudo no âmbito hospitalar, onde podemos sistematizar este paciente e envolver a família, inserindo-os no processo como parte fundamental, onde eles serão a base para uma boa recuperação, uma vez que o pós-operatório tardio de um transplante hepático é complexo e extenso, extenso não por alguns dias ou meses e sim extenso por anos, quando não por todo resto de

vida do paciente.

Com novas rotinas, novos hábitos, que só serão possíveis ser seguidos com êxtase, se a família estiver envolvida no processo, e em muitos casos a família acaba se entregando por completo, até mesmo uma entrega maior que a do próprio cliente. Dessa forma, devolver o paciente a sociedade fazendo com que sua vida volte ao mais próximo da rotina anterior ao procedimento.

O profissional Enfermeiro é de extrema importância em todos os processos, desde a captação do órgão, a admissão deste paciente, que na maioria das vezes chega ao ambiente hospitalar cheio de dúvidas referente ao procedimento, ainda que já tenha obtido esclarecimentos durante o processo de espera do órgão. A importância do Enfermeiro também se vê no decorrer do processo, para a efetividade de uma sistematização de qualidade, e com os familiares nas orientações dos cuidados.

Evidente sempre que seja pautado no conhecimento científico onde o profissional Enfermeiro deve buscar suas referências de melhoria contínua do processo, sendo qualificado a tal modo, que transpareça segurança ao paciente e a família, demonstrando e sendo um refúgio seguro para família e paciente durante toda internação, surtindo efeito positivo no pós-operatório imediato e mediato, estendendo-se no pós-operatório tardio, sendo o profissional mais próximo do paciente a assegurar o sucesso do transplante hepático.

REFERÊNCIAS

BORGES, M. C. L. A et al. **Desvelando o cuidado de enfermagem ao paciente transplantado hepático em uma unidade de terapia intensiva.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 16, n. 4, p. 754-760, 2012.

CHEEVER, K. H; HINKLE, J. L. Brunner&Suddarth: **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. vol. I e II.

MENDES, K. D. S et al. **Intervenção educativa para candidatos ao transplante de fígado.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 21, n. 1, p. 419-425, 2013.

MENDES, K. D. S; GALVÃO, C. M. **Transplante de fígado: evidências para o cuidado de enfermagem.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 16, n. 5, p. 915-922, 2008.

MENDONÇA, A. E. O et al. **Atuação do enfermeiro nas organizações de procura de órgãos para transplante.** Revista de enfermagem UFPE online-ISSN: 1981-8963, v. 7, n. 9, p. 5765-5773. 2013.

MINTER, R. M; DOHERT, G. M. CURRENT **Cirurgia – Procedimentos (LANGE).** Cirurgia Geral. 2012. Porto Alegre – RS. Editora: MCGRAW-HILL BRASIL.

SOUSA, D. P; GUIMARÃES, C. M. **Doação de órgãos intervivos: atuação do enfermeiro.** Estudos 41, p. 165-181. 2014.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM EM CRIANÇA EM CUIDADOS PALIATIVOS POR MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA CEREBRAIS (MAV'S)

Yasmim Gonçalves dos Santos Silva

Universidade Federal do Maranhão – UFMA
São Luís – Maranhão

Vanessa Nunes Vasconcelos

Universidade Federal do Maranhão – UFMA
São Luís – Maranhão

Ronaldo Silva Junior

Universidade Federal do Maranhão – UFMA
e Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia do Maranhão – IFMA
São Luís – Maranhão

Ana Lídia Santos de Oliveira

Universidade Federal do Maranhão – UFMA
São Luís – Maranhão

Maria Elizabeth Durans Silva

Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão –
SES/MA
São Luís – Maranhão

Rafael Luiz da Rocha Junior

Universidade Federal do Maranhão – UFMA
São Luís – Maranhão

RESUMO: O estudo aqui apresentado foi construído com base na assistência de enfermagem ao paciente com malformação arteriovenosa cerebrais e em pesquisa bibliográfica, com o objetivo de analisar a sistematização de enfermagem no ambiente de internação hospitalar. O referente estudo visa aplicar a Sistematização da Assistência

de Enfermagem em uma criança em cuidados paliativos, internada no Hospital Universitário da UFMA Unidade Materno – Infantil, utilizando a taxonomia NANDA-NIC-NOC. Com a investigação apontou-se os diversos olhares e funções, ressaltando a importância que todos na equipe multiprofissional tem suas atribuições nos cuidados paliativos pediátricos e que como o enfermeiro geralmente é o profissional com o maior contato com o paciente, ele tem papel primordial, podendo trabalhar principalmente com conforto do paciente. É essencial que além da criança, a equipe deve voltar-se para o cuidador, uma vez que no CP o alvo é a atenção ao binômio paciente- família. No caso o cuidador na maioria das vezes são os pais, responsabilizados pela criança em situação de dependência, frequentemente, abdicando da própria vida. Por fim, após levantamentos dos resultados esperados e intervenções de Enfermagem ao caso concreto, constatou-se que a sistematização da assistência de enfermagem converge no intuito de facilitar a recuperação da saúde da criança, aumentando o seu conforto e tendo um prognóstico satisfatório, positivo.

PALAVRAS-CHAVE: Sistematização; Enfermagem; Criança; Paliativos.

ABSTRACT: The present study was based on nursing care for the patient with poor venous

arteriovenous formation and on a bibliographical research, with the objective of analyzing the nursing systematization in the hospital admission environment. The aim of this study is to apply the Systematization of Nursing Care in a child in palliative care, hospitalized at the University Hospital of UFMA Maternal and Child Unit, using the NANDA - NIC - NOC taxonomy. The investigation pointed out the different views and functions, emphasizing the importance that everyone in the multiprofessional team has its attributions in pediatric palliative care and that as the nurse is usually the professional with the greatest contact with the patient, it has a primordial role and can work primarily with patient comfort. It is essential that in addition to the child, the team should turn to the caregiver, since in the CP the target is attention to the binomial patient-family. In the case the caregiver is most often the parents, responsible for the child in a situation of dependency, often giving up life itself. Finally, after surveys of the expected results and nursing interventions to the specific case, it was found that the systematization of nursing assistance converges with the purpose of facilitating the recovery of the child's health, increasing their comfort and having a satisfactory and positive prognosis.

KEYWORDS: Systematization; Nursing; Kid; Palliative.

1 | INTRODUÇÃO

As malformações arteriovenosas cerebrais (MAV's) são lesões vasculares complexas, nas quais o sangue arterial flui directamente para a rede venosa, através de fístulas. A hemorragia cerebral é a apresentação sintomática mais comum, podendo causar déficits neurológicos ou óbito. Outros sintomas são: déficit motor, cefaléia intensa e convulsões. O seu diagnóstico pode ser feito por exames de imagem, porém o diagnóstico acidental é o mais frequente (SCHINZAR; SANTOS, 2014).

Atualmente há três opções principais de tratamento, com microcirurgia, radiocirurgia estereotáxica e terapia endovascular, usadas com sucesso em diferentes combinações. Quanto antes a doença for identificada, menores serão as chances de ocorrerem sequelas graves ou mesmo morte (SCHINZAR; SANTOS, 2014).

O conceito de cuidados paliativos foi idealizado por Cicely Saunders, no movimento *hospice*, como a filosofia do cuidado à pessoa que está morrendo, com o objetivo de aliviar o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com a finalidade exclusiva de cuidar (FREITAS; PEREIRA, 2013).

Entretanto, hoje temos a noção que os cuidados paliativos não se aplica apenas as pessoas que estão fora de alcances terapêuticos, devendo ser iniciado o mais precocemente possível, concomitantemente ao tratamento curativo, utilizando-se todos os esforços necessários para melhor compreensão e controle dos sintomas (OMS, 2007).

Na Pediatria, os cuidados paliativos são os que previnem, identificam e tratam as crianças que sofrem com patologias crônicas, progressivas e avançadas. Busca também tratar seus familiares e equipes que os atendem (SBP, 2016). Tais cuidados

são individualizados àquela criança, sendo sempre ajustado pelos valores e desejos da família da criança, devendo ser aplicado também de maneira progressiva, acompanhando a progressão da doença e seu tratamento (SBP, 2017).

Diversas são as abordagens terapêuticas e intervenções que focam nas dimensões do ser humano- física, psicológica, psicossocial e espiritual, tornando a criança um ser completo, visto holisticamente pela equipe, tornando-se o centro da atenção e assim preserva-se a sua dignidade, além de aliviar a sua dor e sofrimento, a fim de valorizar a vida até o último momento (ANCP, 2012).

Assim, os CPP devem estar voltados as necessidades e preferências da criança e da família, devendo a equipe facilitar a comunicação entre todos os envolvidos, além de antecipar sempre problemas e soluções, dando oportunidade para que a família exerça o seu direito de escolha. Deve ser lembrado ainda que não existe escolha certa e sim a adequada para cada situação (ANCP, 2012).

Além da criança a equipe deve voltar-se para o cuidador, uma vez que no CP o alvo é a atenção ao binômio paciente- família. No caso o cuidador na maioria das vezes são os pais, responsabilizados pela criança em situação de dependência, frequentemente, abdicando da própria vida (MOREIRA et al, 2017).

Por ultimo é importante ressaltar que todos na equipe multiprofissional tem suas atribuições nos cuidados paliativos pediátricos e que como o enfermeiro geralmente é o profissional com o maior contato com o paciente, ele tem papel primordial, podendo trabalhar principalmente com conforto do paciente, controlando a dor, implementando medidas de repouso como cabeceira do leito elevada ou baixada, música, presença de determinada pessoa ou objeto, dentre outros, planejando ações a longo prazo (CARMO E OLIVEIRA, 2015).

2 | OBJETIVOS

O referente estudo visa aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma criança em cuidados paliativos, internada no Hospital Universitário da UFMA Unidade Materno – Infantil, utilizando a taxonomia NANDA-NIC-NOC, além de identificar e atender as Necessidades Humanas básicas afetadas, através da oferta de técnicas utilizadas nos cuidados paliativos; Implementar a Assistência de Enfermagem utilizando o Processo de Enfermagem e; Levantar os resultados esperados e intervenções de Enfermagem no intuito facilitar a recuperação da saúde da criança e aumentar o seu conforto.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, do tipo, estudo de caso, utilizando a taxonomia de NANDA, NIC e NOC, para traçar resultados e intervenções, sendo

fundamentado no Processo de Enfermagem de Wanda de Aguiar Horta, no que tange a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Foi realizado no período de Novembro de 2018, na Ala E do Hospital Universitário Materno Infantil (HUMI), por acadêmicos do 9º período do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, durante o estágio curricular obrigatório de Saúde da criança e do adolescente.

Para a coleta de dados foi utilizado os instrumentos do HUMI, contando que consta da Entrevista de Enfermagem, do Exame Físico, da observação e do registro das informações. Através deste instrumento foi possível levantar Histórico de Enfermagem e o exame físico, diagnósticos de enfermagem, intervenções, resultados e evolução dos diagnósticos de enfermagem.

Na construção dos Diagnósticos de Enfermagem, foi utilizado o livro Diagnósticos de Enfermagem da Nanda 2017-2018, para a identificação das necessidades básicas afetadas, logo depois, a Classificação dos Resultados de Enfermagem esperados e a Classificação das Intervenções de Enfermagem.

As Evoluções de Enfermagem foram realizadas diariamente, para ser relatado possíveis alterações que ocorrem no ser humano, sob a assistência profissional, avaliando a resposta da assistência realizada.

4 | DISCUSSÃO DE CASO CLÍNICO DE ENFERMAGEM

Criança, 11 anos, 37 kg, acompanhada da Mãe que referiu que na manhã do dia 28/08 que a criança queixou-se de cefaleia intensa, seguido de RNC, foi atendida no hospital de Cantanhede-MA e encaminhada para o Hospital da Criança (HC), apresentando no trajeto várias crises convulsivas. Foi admitida no HC evoluindo com hipertensão, agitação, movimentos involuntários, precisando então ser entubada e sedada. Realizou TC de crânio onde foi verificado sangramento (MAV). Foi encaminhada para o Hospital Materno Infantil, onde passou por cirurgia de craniectomia descompressiva (AVCH temporo-parietal). Na UTI, fez dois protocolos para ME, sendo os dois primeiros testes positivos. Criança se encontra no 64º DIH (39º dias de UTI pediátrica), em coma vigil, sendo acompanhada pela equipe de cuidados paliativos. Em uso de GTT e TQT. Atualmente sem sedação, sono e repouso preservado, eliminações vesicais e intestinais diárias presentes e espontânea em fralda de cor e odor característicos. Apresenta lesão por pressão estágio II na região occipital.

Os achados no Histórico de Enfermagem são:

- NECESSIDADES PSICBIOLÓGICAS – OXIGENAÇÃO:

Tórax elíptico, simétrico, eupnéico, sem uso de musculatura acessória, FR: 19 irpm, ventilação espontânea, murmúrios vesiculares presentes em ambos os lados, sem ruídos adventícios, som claro pulmonar à percussão, em uso de TQT em ventilação espontânea, pouco secretiva.

- **HIDRATAÇÃO/NUTRIÇÃO/ELIMINAÇÃO/REGULAÇÃO:** Turgor cutâneo diminuído, sem edemas, mucosas úmidas e hipocorada (+/4+), dieta via GTT Nutrini Max- 250ml de 3/3h. Abdome plano, flácido, depressível, cicatriz umbilical centralizada, normotimpânico, normotenso, sem peristalse visível. RHA presentes, indolor à palpação superficial e profunda. Não palpado visceromegalias ou massas. Eliminações intestinais presentes em fralda ,1 x ao dia, pastosa, amarronzada, odor característico. Diurese espontânea, em fralda +ou- 4 x ao dia, amarelo claro, odor característico, límpida. Nega alterações esfinterianas.

- **REGULAÇÃO NEUROLÓGICA/ EXERCÍCIO E ATIVIDADE FÍSICA/ MOBILIDADE/ SONO E REPOUSO/ MECÂNICA CORPORAL/ LOCOMOÇÃO:** Glasgow 8, em coma vigil, abertura ocular presente, pupilas isocóricas e foto reagentes, sono regular preservado, hipotonia global, responde com expressão facial de dor a estímulo na região plantar, restrito ao leito, sem edemas, pulsos periféricos normo amplos, perfusão periférica < 2s.

- **CARDIOVASCULAR:** Bulhas normofonéticas, ritmo cardíaco regular, em 2T, sem sopros. Pulsos arteriais simétricos e cheios, FC: 120 bpm.

- **CUIDADO CORPORAL/ INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO MUCOSA/ SEGURANÇA FÍSICA:** Higiene corporal satisfatória, no leito. Higiene bucal satisfatória, 3x ao dia, couro cabeludo limpo, sem pediculose, Fo de Craniectomia em região têmporo-parietal, limpo e seco. Lesão por pressão em região occipital estagio II diâmetro de 5cm, com presença de secreção serosa em média quantidade no centro da lesão, presença de tecido de granulação nas bordas da lesão. Face hipocorada +/4+, hidratada, anictérico, unhas curtas e limpas. AVP em MSD, sorolizado. risco de úlcera por pressão (BRADEN - 13 pontos); risco de flebite.

- **REGULAÇÃO HORMONAL/ CRESIMENTO CELULAR/ SEXUALIDADE:** Peso: 37g; Altura: 1,60 m; IMC: 14,5 – Magreza leve; IMC inadequado para a idade. Genitália compatível com o sexo e idade. Desenvolvimento puberal: M2 /P1.

- **REGULAÇÃO IMUNOLÓGICA:** Nega alergias, doenças imunossupressoras, autoimunes. esquema vacinal da infância segundo relato da mãe, porém não apresentou a caderneta de vacina da criança.

- **REGULAÇÃO TÉRMICA:** Afebril TAX: 36,4 °C.

- **DOR:** Localiza estímulo doloroso, com fácies de dor. Sempre à estimulação da região plantar e troca de curativo de lesão por pressão em região occipital.

- **NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS:** Mora com pai e mãe, possui como rede de apoio a mãe e Pai. Mãe e Pai possui conhecimento sobre a doença e terapêutica, porém Mãe demonstra preocupação quanto ao estado de saúde da paciente, tem resistência em confiar os cuidados a equipe de saúde, demonstra cansaço físico, mental e estresse. Criança hígida brincava com os amigos, frequentava a escola e a igreja com os pais. A casa em que reside é de alvenaria, 6 cômodos, água encanada, energia elétrica, coleta de lixo e fossa séptica, renda familiar: 2 salários mínimos.

- **DINI:** 28 pontos (Cuidados Semi Intensivos); HUMPTY DUMPTY – 16 pontos

(alto risco); BRADEN Q – 13 pontos (Alto risco); Risco de flebite – Presente.

- **EXAMES: laboratoriais: (18/09):** PCR-3,99 mg/dl / SÓDIO 130 mmol/L / URÉIA 38mg/dl/ MAG 1,7 mg/dl / CREAT 0,31 mg/dl / LEUC 8.096 p/mm3 / NEUT 5.586 (69%)/ LINF 1.783 (22%) /MONO 566 (7%) /EOSI 161/ ERIT 3,843 / HB 11,12 / HT 31,63/ PT 230.300; **(09/11):** HB 12,63/ HT 37,41/ERITRO 4,0/ PLA 140000/ LEUCO 9103/ NEUTRO 94%/ ALBUMINA 3,7/ CALCIO IONICO 1,24/ FOSFORO 4,0/ MAGNÉSICO 1,7/ K 3,6/ PCR 2,53/ NA 137.

Diagnósticos	Resultados Esperados	Intervenções/Prescrição de Enfermagem
<p>Mobilidade física prejudicada caracterizada por desconforto, dispneia ao esforço e instabilidade postural relacionado a prejuízo neuro muscular.</p>	<p>Equilíbrio: postura em desvio grave da variação normal (1) / Aumentar para desvio moderado da variação normal (3);</p> <p>Estado de conforto: físico – posição confortável em desvio grave da variação normal (1) / Aumentar para desvio moderado da variação normal (3);</p> <p>Estado de conforto: físico – dificuldade respiratória em desvio grave da variação normal (1) / Aumentar para desvio moderado da variação normal (3);</p>	<p>Posicionamento Utilizar um colchão apropriado – CONTÍNUO;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar o estado de oxigenação – A CADA DUAS HORAS; • Minimizar o atrito e forças de cisalhamento durante o posicionamento e posição do paciente – ATENÇÃO; • Girar utilizando técnica da rolagem de tronco – ATENÇÃO; • Orientar a família como fazer e explicar a mudança de decúbito – ATENÇÃO; • Virar o paciente imobilizado – A CADA 2 HORAS. <p>Controle do ambiente: conforto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar a causa do desconforto como curativos molhados, posicionamento dos tubos, curativos apertados, roupa de cama com cisalhamentos – ATENÇÃO; • Evitar exposições desnecessárias a correntes de ar, calor extremo ou friagem – ATENÇÃO; • Posicionar paciente para facilitar conforto, utilizando apoio com coxins, travesseiro – CONTÍNUO; • Monitorar a pele quanto a sinais de pressão ou irritação, especialmente proeminências ósseas – 1 vez ao dia. <p>Monitoração Neurológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar o tamanho da pupila, forma, simetria e reatividade – 1 vez ao dia; • Monitorar a tendência da Escala de Coma de Glasgow – 1 vez ao dia; • Monitorar sinais vitais – 6 em 6 hrs; • Monitorar resposta a estímulos táteis – DIARIAMENTE; • Monitorar padrão respiratório, padrão, profundidade, taxa, esforço e oximetria de pulso – 6 em 6 horas.

<p>Integridade Tissular prejudicada caracterizado por dano tecidual relacionado a mobilidade prejudicada.</p>	<p>Integridade tissular: pele e mucosas – Leões na pele em desvio substancial da variação normal (2) / Aumentar para sem desvio da variação normal (5).</p>	<p>Cuidados com Úlcera por pressão</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar cor, temperatura, edema, umidade da pele – DIARIAMENTE; • Descrever características da LP: tamanho, localização, exsudato, tecido de granulação ou necrótico e epiteliação – A CADA TROCA DE CURATIVO; • Notar as características de qualquer drenagem – ATENÇÃO; • Aplicar papaína em pó quando prescrito pela estomaterapeuta – ATENÇÃO; • Monitorar o estado nutricional – CONTINÚO; • Realizar curativo oclusivo com técnica asséptica -1x ao dia; • Observar e monitorar sinais e sintomas de infecções – CONTINUO. <p>Prevenção de Úlceras por pressão</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar placa de hidrocolóide em proeminências ósseas para evitar nova lesão de pele, quando necessário – ATENÇÃO; • Fazer avaliação de risco escala de Braden – DIARIAMENTE; • Inspeccionar a pele sobre proeminências ósseas e outros pontos de pressão – ATENÇÃO; • Fazer hidratação da pele após o banho – DIARIAMENTE; • Aplicar protetores nos calcanhares e cotovelos quando necessário – ATENÇÃO.
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Tensão do papel de cuidador caracterizado por apreensão quanto a saúde futura do receptor de cuidados/impaciência relacionado a insuficiência de descanso do cuidador.</p>	<p>Estressores do Cuidador: estressores relacionados na prestação de cuidados em desvio grave da variação normal (1) / Aumentar para desvio moderado da variação (3);</p> <p>Resistência no papel do cuidador -Providencia de folga ao cuidador não adequado (1) / Aumentar para moderadamente adequado (3).</p> <p>Estado de conforto: Psicoespiritual – estresse em desvio substancial da variação normal (2) / Aumentar para desvio moderado da variação normal (3).</p>	<p>Apoio ao cuidador</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer a manifestação de emoção negativa e dificuldades do papel do cuidador – ATENÇÃO; • Fazer declarações positivas quanto ao esforço do cuidador – CONTÍNUO; • Monitorar o surgimento de indicadores de estresse – ATENÇÃO; • Apoiar o cuidador no estabelecimento de limites e nos cuidados consigo mesmo – CONTÍNUO; • Fornecer encorajamento ao cuidador durante os momentos de contratempo do paciente; • Identificar recursos por meio dos quais o cuidador pode tirar folga – ATENÇÃO. <p>Aconselhamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança – CONTÍNUO; • Demonstrar empatia, cordialidade e autenticidade – CONTÍNUO; • Fornecer privacidade e garantir confidencialidade – CONTÍNUO; • Encorajar expressão de sentimentos – CONTÍNUO; • Auxiliar a identificar o problema ou situação que esta causando angustia – ATENÇÃO; • Auxiliar a listar e priorizar as alternativas de solução para o problema – ATENÇÃO; • Desencorajar a tomada de decisão quando estiver sob forte estresse – ATENÇÃO. <p>Mobilização familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser um ouvinte para os familiares – CONTÍNUO; • Identificar forças e recursos dentro da família – CONTÍNUO; • Fornecer informações frequentemente a família para ajudá-la a identificar as limitações, o progresso e as implicações para o cuidado do paciente – CONTÍNUO; • Promover a tomada de decisão mútua com os familiares relacionada ao plano de cuidado do paciente – CONTÍNUO.
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Risco de infecção evidenciado por alteração na integridade da pele e procedimentos invasivos referentes a GTT E TQT.</p>	<p>Risco de infecção – manter em risco;</p> <p>Integridade Tissular: Pele e Mucosas – integridade tecidual na pele em moderadamente comprometido (3) aumentar para suavemente comprometido adequada (4);</p> <p>Eritema em substancialmente comprometido (1) aumentar para levemente comprometido (4).</p>	<p>Identificação de risco</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementar atividades de redução de risco – ATENÇÃO; • Planejar o acompanhamento de longo prazo estratégias e atividades de redução de risco – ATENÇÃO; • Orientar a família quando as atividades e monitoração de redução de risco através dos cuidados com dispositivos e identificação de sinais de infecção – ATENÇÃO; • Realizar diariamente a escala de classificação de risco. <p>Controle de infecção</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos antes e depois da atividade de atendimento ao paciente – CONTÍNUO; • Usar luvas estéreis conforme apropriado; • Ensinar a família respeito do sinais e sintomas de infecção e quando os notificar ao profissional de saúde – ATENÇÃO. <p>Cuidados com GTT E TQT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar o tecido de cicatrização do estoma e a adaptação ao equipamento da ostomia (GTT) – ATENÇÃO; <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Realizar curativo oclusivo em óstios de GTT na técnica estéril – 1x ao dia; <input type="checkbox"/> Orientar paciente a família sobre os cuidados com GTT E TQT– ATENÇÃO; <input type="checkbox"/> Assegurar-se quanto ao funcionamento e posicionamento correto dos dispositivos – ATENÇÃO. <p>Controle de vias aéreas</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Remover secreções através da aspiração – ATENÇÃO; <input type="checkbox"/> Realizar a limpeza asséptica do dispositivo externo da TQT – 1 vez ao dia.
<p>Comunicação verbal prejudicada caracterizada por desorientação em tempo e espaço, incapacidade de usar expressões corporais e faciais relacionado a prejuízo no sistema nervoso central.</p>	<p>Concentração: Responde a estímulos visuais – gravemente comprometido (1) aumentar para levemente comprometido (4);</p> <p>Responde a estímulos auditivos – gravemente comprometido (1) aumentar para levemente comprometido (4);</p> <p>Comunicação recepção: Interpretação de figuras e desenhos gravemente comprometido (1) aumentar para moderadamente comprometido (4);</p> <p>Comunicação verbal: Expressão – Uso de linguagem de sinais – Gravemente comprometido (1) aumentar para levemente comprometido (4).</p>	<p>Controle da Demência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluir familiares no planejamento, realização e avaliação do cuidado, conforme desejado – ATENÇÃO; • Monitorar o funcionamento cognitivo através da escala de coma de Glasgow – 1 VEZ AO DIA; • Ao iniciar a interação, chamar o paciente pelo nome e falar devagar – CONTÍNUO; • Falar com um tom de voz claro, baixo amigável e respeitoso – ATENÇÃO; • Discutir com familiares a melhor forma de interagir com o paciente – ATENÇÃO. <p>Treinamento da memória</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementar técnicas de memória, tais como imagens visuais ou uso da musculatura facial para comunicação não verbal – CONTÍNUO; • Encaminhar para Fisioterapeuta – ATENÇÃO; • Monitorar o comportamento do paciente durante tratamento – ATENÇÃO. <p>Arte terapia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cantar e interagir utilizando musicas familiares para o paciente observar os movimentos corporais – 1 vez ao dia. <p>Melhora da comunicação: déficit da fala</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fornecer métodos alternativos de comunicação: piscar de olhos, levantar sobrancelhas, placas com figuras e letras – CONTÍNUO; • Colaborar com a família, fonoaudiólogo e fisioterapeuta para desenvolver um plano de comunicação – ATENÇÃO; • Fornecer reforço positivo conforme apropriado – ATENÇÃO.

5 | CONCLUSÃO

EVOLUÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (Título diagnóstico)	EVOLUÇÃO	EVIDÊNCIAS (Incluir os Fatores relacionados e características definidoras ou fatores de risco)
1. Mobilidade física prejudicada caracterizada por desconforto, dispneia ao esforço e instabilidade postural relacionado a prejuízo neuro muscular.	MELHORADO	Paciente não apresenta dificuldade respiratória, postura melhorada com mais estabilidade ao sentar-se e conforto no posicionamento do paciente melhorado através do uso de lençóis travesseiro e coxins.
2. Integridade Tissular prejudicada caracterizado por dano tecidual relacionado a mobilidade prejudicada.	MELHORADO	Aspecto da lesão melhorado, com redução de esfacelo, redução do diâmetro da lesão e aumento da área de fibrina.
3. Comunicação verbal prejudicada caracterizada por desorientação em tempo e espaço, incapacidade de usar expressões corporais e faciais relacionado a prejuízo no sistema nervoso central.	MELHORADO	Paciente responde por meio de sinais (piscar de olhos, levantar sobrancelhas, sorri, faz bico) através de métodos alternativos de comunicação como: placas com figuras e letras e consegue interpretar linguagem não verbal.
4. Tensão do papel de cuidador caracterizado por apreensão quanto a saúde futura do receptor de cuidados/ impaciência relacionado a insuficiência de descanso do cuidador.	MELHORADO	Expressão de sentimentos do cuidador, demonstração de melhora de confiança na equipe.
5. Risco de infecção evidenciado por alteração na integridade da pele e procedimentos invasivos (GTT E TQT).	PRESENTE	Pela presença de dispositivos invasivos, integridade tissular da pele prejudicada e infecção do ambiente hospitalar.

Esperamos corroborar para as pesquisas nessa temática ao acreditarmos na relevância da assistência de enfermagem para a concretização e prática de uma assistência eficiente, centrada nas necessidades humanas básica do ser humano.

REFERÊNCIAS

Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009. Disponível em: < http://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up_publicacoes/8011/10577_Manual%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf >. Acesso em: 26 de Outubro de 2018.

CARMO, S. A. C; OLIVEIRA, I. S. **Criança com Câncer em Processo de Morrer e sua Família: Enfrentamento da Equipe de Enfermagem**, Revista Brasileira de Cancerologia. v. 61, n. 2, pág 131-138. 2015. Disponível em < http://www.inca.gov.br/rbc/n_61/v02/pdf/07-artigo-crianca-com-cancer-em-processo-de-morrer-e-sua-familia-enfrentamento-da-equipe-de-enfermagem.pdf > Acesso em: 24 de Outubro de 2018.

FREITAS, N. O; PEREIRA, M. V. G. **Percepção dos enfermeiros sobre cuidados paliativos e o manejo da dor na UTI**. Mundo saúde (Impr.), v. 37, n. 4, p. 450-457, 2013. Disponível em < https://www.saocamilsp.br/pdf/mundo_saude/155558/A10.pdf >. Acesso em 28 de Outubro de 2018.

MOREIRA, M. C. N. et al. **Recomendações para uma linha de cuidados para crianças e adolescentes com condições crônicas complexas de saúde**. Cad. Saúde Pública, v. 33, n. 11. 2017. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n11/1678-4464-csp-33-11-e00189516.pdf>>. Acesso em 01 de Novembro de 2018.

Sociedade Brasileira de Pediatria. 2017. **Cuidados Paliativos Pediátricos: O que são e qual sua importância? Cuidando da criança em todos os momentos**. n. 1, fev, 2015. Disponível em: < http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/03/Medicina-da-Dor-Cuidados-Paliativos.pdf >. Acesso em: 26 de Outubro de 2018.

SCHINZAR ,N. R. G; SANTOS, F. S. **Assistência à criança em cuidados paliativos na produção**. Revista Paulista de Pediatria, v. 32, n. 1, p. 99-106. 2014. Disponível em: <<http://revistas.unisinos.br/index.php/questoes/pages/view/normasdepublicacao>>. Acesso em: 29 de Outubro de 2018.

SUICÍDIO: ENSAIO SOBRE SABERES E PRÁTICAS

Ângela Raquel Cruz Rocha

Enfermeira. Universidade Estadual do Piauí,
Centro de Ciências da Saúde, Teresina-Piauí

Camylla Layanny Soares Lima

Enfermeira. Universidade Estadual do Piauí,
Centro de Ciências da Saúde, Teresina-Piauí

Jefferson Abraão Caetano Lira

Enfermeiro. Universidade Estadual do Piauí.
Mestrando em Enfermagem pelo Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade
Federal do Piauí, Teresina-Piauí

Hérica Dayanne de Sousa Moura

Enfermeira. Universidade Estadual do Piauí,
Centro de Ciências da Saúde, Teresina-Piauí

Andressa Gislanny Nunes Silva

Enfermeira. Especialista em Urgência e
Emergência. Enfermeira do Sistema de
Atendimento Móvel de Urgência do Estado do
Piauí. Teresina-Piauí

RESUMO: O suicídio é um comportamento autodestrutivo, motivado pelo estado psicológico do indivíduo, pelas crenças e normas sociais, caracterizado pela resolução psicótica de escolher morrer. O comportamento suicida é caracterizado por ideação suicida, parasuicídio, tentativa de suicídio e suicídio. Este estudo objetivou refletir acerca dos saberes e práticas relacionados ao suicídio. Trata-se de um ensaio reflexivo em que os dados foram coletados mediante fichamentos

e agrupados em categorias por similaridade de conteúdo. Dentre os fatores de risco para o surgimento do comportamento suicida, destacam-se: aspectos sociodemográficos, presença de transtornos mentais na família, histórico da saúde mental do indivíduo, fatores psicossociais, acesso a meios letais, rigidez cognitiva e ausência de apoio familiar. A avaliação do risco de suicídio é necessária, pois norteia o manejo clínico e coloca as orientações terapêuticas em ordem de prioridade. Durante a prática clínica, devem-se excluir algumas crenças errôneas em relação ao suicídio. Além disso, as ações estratégicas para a prevenção do suicídio são o rastreamento de situações de vulnerabilidade e ações educativas. Fazem-se necessários treinamentos especializados aos profissionais de saúde, a fim de melhorar a assistência às pessoas com comportamento suicida e minimizar os estigmas relacionados a esse comportamento.

PALAVRAS-CHAVE: Suicídio. Tentativa de Suicídio. Ideação Suicida.

ABSTRACT: Suicide is a self - destructive behavior, motivated by the psychological state of the individual, by social beliefs and norms, characterized by the psychotic resolution of choosing to die. Suicidal behavior is characterized by suicidal ideation, parasuicide, attempted suicide and suicide. This study aimed

to reflect on the knowledge and practices related to suicide. It is a reflexive essay in which the data were collected through tabulations and grouped into categories by content similarity. Among the risk factors for the onset of suicidal behavior, we highlight: sociodemographic aspects, presence of mental disorders in the family, history of the individual's mental health, psychosocial factors, access to lethal means, cognitive rigidity and lack of family support. The assessment of the risk of suicide is necessary, since it guides the clinical management and puts the therapeutic orientations in order of priority. During clinical practice, some erroneous beliefs regarding suicide should be ruled out. In addition, strategic actions for the prevention of suicide are the tracking of situations of vulnerability and educational actions. Specialized training of health professionals is needed to improve care for people with suicidal behavior and to minimize the stigmas associated with such behavior.

KEYWORDS: Suicide. Suicide Attempted. Suicidal Ideation.

1 | INTRODUÇÃO

O suicídio é um comportamento autodestrutivo, motivado pelo estado psicológico do indivíduo, pelas crenças e normas sociais, caracterizado pela resolução psicótica de escolher morrer, visto como solução para escapar de uma dor psicológica insuportável, uma vez que os mecanismos de defesa do ego não foram efetivos para a resolução da crise (WERLANG; BORGES; FENSTERSEIFER, 2005).

O comportamento suicida é caracterizado pela presença de um ou mais comportamentos, como: ideação suicida, que é marcada por pensamentos e cognições de por fim à própria vida; parasuicídio, que pode ser visto como um comportamento perigoso e arriscado, porém sem intenção de morte, comum em indivíduos com personalidade de *Borderline*; tentativa de suicídio, que pode ser definida como gesto violento e autodestrutivo não-fatal, interrompido por outros ou não; e o suicídio, que é a morte autoprovocada, em detrimento do intenso sofrimento psíquico (BOTEGA, 2015; LIMA, 2017).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2014), o suicídio está entre as três principais causas de morte de pessoas que têm de 15 a 44 anos de idade. Além disso, é responsável anualmente por um milhão de óbitos, o que corresponde a 1,4% do total de mortes. Ressalta-se que o número de tentativas de suicídio ainda é bem mais expressivo e não faz parte desse dado.

Quanto às tentativas de suicídio notificadas no Brasil, nos anos de 2011 a 2016, houve 116.113 notificações relativas à prática de lesões autoprovocadas, sendo que 65,9% eram mulheres e 34,1% em homens. Quando comparada ao gênero, percebe-se que a notificação de lesão autoprovocada tinha perfil raça/cor similar, maior escolaridade em mulheres, maior proporção de idosos do sexo masculino e de homens moradores da zona rural (10,2%) (BRASIL, 2017).

No que diz respeito ao óbito por suicídio, foram registrados 55.649 óbitos no Brasil, com taxa de 5,5/100 mil habitantes. O risco de suicídio em homens foi de 8,7/100 mil habitantes, sendo aproximadamente quatro vezes maior que o feminino, dado que

pode ser justificado pela presença de alta intencionalidade e letalidade suicida no sexo masculino (BRASIL, 2017).

Nesse sentido, o suicídio, devido ser um fenômeno social e cultural, é visto pela influência de crenças, valores, fatores biológicos, econômicos, sentimentos e tabus na coletividade, devendo ser mais estudado e compreendido para que haja ações de prevenção mais efetivas, tendo em vista que esse comportamento possui alta prevalência no cenário brasileiro. Diante disso, objetivou-se refletir acerca dos saberes e práticas relacionados ao suicídio.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um ensaio reflexivo, seguindo as seguintes etapas: 1) Elaboração da questão norteadora “Quais as práticas e saberes relacionados ao suicídio?”; 2) Estruturação do objetivo da reflexão; 3) Buscas na literatura sobre a temática; 4) Leitura minuciosa dos dados; e 5) Análise crítica do conteúdo.

Os dados foram coletados mediante fichamentos, no mês de janeiro de 2019, e analisados a partir da análise temática, os quais foram agrupados em categorias por similaridade de conteúdo. Essas etapas permitiram maior estruturação e aprofundamento da temática.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Riscos para o comportamento suicida

O grupo de risco para o comportamento suicida consiste no conjunto de pessoas que, por apresentarem determinados atributos ou por terem sido expostas a alguns fatores, são mais propensas a desenvolver uma condição clínica. Dentre os fatores de risco para o surgimento do comportamento suicida, destacam-se: aspectos sociodemográficos, como sexo, idade e estado civil; presença de transtornos mentais na família e histórico da saúde mental do indivíduo; fatores psicossociais, como vergonha, humilhação e desemprego; acesso a meios letais, rigidez cognitiva e ausência de apoio familiar (ARAÚJO, VIEIRA; COUTINHO, 2010; BOTEGA, 2015).

Nessa perspectiva, estudos de genética epidemiológica confirmam que há componentes genéticos envolvidos e, assim como nos transtornos psiquiátricos, o comportamento suicida segue um padrão familiar. Essa teoria é confirmada mediante estudo realizado em gêmeos, pois dos 176 pares de gêmeos investigados, que um dos irmãos havia cometido suicídio, constatou-se taxa de concordância para o suicídio de 11,3%. Além disso, foi descoberto que baixas concentrações de serotonina no fluido cerebrospinal, ocasionadas por mutação, corroboram para o comportamento suicida (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Os fatores genéticos são muito relevantes, uma vez que essa predisposição pode ser potencializada ou amenizada pelos fatores ambientais. Outro aspecto importante é a existência de transtornos psiquiátricos, pois 90% dos suicídios ocorrem em pessoas com algum transtorno mental associado. Nesse contexto, os transtornos de humor, a exemplo da depressão e da bipolaridade, são os principais relacionados ao suicídio (MOREIRA; BASTOS, 2015; AGUIAR, 2017).

Em pacientes com transtornos mentais, o estado civil casado é considerado fator de proteção para o sexo masculino. Dessa forma, pessoas solteiras, viúvas ou divorciadas são mais propensas a cometer suicídio, pois o apoio do cônjuge pode contribuir para o enfrentamento do sofrimento psíquico (BOTEGA, 2015; LIMA, 2017).

Em relação ao sexo, a taxa de mortalidade de suicídio em homens é 3,6 vezes maior que em mulheres. Os homens apresentam taxa de suicídio de 79% e as mulheres de 21%, o que pode ser justificado devido o sexo masculino ser mais vulnerável aos transtornos de depressão e ansiedade. Todavia, quando se trata de tentativas de suicídio, a maior prevalência é em mulheres. Desse modo, acredita-se que as presenças de impulsividade e de maior acesso aos meios letais contribuem para prevalência do sucesso na tentativa de suicídio em homens (BOTEGA, 2015).

No que tange a idade, o suicídio tem aumentado nos jovens, representando a terceira principal causa de morte nessa faixa etária no Brasil, sendo ocasionado por humor depressivo, abuso de substâncias, problemas emocionais, familiares e sociais, história familiar de transtorno psiquiátrico, rejeição familiar, negligência, além de abuso físico e sexual na infância (MOREIRA; BASTOS, 2015).

O suicídio também é elevado nos idosos devido aos seguintes fatores: perda de parentes, sobretudo, do cônjuge, solidão, existência de enfermidades degenerativas e dolorosas, sensação de estar dando muito trabalho à família e, principalmente, a perda do papel social, que antes esse indivíduo possuía no convívio familiar. Porém, ao contrário das outras faixas etárias, o diagnóstico de comportamento suicida é mais difícil de ser diagnosticado nos idosos, em decorrência do falso senso comum de que o idoso é naturalmente triste e que o isolamento faz parte do processo natural senil (TOWNSEND, 2014).

O abuso de substâncias produz efeitos no Sistema Nervoso Central, que resulta em alterações na mente, corpo e comportamento. Segundo Santos *et al.* (2009), o uso de drogas apresenta-se como fator que aumenta consideravelmente o risco para a ideação, tentativas e suicídio consumado. Transtornos mentais e de comportamento, decorrentes do uso de substâncias psicoativas, as quais provocam estado de alteração no funcionamento mental, é bastante comum na atenção psicossocial, o que destaca a importância das campanhas de prevenção e rastreamento do uso de drogas.

Outro fator de risco para o suicídio são as doenças clínicas não psiquiátricas, a exemplo do câncer, HIV, doenças neurológicas, como esclerose múltipla, doença de Parkinson, doença de Huntington e epilepsia. Doenças cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico, doença pulmonar obstrutiva

crônica, além de doenças reumatológicas, como o lúpus eritematoso sistêmico, também são fatores de risco. Esses agravos interferem na autoestima e no bem-estar dos indivíduos, tornando-os mais propensos a realizarem tentativas de suicídio (BOTEGA, 2015; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Existem também os pontos de gatilho que são ativados por traumas, como situação social desfavorável, a exemplo de pobreza, desemprego, brigar com o (a) namorado (a), perda de um parente, abuso emocional e sexual (BASTOS, 2009).

Estudos em diferentes regiões do mundo demonstram que, na quase totalidade dos suicídios, os indivíduos apresentam transtornos mentais, nos quais se incluem: transtornos do humor, em especial a depressão. Em adição, na depressão, os sintomas devem estar presentes a mais de duas semanas, trazerem sofrimento, alterarem a vida social, afetiva ou laboral do indivíduo. Os principais sintomas são: tristeza durante a maior parte do dia, quase todos os dias, perda do prazer ou interesse em atividades rotineiras, irritabilidade, desesperança, queda da libido, perder ou ganhar peso, dormir demais ou de menos, sentir-se cansado ou fraco, sentir-se inútil, culpado e ansioso, com dificuldade de concentração, e ter pensamentos frequentes de morte e suicídio (BASTOS, 2009).

Existem diversos tipos de transtornos de personalidade, cada um com sua especificidade. As pessoas que possuem grande dificuldade em manter relacionamentos pessoais costumam estabelecer vínculos desmedidos e intensos, sem haver grande preocupação com o outro, além de apresentarem defesas psíquicas primitivas marcadas pela ambivalência, são mais propensas ao ato suicida (BOTEGA, 2015).

A esquizofrenia é um transtorno psicótico que afeta cerca de 1% da população. Desses aproximadamente 10% falecem por suicídio. A esquizofrenia é um transtorno que afeta diversas áreas, como o afeto, a sensopercepção e a cognição, acarretando prejuízos importantes nas esferas social, profissional e familiar. Os sintomas mais comuns são as alucinações, os delírios, o discurso desorganizado e o embotamento afetivo, levando ao isolamento social (BOTEGA, 2015).

A maioria das pessoas com ideia de morte comunica seus pensamentos e intenções suicidas, pois frequentemente dão sinais. Deve-se ficar atento às frases de alerta, como: “eu preferia estar morto”, “eu não posso fazer nada”, “eu não aguento mais”, “eu sou um perdedor e um peso pros outros”. É por trás delas que estão os sentimentos 4 D (depressão, desesperança, desamparo e desespero) nas pessoas que podem estar pensando em suicídio (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

3.2 Avaliação e manejo do comportamento suicida

O risco de suicídio, por mais cuidado que se tenha na sua formulação, distancia-se da noção de previsão de quem irá ou não tirar a própria vida. Porém, faz-se necessária a formulação de risco do comportamento suicida, pois norteia o manejo clínico e coloca

as orientações terapêuticas em ordem de prioridade (BOTEGA *et al.*, 2006).

Na avaliação do grau de risco do comportamento suicida (Tabela 1), os riscos se subdividem em: agudo, subagudo e crônico. Enfatiza-se que o risco de suicídio é mutável e pode variar durante a psicoterapia. É importante salientar que a entrevista inicial, além de ter finalidade semiológica, ou seja, de coletar informações acerca do paciente, também objetiva a formação do vínculo, a partir do provimento de apoio emocional (BOTEGA, 2015; TOWNSEND, 2014; STEWART *et al.*, 2010).

Tipo de risco	Possibilidade de ocorrência	Aspectos clínicos mais relevantes	
AGUDO	Iminente	Crise suicida (<i>psychache</i>)	Colapso existencial: dor desesperadora
SUBAGUDO	Curto prazo	Fatores de risco clássicos	Transtorno mental, períodos de estresse
CRÔNICO	Longo prazo	Impulsividade/ Agressividade	Transtorno da personalidade, instabilidade

Tabela 1: Tipos de risco segundo a possibilidade de ocorrência de suicídio ao longo do tempo e aspectos clínicos mais relevantes.

Fonte: BOTEGA, 2015.

No início da entrevista, o paciente pode estar muito ansioso e evitativo, devido os mecanismos de defesa do ego, fazendo perguntas inadequadas, negando a autolesão ou usando de outras manobras defensivas, como o silêncio. O profissional deve saber lidar com tais situações, lembrando ao paciente que o único objetivo daquela conversa é ajudá-lo a sair da *psychache*, dor psíquica intolerável que pode levar ao suicídio (BOTEGA, 2015).

Deve-se conduzir a entrevista inicial por meio de perguntas não diretivas, fazendo-as de modo abrangente, incentivando o paciente a falar livremente. Porém, sempre procurando fontes secundárias de informação, se possível, para que se elabore um plano de ação mais efetivo.

No intuito de facilitar a sistematização da coleta de dados, Botega (2015) estabeleceu uma ordem de prioridade, a respeito dos quesitos da avaliação do risco de suicídio, em que o primeiro tópico a ser avaliado deve ser a observação dos eventos precipitantes e estressores agudos e crônicos. Em seguida, avalia-se o estado mental atual, incluindo a verificação de afetos intensos e rigidez cognitiva. Posteriormente, gradua-se a intencionalidade suicida, mediante análise da ideia e do plano suicida; Na sequência, avaliam-se os fatores de risco e de proteção. E, por fim, a formulação do risco de suicídio (Tabela 2).

BAIXO	MODERADO	ALTO
Nunca tentou suicídio	Tentativa de suicídio prévia	Tentativa de suicídio prévia
Ideias de suicídio são passageiras e perturbadoras	Depressão ou transtorno bipolar	Depressão grave, influência de delírio ou alucinação
Não planeja como se matar	Ideias persistentes de suicídio, vistas como solução	Abuso/dependência de álcool
Transtorno mental, se presente, com sintomas bem controlados	Não tem plano de como se matar	Desespero, tormento psíquico intolerável, não vê saída
Boa adesão ao tratamento	Não é impulsivo	Plano definido de se matar
Tem vida e apoio sociais	Não abusa/depende de drogas Conta com apoio social	Tem meios de como fazê-lo Já tomou providências para o ato suicida

Tabela 2: Esquema didático com três gradações de risco de suicídio.

Fonte: BOTEGA, 2015.

Durante a avaliação do estado mental atual, destacam-se alguns estados que se associam ao risco de suicídio: constrição cognitiva *eppsychache*, dor psíquica intolerável, em que o indivíduo afetado vivencia uma turbulência emocional interminável, com sensação de estar preso em si mesmo e não enxergar a saída; ansiedade, inquietude e insônia; impulsividade e agressividade, desesperança, vergonha e vingança. Além disso, na entrevista, o profissional deve estar atento à regra dos D's: dor psíquica, desespero, desesperança, delirium, desamparo, depressão e dependência química (ABREU *et al.*, 2010; BOTEGA, 2015).

A intencionalidade suicida diz respeito ao desejo e à determinação de por fim à vida. De modo geral, o profissional de saúde considera que a intencionalidade suicida cresce a partir de ideias vagas acerca de morrer, a exemplo de pensamentos: “Como seria a vida se eu não estivesse mais aqui?”, chegando a planos detalhados de como por fim à vida, incluindo planejamento prévio e providências para evitar o salvamento após a tentativa. Cabe ressaltar que, quanto mais detalhado o plano, maior é a intencionalidade suicida (BOTEGA, 2015).

Ao fim da entrevista e do diagnóstico de risco iminente de morte, os objetivos do manejo da crise suicida são: a curto prazo, mantendo o paciente seguro; e a médio prazo, mantendo-o estável. Para manter o paciente seguro, recomenda-se a internação psiquiátrica em, pelo menos, 24 a 48 horas ou até que a ideia suicida deixe de ser risco à vida. Inicialmente, os psicofármacos devem ser usados, com o intuito de reduzir a ativação do paciente durante o dia, pois a ansiedade e a inquietude aumentam a sensação de desespero e, por extensão, o risco de morte por suicídio (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Outro ponto importante é fazer com que os familiares se envolvam no plano terapêutico, delegando funções a cada membro e esclarecendo à família acerca do risco iminente de suicídio. Essa etapa é fundamental, pois aumenta o apoio emocional e a sensação de amparo do paciente, reduzindo o risco de suicídio (KRUGER;

WERLANG, 2010).

Nessa perspectiva, não se deve esquecer que o foco do plano terapêutico é possibilitar que o paciente saiba reconhecer os gatilhos e estressores que levam às ideias suicidas, estabelecendo meios de enfrentamento eficazes, assumindo, assim, um compromisso com a melhora do quadro clínico, aumentando a autonomia e o autocuidado.

3.3 Mitos relacionados ao suicídio

Durante a prática clínica, deve-se reduzir e, se possível, excluir algumas crenças errôneas em relação ao suicídio, como a ideia de que falar sobre suicídio pode induzir o comportamento suicida. Quando, na verdade, o diálogo aberto acerca do suicídio pode reduzir o surgimento e as comorbidades do comportamento suicida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Um mito bastante frequente é que o suicídio é um ato impulsivo, quando, na realidade, esse pode ser planejado com bastante cautela, evitando tentativa fracassada ou salvamento por parte de outro. Deve-se tomar cuidado com clientes que possuem características impulsivas, principalmente, se forem usuários de álcool ou de outras drogas, pois as comorbidades de transtornos mentais com uso ou abuso de substâncias aumentam a chance de comportamento suicida (LIMA, 2017).

Por se acreditar que o ato suicida é um comportamento impulsivo e impensado, também é comum se deduzir que, após uma internação psiquiátrica por tentativa de suicídio, o indivíduo está fora de perigo; quando, na verdade, um dos períodos mais perigosos é logo após a crise ou quando a pessoa está no hospital, depois de uma tentativa de suicídio. Deve-se atentar para a semana e o mês após a alta hospitalar, pois há perigo do paciente tentar novamente (BOTEGA, 2015).

Outra ideia comum, na prática clínica, é pensar que o suicídio é uma estratégia de manipulação por parte do paciente, quando, na verdade, pode ser um pedido de ajuda, e que nem sempre uma ideação suicida indica, com certeza, uma tentativa de suicídio no futuro, pois isso indica uma ambivalência quanto à vontade ou não de viver (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014; BOTEGA, 2015).

No entanto, o suicídio nem sempre está associado à presença de doença mental, mas sim de um sofrimento profundo. Ao contrário do que se pensa, a maioria das pessoas com transtorno mental não comete o suicídio e essa taxa de suicídio tende a cair, à medida que o indivíduo em sofrimento psíquico procura apoio no serviço de saúde (BOTEGA *et al.*, 2009).

Segundo Silva *et al.* (2006), o comportamento suicida pode ter um risco crônico, porém não é permanente. Deve-se evitar o julgamento de que uma vez suicida sempre suicida. Assim, o profissional que presta assistência ao paciente com comportamento suicida deve se policiar em relação a julgamentos e preconceitos do senso comum, pois isso prejudica a avaliação e o manejo do cliente suicida (STEWART *et al.*, 2010).

3.4 Prevenção do suicídio

O suicídio é um problema de saúde pública que vêm sendo debatido não só no Brasil, mas em todo mundo. Em 2014, a Organização Mundial de Saúde (OMS) alertou que em todo mundo mais de 800.000 pessoas cometem suicídio por ano, sendo que o Brasil é o oitavo país com maior índice de suicídio. Entretanto, a OMS informa que o suicídio é passível de prevenção, a partir de ações em favor da vida, pois o suicídio ocorre, quando o ser humano não consegue lidar com o sofrimento e busca, a todo custo, uma fuga da existência ou um escape para dor (MULLER; PEREIRA; ZANON, 2017).

Assim, o comportamento suicida é bastante complexo. A escuta terapêutica torna-se eficaz para esses pacientes que necessitam expor seus sentimentos, inseguranças e medos, sendo importante o processo de comunicação, por parte do profissional, para construção do vínculo com o paciente para que esse se sinta acolhido e em um espaço seguro (FERNANDES; LIMA; SILVA, 2018; CONTE *et al.*, 2012).

A enfermagem atuante no serviço de saúde precisa está qualificada e preparada para atuar na identificação das características do paciente suicida, devendo abordar de forma cautelosa, empática e privando-se de atitudes julgadoras. Vale ressaltar que a família tem um papel importante, diante de seus integrantes, e que a enfermagem deve esclarecer dúvidas, prestando e encaminhando para apoio psicológico. Mesmo que a avaliação do comportamento suicida seja um desafio para os profissionais, a atenção às pessoas nessas extensões engloba ações que conciliam saberes e apoio de diferentes profissionais, com ênfase na multidisciplinaridade, a partir de ações que se complementam e se somam (REISDORFER, 2015).

Nessa perspectiva, a prevenção do suicídio é fundamental, sendo necessária a existência de programas educativos que visam identificar, avaliar, manejar e encaminhar as pessoas com esse comportamento. Nos casos de baixo risco, o encaminhamento para rede de saúde mental e o acompanhamento dos casos são necessários. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os hospitais de urgência e emergência em serviços especializados de psiquiatria são fundamentais para indivíduos que estão em crise (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014).

O Ministério da Saúde gera atitudes estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio, desenvolvendo o acordo de cooperação técnica com o Centro de Valorização da Vida (CVV), que se trata de uma instituição voltada ao amparo emocional, por meio de ligações telefônicas para a prevenção dos suicídios. Até 2020, o plano de prevenção de suicídio irá ampliar e fortalecer ações na promoção da saúde, com o intuito de reduzir tentativas de mortes (BRASIL, 2017).

As ações estratégicas para a prevenção do suicídio são o rastreamento de situações de vulnerabilidade e de ações educativas. De fato, o controle das armas de fogo contribuiu para a redução da violência, abrangendo tanto os casos de suicídio como homicídios. Todavia, os indivíduos utilizam outros métodos para cometer suicídio,

como intoxicação, enforcamento, precipitação, comportamentos que também precisam de ações para serem minimizados (BOTEGA, 2015; VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013).

Além de realizar psicoterapia, o profissional deve orientar os familiares e, de acordo com as necessidades evidenciadas, o paciente deve ser encaminhado a outros serviços de saúde, pois a alta hospitalar e as estratégias de intervenção irão depender da sintomatologia apresentada pelo paciente, durante a permanência no hospital (FERREIRA; GABARRA, 2014).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante disso, observou-se que há uma ampla variedade de fatores que podem estar relacionados com as ideações, tentativas e o suicídio propriamente dito. Os principais fatores são as doenças físicas incapacitantes, o uso de álcool e drogas, os transtornos de desordem mental, os problemas emocionais e os fatores de origem socioeconômica. Devido à multicausalidade desse fenômeno, torna-se de suma importância a visão holística do profissional, no intuito de identificar e intervir precocemente nas pessoas com comportamento e ideação suicida.

Constatou-se que a avaliação e o manejo do comportamento suicida são fundamentais para garantir a segurança do paciente e que a lista de quesitos e prioridades é uma ferramenta importante para prevenção do suicídio. Ademais, é imprescindível que o profissional, a frente dessas situações, se desfaça de suas crenças errôneas acerca do suicídio, pois isso compromete o atendimento integral a essas pessoas.

Portanto, fazem-se necessários treinamentos especializados aos profissionais de saúde, a fim de melhorar a assistência às pessoas com comportamento suicida e minimizar os estigmas relacionados a esse comportamento. Além do mais, para que haja a redução do índice de suicídio, é necessário reforço dos fatores protetores, diminuição dos fatores de riscos existentes, avaliação contínua, apoio familiar e instrução à população acerca da temática, objetivando reduzir os mitos e preconceitos.

REFERÊNCIAS

ABREU, K. P. *et al.* Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. **Rev Eletr Enf**, v.12, n.1, p.195-200, 2010.

AGUIAR, J. G. G. **Mitos e crenças sobre o suicídio: Visão de profissionais de segurança**. Brasília, 2017, 135p. Tese (Doutorado em psicologia clínica e cultura), Universidade de Brasília, 2017.

ARAÚJO, L.; VIEIRA, K.; COUTINHO, M. Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. **Psico USF**. Itatiba, v.15, n.1, p.47-57,2010 .

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio informando para prevenir**. Brasília: CFM, 2014. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf. Acesso em: 10 jan. 2019.

BASTOS, R. Suicídios, Psicologia e Vínculos: uma leitura psicossocial. **Psicologia Universidade de São Paulo**, v.20, n.1, p.67-92, 2009.

BOTEGA, N. *et al.* Prevenção do comportamento Suicida. **Psicho**, v.37, n.3, p.213-20, 2006.

BOTEGA, N. *et al.* Prevalências de ideação, planos e tentativa de suicídio: um inquérito populacional em Campinas. **Cad de Saúde Pública**, v.15, n.12, p.2632-8, 2009.

BOTEGA, N. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Perfil Epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. **Boletim epidemiológico**, Brasília: MS, 2017.

CONTE, M. *et al.* Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. **Ciênc saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n.8, p.2017-26, 2012.

FERNANDES, M. A.; LIMA, G. A.; SILVA, J. S. Escuta terapêutica como estratégia de prevenção ao suicídio: relato de experiência. **Revista de enfermagem da UFPI**. Piauí, v.7, n.1, p.75-9, 2018.

FERREIRA, C. L. B; GABARRA, L. M. Pacientes com risco de suicídio: A Comunicação entre equipe, pacientes e familiares na unidade de emergência.

IV Congresso de Humanização Comunicação em Saúde, PUC-PR, 2014.

LIMA, C. L. S. Prevalência do comportamento suicida em universitários de uma instituição pública de ensino superior no Piauí. Teresina, 2017, 50p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem), Universidade Estadual do Piauí, 2017.

MOREIRA, L.; BASTOS, P. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. **Psicol Esc Educ**. Maringá, v.19, n.3, p. 445-53, 2015.

MULLER, S. A.; PEREIRA, G.; ZANON, R. B. Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: estudo com profissionais de um centro de atenção psicossocial. **Revista de psicologia da IMED**. Passo Fundo, v.9, n.2, p.6-23, 2017.

KRUGER, L.; WERLANG, B. A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. **PsicoUSF**. Itatiba, v.15, n.1, p.59-70, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do Suicídio**: um manual para médicos clínicos gerais. Departamento de Saúde Mental. Genebra: OMS, 2000.

REISDORFER, N. *et al.* Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida. **Revista de enfermagem da UFSM**. Santa Maria, v.5, n.2, p.295-304, 2015.

SADOCK, B.; SADOCK, V.; RUIZ, P. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SANTOS, S. *et al.* Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.25, n.9, p.2064-74, 2009.

SILVA, V. *et al.* Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. **Cad de Saúde Pública**, v.22, n.9, p.1835-43, 2006.

STEWART, M. *et al.* **Medicina Centrada na Pessoa**: transformando o método clínico. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem psiquiátrica**: conceitos de cuidados na prática baseada em evidências. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. C. D. M.; LIMA, L. A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativas do excesso de mortalidade. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.29, n.1, p.175-87, 2013.

WERLANG, S.; BORGES, V.; FENSTERSEIFER, L. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. **Interam J Psychol**, v.39, n.2, p.259-66, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide**: a global imperative. Geneva: WHO, 2014.

TERRITORIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA RENASCER

Letícia Antunes Guimarães

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO
JEQUITINHONHA E MUCURI
Diamantina – MG

Cecília Emília Porto da Assunção

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO
JEQUITINHONHA E MUCURI
Diamantina – MG

Amanda Cristina Santos

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO
JEQUITINHONHA E MUCURI
Diamantina – MG

Bruna de Cássia Soier

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO
JEQUITINHONHA E MUCURI
Diamantina – MG

Deborah Rocha Gaspar

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO
JEQUITINHONHA E MUCURI
Diamantina – MG

Eric Oliveira Faria

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO
JEQUITINHONHA E MUCURI
Diamantina – MG

Laurene Castro de Paula

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO
JEQUITINHONHA E MUCURI
Diamantina – MG

Lucas Souza e Costa

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO
JEQUITINHONHA E MUCURI

Diamantina – MG

Martha Lorena de Moura Alves

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO
JEQUITINHONHA E MUCURI
Diamantina – MG

Sandy de Souza Gonçalves

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO
JEQUITINHONHA E MUCURI
Diamantina – MG

Silvio Cabral de Oliveira Neto

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO
JEQUITINHONHA E MUCURI
Diamantina – MG

Tainá Giovanna Batista Brandes

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO
JEQUITINHONHA E MUCURI
Diamantina – MG

RESUMO: A territorialização busca organizar os serviços de acordo com o território, conhecer o que é e a vida que acontece nele, e, a partir das suas necessidades organizar os serviços. Ela faz-se necessário, como ferramenta fundamental para reconhecer as condicionantes do binômio saúde/doença. O trabalho em equipe foi essencial para a concretização dessa atividade na ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) RENASCER. A partir de buscas ativas foram descobertos características peculiares do local e dos componentes da ESF.

Por meio dos dados obtidos, a ESF deve atuar juntamente com os moradores e com a prefeitura, procurando sanar ou, ao menos, minimizar os problemas existentes nessa área.

PALAVRAS-CHAVE: Territorialização, Unidade Básica De Saúde, Diamantina.

ABSTRACT: Territorialization seeks to organize services according to territory, to know how it is life in it, and organize the services according to the residents needs. It is a fundamental tool to recognize the determinants of the binomial health/disease. Teamwork was essential for the accomplishment of this activity in the ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) RENASCER. From the active searches, peculiar characteristics of the location and components of ESF were discovered. By means of the data obtained, the ESF must work together with the residents and the city hall, seeking to remedy or at least minimize problems in this area.

KEYWORDS: TERRITORIALIZATION, UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, DIAMANTINA

1 | INTRODUÇÃO

Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa Saúde da Família (PSF), visando reformular e fortalecer o primeiro nível de atenção da rede de cuidados e obter maior resolubilidade das ações. Para tanto ele objetiva qualificar, consolidar e expandir a atenção básica, em todo o território brasileiro. O foco está centrado na família e comunidade, na participação ativa dos trabalhadores da saúde e da comunidade. Em 1998, o PSF passou a ser considerado como estratégia estruturante da organização do Sistema Único de Saúde (SUS) sendo atualmente de Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF propõe o desenvolvimento de trabalho por uma equipe multidisciplinar. Além disso, desenvolve um conjunto de ações individuais e coletivas relacionadas à promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnósticos, tratamento e reabilitação, buscando resolver aproximadamente 85% dos problemas de saúde da população adstrita (MOTTER, 2007).

2 | JUSTIFICATIVA

No âmbito da ESF o processo de territorialização faz-se necessário, como ferramenta fundamental para reconhecer as condicionantes do binômio saúde/doença. Cabe destacar que essa ferramenta é uma das diretrizes adotadas pelo MS para operacionalizar a ESF. A definição de microáreas permite identificar eventuais desigualdades sociais existentes, oferecendo uma atenção diferenciada aos mais vulneráveis (BRASIL, 2005). Portanto, este trabalho, parte integrante do processo pedagógico do curso médico da Faculdade de Medicina de Diamantina-FAMED/UFVJM, reúne os dados referentes à área de abrangência da ESF Renascer. Ademais, proporcionará a equipe Renascer uma visão atualizada das condições locais,

colaborando com a assistência em saúde.

3 | OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Conhecer o território, área de abrangência da ESF Renascer;

3.2 Objetivos específicos

Identificar os fatores sociais, econômicos, culturais, dentre outros, atuantes no processo saúde-doença da população adscrita;

Analisar as necessidades do território para que as ações da equipe de saúde apresentem melhores resultados;

Conhecer a importância da ESF, assim como a sua capacidade resolutive dos problemas de saúde;

Verificar a qualidade da ESF tanto em relação à estrutura da unidade, bem como com a satisfação da população entrevistada;

Conhecer o território.

4 | METODOLOGIA

Através de grupos, sob a orientação da professora Ana Luiza D. G. da C. Sousa, iniciamos a territorialização por uma incursão no território de abrangência, acompanhados por agentes de saúde. Nessa incursão, visualizamos e problematizamos a paisagem *in loco*, tiramos fotos para o registro das condições do espaço. Além disso, as agentes de saúde nos forneceram informações durante o trajeto.

Foram realizadas entrevistas, com moradores da área considerados informantes-chaves e representantes de instituições. Assim, nas entrevistas, contemplamos itens como origem do bairro, mudanças ocorridas no território, transporte público, coleta de lixo, acesso à água e rede de esgoto, presença de escola, segurança, entre outros pontos relevantes.

Ademais, informações foram levantadas pelo Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 A UBS e a ESF Renascer

Nas tabelas a seguir são demonstrados dados relacionados à instalação física da UBS, bem como alguns equipamentos segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES).

Instalações	Qtde./ Consultórios	Leitos/Equipamentos
Clínicas indiferenciadas	4	0
Odontologia	1	0
Sala de enfermagem	1	0
Sala de imunização	1	0
Sala de nebulização	1	0

TABELA 1 - Instalação física para assistência ambulatorial da ESF Renascer

Fonte: CNES.

Rede	Tipo
Internet	Discada
Telefonia	Fixa

TABELA 2- Infraestrutura do estabelecimento

Fonte: CNES.

Equipamentos	Existentes	Em uso
Amalgamador	1	1
Aparelho de profilaxia c/ jato de bicarbonato	1	1
Caneta de alta rotação	1	1
Caneta de baixa rotação	1	1
Equipo odontológico	1	1
Compressor odontológico	1	1
Fotopolimerizador	1	1
Monitor de pressão não invasivo	1	1

TABELA 3- Equipamentos utilizados na ESF Renascer

Fonte: CNES.

Na prática observa-se dissonância dos dados do CNES em relação ao real.

A partir de observações, percebe-se que a UBS, não conta com a estrutura básica preconizada pela PNAB. Ademais, observa-se também deficiência em relação aos mobiliários. Mesmo contando com um espaço físico improvisado a ESF-Renascer conta com uma equipe completa,

A composição dessa equipe contempla e segue o recomendado pelo Manual de Saúde da Família

De acordo com Santos et al., 2008, dentro da equipe, o agente comunitário de saúde (ACS) tem se revelado o ator mais intrigante e, muitas vezes, é considerado o protagonista no que se refere à relação de trocas de experiências estabelecidas, especialmente entre os saberes populares de saúde e os conhecimentos médico-científicos. O ACS, considerado principal elo entre a ESF e a comunidade, permite o fortalecimento do vínculo com a família. Cabe destacar que a maioria dos agentes relatou que atua na área onde reside, fato essencial para que sejam estabelecidos o

sentimento de confiança e cumplicidade entre eles e a comunidade. Outro ponto a se considerar, é o fato de compartilhar os mesmos problemas, a mesma cultura, enfim, a mesma realidade.

5.2 Indicadores de saúde

De acordo com os dados obtidos pelo consolidado do SIAB, observa-se a distribuição da população atendida pela ESF Renascer, no que diz respeito ao sexo e faixa etária, por meio dos gráficos abaixo.

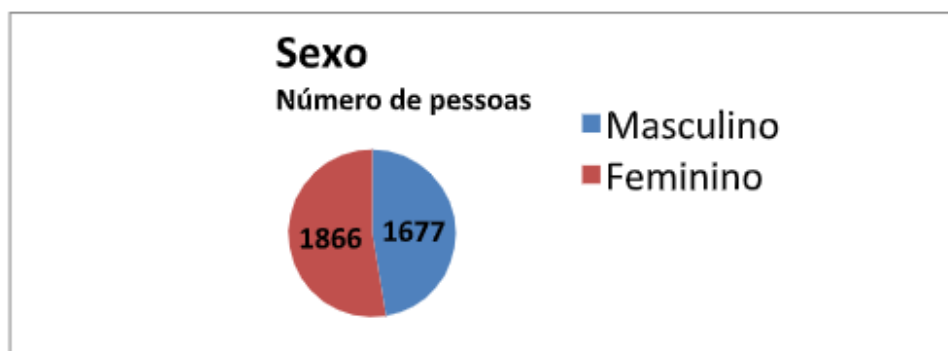


Gráfico 1 – População distribuída de acordo com o sexo da população cadastrada na ESF Renascer

Fonte: Consolidado SIAB / 2015

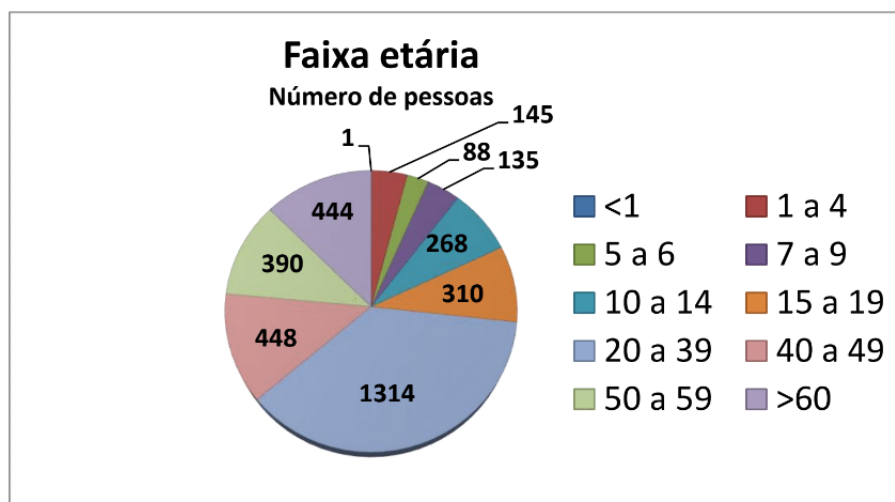


Gráfico 2 – População distribuída de acordo com a faixa etária da população cadastrada na ESF Renascer

Fonte: Consolidado SIAB / 2015

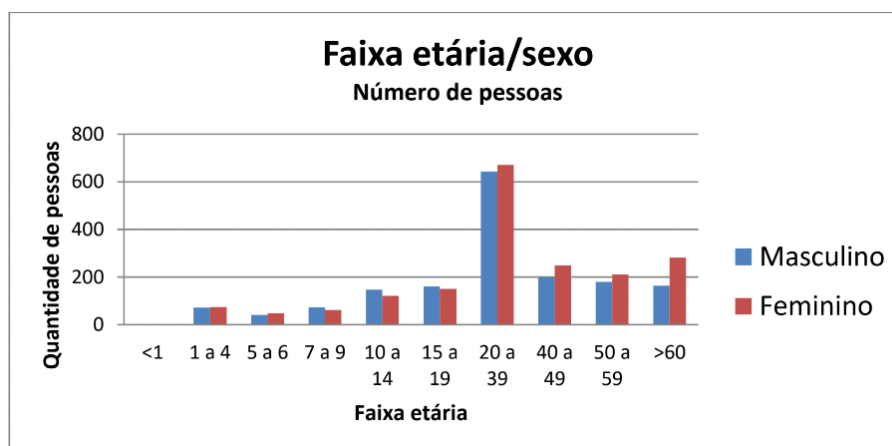


Gráfico 3 – População distribuída de acordo com a faixa etária e sexo da população cadastrada na ESF Renascer

Fonte: Consolidado SIAB / 2015

A área de atuação da ESF-Renascer sofre grande influência e convive constantemente com os determinantes sociais de saúde. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os determinantes sociais da saúde são os fatores sociais, econômicos, religiosos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, pontos estes que foram observados em nossa atuação para construção deste trabalho.

Para Ribeiro et al. (2014), o conjunto de estudos sobre o papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na recuperação e reabilitação de pessoas evidencia uma pluralidade de temas e abordagens. O autor ainda traz que no trabalho religioso destaca-se o papel das comunidades morais, dando forma ao grupo e desenvolvendo ações de prevenção e de reabilitação que operam de forma exitosa como controle social. A comunidade provê suporte e espaço para a reafirmação de crenças, reforçando ou substituindo a sociabilidade que o indivíduo havia construído no grupo ao qual pertencia anteriormente. Em territórios de grande desigualdade social, frequentemente, o grupo religioso possibilita a coesão social ou mesmo a sobrevivência frente a contextos desfavoráveis.

Neste contexto a área de abrangência da ESF conta com as seguintes entidades religiosas:

- a) Salão do Reino das Testemunhas de Jeová
- b) Igreja Presbiteriana Renovada
- c) Santuário Nossa Senhora Aparecida
- d) Umbanda

Considerando os aspectos mencionados, as entidades religiosas presentes na área de abrangência da ESF Renascer tem grande influência na vida dos indivíduos que ali residem e tem papel importante como um determinante social da saúde. As

pregações à comunidades, projetos sociais e participação desses grupos nas diversas atividades também são muito relevantes para a cultura da localidade.

O grande avanço de entidades evangélicas pelo bairro, o perfil religioso da população pode ser cada vez mais delimitado. A presença de minorias, como grupos que participam de rituais de Umbanda e Candomblé também foi relatada.

Além das instituições religiosas existem no território de abrangência da ESF Renascer, no Bairro Rio Grande, quatro instituições de ensino, sendo elas:

Escola Estadual Professor José Augusto Neves

A escola conta com 21 funcionários e funciona nos turnos matutino e vespertino, Funcionam na instituição as turmas do 1º ao 9º ano do Ensino Fundamental.

Centro Municipal de Educação Infantil (CEMEI)

A creche funciona nos turnos matutino e vespertino, no horário integral das 7hrs às 17hrs. Conta com 18 funcionários responsáveis pelas turmas dos maternais 1, 2 e 3, além do primeiro e segundo período. O serviço de saúde bucal é prestado no local, por meio das ações dos alunos da UFVJM, no entanto não se dá com frequência, seguindo a demanda dos estágios do curso de Odontologia da Faculdade. O serviço é bem aceito pelos alunos.

Escola Estadual Professor Gabriel Mandacaru

A escola conta com 106 funcionários. O ensino é oferecido a alunos que compreendem a faixa etária de 11 a 20 anos e cursam o ensino fundamental e médio. Estão matriculados 534 alunos, maioria de classe social predominante E.

Escola Profissional Irmã Luiza (EPIL)

A escola foi fundada em 1911 e funciona em prédio próprio. Possui Título de Utilidade Pública Municipal e acolhe meninos, crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade psicossocial e econômica, tendo entre seus objetivos a valorização da vida, da dignidade humana e do protagonismo juvenil, oferecendo oportunidades de formação integral humana, espiritual e profissional, visando à inserção dos assistidos na sociedade e promovendo a cultura da paz.

A cultura, os costumes, de um povo ou comunidade caracteriza a forma de uso do ambiente e os hábitos de consumo de produtos industrializados e da água. No ambiente urbano tais costumes e hábitos implicam na produção exacerbada de lixo e a forma com que esses resíduos são tratados ou dispostos no ambiente, gerando intensas agressões aos fragmentos do contexto urbano, além de afetar regiões não urbanas. O consumo diário de produtos industrializados é responsável pela contínua produção de lixo. A produção de lixo nas cidades é de tal intensidade que não é possível conceber uma cidade sem considerar a problemática gerada pelos resíduos sólidos, desde a etapa da geração até a disposição final. Nas cidades brasileiras, geralmente esses resíduos são destinados a céu aberto (IBGE, 2006).

Entre os impactos ambientais negativos que podem ser originados a partir do lixo urbano produzido estão os efeitos decorrentes da prática de disposição inadequada de resíduos sólidos em fundos de vale, às margens de ruas ou cursos d'água. Essas

práticas habituais podem provocar, entre outras coisas, contaminação de corpos d'água, assoreamento, enchentes, proliferação de vetores transmissores de doenças, tais como cães, gatos, ratos, baratas, moscas, vermes, entre outros. Some-se a isso a poluição visual, mau cheiro e contaminação do ambiente (MUCELIN & BELLINI, 2008).

No processo de territorialização e na análise das microárea da ESF Renascer, é possível constatar a presença de lixo em várias partes do bairro. Ele está presente em calçadas, ruas, terrenos baldios e vários outros locais. Devido a esse acúmulo excessivo de resíduos e a coleta deficitária, o ambiente e a saúde dos moradores do bairro podem ser diretamente afetados. Em algumas entrevistas, foram relatados vários tipos de doenças que podem ter sido transmitidos por vetores que se proliferam nesse tipo de habitat, como por exemplo, *Aedes aegypti*, vulgarmente conhecido como mosquito da dengue.

A maioria dos problemas sanitários que acometem a população mundial estão diretamente relacionados com o meio ambiente. Um exemplo disso é a diarreia que, com mais de quatro bilhões de casos por ano, é uma das doenças que mais aflige a humanidade, já que causa 30% das mortes de crianças com menos de um ano de idade. Entre as causas dessa doença destacam-se as condições inadequadas de saneamento (GUIMARÃES, CARVALHO & SILVA, 2007).

O impacto da falta do saneamento básico sobre a saúde no meio urbano vem se tornando cada vez mais frequente, principalmente nas comunidades mais carentes. Com o aumento desenfreado da população, estas comunidades ficaram mais susceptíveis a riscos ambientais, tais como: as ruas que muitas vezes servem para defecação de animais, os terrenos baldios, os esgotos a céu aberto e outros. O saneamento básico é um fator fundamental, mas não único, para a melhoria das condições de vida da população, devendo ser incorporado a um modelo de desenvolvimento que contemple também as questões sociais. (RIBEIRO & ROOKE, 2010).

A partir de análises das fichas do SIAB, podemos observar a relação das famílias cadastradas na ESF Renascer, com relação ao saneamento básico e distribuição de energia, os resultados encontram-se nos gráficos abaixo:

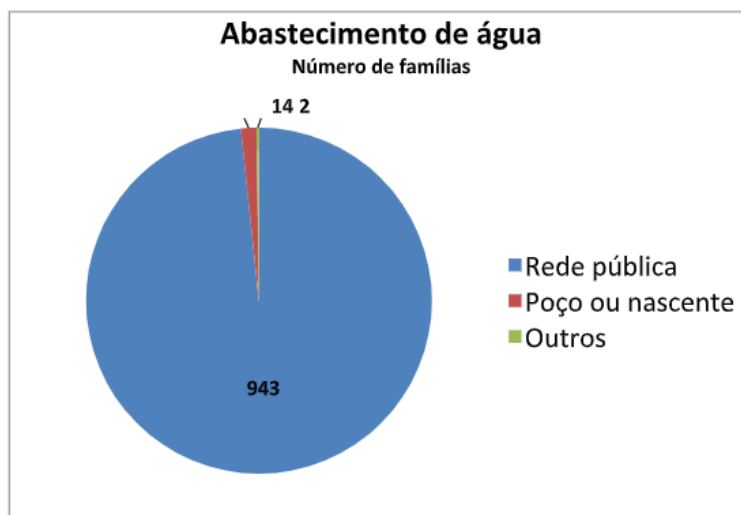


Gráfico 4 – Abastecimento de água das famílias cadastradas na ESF Renascer

Fonte: Consolidado SIAB / 2015



Gráfico 5 – Destino do lixo das famílias cadastradas na ESF Renascer

Fonte: Consolidado SIAB / 2015

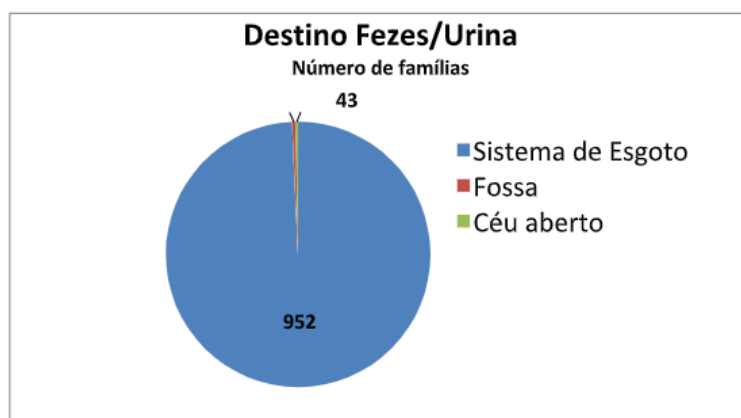


Gráfico 6 – Destino das fezes/urina das famílias cadastradas na ESF Renascer

Fonte: Consolidado SIAB / 2015



Gráfico 7 – Tratamento de água nos domicílios das famílias cadastradas na ESF Renascer

Fonte: Consolidado SIAB / 2015

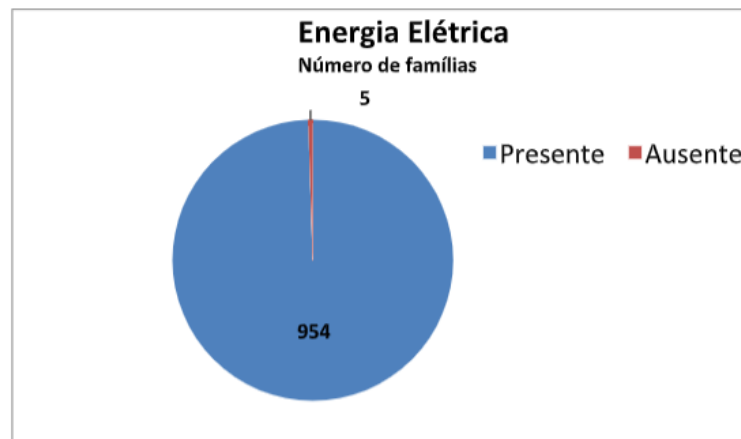


Gráfico 8 – Distribuição de energia elétrica para as famílias cadastradas na ESF Renascer

Fonte: Consolidado SIAB / 2015

Saneamento significa higiene e limpeza. Dentre as principais atividades de saneamento estão a coleta e o tratamento de resíduos das atividades humanas tanto sólidos quanto líquidos (lixo e esgoto), prevenir a poluição das águas de rios, mares e outros mananciais, garantir a qualidade da água utilizada pelas populações para consumo, bem como seu fornecimento de qualidade, além do controle de vetores (CAVINATTO, 1992). Abaixo segue registros de alguns pontos citados e encontrados, no Bairro Rio Grande.

Outro fator social observado no bairro Rio Grande foi o uso de drogas e a violência urbana, fatos relatados por vários entrevistados. A falta de policiamento adequado e a insegurança dos moradores são recorrentes queixas da população. O medo que parentes próximos se envolvam com essas atividades ilícitas também é frequente, mas muitos jovens do bairro já estão inseridos neste mundo.

Para Minayo e Deslandes (1998), o mais consistente vínculo entre violência e drogas se encontra no fenômeno do tráfico de drogas ilegais. Este tipo de mercado gera ações violentas entre vendedores, e compradores (na sua maioria usuários)

sob uma quantidade enorme de pretextos e circunstâncias: roubo do dinheiro ou da própria droga, disputas em relação a sua qualidade ou quantidade, desacordo de preço, disputa de territórios, de tal forma que a violência se torna uma estratégia para disciplinar o mercado e o fluxo existente nele. O narcotráfico potencializa e torna mais complexo o repertório das ações violentas: a delinquência organizada; aquela agenciada pela polícia e pelas instituições de segurança do estado; a violência social dispersa; a promovida por grupos de extermínio e também a das *gangs* juvenis.

5.3 Características da população atendida

A ESF Renascer é responsável por atender sua clientela adscrita, que segundo os dados do SIAB, de 2015, são 3542 pessoas inseridas em 959 famílias. A seguir estão ilustrados alguns dados a respeito desta clientela.



Gráfico 9 – Gestantes distribuídas por faixa etária da população cadastrada na ESF Renascer

Fonte: Consolidado SIAB / 2015

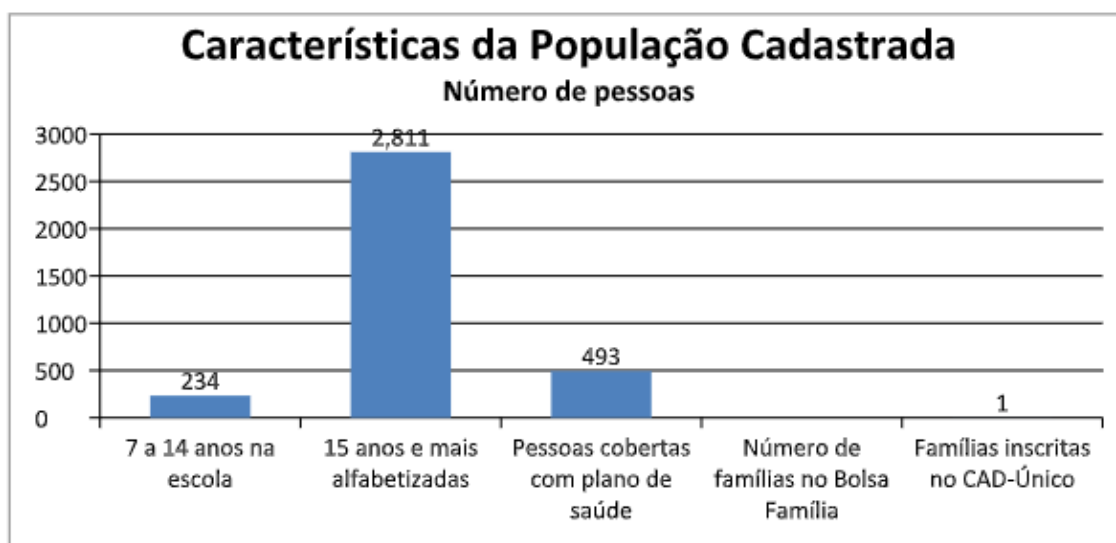


Gráfico 10 – Características da população cadastradas na ESF Renascer

Fonte: Consolidado SIAB / 2015

É importante ressaltar, que os dados coletados pelas ACS, e que alimentam o SIAB, são fundamentais para a criação de políticas de saúde. A identificação dos determinantes sociais de saúde também é um ponto extremamente relevante para criação e adequação destas políticas.

5.4 Características peculiares das microáreas

A real situação de atendimento à saúde dos moradores das microáreas que subdividem o bairro Rio Grande da cidade de Diamantina-MG, são as seguintes:

Microárea 01

Sua abrangência compreende um total de dez trechos, entre ruas, becos e travessas, a saber:

- a) Rua Serra do Barão;
- b) Beco Serra do Barão;
- c) Beco Paraíso;
- d) Beco São Vicente;
- e) Travessa Napoleão;
- f) Rua Napoleão;
- g) Praça São Vicente;
- h) Beco São Vicente;
- o) Rua São Geraldo e
- J) Parte da Rua Alexandre Franccini.

Ela caracteriza-se pela presença de moradores de classe média. Possui pavimentação adequada e residências bem estruturadas, porém apresenta uma pequena quantidade de lixo despejado de maneira inadequada, apesar de sua coleta ser regular. O transporte público não assiste bem esta população e não possui áreas de lazer que atendam os moradores de maneira satisfatória. Situa-se nessa microárea a Escola Estadual Professor Augusto Neves.

Microárea 2

Essa região atende um percurso significativo, cuja abrangência compreende as seguintes ruas:

- a) Rua Pascoal de Souza;
- b) Rua José Onofre;
- c) Travessa Pascoal de Souza;
- d) Rua Teodoro;
- e) Rua Francisco Mota;

- f) Rua Antônio Edílio Duarte;
- g) Rua Alexandre Franccini;
- h) Rua Caetano Mascarenhas;
- i) Rua José Gomes e
- j) Parte da Rua Sebastião Rocha.

Também possui uma maior concentração de pontos comerciais em relação às demais outras regiões do bairro. As moradias apresentam boa estrutura física e o atendimento do transporte público é mais acessível. Nela está compreendida a Unidade Básica de Saúde do Rio Grande, onde atua a Estratégia de Saúde da Família Renascer.

Acoleta de lixo nessa região acontece regularmente e suas vias são pavimentadas. Nessa microárea estão situadas a instituição de ensino, o Centro Municipal de Educação Infantil, que atende principalmente alunos de baixa renda, classe D.

Microárea 03

Abrange as seguintes ruas:

- a) Rua Bernadino Seni;
- b) Rua Jardim da Serra e
- c) Algumas casas da Rua Sebastião Rocha.

Esse local também se caracteriza pela presença de moradores da classe média e moradores da classe baixa. Apresenta muitos lotes vagos e um enorme acúmulo de lixo nas ruas. Apenas uma parte das vias dessa microárea é pavimentada, o que é um dos questionamentos mais recorrentes dos moradores dessa região. Além disso, existem também obstáculos geográficos (construção de casas em becos muito estreitos ou áreas muito íngremes) que submetem os habitantes com maior dificuldade de locomoção, como idosos, à condição de domiciliado. Uma parte dos moradores dessa microárea questiona a qualidade da água disponível. A Igreja Presbiteriana Renovada se situa nessa região, todavia possui um número bastante restrito de fiéis. Conta também com a torcida organizada Diamante Azul.

A microárea 04

Abrange as seguintes ruas:

- a) Rua Pedra do Barão;
- b) Avenida Coronel Caetano Mascarenhas;
- c) Rua Jasmim;
- d) Rua dos Lírios;
- e) Rua Herculano Pena;
- f) Rua das Camélias;

- g) Travessa Oliveira Tangari;
- h) Beco do Moinho;
- i) Rua das Violetas;
- j) Rua Hortência;
- k) Rua Amor Perfeito e
- l) Rua Rosas.

Pertencem a essa localidade a Escola Estadual Professor Gabriel Mandacaru, a Escola Profissional Irmã Luiza (EPIL), antiga fábrica de tecidos, onde também será a sede da UBS do Rio Grande. Essa região é marcada em grande parte do território pela presença do Rio grande, onde atualmente são despejados esgoto e lixo. A falta de saneamento básico é um dos principais problemas da microárea. A maioria das casas são de boa qualidade. As ruas são asfaltadas, mas não estão em boas condições, exceto pelo Beco do Moinho, que pelos dados da prefeitura está asfaltado, mas na realidade o calçamento é de terra. Existem muitos lotes vagos com lixo e mato alto. A coleta de lixo é feita regularmente. O serviço de transporte público feito pelas lotações atende bem à população. A maioria da população é alfabetizada. Esta microárea não oferece área de lazer ou qualquer outra atividade de diversão aos seus moradores.

A microárea 05

Abrange as seguintes ruas:

- a) Rodovia Salto da Divisa;
- b) Beco das Pedras e
- c) Travessa Salto da Divisa.

Nessa microrregião a população é mais carente em relação às outras, possui muitas ruas de terra. As casas não possuem boa estrutura, mas a maioria delas possuem energia elétrica e saneamento básico. Mesmo havendo a coleta, percebe-se amontoados de lixo nas ruas. O transporte público não atende à população desta região, devido a dificuldade de tráfego de veículos em suas vias. A incidência de jovens usuários de droga é elevada na região. Há uma bica onde as pessoas lavam roupa. A Igreja da Serra localiza-se nessa microárea.

A microárea 06

Abrange as seguintes ruas:

- a) Rua Rio Grande;
- b) Rua Praça Bandeirantes;
- c) Rua Jerônimo Alves;
- d) Rua José Augusto Ferreira;
- e) Rua Burgalhau;

- f) Rua Antonio Olinto;
- g) Rua Herculano Pena;
- h) Augusto Neves;
- i) Heloisa Durães Neves;
- j) Arthur França;
- k) Orlandim José Orlande e
- l) João de Ávila.

Nesse local nota-se a predominância de casas muito boas, caracterizando uma população de classe média e classe média alta. Nota-se uma maior assistência pública aos moradores dessa região. As ruas são pavimentadas e não havendo presença de lixo em locais públicos.

6 | CONCLUSÃO

Esse trabalho se mostrou uma ferramenta indispensável para o aprimoramento das práticas de saúde em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Por meio da territorialização, foi possível perceber que um dos mais importantes fatores determinantes sociais da saúde são as condições ambientais. Assim sendo, o fator mais agravante na área de abrangência da UBS Renascer é a presença do esgoto a céu aberto, que é fruto de diversos agravantes para o bem estar da população, que variam desde a poluição em si até a veiculação de doenças, como a dengue, que é frequente na área.

Ademais, evidenciamos, por meio das entrevistas, que diversos outros fatores do contexto socioambiental que a população inserida podem afetar suas condições básicas de saúde e bem estar, por exemplo, as condições precárias de moradia, a falta de transporte público na região, escassez de água e de tratamento de esgoto, entre outros.

Entretanto, não notamos a presença de políticas públicas para sanar os problemas citados acima, o que deixa a população e as instituições religiosas e de educação insatisfeitas. Em contraposição percebemos que a população, atualmente, não acredita mais que esses fatores possam ser sanados um dia, e, assim, não buscam efetivamente os seus direitos em relação à essa precariedade.

A partir dos dados que coletamos durante as entrevistas com os informantes-chave, foi possível a realização de um mapa do bairro Rio Grande, no qual a UBS em questão está inserida, que divide as ruas em microáreas de acordo com a atuação de cada Agente Comunitária de Saúde (ACS), o que facilitará o trabalho dessas profissionais e, conseqüentemente, auxiliará na promoção e manutenção da saúde nessa região.

Além disso, é importante ressaltar a falta de políticas públicas relacionadas ao lazer da população desse bairro, que permanece deixada de lado em relação à esse

questo, e, portanto, possui poucos meios de efetivação do lazer na região em que vive.

Portanto, concluímos que a UBS deve atuar juntamente com os moradores e com a prefeitura, procurando sanar ou, ao menos, minimizar os problemas existentes nessa área. Assim, cabe às instituições do bairro e, principalmente, aos moradores, buscar a efetivação de seus direitos como cidadão, garantidos pela constituição do nosso país.

REFERÊNCIAS

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

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade**: qualificação da estratégia saúde da família. Brasília, 2005.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2 ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.. **A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 35-42, 1998.

MOTTER, Denise Galhardi. **Estratégia saúde da família: integralidade na atenção às demandas sociais no município de Londrina-PR**. Universidade Estadual de Londrina. Londrina, PR, 165 p, 2007.

Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

RIBEIRO, F. M. L.; MINAYO, M. C. de S.. **O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1773-1789, 2014.

RIBEIRO, J. W. & ROOKE, J. M. S.. **Saneamento básico e sua relação com o meio ambiente e a saúde pública**. Tese para obtenção do título de Especialista em Análise Ambiental. Faculdade de Engenharia da UFJF, Juiz de Fora, 2010.

SANTOS, K. T. dos et al . **Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família?**. Ciênc. saúde coletiva, v. 16, supl. 1, p. 1023-1028, Rio de Janeiro, 2011.

Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E A RELEVÂNCIA DO PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DE PACIENTES TERMINAIS

Alana Michelle da Silva Janssen

Faculdade Gianna Beretta.

São Luís – MA.

Francisca Bruna Arruda Aragão

Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

São Luís – MA.

Karla Conceição Costa Oliveira

Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

São Luís – MA.

Gerusinete Rodrigues Bastos dos Santos

Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

São Luís – MA.

Clíce Pimentel Cunha de Sousa

Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

São Luís – MA.

Rayssa Alessandra Godinho de Sousa

Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

São Luís – MA.

Samyra Nina Serra e Serra

Universidade Estadual do Maranhão (UEMA).

Caxias- MA.

Larissa Alessandra Godinho de Sousa

Universidade CEUMA.

São Luís –MA.

Lívia Cristina Sousa

Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

São Luís – MA.

Joelmara Furtado dos Santos Pereira

Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

São Luís – MA.

Josinete Lins Melo Matos

Hospital Dr. Carlos Macieira.

São Luís – MA.

Jonai Pacheco Dias

Faculdade Estácio do Amazonas.

Manuas- AM.

RESUMO: No setor de Unidade de Terapia Intensiva o profissional de enfermagem enfrenta grandes desafios, dentre eles o cuidado com pacientes em fase terminal e o contato com os familiares destes. Zelando pela sua profissão, o enfermeiro tem papel preponderante na UTI, cooperando juntamente com a equipe médica no trato das pessoas que sofrem em seu leito de enfermidade. A pesquisa é bibliográfica que fez consultas na base de estudos bibliográficos da LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e da SciELO - Scientific Electronic Library Online. Esta busca foi feita no período que corresponde a janeiro de 2017 até outubro de 2018, utilizando como descritores: doença, assistência à saúde, morte, seres humanos, cuidado, doente terminal e relações profissional-família na busca dentro da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS. E teve como objetivo maior, fazer uma análise da relevância que o enfermeiro tem nos cuidados com pacientes na Unidade de Terapia Intensiva em estado terminal de vida. Pode-se também

fazer uma observação do cuidado do enfermeiro com o paciente em fase terminal, buscando assim, identificar as barreiras de comunicação quanto à melhoria dos cuidados do enfermeiro ao paciente em fase terminal, sempre ponderando as medidas de enfermagem no apoio ao paciente e à família. O resultado que se chegou após a leitura dos materiais coletados, é que o cuidar não é um ato único, muito menos a soma de técnicas ou qualidades humanas, envolve doar-se aos necessitados de atenção e afeto nos últimos momentos de sua existência.

PALAVRAS-CHAVE: Unidade de Terapia Intensiva. Enfermeiro. Cuidado. Pacientes terminais.

ABSTRACT: In the Intensive Care Unit sector, the nursing professional faces major challenges, such as the care of terminally ill patients and contact with their families. Looking after his profession, the nurse plays a leading role in the ICU, cooperating with the medical team in dealing with people who suffer in their sickbed. The research is a bibliography that has consulted on the basis of bibliographic studies of LILACS - Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences and of ScIELO - Scientific Electronic Library Online. This search was done in the period that corresponds to January 2017 until October 2018, using as descriptors: disease, health care, death, human beings, care, terminal patient and professional-family relationships in the search within the Virtual Health Library - VHL. The main objective of this study was to analyze the relevance of nurses in the care of patients in the Intensive Care Unit in a terminal state of life. It is also possible to make an observation of the care of the nurse with the patient in the terminal phase, seeking to identify the communication barriers regarding the improvement of nursing care to the terminally ill patient, always pondering the nursing measures in the patient support and the family. The result of reading the collected materials is that caring is not a single act, much less the sum of human techniques or qualities, it involves giving oneself to those in need of attention and affection in the last moments of their existence.

KEYWORDS: Intensive Care Unit. Nurse. Caution. Terminal patients.

1 | INTRODUÇÃO

Unidade de Terapia Intensiva ou comumente chamada de UTI é uma área do hospital destinada ao atendimento de pacientes considerados graves e que necessitam de acompanhamento constante. Surgiu justamente devido a necessidade de oferecer um suporte maior, já que é um ambiente reservado e único, e que oferece monitoria e vigilância 24 horas por dia. Uma UTI é composta de profissionais altamente qualificados, uma equipe multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais. Para este artigo o foco será o papel do enfermeiro dentro de uma UTI e a sua importância neste setor hospitalar.

No seu dia a dia, dentro de um hospital, o enfermeiro se depara com um mundo tecnológico que requer preenchimento de dados sobre o paciente, aparelhos que fazem o monitoramento de todas as funções da pessoa internada, não devendo esquecer que o cuidado pessoal e humanizado com o paciente é a sua principal atividade. Ressaltando aqui a enfermagem como uma profissão que tem o homem como seu centro e é dever do profissional aqui em estudo, proporcionar através de seus conhecimentos teóricos e práticos já adquiridos, a melhoria da qualidade de vida de seus pacientes.

A análise do estudo sobre o papel do enfermeiro em uma UTI com pacientes terminais se faz necessário, devido à relevância do profissional de saúde na prestação de cuidados humanizados, com o propósito de gerar alívio da dor física, mental e até mesmo espiritual, entendendo também que a morte é algo iminente e que foge do controle de qualquer ser humano.

É importante salientar que o enfermeiro e os demais integrantes da equipe médica, estarão ligados não só ao doente, mas a seus familiares também, tornando o trabalho mais dolorido. Contudo, quando há pessoas competentes ao redor, pacientes e famílias envolvidas poderão sentir-se acolhidos, com uma boa assistência e acompanhamento do enfermeiro e da equipe multidisciplinar focando o bem estar através de suas habilidades e ações voltadas a este tipo de paciente

Sabe-se que cuidar de um paciente em fase terminal não é uma das tarefas mais fáceis, por lidar com a presença da morte diariamente, mas é preciso que o enfermeiro tenha cuidado e acima de tudo tato ao lidar com situações adversas. Por isso, que um dos enfoques desta pesquisa, além do profissional de enfermagem, é o cuidado com os menos favorecidos fisicamente e que dependem de outros para cuidar de sua saúde.

A palavra “cuidado” no seu sentido pleno de compreensão é um modo, ou maneira de se relacionar e segundo Waldow (2004, p. 188) o cuidado se inicia por cada um, com a preocupação com o outro, com o seu bem-estar. Cuidar significa praticar a convivência um com o outro, com respeito e solidariedade.

Para Leitão e Almeida (2000, p. 81), o cuidado é uma ação de vida que envolve diferentes atividades que tendem a manter e sustentar o ser, reparar o que lhe constitui empecilho e assegurar o prosseguimento da vida.

É neste contexto de tomar cuidado que a enfermagem é ciência e a arte de assistir o sujeito no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência através da educação; de recuperar, manter e promover sua saúde, contando para isso com a cooperação de outros grupos profissionais (HORTA, 1973 p. 02).

Infelizmente dentro da realidade de uma UTI por mais cuidados que todos da equipe médica tenham, a morte faz parte do cotidiano deste local e com certeza é uma das mais duras realidades com que estes profissionais se confrontam, apesar de seus melhores esforços. Talvez não exista ambiente ou circunstância em que cuidados de

enfermagem sejam mais importantes que no cuidado dos pacientes em fase terminal (BRANDÃO, 2005, p. 74).

Ter noção sobre as decisões da fase terminal e sobre os princípios dos cuidados nesta etapa é primordial para apoiar os pacientes durante a tomada de decisão e no fechamento do término de vida. A educação, a prática clínica e a pesquisa relacionada com cuidado na fase terminal estão evoluindo, e a necessidade de preparar os enfermeiros e outros profissionais de saúde para o cuidado na fase terminal surgiu como uma prioridade.

Devido a complexidade do assunto e entendendo que se fazem necessárias mais pesquisas sobre o mesmo foi proposto nesta pesquisa analisar a relevância do enfermeiro e seus cuidados com pacientes na Unidade de Terapia Intensiva que estão em seus últimos momentos de vida.

Uma pessoa por mais forte que seja, com uma doença em fase terminal fica muito mais sensível e sendo assim, o enfermeiro deve lidar com a sensibilidade, insegurança, angústia, ansiedade e buscar meios para fazer com que seu paciente se adapte a este momento tão triste na vida de qualquer pessoa.

Não há como negar que existe uma relação ampla e forte entre o enfermeiro e o paciente que tem como prognóstico a morte. Surgindo então o questionamento: como o profissional de enfermagem deve agir frente à morte iminente, e ao mesmo tempo, atender às necessidades físicas, emocionais e psicossociais nos pacientes que estão em fase terminal? Seu papel enquanto enfermeiro é realmente relevante nestas horas?

2 | METODOLOGIA

A pesquisa terá cunho exploratório que tem como principal objetivo proporcionar maior familiaridade com o objeto de estudo, fazendo com que se desencadeie “um processo de investigação que identifique a natureza do fenômeno e aponte as características essenciais das variáveis que se quer estudar” (Köche, 1997, p. 126).

Traçando os caminhos para se realizar o que se propôs, escolheu-se o tipo de estudo ser através de uma pesquisa bibliográfica, que é aquela que se desenvolve tentando explicar um problema a partir das teorias publicadas em diversos tipos de fontes: livros, artigos, manuais, enciclopédias, anais, meios eletrônicos, entre outros. A realização da pesquisa bibliográfica é fundamental para que se conheça e analise as principais contribuições teóricas sobre um determinado tema ou assunto que se propões estudar (UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA, 2007, p. 67).

Rampazzo (2002, p. 49) afirma que pesquisa é um método reflexivo, sistemático, controlado e crítico que permite descobrir novos fatos ou dados, soluções ou leis, em qualquer área do conhecimento. A pesquisa tem por finalidade realizar um estudo de caráter exploratório, através do levantamento bibliográfico, sobre a atuação dos enfermeiros nas UTI's no cuidado de pacientes terminais. E ainda segundo o referido

autor, a pesquisa bibliográfica procura explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas (em livros, revistas científicas, entre outros), sendo realizada independentemente, ou como parte de outros tipos de pesquisa.

Realizaram-se consultas a capítulos de livros e artigos científicos, procurando autores que pudessem embasar cientificamente este trabalho. Para este fim, usou-se como base de estudos, a base de dados bibliográficos da LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e da ScIELO - Scientific Electronic Library Online, é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros. A busca na base de dados, leitura e fichamento do material coletado foi feito durante janeiro de 2017 a outubro de 2018, coletando mais de vinte autores que solidificassem o pensamento da pesquisadora do artigo em questão.

Utilizou-se como descritores na busca para o desenvolvimento do presente artigo, expressões como: doença, assistência à saúde, morte, seres humanos, cuidado, doente terminal e relações profissional-família e desta maneira, a busca na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, tornou-se muito mais prática e prazerosa.

Como a pesquisa tem como objetivo analisar a relevância do papel do enfermeiro nos cuidados com pacientes na Unidade de Terapia Intensiva em estado terminal de vida; identificar as barreiras de comunicação quanto à melhoria dos cuidados do enfermeiro ao paciente e avaliar as medidas de enfermagem no apoio ao paciente e à família. Para embasamento da discussão foram selecionados algumas literaturas e artigos científicos disponíveis sobre o determinado tema.

Ressalta-se que o profissional de enfermagem tem como papel promover o processo de assistência ao paciente, considerando o cuidar físico, emocional e psicossocial. Por esta razão, que as informações contidas aqui são no sentido de analisar a atuação do profissional de enfermagem frente a morte, atendendo as necessidades do paciente na fase terminal.

3 | RESULTADO E DISCUSSÃO

Como se trata de uma pesquisa bibliográfica o resultado que se chegou após a leitura dos livros e artigos aqui citados é que o cuidar não é um ato único, muito menos a soma de técnicas ou qualidades humanas. O cuidar é o resultado de um processo em que se somam sentimentos, valores, atitudes e princípios científicos, com o objetivo de satisfazer os indivíduos que vivem neste processo.

Abaixo se descreverá mais sobre os cuidados, o enfermeiro, a comunicação deste profissional com todos os envolvidos e a Unidade de Terapia Intensiva, com a finalidade de ter um embasamento teórico necessário à construção desta pesquisa. Utilizaram-se autores dominantes no assunto e desta forma se alcançou o objetivo geral de analisar o papel do enfermeiro nos cuidados com pacientes em fase terminal.

3.1 Unidade de Terapia Intensiva - UTI

Este setor do hospital surgiu devido a necessidade de que certos pacientes dependiam de um atendimento intensivo em 24 horas por dia, um dia a dia que envolve pacientes e todos que compõe a equipe de uma UTI, incluindo os enfermeiros. Um local como este se caracteriza por ser um ambiente tenso e onde se convive constantemente com a morte.

Com a criação do setor de unidade de terapia intensiva, aumentou também os processos movidos pelo crescimento da tecnologia que se propõe a auxiliar o hospital no cuidar, tratar e se possível curar os pacientes que buscam socorro médico e hospitalar. Muitos estudiosos afirmam que o paciente internado em uma UTI, além de precisar de cuidados para o seus problemas fisiopatológicos, necessitam de cuidados para suas questões psicossociais, ambientais e familiares, que querendo ou não, se interligam com as doenças físicas (HUDACK; GALLO, 1997, p. 41).

Leclainche (1962, p. 10) enfoca muito bem a dor física e psicológica quando retrata a fala da situação de vulnerabilidade que o paciente vive na UTI:

[...] o doente que já está à margem da vida da comunidade, da atividade profissional e da vida de família, sofre a dor física, o medo da morte, inquietude pelos entes queridos, preocupação pelo futuro, sentimentos de inferioridade.

Cada UTI possui suas próprias características: convivência dos enfermeiros com os pacientes de riscos; o enfoque na tecnologia de ponta e o conhecimento que se deve ter para manusear os equipamentos que ficam ligados 24 horas por dia, todos os dias do ano; a ansiedade do paciente, de seus familiares e de todos que ali trabalham; rotinas de trabalho desgastantes e a presença da morte.

E em vista do que foi dito acima, entende-se que nem sempre se poderá proporcionar o melhor atendimento. Mas por que isso não é possível? Segundo Silva (2000, p. 11), para que uma UTI ofereça um bom atendimento, ela tem que ter uma boa estrutura física, pessoas em quantidade numérica suficiente e com capacitação e treinamentos na área, equipamentos de ponta, com manutenção frequente, respeitado as observações dos fabricantes, além de que, é preciso se ter uma boa organização administrativa e diretiva a fim de manter o padrão de qualidade e acima de tudo, visando sempre à humanização dos atendimentos.

Dentro de uma UTI o clima de trabalho é estressante e com uma atmosfera emocionalmente abalada, que envolve àqueles que convivem diariamente nele. O serviço dos enfermeiros tem um impacto forte e onde se concentra todas as tensões que provêm do cuidado direto com o doente. Corroborando com este pensamento, Silva (2000, p. 10) justifica que isso acontece porque a equipe de enfermagem está permanentemente em contato com os pacientes, sentindo de perto suas dores, seus medos e ansiedades. O autor cita ainda que enfermeiros afirmam que um dos fatores que mais pesam é a instabilidade do quadro clínico do paciente, e conseqüentemente gera uma tensão grande, impondo neles um ritmo de trabalho forçado e desordenado.

3.2 O fim da vida - a morte

Pobres ou ricos, negros ou brancos, de qualquer religião que se professe, a única certeza que é igual a todo ser humano é a morte. A questão do cuidado da vida humana na fase terminal tornou-se relevante na sociedade e na área da saúde. Na visão de Zimmerman (2000, p. 19-20) é necessário, antes de tudo, fazer uma diferença entre morte e o morrer. Ele define morte como sendo o ato de morrer, o fim da vida animal ou vegetal; termo fim. Portanto, diz-se que a morte é o término da vida biológica, física, mas não necessariamente o fim. A morte faz parte da vida, ainda que as pessoas tentem negá-las.

Kovács (2002, p. 3) defende que “a morte faz parte do desenvolvimento humano”, em outras palavras, desde os primeiros anos de vida, desde o nascer, a criança aprende a viver com a falta da mãe, e essa falta é vivida como morte, pois a criança encontra-se desamparada. Na adolescência, as experiências de morte passam a ser concretas, como a perda de amigos que se mudam, morrem devido a acidentes ou até mesmo assassinatos. Já na fase adulta, o indivíduo tem a consciência de que a morte permanece distante, pois nessa fase ocorre a construção de sua vida, através da carreira profissional, do casamento, da iniciação familiar e conquistas pessoais. Na velhice as perdas vão sendo experimentadas através da separação dos filhos, da aposentadoria, falta de disposição para prática do lazer. São com estas perdas que o idoso se prepara para a morte (KOVÁCS, 2002).

O fenômeno morte é um dos que mais geram questionamentos nas pessoas em toda a história da humanidade. Estudiosos como: filósofos, antropólogos, sociólogos, historiadores, e outros, fizeram inúmeras especulações acerca da morte e do mistério pelo qual ela está envolvida. Contudo, o que se sabe, além da certeza da morte, é que para um grande número da população mundial a morte ainda é encarada como um acontecimento estranho, distante da realidade, do cotidiano agitado, e vem sendo banalizada. Quando se confere à morte essa banalização, não se discute sobre ela, e não se consegue quebrar as barreiras e tabus que a rodeiam (SILVA; RUIZ *apud* BRAGA *et. al*, 2010, s.p.). Para muitos a morte é algo distante, que só é possível de acontecer com os outros a seu redor.

Embora a morte, a dor, o luto e a amargura sejam aspectos universalmente aceitos na vida, os valores, as perspectivas e as técnicas durante a doença grave estão culturalmente ligados e expressos à medida que a morte se aproxima. Hoje existem mais oportunidades que no passado para permitir uma morte tranquila, como o conhecimento e as tecnologias. (SMELTZER; BARE, 2005, p. 395).

Como o homem em toda a sua complexidade não assimila em sua plenitude o fim, para os enfermeiros é um momento difícil de conviver com a iminência diária da morte, e ainda lidar com um equilíbrio emocional quando ocorre a perda de um dos seus pacientes, que estava aos seus cuidados em uma UTI. Infelizmente o processo

de perda é um fato que pode acontecer e cabe ao profissional de enfermagem saber com muita sapiência, lidar com este triste sentimento, de que é o da perda de alguém.

Entre os filósofos, antropólogos, cientistas sociais, historiadores e até mesmo leigos, a morte gera inúmeras especulações e continua sendo um mistério que o homem insiste em desvendar. Contudo, para outra parcela da população, a morte é encarada ainda como um acontecimento alheio, distante de sua própria realidade, e com isso a banalizam. Quando se confere à morte essa banalização, não se discute e nem se busca conhecer e assim, surgem conceitos errôneos sobre ela (SILVA; RUIZ *apud* BRAGA *et. al*, 2010, s.p.).

A morte vista como algo alheio e que só acontece com os outros não é bom para o paciente, para seus familiares e muito menos para a equipe médica que cuida do paciente em fase terminal. Todos, sem exceção, precisam ver que a morte faz parte do ciclo da vida do homem e que, portanto, todos são suscetíveis a ela. E que discutir sobre o assunto não fará ninguém morrer mais cedo ou mais tarde, porém, trará o conhecimento necessário a fim de entender que a morte é um processo inevitável de todo ser vivo.

Ao mesmo tempo em que a morte é um tema que fascina a alguns, por outro lado, ela aterroriza a outros. Surgem muitas filosofias e teorias sobre a morte, mas verdade é que ninguém quer morrer. Não se aceita facilmente a morte, mas cada cultura interpreta a morte de forma a sua própria maneira. Quando se fala em civilização, em povos, observa-se que na construção da tradição cultural, morte e nascimento representam assuntos relevantes e fundamentais para a formação da identidade de cada grupo social.

3.3 O papel do enfermeiro

Para Araújo (*apud* Braga *et. al*, 2010, s.p.) a enfermagem tem um papel fundamental e relevante nos cuidados com pacientes em fase terminal, visto que, o cuidar é a essência da profissão. O trabalho exercido pelo enfermeiro é essencial no acompanhamento do enfermo durante todo seu tratamento, mesmo quando não há resposta de uma possível cura, e já teve até mesmo o diagnóstico fatal. É nesta fase, de fim da vida, que a equipe de enfermagem realiza todos os cuidados para reduzir a ansiedade e concedendo apoio aos familiares, tornando este atendimento mais humanizado.

Com doentes em fase terminal, a sociedade de acordo com Kruse *et. al* (2007), julga como valor máximo, o direito destes morrerem tendo o apoio da família, ou seja, em casa. O paciente no término da vida, como um ser que vivencia o processo de morrer, necessita de alguém que esteja junto a ele. A família tem um papel fundamental durante o processo da doença, porém, necessita ser assistida também, já que é necessário compartilhar emoções entres seus membros, podendo chegar à aceitação dessa realidade, inclusive da morte. Mas isso às vezes se torna difícil, visto que em

casa não se tem todo o aparato tecnológico e profissionais que venham a ter o mesmo conhecimento e cuidados com o moribundo.

Se forem observados os cuidados de uma pessoa informal, há dois aspectos que devem ser salientados, primeiro as condições necessárias à manutenção dos cuidados domiciliar e segundo, as condições que realmente a família dispõe para ser responsabilizada pelo mesmo. Manter um paciente numa UTI é um valor elevado e muitas famílias não dispõem de recursos financeiros capazes de fornecer um atendimento hospitalar e para quem busca este atendimento no sistema público de saúde vê que a realidade é dura e despreparada (HORTALE e SILVA, 2006, s.p.).

Manter um paciente em fim de vida no hospital ou em casa é uma decisão que deve ser muito bem pensada e repensada, sempre priorizando a dignidade da pessoa enferma, independentemente de suas condições, escolaridade, renda e religião, afinal, todos possuem o direito a uma morte digna e humanizada.

Defendendo a hospitalização do paciente em fase terminal, Kruse *et. al* (2007) diz que é necessária quando fica impossível para as famílias manterem por tempo indeterminado um doente em casa enquanto trabalham, principalmente quando o paciente não tem mais autonomia, tem limitações no seu locomover e não consegue mais tomar decisões por conta própria.

À medida que a medicina foi progredindo, os cuidados ao final da vida passaram a ser realizados, sobretudo nos países desenvolvidos, em um ambiente impessoal, cercado de pessoas estranhas, muitas vezes sob monitoramento de aparelhos eletrônicos e submetidos a procedimentos médicos invasivos. Esse panorama reflete o que é denominado “medicalização da morte” (HORTALE e SILVA, 2006, s.p.). Mas essa hospitalização do paciente nesta etapa é necessária, já que há avanços na medicina para esse cuidado e também, porque nos hospitais os atendimento e cuidados são feitos por profissionais capacitados para desempenhar tais funções.

Compreender e aceitar que a procura por um cuidado profissional, mesmo que seja cercado de aparelhos que monitoram o enfermo 24 horas por dia, é a melhor saída, é vital oferecer àquele que sofre um alívio aos seus sofrimentos, com a redução das dores físicas, acalento de suas dores emocionais e recebendo a certeza de que tudo de melhor dentro da medicina está sendo feito por ele e para ele.

Angerami-Camon (2004) ao descrever sobre o assunto dos aspectos terapêuticos ligados ao paciente terminal, vê as implicações existentes na sociedade, e também no contexto hospitalar, que incidem sobre ele. Vive-se hoje numa sociedade em que a pessoa é explorada mercantilmente, e quando não se pode mais explorá-la “não presta mais”, acontecendo então o “desamparo social”. O abandono parcial ou total a que se encontram entregues os doentes, muitas vezes leva àquele que está em fase terminal a desesperar-se diante da realidade que se lhe apresenta.

Compete ao enfermeiro dentro do seu papel ou qualquer outro profissional da área de saúde comunicar ao paciente a sua situação, como está previsto na própria legislação, no artigo 59 do Código de Ética Médica brasileiro que proíbe ao profissional

“Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso a comunicação ser feita ao seu responsável legal” (Código de Ética Médica, 1988, p. 7).

Diante do exposto acima, cabe ao enfermeiro além de manter um contato direto, claro e limpo com seu paciente, deve ele também cuidar com muito zelo das necessidades que o enfermo lhe apresentar, e para isso ele deve estar atento àquilo que lhe é comunicado verbal ou não verbal, porque a boa comunicação é fundamental para que os processos caminhem dentro de uma determinada ordem.

3.4 Manter a comunicação entre enfermeiro e paciente terminal

Embora o enfermeiro tenha que lidar com os sentimentos negativos, agonia e aflição, isto não impede que eles procurem uma forma aceitável de enfrentar o processo da morte de seus pacientes. Refutando esta ideia, Smeltzer e Bare (2005, p. 402) defende que a comunicação diante de um diagnóstico com risco de vida é mais bem realizada através de equipe interdisciplinar: um médico, enfermeiro e assistente social. Estes profissionais devem estar presentes, sempre que possível, para fornecer as informações, facilitar a discussão e abordar as preocupações e claro, acima de tudo, a presença da equipe transmite segurança, carinho e respeito pelo paciente e pela família no momento mais difícil de suas vidas.

O conselho deixado por Smeltzer e Bare (2005, p. 402) para os profissionais que lidam com situações adversas diante da morte e desta maneira desenvolver um nível de conforto e experiência na comunicação com os pacientes e suas famílias, é que eles precisam, em primeiro lugar, considerar suas próprias experiências e valores relativos à doença e à morte e quando eles se colocam no lugar do paciente ou de seu familiar a empatia torna a comunicação mais leve e direta, podendo ser a comunicação verbalizada ou não.

O enfermeiro, por exemplo, deve saber relacionar-se e trabalhar com a comunicação não verbal, em que palavras muitas vezes são substituídas pelo comportamento e atitudes que revelam a vivência do paciente, saber expressar amor através do olhar é uma excelente forma de comunicação e usar o tato também para comunicar ao paciente que existe um ser humano por trás das roupas brancas e emaranhados de fios.

Silva (2006, s.p.) afirma que a comunicação não verbal ocorre na interação pessoa – pessoa e se caracteriza por transmitir a informação por meio de gestos, posturas, expressão facial, orientações do corpo, entre outras. A comunicação não verbal potencializa a transferência da mensagem e diminui os problemas de verbalização comuns nos processos de morte.

A comunicação verbal com paciente e a sua família se dá pela troca de mensagens, relatando a doença, o quadro clínico do paciente e os possíveis tratamentos que serão

utilizados, avaliando a evolução, ou não, passando segurança e esclarecendo algumas dúvidas. Conforme Smeltzer e Bare (2005, p. 402), lidar com as notícias sobre um diagnóstico grave ou prognóstico ruim é um processo contínuo. Portanto, para isso, o enfermeiro precisa ser sensível a essas necessidades contínuas e em muitos casos, lhe será requisitado a repetição das informações previamente fornecidas ou simplesmente estar presentes enquanto o paciente e a família reagem emocionalmente a cada visita. Porém, a melhor comunicação que o enfermeiro ou qualquer outro profissional possa ter é a de ouvir e mostrar atenção e interesse, porque em muitos casos, o paciente ou algum membro de sua família só precisam falar, desabafar seus medos com alguém.

Ainda segundo Smeltzer e Bare (2005, p. 406) muitos dilemas nos cuidados ao paciente em fase terminal estão relacionados com a deficiência na comunicação entre os membros da equipe, o paciente e a família, bem como também, como com a falha dos membros da equipe de saúde em se comunicar efetivamente entre si. A comunicação direta, clara e sem ruídos deve ser mantida, até mesmo para se passar pela etapa mais dura que há de vir: a morte.

Esta comunicação direta com os pacientes e com a família deles é primordial para que o trabalho do enfermeiro prospere, principalmente quando se tem diante de si, o quadro de morte, visto que, como agente cuidador, caberá ao enfermeiro, dar apoio aos familiares e ao doente, passando a todos uma confiança e segurança, mesmo diante de um prognóstico ruim.

3.5 Apoio ao paciente e sua família

No mundo hoje muito se enaltece a saúde e a vida, porém a morte é um assunto quase sempre evitado (Bernardes, *apud* Braga *et al*, 2010) e com frequência negada, mesmo quando diante de um quadro real de morte se aproximando. Mais uma vez entra o papel do enfermeiro, que possui a essência do cuidar e mediante o doente terminal, desenvolver ações para a preservação da vida (mesmo que esta esteja no fim), buscando alívio do sofrimento, oferecendo conforto, apoio emocional, ouvindo com atenção suas lamúrias e pesares e fortalecendo o vínculo entre o enfermo e seus familiares.

Os enfermeiros precisam reconhecer que com os seus cuidados uma grande lacuna é preenchida na vida do enfermo grave à medida que o profissional procura atenuar ou minimizar os efeitos de uma situação fisiológica desfavorável, nunca abandonar, prezar pelo acolhimento espiritual do doente e de sua família, além do respeito à verdade e à autonomia do doente. Medidas como estas favorecem a participação do enfermo no tratamento, não esquecendo de que o tratamento não pertence a equipe de saúde, mas sim ao próprio enfermo. A não possibilidade de cura parece romper com os limites terapêuticos, mas de forma alguma com as possibilidades de cuidar e proporcionar dignidade e respeito aos limites de quem não quer viver sofrendo (OLIVEIRA; SÁ; SILVA, *apud* BRAGA *et. al*, 2010, s.p.)

O que se observa em muitos casos de pacientes em fase terminal nas UTI's é que eles sofrem desnecessariamente quando a atenção é inadequada para os sintomas que acompanham sua doença, porque existe um foco apenas na sua dor física e esquecem as dimensões psicossociais e espirituais do enfermo e da família.

Deve-se valorizar a alegria, o bom humor e saber que há pacientes, que embora acamados, primem por isto, não só em si mesmos, mas nos profissionais de saúde e nas pessoas com as quais ao seu redor. O riso é uma terapia e uma forma de comunicação também. Uma boa risada é capaz de aliviar a tensão do ambiente contextualizado pela dor. Estudos apontaram que o bom humor e a risada proporcionaram um modo de aliviar a ansiedade, tensão e insegurança, mediante a morte que desenha um quadro de estresse, pesar e sentimentos que geralmente são difíceis de expressar quer seja verbal ou não verbal (ARAÚJO; SILVA, *apud* BRAGA *et. al*, 2010 s.p.).

Diante do exposto acima, compreende-se que o enfermeiro é importante no cuidado com pacientes terminais, porque lhe oferecem ajuda que vai além dos cuidados físicos ou clínicos do enfermo, ele abrange os cuidados emocionais e faz de tudo para adaptar cada momento na última etapa de vida da pessoa junto aos seus familiares, sempre prezando por uma comunicação assertiva e buscando assim, transmitir um pouco de paz a quem não aguenta mais sofrer.

Segundo Soares (2007), os familiares possuem atenções específicas devido ao elevado nível de estresse, alterações frequentes no humor e ansiedade altíssima durante o acompanhamento da internação, e este quadro muitas vezes persiste após a morte do paciente. Todavia, não levar em consideração a família do paciente em fase terminal, não será possível ajudá-los verdadeiramente, durante o período da doença. A família desempenha papel ímpar, e suas reações muito contribuem para a própria reação do paciente.

Encarar a morte o tempo todo não faz bem para o paciente e nem para sua família, é salutar orientar aos familiares que eles não podem e não devem excluir suas relações extra-hospitalares para ficar exclusivamente ao lado do paciente. Cada um tem a sua própria necessidade e precisa também tirar um tempinho para se cuidar e assim, restabelecer suas energias para enfrentar mais um dia de vida ou morte.

A família merece um cuidado especial, desde o instante da comunicação do diagnóstico, uma vez que esse momento tem um enorme impacto sobre eles, que veem seu mundo desabar após uma notícia fatídica de que uma doença potencialmente fatal atingiu um dos seus membros. Suas necessidades psicológicas carecem de ajuda e, dependendo da intensidade das reações emocionais desencadeadas, a ansiedade familiar torna-se um dos aspectos mais difícil no processo da doença, tratamento, cura ou morte (Oliveira, Voltarelli, Santos e Mastropietro, 2005, s.p.).

Quando sai um diagnóstico de uma doença fatal, não é raro os familiares se perguntarem se devem se culpar por isto, “se ao menos o tivesse mandado antes ao médico” (Kübler-Ross, 2005, p. 167). Este sentimento de culpa de nada ajuda, pelo contrário, só traz mais pesar e sofrimento para todos. Por isso, quanto mais os

enfermeiros e demais envolvidos diretamente com o paciente e família, ajudarem os parentes a expor estas emoções antes da morte de um ente querido, mais reconfortados se sentirão os familiares. O falar antes da morte é tão importante quanto o chorar depois, e a ajuda mais significativa que o enfermeiro pode dar a qualquer parente, é partilhar seus sentimentos antes que a morte chegue, é ouvir atentamente o que aflige o outro e deixando que enfrente estes sentimentos, racionais ou não de maneira humanizada.

3.6 O Paciente terminal

Segundo os estudos de Gutierrez (2001) o conceito para paciente terminal é complexo, devendo-se ao fato de existirem diversas avaliações consensuais, de diferentes profissionais, contudo, ao autor destaca que tais dificuldades não devem comprometer o benefício que pacientes, a família e os profissionais da área da saúde possam ter no reconhecimento desta condição.

A identificação do paciente terminal na prática, considerado sem esperança de cura ou com morte inevitável, é doloroso e não envolve unicamente um raciocínio lógico, porque o fato de que o limite entre o terminal e o paciente com perspectivas de cura é sempre arbitrário no sentido de não existir uma linha divisória, bem definida, entre ambos (Quintana, Kegler, Santos, Lima, 2006).

Em suma, paciente terminal é quando se esgotam as chances ou alternativas de restabelecimento da saúde e a chegada da morte próxima parece inevitável e previsível, o paciente é considerado “um caso perdido” e caminha para a morte, sem que se consiga reverter o que o aguarda ao final do caminho (MARENGO; FLAVIO; SILVA, 2009). Já para Kovács (2010) o conceito de paciente terminal, estigmatiza o indivíduo, pois do ponto de vista psicossocial, o atributo terminal pode condenar o paciente ao abandono, ao fim definitivo de todas as coisas, levando à naturalização da dor e do sofrimento, já que a morte está próxima.

O que se percebe com a análise da morte, é que ela não é em si um problema para o paciente, contudo, o medo de morrer que se torna o problema maior, que brota da desesperança, do desamparo e do isolamento que o acompanha durante sua estadia na UTI. Por isso, cabe ao profissional de enfermagem que está em contato direto e constante com o paciente terminal auxiliar no processo que antecede sua partida (BORGES, 2006). Para este feito, o enfermeiro precisa trabalhar sua mente e o seu espírito e transmitir segurança, conforto e muito amor e carinho, mesmo que seja para uma pessoa que esteja destinada a morte.

Destaca-se aqui que tanto a medicina, quanto a enfermagem, busca moldar seus alunos a considerar a morte como “o maior dos adversários”, sendo o dever deles combatê-la, utilizando-se para isso, de todos os recursos tecnológicos e científicos disponíveis. Contudo, a equipe de saúde já entra na luta com o ônus de derrota, pois esquece que a morte é maior e mais evidente do que todo tecnicismo do saber médico, mas infelizmente muitos não querem admitir que não se tenha mais nada a fazer pelo

paciente (Quintana, Kegler, Santos, Lima, 2006).

O enfermeiro deve se lembrar de que não é deus e não opera milagres. Aceitar a morte como fase do ser humano é tão importante quanto o cuidar dele em vida. O que se deve fazer é sempre ter o cuidado em oferecer o melhor atendimento a fim de conseguir, ainda em vida, minimizar a dor de quem sofre com a chegada da morte.

4 | CONCLUSÃO

O enfermeiro precisa entender que como profissional ele não tem poder de anular as doenças, muito menos evitar a morte, mas que ele é um agente não somente de conhecimento e da técnica, ele é o agente do cuidado e para isso, ele deve se colocar no lugar do outro, saber ouvir mais e falar menos, deve estar atento a reciprocidade da comunicação, aos estímulos que seu paciente lhe transmite e deixar seus sentimentos mais puros aflorar, contribuindo, portanto, para um atendimento, um cuidar mais humanizado e digno.

Ele precisa de um comprometimento pessoal, sair detrás do jaleco branco e se colocar como uma pessoa com carne e osso, cheio de emoções. Precisa se envolver com mais efetividade no que diz respeito aos cuidados, principalmente nos aspectos emocionais, espirituais, físicos e culturais. Sim, talvez seja necessário arriscar-se mais, abrir a si mesmo a dores e dúvidas, que é da natureza humana.

É sabedor que a morte está presente no cotidiano, então, é preciso compreendê-la em todas as fases da vida e se colocar no lugar do próximo, conta-se com a ajuda do diálogo, que é o caminho para esse entendimento. A comunicação é sem dúvida um fator muito importante na assistência à saúde, especialmente quando se trata de cuidados a pacientes terminais.

O tocar também é outro ponto importante a ser considerado e falar com o outro tocando nele é algo mágico e restaurador, principalmente para o enfermo que se sente rejeitado e quando este é tocado com carinho, é como se estivesse recebendo a tão sonhada cura. E este método de cuidar tocando é muito importante numa Unidade de Terapia Intensiva. Por isso que se enfatiza aqui que os enfermeiros precisam se despir de seus conhecimentos teóricos e se vestir de sentimentos que olham para o seu próximo (paciente aqui em questão) com ternura e que busquem sempre cuidar com sábias palavras e com toques que revelam amor e carinho.

O homem já nasce com a certeza da morte, o fim faz parte da narrativa da humanidade, mesmo que se tenha dificuldade em falar sobre o assunto. Sendo assim, artigos, pesquisas que voltem sua ótica sobre a morte e o papel que um enfermeiro tenha nos últimos momentos de vida são de grande relevância, para pacientes, familiares e equipe hospitalar.

Todos os dias a equipe médica, inclusive os enfermeiros, enfrentam a morte e, independentemente da experiência profissional que este venha a ter, quase todos a encaram com um certo sentimento de incerteza. Isto ocorre porque eles não sabem se

todos os cuidados que fazem podem auxiliar no bem estar do paciente, minimizando sua dor; desespero porque se sentem impotentes para fazer algo que mantenha com vida o paciente e angústia porque não sabem como comunicar assertivamente com o doente e sua família.

Conclui-se com este estudo que o enfermeiro exerce papel de alta relevância frente a morte de um paciente em fase terminal, afinal, lidar com a morte e com pacientes neste estado, requer muito preparo, e aqui não vai entrar o conhecimento de sala de aula apenas, mas o cuidado humanizado que se deve ter, pois ele deverá transmitir segurança e amabilidade para com o doente e seus familiares, já que o enfermeiro é a ponte de ligação entre a família e o enfermo.

REFERÊNCIAS

Angerami-Camon, V. A. **Tendências em Psicologia Hospitalar**. São Paulo: Thomson, 2004.

BORGES, A.V. S. B. et al. Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 361-369, mai./ago. 2006.

BRAGA, E. M; CARVALHO, R. C; FERRACIOLI, K. M; FIGUEIREDO G. L. A. **Cuidados paliativos: a enfermagem e o doente terminal**. 2010. Disponível em: <<http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/view/150/0>>. Acesso em: 19 out. 2018.

Brasil, Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. (1988). **Código de Ética Médica**. Capítulo v, Art. 69.

Gutierrez, P., L. (2001). O que é o Paciente Terminal? **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 47, n. 2. ano 01. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2018.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU 1979.

HORTALE, Virgínia Alonso; SILVA, Ronaldo Corrêa Ferreira da; **Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área**. Scielo, 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo>>. Acesso em: 21 de out. 2018.

HUDACK, C.M.; GALLO, B. M. **Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

KOVACS, Maria Júlia. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O Mundo da Saúde**. São Paulo: 2010; 34(4):420-429.

_____. **Morte e desenvolvimento humano**. 4. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

KÖCHE, José Carlos. **Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e iniciação à pesquisa**. 20. ed. atualizada. Petrópolis: Vozes, 1997.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

LECLAINCHE, X. É preciso humanizar o hospital. **Rev. Paulista Hosp**. 1962, maio; 10(5): 7-10.

LEITÃO, G.C.M.; ALMEIDA, D. T. O cuidador e sua qualidade de vida. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 13, n. 1, p. 80-85, jan./abr. 2000.

MARENGO, M. O.; FLAVIO, D. A.; SILVA, R. H. A. *Terminalidade de Vida: Bioética e Humanização em Saúde. Medicina* (USP. FMRP), v. 42, p. 286-293, 2009.

Oliveira, Érika Arantes de; Voltarelli, Júlio César; Santos, Manoel Antônio dos; Mastropietro, Ana Paula (2005). Intervenção junto à família do paciente com alto risco de morte. **Revista Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**. v. 38, n. 1. ano 05. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2005/vol38n1/10_intervencao_junto_familia_paciente_alto_risco.pdf>. Acesso em: 22 out. 2018.

Quintana, A. M., Kegler, P., Santos, M., S., & Lima, L. D. (2006). Sentimento e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. **Paidéia** (Ribeirão Preto). v.16, n.35 ano 06. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2006000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov. 2018.

RAMPAZZO, Lino. **Metodologia científica**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

SILVA, M. J. P. **Humanização em Unidade de Terapia Intensiva**. In: Cintra EA, Nishide V. M; Nunes, W. A. Assistência de enfermagem ao paciente crítico. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 1-11.

SMELTZER, Suzane C.; BARE, Brenda G. **Tratado de Enfermagem Médico - Cirúrgica**. 10. ed. RJ: Guanabara Koogan, 2005.

Soares, Márcio (2007). Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v.19,n.4 ano 07. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000400013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 out. 2018.

UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA. **Metodologia científica e da pesquisa**. 5. ed. rev. e atualizada. Palhoça, 2007.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmo**. Petrópolis: Vozes; 2004.

ZIMERMAN, Guite I. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. São Paulo: Artmed, 2000.

VARIÁVEIS DO TREINAMENTO DE FORÇA: UMA BREVE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Thiago Teixeira Pereira

Universidade Federal da Grande Dourados
(UFGD)

Faculdade de Ciências da Saúde (FCS)

Laboratório de Análises Toxicológicas (LeTox)
Dourados/MS, Brasil

Universidade Católica Dom Bosco (UCDB)
Campo Grande/MS, Brasil

Maria da Graça de Lira Pereira

Instituto de Educação e Pesquisa Alfredo Torres
(IEPAT)

Campo Grande/MS, Brasil

Cristiane Martins Viegas de Oliveira

Universidade Católica Dom Bosco (UCDB)
Campo Grande/MS, Brasil

Camila Souza de Morais

Faculdade Estácio de Sá Campo Grande
(FESCG)

Campo Grande/MS, Brasil

Gabriel Elias Ota

Faculdade Estácio de Sá Campo Grande
(FESCG)

Campo Grande/MS, Brasil

Luis Henrique Almeida Castro

Universidade Federal da Grande Dourados
(UFGD)

Faculdade de Ciências da Saúde (FCS)

Laboratório de Análises Toxicológicas (LeTox)
Dourados/MS, Brasil

Flavio Henrique Souza de Araújo

Universidade Federal da Grande Dourados

(UFGD)

Faculdade de Ciências da Saúde (FCS)

Laboratório de Análises Toxicológicas (LeTox)
Dourados/MS, Brasil

Silvia Aparecida Oesterreich

Universidade Federal da Grande Dourados
(UFGD)

Faculdade de Ciências da Saúde (FCS)

Laboratório de Análises Toxicológicas (LeTox)
Dourados/MS, Brasil

Gildiney Penaves de Alencar

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
(UFMS)

Instituto de Educação e Pesquisa Alfredo Torres
(IEPAT)

Universidade Norte do Paraná Campo Grande
(UNOPAR/CG)

Campo Grande/MS, Brasil

RESUMO: O treinamento de força vem sendo bastante procurado por diversas pessoas em busca da saúde, estética, melhora do desempenho esportivo ou atividades do dia a dia com o intuito de melhorar o condicionamento físico, a aparência e/ou a atuação esportiva. Neste sentido, o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão bibliográfica acerca das variáveis do treinamento de força. Dentre as variáveis, o número de repetições por série, velocidade de execução, número de séries,

ordem dos exercícios, intervalo entre séries e os exercícios e a escolha do peso são tratados neste estudo, tais quesitos são de extrema importância dentro deste tipo de rotina física sendo necessário um efetivo controle durante as prescrições e acompanhamentos dentro da musculação, seja qual for o objetivo do praticante. Ainda, é necessário proporcionar ao indivíduo diversas maneiras de combinações das variáveis apresentadas para que o mesmo possa evoluir com seus resultados e as adaptações fisiológicas sejam estabelecidas de acordo com o objetivo e o grau de treinabilidade, evitando possíveis lesões.

PALAVRAS-CHAVE: Musculação; Treinamento de Resistência; Força Muscular.

STRENGTH TRAINING VARIABLES: A BRIEF BIBLIOGRAPHIC REVIEW

ABSTRACT: Strength training has been widely sought by many people in search of health, aesthetics, improved sports performance or day-to-day activities in order to improve physical fitness, appearance and / or sports performance. In this sense, the objective of this study was to perform a literature review about the variables of strength training. Among the variables, number of repetitions per series, speed of execution, number of series, order of exercises, interval between sets and exercises and weight choice are treated in this study, such questions are extremely important within this type of routine physique being necessary an effective control during the prescriptions and accompaniments within the bodybuilding, whatever is the objective of the practitioner. Furthermore, it is necessary to provide the individual with several ways of combinations of the presented variables so that the same can evolve with their results and the physiological adaptations are established according to the objective and the degree of training, avoiding possible injuries.

KEYWORDS: Strength Training; Resistance Training; Muscle Strength.

1 | INTRODUÇÃO

Podendo receber o nome de musculação ou treinamento com pesos, o treinamento de força tem como principal característica a utilização de materiais como halteres, aparelhos, pesos dentre outros e, na atualidade, vem sendo bastante procurado por diversas pessoas em busca da saúde, estética, melhora do desempenho esportivo ou atividades do dia a dia (BAECHLE; GROVES, 2000).

Para que o indivíduo consiga manter um padrão e nível de progressão dos benefícios proporcionados por este treinamento, principalmente no que diz respeito ao próprio aumento de força, é necessário seguir criteriosamente alguns princípios básicos que se aplicam, sobretudo a efetividade de estímulos ao sistema neuromuscular (FLACK; KRAEMER, 2017).

A força é um dos componentes da aptidão física relacionada à saúde e tem ligação

direta na composição corporal do indivíduo, portanto, os exercícios que envolvam o treinamento deste componente são relevantes não apenas pelo desempenho físico, mas na saúde geral do praticante (GUEDES; GUEDES, 1998).

Entretanto, conforme o treinamento de força criou popularidade, os mitos começaram a fazer parte deste meio e, para embasar seus resultados as pesquisas científicas se fizeram necessárias, tornando esta prática mais visível e ampla.

Neste sentido, o objetivo deste trabalho foi o de realizar uma revisão bibliográfica acerca das variáveis do treinamento de força, tais como o número de repetições por série, velocidade de execução, número de séries, ordem dos exercícios, intervalo entre séries, os exercícios e a escolha do peso, itens fundamentais na prescrição desta rotina física.

2 | VARIÁVEIS DO TREINAMENTO DE FORÇA

Diversos são os objetivos ao se praticar este treinamento: o ganho de força, aumento do volume muscular e a melhora da resistência muscular localizada são alguns exemplos; desta forma, para que estes resultados possam ser atingidos, uma combinação e variação de estímulos deve existir, sendo que a manipulação das variáveis do treinamento de força, foco deste trabalho, é item fundamental a ser considerado e uma das mais importantes peças.

Dentre as variáveis, neste trabalho contemplaremos as apresentadas por Fleck e Simão (2008), sendo elas: número de repetições por série, velocidade de execução, número de séries, ordem dos exercícios, intervalo entre séries e os exercícios além da escolha do peso.

2.1 Número de repetições por série

Esta variável, assim como as outras existentes, deve estar diretamente ligada ao objetivo do treinamento. Fleck e Simão (2008) aduzem que a carga utilizada no exercício interfere diretamente no número de repetições que se executa em determinado exercício e devem estar em proporção, que é a quantidade de vezes que a carga ou peso em determinado exercício será mobilizado dentro de uma série.

Sabendo desta proporção, foram criadas fórmulas de predição para que a carga seja adequada ao número de repetições, tendo como premissa que uma carga baixa permite a execução de um maior número de repetições e uma carga alta, um número de repetições menor.

Desta forma, Fleck e Simão (2008) estabelecem as zonas de treinamento para determinado número de repetições por série e menciona que durante o trabalho voltado para a obtenção de força máxima, o número de repetições em cada série é menor em relação a todos os outros objetivos, girando em torno de 1 a 3 repetições.

Quando se tem o propósito de obter a hipertrofia muscular, o número de repetições por série deve estar entre 7 a 12 repetições. Ainda, ao executar estes

mesmos números de repetições, o trabalho de resistência muscular localizada é considerado alto, de modo a adquirir uma resistência à acidez acumulada na corrente sanguínea. Já quando se executa um maior número de repetições, 13 a 20 repetições por exemplo, a resistência cardiovascular é enfatizada e a carga mobilizada é menor (FLECK; SIMÃO, 2008).

Nota-se que o número de repetições em cada série de exercício estarão diretamente ligadas ao objetivo ao qual o praticante determina e a fase de treinamento a qual ele se encontra, sendo iniciante, intermediário ou avançado. Para isso, no momento da prescrição do treinamento, o profissional deve ter o devido cuidado ao considerar esta importante variável visando minimizar os riscos e maximizar os ganhos para que, assim, possa ser prescrito um número adequado de repetições de acordo com o praticante.

2.2 Velocidade de execução

Esta variável diz respeito ao deslocamento de carga ou do peso dentro do exercício. Quando se pratica algum exercício dentro do treinamento de força, a velocidade de execução é um item importante para que a mesma esteja adequada ao estímulo oferecido e para que esteja de acordo com os objetivos previstos no programa, prevenindo o risco de lesão. Já é uma evidência que, quanto maior a carga, menor é a velocidade de execução e, quanto menor a carga, a velocidade da execução se torna mais rápida (FLECK; SIMÃO, 2008).

Ao praticante iniciante no treinamento de força é recomendado que as repetições sejam realizadas de forma controlada, de modo a garantir o aprendizado e a manutenção da técnica correta de execução do exercício proposto. Mensurar o tempo de tensão (tempo total em que o músculo está contraído) pode ajudar alguns praticantes a executar o exercício de maneira controlada – um exemplo é contar dois tempos ou dois segundos para cada fase concêntrica e dois tempos para cada fase excêntrica (BAECHLE; GROVES, 2000; FLECK; SIMÃO, 2008).

Fleck e Simão (2008) comentam que a variação da velocidade do movimento resulta em respostas importantes e diferentes que podem levar à adaptação ao treinamento em longo prazo, podendo ser um método para enfatizar determinados resultados em detrimento de outros. Crewter et al. (2005) apud Fleck e Simão (2008) afirmam que qualquer método de treinamento, inclusive com variações da velocidade do movimento, deve estar de acordo com os objetivos do programa. Relatam ainda, que a velocidade ótima do treinamento depende, em parte, dos objetivos a serem alcançados.

Partindo dos pressupostos estabelecidos, nota-se que a velocidade de execução dos exercícios é uma variável essencial a ser considerada dentro do treinamento de força, fazendo parte das prescrições deste tipo de treinamento.

2.3 Número de séries

Bompa (2002, p. 342) apresenta um conceito em relação ao número de séries que “consiste em um número de repetições de um exercício seguido de um descanso”, sendo esta sequência uma relação inversa entre a carga e o número de repetições executadas em determinado exercício com o número de séries de modo que, ao se aumentar o número de repetições ou a carga, o número de séries deve diminuir.

Fleck e Simão (2008) citam que conforme o número de séries for maior numa sessão de treinamento, maior a quantidade total de trabalho desenvolvido, o que influencia no volume total e as respostas fisiológicas dessa sessão. Também indicam que os programas de treinamento que se executa uma única série parecem resultar em ganhos significativos na aptidão física; porém, os programas com variadas séries resultam em ganhos maiores na aptidão física, de forma geral, durante os períodos de treinamento mais prolongados.

Esta variável do treinamento de força deve estar em constante sincronia com as demais variáveis, visando adquirir ou aperfeiçoar determinado estímulo, sempre respeitando o grau de treinabilidade do praticante e o objetivo deste treinamento. É importante sempre ocorrer a variação do número de séries para que o estímulo gerado seja diferente em várias etapas do treinamento, proporcionando melhoras significativas nas adaptações fisiológicas (FLECK; KRAEMER, 1999; 2006; BAECHLE; GROVES, 2000; FLECK; SIMÃO, 2008).

2.4 Ordem dos exercícios

A ordem que os exercícios são realizados numa determinada sessão de treinamento se faz importante no objetivo do indivíduo e influencia também na carga de treinamento; tal, corresponde à sequência em que estará sendo executado, seja em primeiro, segundo ou outra localização dentro da sessão. Ainda, caso o exercício seja realizado primeiramente, a carga usada é maior do que se esse mesmo exercício fosse executado no final desta mesma sessão (FLECK; SIMÃO, 2008).

Existem diversas possibilidades de ordenar os exercícios no treinamento de força e uma das possibilidades que Fleck e Simão (2008) apresentam inclui os exercícios multiarticulares ou exercícios para grandes grupos musculares, ou seja, exercícios que utilizem duas ou mais articulações para que o movimento se realize, como o agachamento com barra (quadril, joelhos e tornozelo), seguidos da execução de exercícios para os pequenos grupos musculares ou grupos isolados, que envolvam apenas uma articulação, como a extensão de joelhos. De acordo com os autores, esta ordem, chamada também de pós-exaustão, permite alcançar cargas mais elevadas nas sessões de treinamento e os resultados mais satisfatórios, já que leva à fadiga parcial de um grupamento muscular.

Quando se realiza exercícios que envolvam várias articulações no início de uma sessão, um estímulo maior é proporcionado aos músculos envolvidos e a resposta

neural, metabólica, hormonal e circulatória é intensificada, melhorando o treinamento muscular (FLECK; KRAEMER, 2006).

Outra forma utilizada nas sessões de treinamento é o método de pré-exaustão, no qual são executados os exercícios isolados ou monoarticulares antes dos exercícios para os grandes grupos musculares.

Neste método, primeiramente é realizado um exercício que envolva uma única articulação (extensão de joelhos, por exemplo) seguido de outro exercício que envolva duas ou mais articulações (agachamento), sem intervalo de descanso (RODRIGUES, 2001; FLECK; SIMÃO, 2008). Porém, apesar do método de pré-exaustão ser bastante utilizado no treinamento de força visando a hipertrofia, ainda são necessários estudos complementares para comprovar suas prováveis adaptações fisiológicas (FLECK; KRAEMER, 2006).

Vale ressaltar que existem várias outras maneiras de ordenar os exercícios numa sessão de treinamento, recebendo diversas nomenclaturas, ao qual deve estar diretamente ligado ao objetivo do praticante.

2.5 Intervalo entre séries e os exercícios

O tempo de repouso entre as séries e os exercícios durante uma sessão de treinamento tem influência significativa sobre as respostas ao treinamento e também determina a característica da recuperação que ocorrerá entre as séries e os exercícios (FLECK; SIMÃO, 2008).

Os períodos de intervalos podem ser divididos em curtos, com duração de 1 minuto ou menos, médios, de 2 a 3 minutos, e longos, com tempo de intervalo de mais de 3 ou 4 minutos. Segundo Haltom et al. (1999) apud Fleck e Simão (2008) os períodos curtos normalmente são usados para treinamentos onde o objetivo é melhorar ou aumentar a aptidão física cardiovascular, utilizados principalmente nos treinamentos em circuito.

Períodos intermediários permitem uma maior recuperação do que os intervalos curtos e provocam maior aumento de força, já que proporciona uma melhor remoção do lactato acumulado na corrente sanguínea. Por essa razão, os exercícios com intervalos intermediários são melhores para alunos iniciantes no treinamento de força quando o objetivo é o aumento de força (FLECK; SIMÃO, 2008).

Por fim, períodos longos de recuperação quase sempre são utilizados por atletas de levantamento olímpico e halterofilistas por permitir que seja mantida a alta intensidade da sessão de treinamento e um maior tempo de recuperação, promovendo poucas alterações no lactato sanguíneo, diminuindo a fadiga e o desconforto muscular quando comparado com os intervalos curtos e médios (UCHIDA et al., 2006; FLECK; SIMÃO, 2008).

De acordo com as recomendações do *American College of Sports Medicine* (2002) quando o treinamento for direcionado para o aumento da força, devem ser

utilizados intervalos de 3 minutos ou mais; já quando o treinamento for conduzido para a hipertrofia muscular, devem ser recomendados períodos de 1 a 2 minutos; adicionalmente, caso o treinamento objetivar a resistência muscular localizada, devem ser utilizados intervalos menores que 90 segundos.

2.6 Escolha do peso

Baechle e Groves (2000), Uchida et al. (2006), Fleck e Simão (2008) e Kraemer e Fleck (2009) citam que o peso utilizado está diretamente ligado ao número de repetições em cada série e irão determinar o grau de intensidade dos exercícios prescritos, sendo talvez o principal estímulo ligado às adaptações fisiológicas do treinamento de força, como o próprio aumento da força e a resistência muscular localizada e correspondem à carga mobilizada pelo praticante durante o exercício.

Existem várias formas de determinar os pesos no treinamento de força, dentre elas estão o protocolo de 1 Repetição Máxima concêntrica ou ação muscular voluntária máxima concêntrica, o protocolo de 1 Repetição Máxima excêntrica ou ação muscular voluntária máxima excêntrica e o protocolo de força máxima isométrica que visam a avaliação da força máxima dinâmica e estática (UCHIDA et al., 2006; IDE; LOPES, 2008; IDE; LOPES; SARRAIPA, 2010).

Para avaliar a resistência da força, existem protocolos específicos, o qual darão subsídios necessários para a prescrição dos exercícios. Ide e Lopes (2008) apresentam o protocolo do teste de 6 Repetições Máximas e 20 Repetições Máximas.

No protocolo de 1 Repetição Máxima concêntrica ou ação muscular voluntária máxima, o principal objetivo é de verificar a força máxima dinâmica mobilizada pelos membros superiores e inferiores utilizando-se, boa parte das vezes, pesos livres ou máquinas. A realização do teste consiste em três tentativas de mobilizar a maior carga possível durante as ações concêntricas de determinado movimento com intervalos entre tentativas de 3 a 5 minutos, acrescentando ou diminuindo a carga caso necessárias, até que se encontre um peso exato para a realização de uma única repetição completa (UCHIDA et al., 2006; IDE; LOPES, 2008).

Já no protocolo de 1 Repetição Máxima excêntrica ou ação muscular voluntária máxima excêntrica, o indivíduo avaliado deve realizar três tentativas para resistir uma maior carga possível em um determinado movimento na ação muscular excêntrica, sendo que o tempo de execução nessas ações é de 3 segundos. Assim como no protocolo de 1 Repetição Máxima concêntrica, intervalos de 3 a 5 minutos são executados entre as tentativas e o acréscimo ou diminuição da carga podem ser realizadas até que uma única ação muscular excêntrica seja completada (IDE; LOPES, 2008).

Para a avaliação da força máxima estática de membros superiores e inferiores, o protocolo de força máxima isométrica é sugerido, podendo ser avaliado os membros de maneira unilateral. No protocolo em si deve-se “realizar três ou quatro tentativas de contrações máximas, no ângulo articular escolhido. As ações devem ter a duração de 5

a 6 segundos, aproximadamente. Considera-se a melhor das tentativas” (HÄKKINEN, 1984 apud IDE; LOPES, 2008, p. 48).

Nos testes de resistência de força apresentados por Ide e Lopes (2008), observa-se que o objetivo é de avaliar a resistência de força dinâmica de membros superiores e inferiores em variados números de repetições. No protocolo de 6 repetições máximas (6 RM) e 20 repetições máximas (20 RM), o avaliado deve realizar o número de repetições exata com uma carga ideal, não devendo este número ser superior ou inferior ao sugerido (IDE; LOPES, 2008).

É importante destacar que em todos os protocolos que envolvem a avaliação da força máxima, medidas de segurança devem ser consideradas, como oferecer o local e condições adequadas, suporte para a barra com os pesos, presilhas para evitar a queda de anilhas e o ajuste ideal do material para o tamanho do indivíduo analisado, todos com o intuito de garantir a integridade física de quem está sendo avaliado, já que envolve a utilização de cargas elevadas (BAECHLE; GROVES, 2000; UCHIDA et al., 2006; KRAEMER; FLECK, 2009; KRAEMER; FLECK; DESCHENES, 2015).

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As variáveis do treinamento de força se constituem em parte de fundamental controle durante as prescrições e acompanhamentos dentro da musculação, seja qual for o objetivo do praticante.

É necessário proporcionar ao indivíduo diversas maneiras de combinações das variáveis apresentadas para que o mesmo possa evoluir com seus resultados e as adaptações fisiológicas sejam estabelecidas de acordo com seu intuito e o grau de treinabilidade, evitando possíveis lesões.

Desta forma, é necessário que os indivíduos praticantes do treinamento de força explorem criteriosamente as variáveis possíveis, considerando e respeitando a individualidade/limitação de cada praticante, mas principalmente, observando o objetivo a ser atingido com o referido treinamento.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. Progression models in resistance training for healthy adults. *Medicine Science Sports Exercise*. 2002; 34:364-380.

BAECHLE, T. R.; GROVES, B. R. **Treinamento de força**: passos para o sucesso. 2.ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.

BOMPA, T. O. **Periodização**: teoria e metodologia do treinamento. 4.ed. São Paulo: Phorte Editora, 2002.

FLECK, S.; SIMÃO, R. **Força**: princípios metodológicos para o treinamento. São Paulo: Phorte Editora, 2008.

- FLECK, S. J.; KRAEMER, W. J. **Fundamentos do treinamento de força muscular**. 2. ed. Editora Artes Médicas Sul Ltda., 1999.
- FLECK, S. J.; KRAEMER, W. J. **Fundamentos do treinamento de força muscular**. 3. ed. Editora Artmed, 2006.
- FLECK, S. J.; KRAEMER, W. J. **Fundamentos do treinamento de força muscular**. 4. Ed. Editora Artmed, 2017.
- GUEDES, D. P.; GUEDES, J. E. R. P. **Controle do peso corporal**: composição corporal, atividade física e nutrição. Londrina: Midiograf, 1998.
- IDE, B. N.; LOPES, C. R. **Fundamentos do treinamento de força, potência e hipertrofia nos esportes**. São Paulo: Phorte, 2008.
- IDE, B. N.; LOPES, C. R.; SARRAIPA, M. F. **Fisiologia do treinamento esportivo**: treinamento de força, potência, velocidade e resistência, periodização e habilidades psicológicas no treinamento esportivo. São Paulo: Phorte, 2010.
- KRAEMER, W. J.; FLECK, S. J. **Otimizando o treinamento de força**: programas de periodização não-linear. Barueri: Manole, 2009.
- KRAEMER, W. J.; FLECK, S. J.; DESCHENES, M. R. **Fisiologia do exercício**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2015.
- RODRIGUES, C. E. C. **Musculação**: métodos e sistemas. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Sprint, 2001.
- UCHIDA, M. C.; CHARRO, M. A.; BACURAU, R. F. P.; NAVARRO, F.; PONTES JÚNIOR, F. L. **Manual de musculação**: uma abordagem teórico-prática do treinamento de força. 4ª ed. São Paulo: Phorte, 2006.

AVALIAÇÃO DAS ÁREAS DE RISCO PARA INFECÇÃO POR LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA EM PORTO NACIONAL - TOCANTINS

Ana Luisa Maciel

Faculdade Presidente Antônio Carlos Porto (FAPAC - ITPAC PORTO), Faculdade de Medicina
Porto Nacional - Tocantins.

Carina Scolari Gosch

Faculdade Presidente Antônio Carlos Porto (FAPAC - ITPAC PORTO), Faculdade de Medicina, Departamento de Microbiologia, Imunologia e Parasitologia
Porto Nacional – Tocantins

Regina Barbosa Lopes Cavalcante

Faculdade Presidente Antônio Carlos Porto (FAPAC - ITPAC PORTO), Faculdade de Arquitetura e Urbanismo
Porto Nacional – Tocantins

RESUMO: A leishmaniose tegumentar americana (LTA) é uma doença crônica e infecciosa causada por protozoários do gênero *Leishmania* e transmitida através da picada de insetos flebotomíneos. Nas últimas décadas, houve um crescimento no número de casos notificados em zona urbana, ocasionando certa mudança no comportamento epidemiológico da doença com o crescimento do acometimento em crianças, mulheres e idosos. O objetivo é determinar se houve urbanização da LTA no município de Porto Nacional – Tocantins no período de 2007 a 2017. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e descritiva, realizado com base nas informações das

fichas de investigação da LTA do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) solicitadas à Secretaria de Saúde de Porto Nacional- Tocantins. Foram notificados 109 casos autóctones de LTA e 86 foram de zona urbana. Cerca de 81,3% das notificações foram em homens, 79% estava na faixa etária de 20 a 59 anos, em 90,6% a doença não era relacionada ao trabalho. Observa-se que o município apresenta um considerável número de casos indicando que as medidas preventivas são ainda ineficazes, os achados de predomínio em homens, faixa etária 20 a 59 anos é semelhante a estudos passados. Houve uma urbanização da LTA no município avaliado, além disso os bairros com o maior número de notificações foram: Vila Nova, Porto Imperial, Centro Luzimangues e Jardim Brasília.

PALAVRAS-CHAVE: Epidemiologia. Leishmania. Leishmaniose. Saúde pública.

ABSTRACT: American tegumentary leishmaniasis (LTA) is a chronic and infectious disease caused by protozoa of the genus *Leishmania* and transmitted through the bite of phlebotomine insects. In the last decades, there has been an increase in the number of cases reported in urban areas, causing a certain change in the epidemiological behavior of the disease with the increase of the involvement in children, women and the elderly. This objective

is to determine if there was urbanization of the LTA in the municipality of Porto Nacional - Tocantins from 2007 to 2017. This is a quantitative and descriptive approach, based on information from the of the LTA of the National System of Notifiable Diseases (SINAN) requested to the Department of Health of Porto Nacional-Tocantins. There were 109 autochthonous cases of ATL and 86 were from urban areas. About 81.3% of notifications were in men, 79% were in the age group of 20 to 59 years, in 90.6% the disease was not related to work. It is observed that the municipality presents a considerable number of cases indicating that the preventive measures are still ineffective, the findings of predominance in men, age group 20 to 59 years is similar to previous studies. There was an urbanization of the LTA in the municipality evaluated. In addition, the districts with the largest number of notifications were: Vila Nova, Porto Imperial, Luzimangues Center and Jardim Brasília.

KEYWORDS: Epidemiology. Leishmania. Leishmaniasis. Public Health.

1 | INTRODUÇÃO

A leishmaniose tegumentar americana (LTA) é considerada um problema de saúde pública, porém mesmo com sua ampla distribuição geográfica e elevada morbidade continua por muitas vezes negligenciada. O Brasil encontra-se entre os cinco países com maior número de notificações. Em 2003 foi constatado que já existiam casos notificados em todos os estados brasileiros, porém com destaque nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste devido às suas altas taxas de prevalência (BRASIL, 2009; BRASIL, 2010).

Cerca de dois milhões de novos casos da leishmaniose tegumentar americana são notificados todos os anos no cenário mundial (WHO, 2009). A LTA é uma doença infecciosa e não contagiosa de evolução crônica, causada por protozoário do gênero *Leishmania* cuja transmissão é vetorial através da picada das fêmeas dos insetos flebotomíneos (LESSA et al., 2007; LYRA et al., 2015).

Os fatores de risco para o surgimento da doença compreendem, sexo, idade, nível socioeconômico, ocupação, atividades de lazer, características da moradia e presença de anexos domiciliares (BRASIL, 2010; GRAZIANE, DE OLIVEIRA, SILVA, 2013).

A manifestação clínica que o paciente irá desenvolver depende do seu estado imunológico e a espécie de *Leishmania* adquirida (LESSA et al., 2007). A forma clássica da lesão cutânea é o aparecimento característico de lesão ulcerada com contornos bem delimitados e de bordas elevadas, este quadro típico pode ser acompanhado ou não do aumento dos linfonodos. Outra forma conhecida é a mucosa que pode apresentar-se como poliposa ou úlcero-infiltrante, na maioria das vezes o principal local acometido é mucosa nasal, sucedido da mucosa oral, em ambas existe o risco de seqüela permanente. (MOTA; MIRANDA, 2011; SOARES et al., 2017).

Além da forma cutânea clássica e da mucosa, existe a cutânea difusa, seu agente

etiológico é a *Leishmania amazonensis*, caracterizando-se por infiltrações cutâneas e lesões nodulares, com um processo de cicatrização muito difícil, podendo algumas vezes ser confundida com hanseníase virchowiana. Não existe uma resposta imune adequada na leishmaniose cutânea difusa, além disso, observa-se que a resposta ao tratamento medicamentoso é falha (SANTOS et al., 2014).

Existe ainda uma forma cutânea disseminada que é considerada relativamente rara na qual encontram-se várias lesões ulceradas presentes em diversas áreas do corpo, muitas vezes longe da lesão de inoculação, predominando em face e tronco. Durante o processo de diagnóstico é mais difícil encontrar o parasito nas lesões, porém observa-se valores elevados de anticorpos séricos anti-*Leishmania*. Outra característica dessa forma clínica é uma resposta aceitável ao tratamento medicamentoso (MOREIRA et al., 2016; MOTA, MIRANDA, 2011).

O destaque da leishmaniose tegumentar americana decorre da modificação do seu padrão epidemiológico nos últimos anos (ANDRADE et al., 2012; ROCHA et al., 2015). No passado, era considerada uma zoonose essencialmente silvestre, no entanto, esse quadro vem mudando devido às alterações socioeconômicas do país (BATISTA et al., 2014). Diversos autores detectaram casos de LTA no ambiente peridomiciliar nas zonas urbanas (ROCHA et al., 2015; XAVIER et al., 2016).

A determinação de medidas de controle efetivas é fundamentada no conhecimento do ambiente e das peculiaridades da LTA na área de ocorrência, a exemplo da urbanização da doença que possui como consequência, uma nova população de risco que seria formada principalmente por crianças, idosos e mulheres. Nesse contexto, torna-se importante a definição do perfil epidemiológico de transmissão da LTA em Porto Nacional, para determinar medidas preventivas eficientes nas zonas de transmissão, visando o controle e/ou a redução do número de casos urbanos de LTA no município.

Desta forma o objetivo do presente artigo é determinar se houve urbanização da LTA na cidade de Porto Nacional- Tocantins no período de 2007 a 2017, identificando os locais de maior transmissão dentro do município e avaliando os casos notificados quanto à sexo, idade, ocupação e doença relacionada ao trabalho.

2 | METODOLOGIA

O presente estudo é transversal, descritivo e de abordagem quantitativa, possui como amostra todos os casos autóctones de LTA em humanos notificados na zona urbana do município de Porto Nacional – Tocantins, no período de 2007 a 2017. Para chegar a esta amostra foram excluídos aqueles não notificados ao SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação) e os notificados ao SINAN sem identificação da classificação epidemiológica e/ou da zona.

As variáveis analisadas das fichas de investigação da LTA do SINAN foram: idade, sexo, município de residência, bairro, zona, ocupação, classificação epidemiológica e

doença relacionada ao trabalho.

Para a construção do presente estudo, procedeu com a solicitação dos dados à Secretaria de Saúde de Porto Nacional que detém as informações da ficha de investigação da Leishmaniose Tegumentar Americana do SINAN para que estes pudessem ser coletados por meio da Coordenação da Vigilância Epidemiológica. Os dados foram organizados através do programa Software Microsoft Excel, pertencente ao pacote Microsoft Office 2010, em seguida foram expostos por meio de tabela, gráficos e figura.

Nessa perspectiva, foi possível construir algumas categorias analíticas, sendo elas “faixa etária”, “sexo”, “ocupação” e “doença relacionada ao trabalho”, avaliadas dentro do período estudado.

Foram também realizados levantamentos bibliográficos eletrônicos junto à base de dados informatizada Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), além dos manuais oficiais da LTA disponibilizados pelo Ministério da Saúde. Foram utilizados descritores em ciências da saúde (DeCS) sendo estes, “Leishmania”, “Epidemiologia”, “Saúde Pública”, “Leishmaniose”. Os critérios admitidos foram artigo original, língua portuguesa ou inglesa, no período de 2006 a 2017. No total obteve-se de 151 artigos, dentre os quais 20 foram utilizados por abordarem de forma efetiva e clara os fundamentos e parâmetros do estudo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em estudos de Rocha et al. (2015) e Xavier et al. (2016) observaram que a leishmaniose tegumentar americana ao longo dos anos acometia de forma típica os homens adultos que tinham contato com regiões de zona rural ou silvestre, comportando-se de maneira clássica como doença profissional, mas nas últimas décadas a doença tem apresentado mudanças no seu comportamento epidemiológico, devido ao processo de urbanização, com crescente aumento do número de casos no ambiente urbano peri- intradomiciliar e acometimento de mulheres, crianças e idosos.

No presente estudo foram identificados 150 casos de leishmaniose tegumentar americana no município de Porto Nacional no período de 2007 a 2017, dentre esses, 109 eram autóctones, 86 correspondiam aos casos notificados em zona urbana e 23 à zona rural. Este predomínio em zona urbana é encontrado também nos estudos de Nunes et al. (2006) e Rocha et al. (2015). Por outro lado, as pesquisas de França et al. (2009) e Oliart-Guzman et al. (2013) apresentam predomínio de casos na zona rural que é conhecido como o padrão epidemiológico clássico da doença.

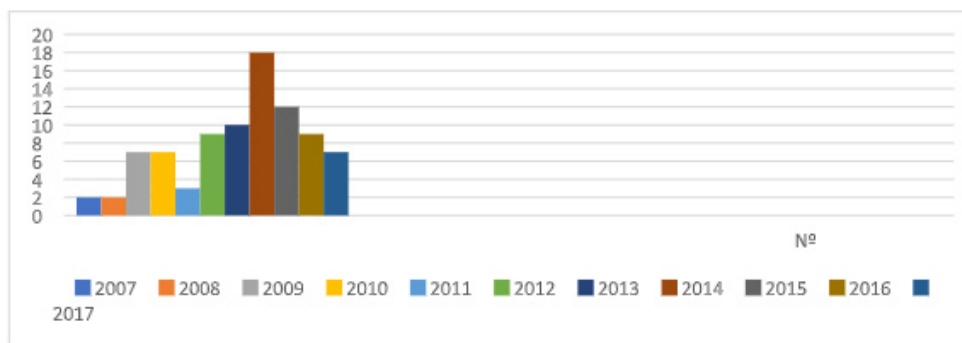


Gráfico 1 - Frequência das notificações autóctones de LTA em Porto Nacional-Tocantins no período de 2007 a 2017

Avaliando o Gráfico 1 nota-se que o período de 2012 a 2016 apresentou o maior número de casos, merecendo destaque o ano de 2014 e 2015, analisando o padrão da frequência de casos verifica-se que em geral, quando há um período de aumento nas notificações, logo após há uma tendência à diminuição das mesmas, porém este declínio não é mantido nos anos seguintes podendo ser resultado de políticas públicas ineficientes que têm efeito apenas durante um período estimado. O menor número de notificações é encontrado no período de 2011 (três casos), 2008 e 2007 com dois casos cada, demonstrando um contraste em relação aos demais anos e traz uma possível subnotificação.

CARACTERÍSTICAS	TOTAL	
	N	%
Sexo		
Masculino	70	81,3
Feminino	16	18,7
TOTAL	86	100
Faixa Etária		
< 1 ano	0	0
1 – 19 anos	11	12,8
20- 39 anos	34	39,5
40- 59 anos	34	39,5
> 60 anos	7	8,2
TOTAL	86	100
Ocupação		
Em branco	47	54,3
Trabalhador agropecuário	8	9,3
Motorista	5	5,8
Dona de casa	5	5,8
Estudante	5	5,8

Pedreiro	4	4,6
Aposentado	3	3,4
Outras profissões	9	10,7
TOTAL	86	100

Doença relacionada ao trabalho

Sim	4	4,7
Não	78	90,6
Em branco	4	4,7
TOTAL	86	100

Tabela 1- Características epidemiológicas dos casos autóctones de LTA notificados em zona urbana do município de Porto Nacional-Tocantins de 2007 a 2017

Dentro dos casos analisados (Tabela 1), a maioria deles (81,3%) foram em homens, isso corrobora com os estudos de Figueira et al. (2014), França et al. (2009), Nascimento et al. (2011) e Sampaio et al. (2009). Mesmo sendo menor o número de casos notificados no sexo feminino (18,7%), esse dado indica a circulação dos insetos transmissores no ambiente peri-intradomiciliar como observado por Nunes et al. (2006) quando afirmaram que o acometimento de mulheres acaba por expressar também uma consequência da urbanização da doença.

A faixa etária mais acometida foi aquela de 20 a 59 anos com um total de 79%, o estudo de Sampaio et al. (2009) encontrou uma prevalência entre as idades de 11 a 58 anos, Rocha et al. (2015) apresentam faixa de 20 a 34 anos como a mais prevalente da doença, de forma geral, os autores encontraram uma maior frequência de casos em adultos em idade produtiva. França et al. (2009) relatam que casos notificados em crianças e jovens levantam a hipótese de transmissão peri- intradomiciliar, no estudo observou-se 12,8% de casos notificados em pessoas de 1 a 19 anos.

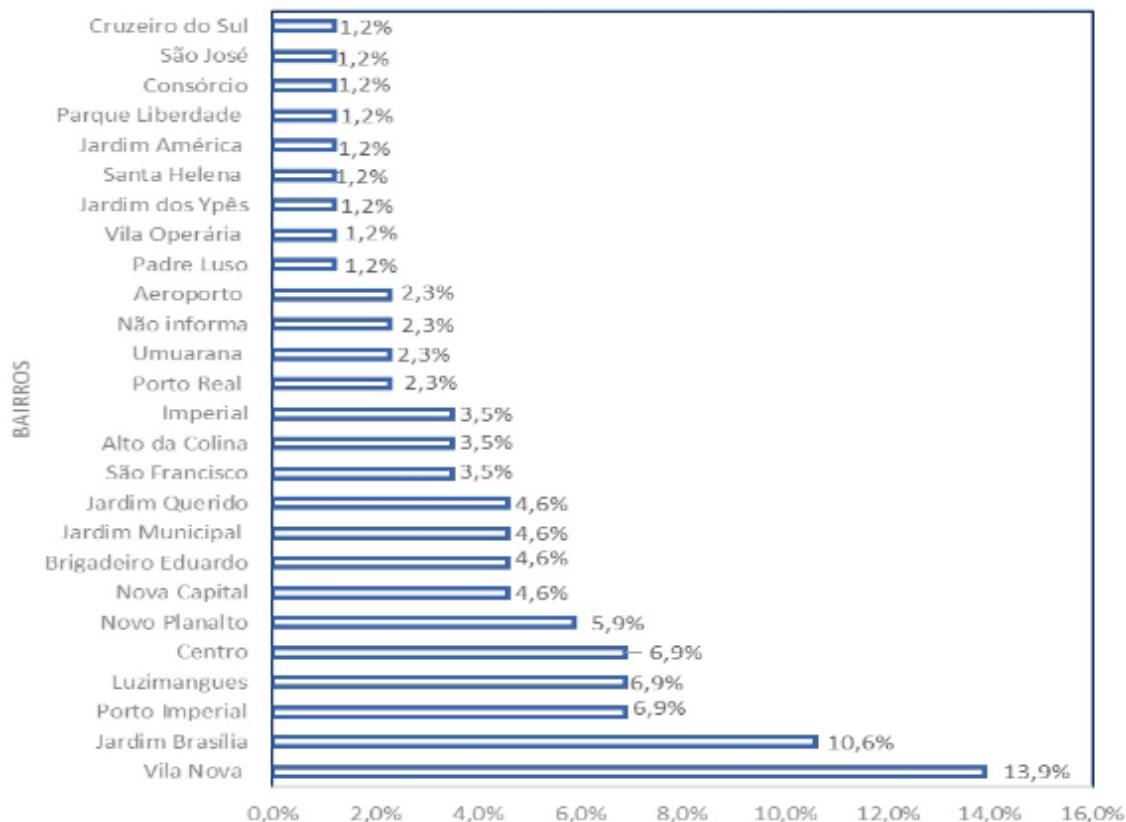


Gráfico 2- Casos de LTA notificados nos bairros de Porto Nacional – TO no período de 2007 a 2017

Durante muito tempo a LTA foi relacionada às condições de trabalho dos acometidos. Assim, aqueles que trabalhavam nas zonas rurais tinham uma maior probabilidade de contágio devido à prevalência do vetor nestas áreas, bem como os próprios residentes destes lugares (NOBRES, SOUZA, RODRIGUES, 2013; SANTOS et al., 2014). Segundo França et al. (2009) e Andrade et al. (2012), boa parte dos casos notificados na zona urbana tem relação com o trabalho do paciente no qual em grande parte era em áreas endêmicas mais afastadas da cidade. No presente estudo em 90,6% das notificações não há qualquer relação com o trabalho e como demonstrado anteriormente a maioria destes é residente de zona urbana, no entanto, não se pode excluir a possibilidade de o contágio ter ocorrido em momentos de lazer, como pesca, acampamentos, turismo.

Vários estudos mostram as atividades rurais a exemplo de agricultura, pecuária e garimpo como as de maior acometimento pela leishmaniose tegumentar americana ao longo dos anos (CRUZ, 2010; OLIART- GUZMAN et al., 2013; ROCHA et al., 2015). Neste estudo, a ocupação que recebeu o maior número de casos foi o trabalhador agropecuário confirmando os achados dos estudiosos citados anteriormente. Já Nunes et al. (2006) encontraram em suas pesquisas, uma maior prevalência de LTA em estudantes com cerca de 39%, em contrapartida no presente estudo o número de estudantes foi de 5,8%.

Merece ênfase a porcentagem encontrada de notificações em branco, 54,6%, o

que pode significar uma falha no momento do preenchimento da ficha de investigação da leishmaniose tegumentar americana, predispondo como consequência uma grande perda de dados.

No estudo de Gosch et al. (2017) afirmam que, dentre os casos autóctones do estado do Tocantins de 2011 a 2015 o perfil epidemiológico era caracterizado por uma maioria de homens, faixa etária em maiores de 60 anos, predomínio de zona rural e sem relação doença/ trabalho se assemelhando com os achados do presente estudo na avaliação das variáveis: sexo e doença relacionada ao trabalho. Além disso, Gosch et al. (2017) demonstraram que a Região de saúde de Porto Nacional detém a segunda maior incidência de casos perdendo apenas para a Região de saúde de Paraíso no período descrito acima.

No período estudado houve notificações em 25 bairros (Gráfico 2) no município de Porto Nacional – Tocantins, dessa forma, analisando a distribuição das notificações observa-se a maior porcentagem de 13,9% do bairro Vila Nova, seguido do Jardim Brasília com 10,6% e tem-se Porto Imperial, Luzimangues e Centro com 6,9% cada, Novo Planalto também está entre aqueles que tem mais casos notificados com 5,9%, Nova Capital, Brigadeiro Eduardo e Jardim Municipal têm o mesmo número de notificações sendo este 4,6%.

Juntos os cinco bairros com o maior número de casos somam 45,2% de notificações. Houve 2,3% de casos onde não foi informado o bairro e os 52,5% estão distribuídos entre os vinte bairros que apresentaram notificações. Determinados bairros como Jardim América, Vila Operária, Santa Helena, Consórcio, Padre Luso apresentaram uma notificação ao logo do período estudado contrastando com Vila Nova que obteve doze notificações.

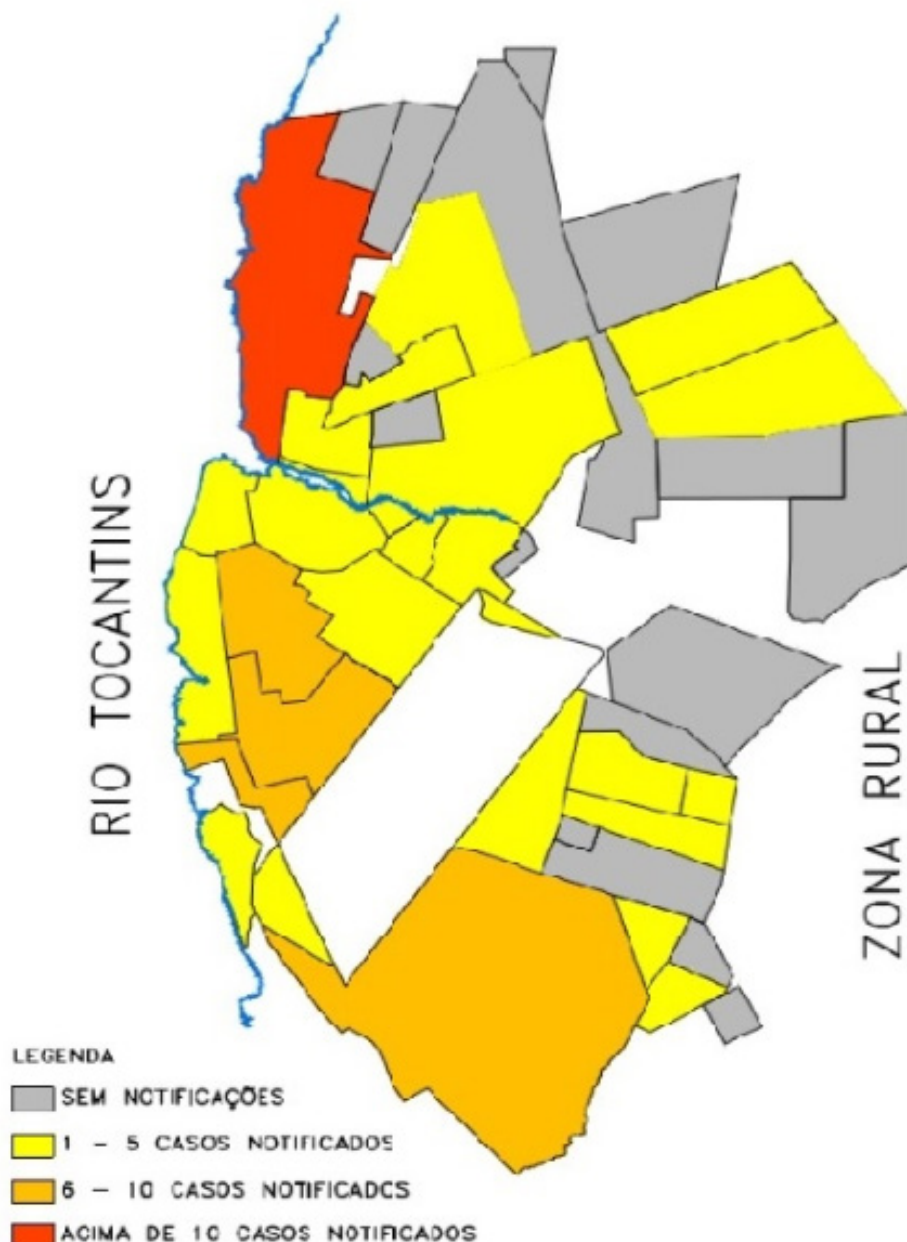


Figura 1- Distribuição geográfica dos casos autóctones de LTA no Tocantins de 2007 a 2017

Observa-se que a maioria dos casos notificados se concentram em regiões próximas ao Rio Tocantins (Figura 1) que possuem uma prevalência considerável de matas residuais e lotes baldios. Isto deve-se provavelmente ao fato deste ambiente ser propício ao desenvolvimento do vetor da leishmaniose tegumentar americana.

4 | CONCLUSÃO

Conclui-se que houve uma urbanização da leishmaniose tegumentar americana no município de Porto Nacional – Tocantins, já que, durante o período estudado a maior parte dos casos autóctones decorriam da zona urbana contrapondo com o padrão clássico de acometimento que seria em zona rural.

Os casos urbanos do presente estudo tinham suas características epidemiológicas

centradas em homens, faixa etária entre 20 a 59 anos, sem doença relacionada ao trabalho e dentre às poucas informações sobre ocupação a que teve destaque foi trabalhador agropecuário. Nota-se um predomínio dos casos nos seguintes bairros do município: Vila Nova, Porto Imperial, Centro, Jardim Brasília e Luzimangues. Percebe-se que a leishmaniose tegumentar americana é uma doença com frequência considerável no município de Porto Nacional- Tocantins e que entre os anos de 2007 e 2017 não houve um controle adequado no número de casos notificados provavelmente devido a falhas das medidas preventivas instauradas no município.

Diante dos dados expostos verifica-se a necessidade de investimentos em ações de saúde como: implementação de programas educativos, capacitação dos profissionais de saúde para diagnóstico e tratamento precoces e medidas de combate ao vetor. Tais ações devem ser implementadas em todo o município, mas com ênfase nos locais que possuem os maiores índices de notificações.

5 | AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Secretaria de Saúde de Porto Nacional-Tocantins por fornecer todos os dados necessários para a realização deste estudo

REFERÊNCIAS

ANDRADE, T.A.S.; SOARES, F.C.S.; RAMOS, J.V.A.; et al. **Perfil epidemiológico dos casos notificados de leishmaniose tegumentar americana no município de Igarassu (PE), no período de 2008 a 2010.** ScireSalutis, Aquidabã. v. 2, n. 2, p. 5-14, 2012.

BATISTA, M. A.; MACHADO, F. F. O. A.; SILVA, J. M. O.; et al. **Leishmaniose: perfil epidemiológico dos casos notificados no estado do Piauí entre 2007 e 2011.** Revista Univap. v. 20, n. 35, p. 44-55, Jul, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de vigilância da leishmaniose tegumentar americana.** 2 ed. Brasília, DF, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Leishmaniose Tegumentar Americana. Guia de Vigilância Epidemiológica; Caderno 11,** 2009.

CRUZ, C. F. R. C. **Fatores de risco para leishmaniose tegumentar americana (LTA) no município de Bandeirantes- Paraná.** 2010. 17f. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 2010.

FRANÇA, E. L. et al. **Aspectos epidemiológicos da Leishmaniose Tegumentar Americana no município de Juína, Mato Grosso, Brasil.** Scientia Medica. v. 19, n. 3, p. 103- 107, set. 2009.

FIGUEIRA, L. de P. et al. **Distribuição de casos de Leishmaniose Tegumentar no município de Rio Preto do Eva, Amazonas, Brasil.** Rev. Patol Trop. v. 43, n. 2, p.173-181, jun. 2014.

GRAZIANE, D.; DE OLIVEIRA, V. A. C.; SILVA, R. C. **Estudo das características epidemiológicas da Leishmaniose Tegumentar Americana no Estado do Goiás 2007 -2009.** Rev. Patol Trop. v.42, n.4, p. 417-424, dez. 2013.

- GOSCH, C. S. et al. **American tegumentary leishmaniasis: epidemiological and molecular characterization of prevalent Leishmania species in the State of Tocantins, Brazil, 2011-2015.** Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo, São Paulo, v. 59, e.91, 2017.
- LESSA, M. M. et al. **Mucosal leishmaniasis: epidemiological and clinical aspects.** Rev. Bras. Otorrinolaringol., São Paulo, v. 73, n. 6, p. 843-847, dec. 2007.
- LYRA, M. R. et al. **FIRST REPORT OF CUTANEOUS LEISHMANIASIS CAUSED BY Leishmania (Leishmania) infantum chagasi IN AN URBAN AREA OF RIO DE JANEIRO, BRAZIL.** Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo, São Paulo, v. 57, n. 5, p. 451-454, [S.l.], out. 2015.
- MOREIRA, C. et al. **Comportamento Geoespacial da Leishmaniose Tegumentar Americana no Município de Tangará da Serra –MT.** J HealthSci. v. 8, n. 3, p. 171 – 176, [S. l.], 2016.
- MOTA, L. A. A.; MIRANDA, R. R. **Manifestações dermatológicas e otorrinolaringológicas na Leishmaniose.** Arquivos Int. Otorrinolaringol. (Impr.). São Paulo, v. 15, n. 3, p. 376-381, set. 2011.
- NASCIMENTO A. P. C, et al. **Aspectos epidemiológicos da Leishmaniose Tegumentar Americana no município de Primavera do Leste, Mato Grosso, MT, Brasil.** Saúde Coletiva; v. 08, n. 53, p. 210-214, 2011.
- NOBRES, E. de S.; SOUZA, L. A.; RODRIGUES, D. de J. **Incidência de leishmaniose tegumentar americana no norte de Mato Grosso entre 2001 e 2008.** Acta Amaz., Manaus, v. 43, n. 3, p. 297-303, set. 2013.
- NUNES, A. G., et al. **Aspectos epidemiológicos da leishmaniose tegumentar americana em Varzelândia, Minas Gerais, Brasil.** Cad Saude Publ. v. 22, n. 6, p. 1343-1347, [S. l.], jun. 2006.
- OLIART-GUZMÁN, H. et al. **Características epidemiológicas da leishmaniose tegumentar americana na fronteira amazônica: estudo retrospectivo em Assis Brasil, Acre.** Rev Patol Trop. v. 42, n. 2, p. 187-200, abr./jun. 2013.
- ROCHA, T. J. M. et al. **Aspectos epidemiológicos dos casos humanos confirmados de leishmaniose tegumentar americana no Estado de Alagoas, Brasil.** RevPan-AmazSaude, Ananindeua, v. 6, n. 4, p. 49-54, dez. 2015.
- SAMPAIO, R. N. R. et al. **Estudo da transmissão da leishmaniose tegumentar americana no Distrito Federal.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. v. 42, n. 6, p. 686 -690, nov/ dez. 2009.
- SANTOS, J. L. C. et al. **Leishmaniose tegumentar americana entre os indígenas Xakriabá: imagens, ideias, concepções e estratégias de prevenção e controle.** Saúde soc. v. 23, n. 3, p. 1033-1048, [S. l.], 2014.
- SOARES, V. B. et al. **Epidemiological surveillance of tegumentary leishmaniasis: local territorial analysis.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 51, 2017.
- XAVIER, K. D.; MENDES, F. C. F.; ROSSI-BARBOSA, L. A. R. **Leishmaniose tegumentar americana: estudo clínico-epidemiológico.** Revista da Universidade Vale do Rio Verde. v. 14, n. 2, p. 1210-1222, Ago/Dez, 2016.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Department of control of neglected tropical diseases (NTD). Neglected tropical diseases, hidden successes, emerging opportunities.** Geneva: WHO; 2009.

AVALIAÇÃO DO PERFIL DE BACTERIAS AUTOCTONES COM POTENCIAL APLICAÇÃO EM PRODUTOS LÁCTEOS FERMENTADOS

Marly Sayuri Katsuda

Universidade Tecnológica Federal do Paraná
(UTFPR) Câmpus Londrina
Programa de Pós-graduação em Tecnologia de
Alimentos Londrina/Francisco Beltrão
Londrina - Paraná.

Amanda Giazzi

Universidade Tecnológica Federal do Paraná
(UTFPR) Câmpus Londrina
Programa de Pós-graduação em Tecnologia de
Alimentos Londrina/Francisco Beltrão
Londrina - Paraná.

Priscila Lima Magarotto de Paula

Universidade Tecnológica Federal do Paraná
(UTFPR) Câmpus Londrina
Programa de Pós-graduação em Tecnologia de
Alimentos Londrina/Francisco Beltrão
Londrina - Paraná.

Natara Fávaro Tosoni

Universidade Tecnológica Federal do Paraná
(UTFPR) Câmpus Londrina
Programa de Pós-graduação em Tecnologia de
Alimentos Medianeira/Campo Mourão
Londrina - Paraná.

Alane Tatiana Pereira Moralez

Universidade Tecnológica Federal do Paraná
(UTFPR) Câmpus Londrina
Londrina - Paraná.

Luciana Furlaneto-Maia

Universidade Tecnológica Federal do Paraná
(UTFPR) Câmpus Londrina
Programa de Pós-graduação em Tecnologia de

Alimentos Medianeira/Campo Mourão
Londrina - Paraná.

RESUMO: As bactérias ácido lácticas (BAL) são importantes na produção de queijo e leite fermentados contribuindo com a formação do sabor e textura dos queijos. O presente estudo consistiu no isolamento de BAL a partir de amostras de queijos Minas Frescal produzidos por produtores rurais ou nas agroindústrias na região norte do estado do Paraná-Brasil, bem como de amostras de leite cru utilizado na produção de queijos artesanais. A identificação das BAL's consistiu na caracterização fenotípica e identificação genotípica. A avaliação fenotípica envolveu o estudo das bactérias produzirem gás a partir da glicose, coloração de gram, atividade da catalase, avaliação do crescimento em: temperaturas de 10 e 45°C, solução de cloreto de sódio a 18% e em pH 4,4 e 4,5. Entre 41 colônias com características distintas, 14 foram identificadas como BAL. Foram identificados os gêneros *Enterococcus*, *Lactococcus*, *Lactobacillus*, *Streptococcus* e *Pediococcus* através da técnica de Reação em Cadeia da Polimerase. No total, 57,14% dos isolados foram identificados como pertencente ao gênero *Enterococcus*, seguido de 28,57% do gênero *Lactococcus* e *Lactobacillus* e 14,29% de *Streptococcus* e *Pediococcus*. Neste estudo

não foi observado a predominância de *Lactobacillus* provavelmente pela característica não competitiva de culturas autóctones como o *Enterococcus*.

PALAVRAS-CHAVE: Queijo Minas frescal. Queijo artesanal. Avaliação fenotípica. Identificação genotípica.

ABSTRACT: Lactic acid bacteria (LAB) are important in the production of fermented cheese and milk, contributing to the formation of flavor and texture of cheeses. The present study consisted in the isolation of LAB from samples of Minas Frescal cheeses produced by farmers or agroindustries in the northern region of the Paraná state in Brazil, as well as samples of raw milk used in the production of artisanal cheeses. The identification of LAB's consisted of phenotypic characterization and genotypic identification. The phenotypic evaluation involved the study of bacteria producing gas from glucose, gram staining, catalase activity, evaluation of growth in: temperature of 10 and 45°C, 18% sodium chloride solution and at pH 4,4 and 4,5. Among 41 colonies with distinct characteristics, 14 were identified as LAB. The genera *Enterococcus*, *Lactococcus*, *Lactobacillus*, *Streptococcus* and *Pediococcus* were identified by the Polymerase Chain Reaction technique. In total, 57,14% of the isolates were identified as belonging to the genus *Enterococcus*, followed by 28,57% of the genus *Lactococcus* and *Lactobacillus* and 14,29% of *Streptococcus* and *Pediococcus*. In this study the predominance of *Lactobacillus* probably was not observed by the non-competing characteristic of autochthonous cultures such as *Enterococcus*.

KEYWORDS: Minas frescal cheese. Artisanal cheese. Phenotypic evaluation. Genotypic identification.

1 | INTRODUÇÃO

Queijos frescos são importantes fontes de diversidade de bactérias ácido lácticas (BAL) que variam de acordo com cada região de produção (COGAN *et al.*, 1997). Essas BAL's desempenham duas funções principais: a de culturas iniciadoras, fermentando a glicose e produzindo ácido láctico, ou como culturas adjuntas que são responsáveis pelo processo de maturação do produto (SETTANI & MOSCHETTI, 2010). Estas bactérias são imprescindíveis, para o desenvolvimento de características peculiares do produto, como sabor e aroma, dando uma característica de regionalidade (CARR *et al.*, 2002). Com isso, diversos estudos, apresentados a seguir, vêm sendo realizados em várias regiões do mundo com o intuito de identificar a microbiota láctica presente em queijos artesanais.

Bactérias ácido-lácticas (BAL's) constituem um grupo de microrganismos gram-positivos, morfologicamente heterogêneo de cocos e bacilos, que podem estar dispostos em cadeia ou individualmente, Gram positivas, não esporuladas, catalase negativas e anaeróbicas facultativas. São essencialmente mesófilas, porém, são capazes de crescer num intervalo de temperaturas de 5 a 45°C (JAY, 2005). Produzem ácido láctico

como o principal produto final da fermentação a partir de carboidratos simples, estando envolvidas na acidificação dos produtos alimentares destinados à humanos e animais. Têm a capacidade de crescer em pH de 3,8 e produzem grande número de enzimas glicolíticas, lipolíticas e proteolíticas, que transformam os nutrientes fundamentais do leite e do queijo em compostos com propriedades sensoriais desejáveis (SILVA, 2010).

Pertencem ao grupo de BAL os microrganismos dos gêneros *Carnobacterium*, *Enterococcus*, *Lactobacillus*, *Lactococcus*, *Lactosphaera*, *Leuconostoc*, *Melissococcus*, *Oenococcus*, *Pediococcus*, *Streptococcus*, *Tetragenococcus*, *Vagococcus* e *Weissella*. Estes microrganismos podem ser divididos em homofermentativos, se produzirem somente o ácido láctico ou em heterofermentativo se produzirem ácido láctico e outros compostos, como o dióxido de carbono, o ácido acético e o álcool (SILVA *et al*, 2016). Em diferentes variedades de queijos, lactobacilos homofermentativos como *Lactobacillus casei*, *L. plantarum* e *L. curvatus* e os heterofermentativos *L. brevis* são classes dominantes de BAL não *starter*, todavia, cepas de *Enterococcus faecalis* e *Lactococcus lactis* subsp. *cremoris* são comumente utilizados como cultura *starter* na indústria de alimentos. Cepas autóctones tem sido usada como cultura iniciadora por produzirem mais enzimas conversoras de aminoácidos que as culturas comerciais e, conseqüentemente, desenvolvem novos sabores aos queijos (SILVA, 2010).

Muitas das identificações desses microrganismos se dão por testes fenotípicos, contudo técnicas moleculares têm sido utilizadas para maior precisão na caracterização de BALs em alimentos. Segundo Sant'anna (2015), as principais técnicas para identificação de BAL são baseadas em métodos moleculares, que compreendem amplificação e sequenciamento de sequências gênica altamente conservadas (região intergênica espaçadora 16S).

Deste modo o presente trabalho tem a finalidade de caracterizar fenotipicamente e identificar genotipicamente as cepas de bactérias ácido lácticas presentes em queijos frescos artesanais e industrializados em agroindústrias na região norte no estado do Paraná.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

2.1 Isolamento de Bactérias Ácido Lácticas (BAL)

Amostras de queijos frescos produzidos na região norte do estado do Paraná no Brasil foram obtidas de feiras livres e supermercados. Também foi incluído neste estudo duas amostras de leite cru, de produtores da mesma região. O isolamento de BAL foi realizado conforme o protocolo descrito por Harrigan (1998), com modificações. Colônias com características distintas foram analisadas quanto a características fenotípicas e genotípicas.

2.2 Caracterização fenotípica

Os isolados que apresentaram características coloniais distintas, foram selecionados e submetidos aos testes bioquímicos de identificação, baseado no fluxograma (Figura 1) descrito por Schillinger & Lücke (1989).

A avaliação da produção de gás a partir da glicose foi realizada em caldo MRS suplementado com 5% de glicose e um tubo de Durhan invertido. Os tubos foram incubados a 30 °C por 48 horas. A produção de gás foi confirmada pela presença de bolhas no interior do tubo de Durhan (KALSCHNE *et al.*, 2015). Cada isolado foi avaliado quanto ao seu formato celular e arranjo, cada colônia foi submetida à reação morfotintorial pelo método de gram e atividade da catalase.

A avaliação do crescimento em diferentes temperaturas consistiu em inocular e incubar as bactérias a 10°C por sete dias e a 45°C por 48 horas (KALSCHNE *et al.*, 2015).

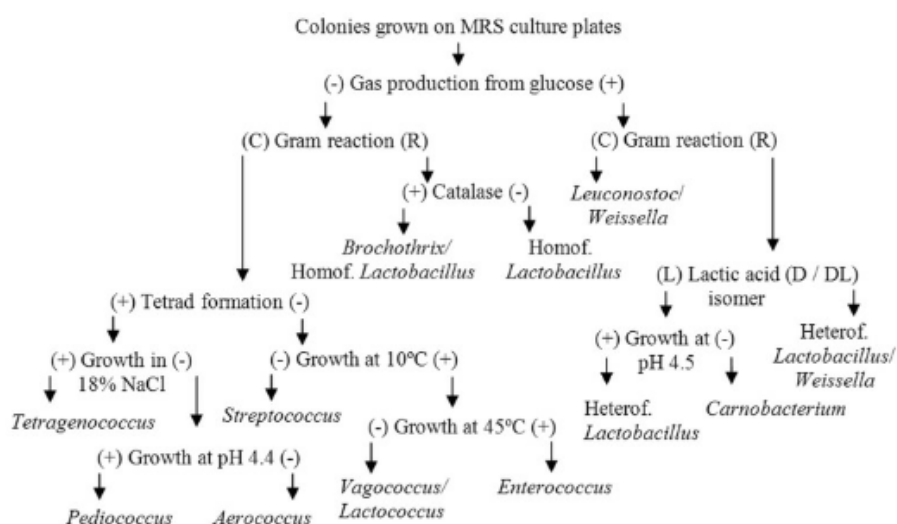


Figura 1. Fluxograma para identificação das características fenotípicas para o gênero de bactérias ácido lácticas. C: cocos; R: bacilos; (-) negativo; (+) positivo; L, D e LD: Isômeros óticos (Schillinger & Lücke (1989)).

O estudo do crescimento das bactérias em 18% de cloreto de sódio foi realizado por 48 horas a 30°C. O crescimento das bactérias em pH 4,4 ocorreu em caldo MRS e incubados por 48 horas a 30°C (KALSCHNE *et al.*, 2015).

2.3 Extração de DNA e Identificação genotípica

Os isolados com características sugestivas de BALs provenientes da identificação bioquímica foram submetidos à identificação molecular. Para tanto, o DNA total dos isolados de BAL foi extraído segundo metodologia descrita por Hoffman & Winston (1987), com modificações. Colônias cultivadas em caldo MRS foram ressuspensas em 100 µL de tampão Tris-EDTA (TE), seguido de 100µL de fenol:clorofórmio:álcool-isoamílico (25:24:1) e 0,3g de pérolas de vidro, para lise celular. A suspensão foi agitada em Vortex (KMC-1300V) por três minutos e centrifugada a 10.000 rpm por 7

minutos. O sobrenadante foi removido e transferido para outro tubo e foi adicionado um volume de etanol 96%, para precipitação do DNA, e centrifugado a 10.000 rpm por 5 minutos. A fase líquida foi descartada e o DNA foi eluído em 50µL de tampão TE.

O método de identificação baseou-se na análise da região 16s do DNA ribossomal amplificado por PCR de acordo com Lane (1991) e Kullen et al. (2000). A reação de PCR foi realizada para um volume final de 20 µL, contendo 5 µL de tampão 10X, 1 µL de dNTP 0,05 mM, 3 µL de MgCl₂ 1,5 mM, 1 µL de cada oligonucleotídeo iniciador (PLB16 5'- AGAGTTTGATCCTGGCTCAG-3'; MLB16 5'- -GGCTGCTGGCACGTAGTTAG-3'), 0,25 µL de taq DNA polimerase 1,25 U (Invitrogen) e 1 µL de DNA total. A reação foi realizada em um termociclador com as seguintes condições: desnaturação inicial a 94 °C por dois minutos e 30 ciclos de desnaturação a 94 °C por 30 segundos, anelamento a 55 °C por 30 segundos, extensão a 72 °C por um minuto, seguidos de extensão final a 72 °C por 10 minutos.

Os produtos de amplificação foram corados com brometo de etídeo e revelados por eletroforese em gel de agarose a 1 % em tampão Tris-Borato-EDTA (TBE) 0,5 % a 120 V, e o tamanho do produto amplificado foi comparado ao marcador de peso molecular 1Kb plus, observados em um sistema de captação de imagem (UVP). Os amplicons foram purificados em kit Wizard Promega e encaminhados para o sequenciamento (ACTGene Análises Moleculares). As sequências obtidas foram comparadas com os dados armazenados no Centro Nacional de Informações sobre Biotecnologia (NCBI) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/blast>) utilizando a Ferramenta básica de pesquisa de alinhamento local (BLAST).

2.4 Construção do dendrograma de similaridade

As sequências gênicas provenientes do sequenciamento foram comparadas quanto à similaridade pelo coeficiente de Jaccard. Os isolados foram agrupados pelo método UPGMA (averagelinkageclustering) e representados graficamente por um dendrograma (NTSYS-pc, versão 2.1t).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um total de 41 colônias com características distintas foram isoladas das amostras de queijos e leite. Com base nas características de crescimento (KALSCHNE *et al*, 2015), 14 destas colônias foram agrupadas como pertencente às BAL's (Tabela 1).

Código Isolado	Gram	Catalase	Glicose 5%	NaCl 18%	pH 4,4	pH 4,5	Cresc. 10°C	Cresc. 45°C
Bal1	Estrepto +	-	-	-	-	+	+	+
Bal2	Estrepto +	-	-	-	-	+	+	+
Bal3	Estrepto +	-	-	-	-	+	+	-
Bal4	Estrepto +	-	-	-	-	+	+	+
Bal5	Estrepto +	-	-	-	-	+	+	-

Bal6	Estrepto +	-	-	-	+	+	+	+
Bal7	Bacilo +	-	-	+	-	+	+	+
Bal8	Bacilo +	-	-	-	+	+	+	+
Bal9	Estrepto +	-	-	-	-	+	+	+
Bal10	Estrepto +	-	-	+	+	+	+	+
Bal11	Estrepto +	-	-	-	+	+	+	-
Bal12	Estrepto +	-	-	-	+	+	+	-
Bal13	Tetrade +	-	-	-	+	-	+	-
Bal14	Estrepto +	-	-	-	-	-	+	-

Tabela 1 – Características de crescimento dos isolados provenientes de queijos e leite cru
- : Negativa; + : Positiva

Nenhum dos isolados foi capaz de fermentar a glicose com formação de gás, excluindo a possibilidade de identificar *Lactobacillus* heterofermentativos e não apresentou atividade catalase.

De posse dos dados fenotípicos, a genotipagem confirmou a presença de diversos gêneros de BAL's presentes em queijo fresco e leite cru (Tabela 2).

No total, 42,80% dos isolados foram identificados como pertencente ao gênero *Enterococcus*, seguido de 14% do gênero *Lactococcus* e *Lactobacillus* e 7% de *Streptococcus* e *Pediococcus* (Figura 2 A).

Observamos uma prevalência do gênero *Enterococcus*, corroborando com o trabalho desenvolvido por Dias (2014) e Freitas (2011). Estes autores também revelam que a presença deste gênero está relacionada com o manejo animal, temperatura ambiente, entre outros fatores.

De acordo com Pogačić *et al.* (2013) essas espécies de BAL representam uma pequena parte da população em ambientes com grande diversidade microbiana. Contudo, esses resultados discordaram com os resultados de nosso estudo, mostrando assim que a diversidade dos isolados dependem muito dos fatores de produção e manejo animal.

Código do Isolado	Fonte	Gênero/Espécie	Número de acesso ao Genbank (ID)
Bal1	Queijo	<i>Lactococcus lactis</i> subsp. <i>cremoris</i>	JF756231.1
Bal2	Queijo	<i>Enterococcus faecalis</i>	KM257699.1
Bal3	Queijo	<i>Enterococcus</i> sp.	FJ513850.1
Bal4	Queijo	<i>Lactococcus lactis</i>	KU568489.1
Bal5	Queijo	<i>Enterococcus</i> sp.	JF718432.1
Bal6	Queijo	<i>Streptococcus macedonicus</i>	KM264319.1
Bal7	Queijo	<i>Lactobacillus rhamnosus</i>	KR054686.1
Bal8	Queijo	<i>Lactobacillus rhamnosus</i>	NR_113332.1
Bal9	Queijo	<i>Enterococcus durans</i>	NR_113257.1
Bal10	Queijo	<i>Enterococcus faecium</i>	KJ396073.1
Bal11	Queijo	<i>Enterococcus durans</i>	NR_113257.1
Bal12	Leite	<i>Enterococcus</i> sp.	FJ513848.1
Bal13	Queijo	<i>Pediococcus pentosaceus</i>	KP189228.1

Tabela 2. Identificação genotípica baseada na sequência 16S rDNA de isolados de BAL's provenientes de amostras de queijos e leite.

Neste estudo obtivemos percentuais distintos dos principais gêneros bacterianos que constituem o grupo das BAL's (Figura 2).

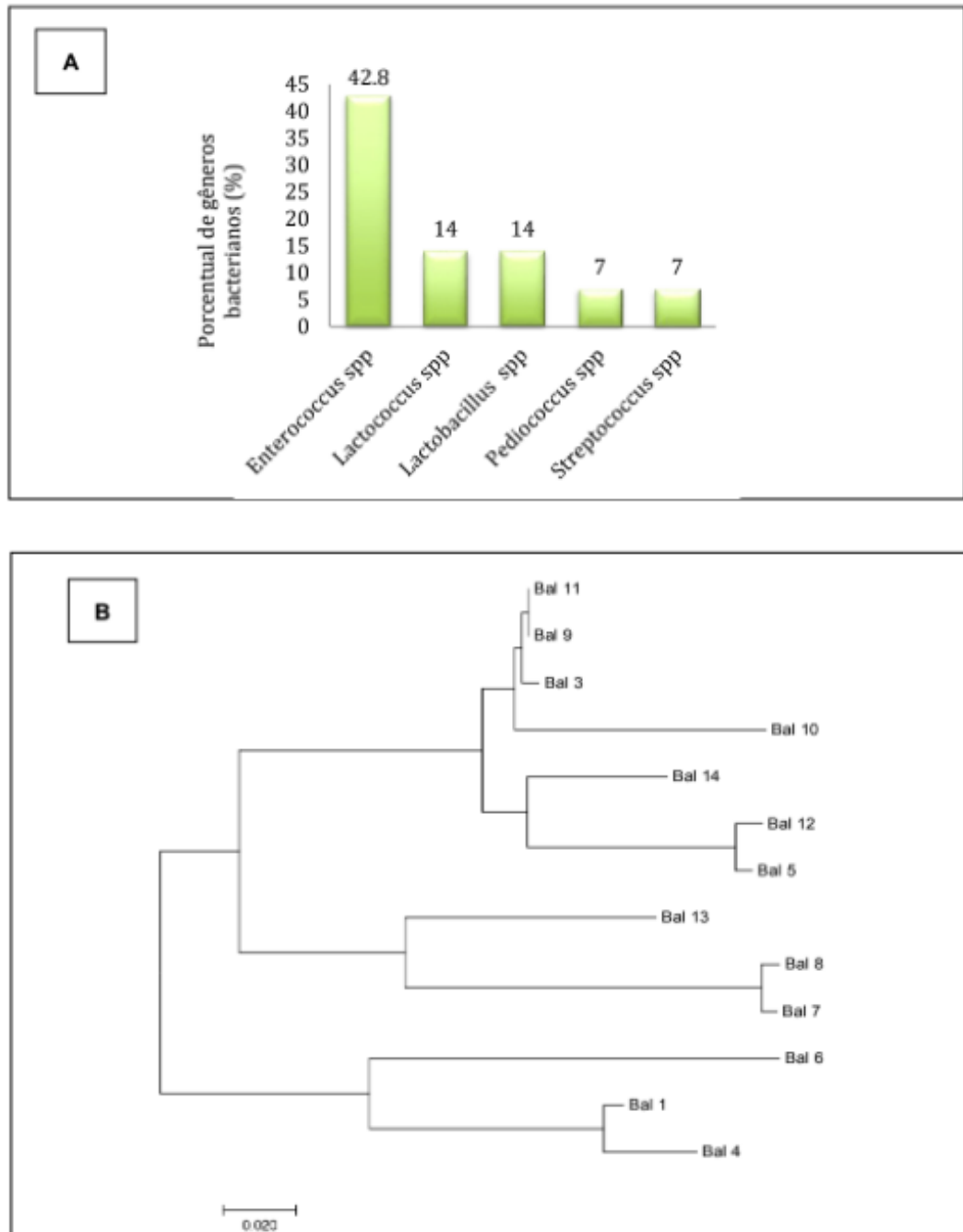


Figura 2 – Distribuição dos gêneros que compreendem o grupo das BAL's nos isolados provenientes de queijo fresco e leite cru (A); dendrograma baseado no agrupamento genético das sequências 16S rDNA (B).

Espécies do gênero *Enterococcus* podem produzir compostos aromáticos voláteis, além de apresentar atividade lipolítica e proteolítica que promovem diversas características sensoriais positivas em produtos fermentados (MALLESHA *et al.*, 2010). *Lactobacillus*, e *Pediococcus* atuam em estágios de maturação mais avançados, uma

vez que são considerados como BAL não iniciadoras (Non starter LAB – NSLAB).

Ainda, bactérias do gênero *Lactococcus* também produzem importantes bacteriocinas, e, dentre as subespécies de valor tecnológico, o *Lactococcus lactis* subsp. *cremoris* confere melhor sabor ao queijo, enquanto o *Lactococcus lactis* subsp. *lactis* proporciona sabor e aroma de manteiga, decorrente da produção de diacetil (FOX *et al.*, 2000). Alguns autores relataram a presença de *Lactococcus* e *Lactobacillus* em queijos frescos artesanais, porém em predominância menor quando comparado com outros gêneros, corroborando com o presente estudo (BEGOVIĆ *et al.*, 2011, CARVALHO, 2007, DIAS, 2014, FOX *et al.*, 2000, SIEZEN & VLIEG, 2011, SILVA *et al.*, 2016, RESENDE *et al.*, 2011, CÂMARA, 2012 e NIKOLIC *et al.*, 2012). *Lactobacillus* spp. são essenciais para o desenvolvimento das características sensoriais típicas em queijos no decorrer da maturação, além de apresentarem propriedades probióticas que conferem benefícios à saúde do consumidor (SILVA, 2016).

Outros gêneros bacterianos, não comuns em queijos, também foram encontrados em nosso estudo, como *S. macedonicus* e *Pediococcus*. Estes microrganismos apresentam características importantes no desenvolvimento do produto, como potencial de acidificação e proteólise (FOULQUIÉ *et al.*, 2008) e potencial probiótico (RIBEIRO, 2012), respectivamente. Porém, são poucas as referências que identificaram significativamente estes gêneros em amostras de leites e queijos artesanais.

Os dados filogenéticos nos revelaram diversidade considerável pela quantidade de isolados analisados. Os isolados Bal11 e 9 apresentaram diferenças coloniais bem evidentes, no entanto, trata-se de clones, evidenciado pela análise do agrupamento genético mostrado no dendrograma e confirmado pelo código de acesso no *genbank* do NCBI. Ainda, o isolado Bal 3 que não teve sua identificação determinada no *genbank*, foi agrupado no mesmo *cluster* de de *E. durans*. O dendrograma também mostra que os isolados identificados somente ao nível de gênero (Bal 5 e 12) se agruparam num mesmo *cluster*, mostrando correlação genética entre os isolados.

Esses resultados indicam que o soro fermento endógeno é importante por trazer culturas iniciadoras e de diversidade microbiana característica de cada região. Entretanto, são necessários estudos mais aprofundados envolvendo a dinâmica microbiana desses queijos.

4 | CONCLUSÕES

Embora neste estudo tenhamos avaliado um pequeno número de isolados, identificamos uma diversidade bacteriana bastante interessante, que permitirá ampliar espécies de interesse tecnológico visando aplicações desses microrganismos voltados para o desenvolvimento de produto lácteo com características regionais.

5 | AGRADECIMENTOS

Os nossos agradecimentos à Fundação Araucária pelo suporte financeiro e à UTFPR Campus Londrina pelo financiamento de bolsas de iniciação científica.

REFERÊNCIAS

BEGOVIC, J., BRANDSMA, J. B., JOVCIC, B., TOLINACKI, M., VELJOVIC, K., MEIJER, W. C., TOPISIROVIC, L. Analysis of dominant lactic acid bacteria from artisanal raw milk cheeses produced on the Mountain Stara Planina, **Archives of Biological Science Belgrade**, v. 63, n. 1, p.11-20, 2011.

CÂMARA, S. P. A. **Estudo do potencial bioactivo e tecnológico de bactérias do ácido láctico isoladas de queijo do pico artesanal**. 2012. 83 f. Dissertação (Mestrado em Tecnologia e Segurança Alimentar). Universidade do Açores. Angra do Heroísmo.

CARR, F. J., CHILL, D., MAIDA, N. The acid lactic bacteria: A literature survey. **Critical Reviews in Microbiology**, v. 28, n. 4, p. 281-370, 2002.

COGAN, T. M., BARBOSA, M., BEUVIER, E. Characterization of the lactic acid bacteria in artisanal dairy Products. **Journal Dairy Research**, v. 64, n.3, p. 409-421, 1997.

DIAS, G. M. P. **Potencial tecnológico de bactérias ácido lácticas isoladas de queijo de Coalho artesanal produzido no município de Venturosa – Pernambuco**. 2014. Tese (Doutorado em Ciências Biológicas) – Centro de Ciências Biológicas. Universidade Federal de Pernambuco. Recife.

FOULQUIÉ M. M. R., SARANTINOPOULOS, P., TSAKALIDOU, E., DE VUYST, L. The role and application of enterococci in food and health. **International Journal of Food Microbiology**, v. 106, n. 1, p. 1-24, 2006.

FOX, P. F.; GUINEE, T. P.; COGAN, T. M. **Fundamentals of cheese science**. Maryland: Aspen Publishers, 2000, 544 p.

FREITAS, W. C. **Aspectos higiênico sanitários, físico-químicos e microbiota láctica de leite cru, queijo de coalho e soro de leite produzidos no Estado da Paraíba**. 2011. 89 f. Tese (Doutorado em Ciência e Tecnologia de Alimentos) – Centro de Tecnologia. Universidade Federal do Paraíba. João Pessoa.

HARRIGAN, W. F. **Laboratory Methods in Food Microbiology**, 3rd edition, San Diego: Academic Press, 1998.

HOFFMAN, C. S., WINSTON, F. A ten-minute DNA preparation from yeast efficiently releases autonomous plasmids for transformation of *Escherichia coli*. **Gene**. v. 57, issue 2-3, p. 267-272, 1987.

JAY, J. M. **Modern Food Microbiology**. 7th edition. New York: Springer, 2005.

KALSCHNE, D. L., WOMER, R., MATTANA, A., SARMENTO, C. M. P., COLLA, L. M. E. Characterization of the spoilage lactic acid bacteria in “sliced vacuum-packed cooked ham. **Brazilian Journal of Microbiology**, v. 46, n. 1, p. 173-181, 2015.

MALLESHA · R SHYLAJA · D SELVAKUMAR · J H JAGANNATH. Isolation and identification of lactic acid bacteria from raw and fermented products and their antibacterial activity. **Recent Research in Science and Technology**, v. 2, n. 6, p. 42-46, 2010.

NIKOLIC M, JOVCIC B, KOJIC M, TOPISIROVIC L. Characterization of the exopolysaccharides (EPS)-producing *Lactobacillus paraplantarum* BGCG11 and its non-EPS producing derivative strains as potential probiotics. **International Journal Food Microbiology**, v. 158, n. 2, p.155–162, 2012.

- POGAČIĆ, T., MANCINI, A., SANTARELLI, M., BOTTARI, B., LAZZI, C., NEVIANI, E., GATTI, M. Diversity and dynamic of lactic acid bacteria strains during aging of a long ripened hard cheese produced from raw milk and undefined natural starter. **Food Microbiology**, v. 36, n. 2, p. 207-215, 2013.
- PRICHULA, J., PEREIRA, R. I., WACHHOLZ, G. R., CARDOSO, L. A., TOLFO, N. C. C., SANTESTEVAN, N. A. Resistance to antimicrobial agents among enterococci isolated from fecal samples of wild marine species in the southern coast of Brazil. **Marine Pollution Bulletin**, v. 105, n. 1, p. 51-57, 2016.
- PRICHULA, J., CAMPOS, F. S., PEREIRA, R. I., CARDOSO, L. A., WACHHOLZ, G. R., PIETA, L., MARIOT, R. F., DE MOURA, T. M., TAVARES, M., D'AZEVEDO, P. A., FRAZZON, J., FRAZZON, A. P. Complete Genome Sequence of *Enterococcus faecalis* Strain P8-1 isolated from wild magellanic penguin (*spheniscus magellanicus*) feces on the south coast of Brazil. **Genome Announc**, v. 4, n.1, 2016. pii: e01531-15. doi: 10.1128/genomeA.01531-15.
- RESENDE, M. F. S., COSTA, H. H. S., ANDRADE, E. H. P., ACURCIO, L. B., DRUMMOND, A. F., CUNHA, A. F., NUNES, A. C., MOREIRA, J. L. S., PENNA, C. F. A. M., SOUZA, M. R. Queijo de minas artesanal da Serra da Canastra: influência da altitude das queijarias nas populações de bactérias ácido lácticas. **Arquivo Brasileiro de Medicina Veterinária e Zootecnia**. v. 63, n. 6, p. 1567-1573, 2011.
- SANT'ANNA, F. M. **Lactobacillus e Pediococcus silagem, água, leite, soro fermento endógeno e queijo Minas artesanal da região de Campo das Vertentes: isolamento, identificação molecular, avaliações in vitro e in vivo do potencial probiótico**. 2015. 76 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Animal) – Escola de Veterinária. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.
- SCHILLINGER, U.; LÜCKE, F. K. Identification of lactobacilli from meat and meat products. **Food Microbiology**, v. 4, n. 3, p. 199–208, 1989.
- SIEZEN, R. J., Vlieg, J. ET VAN H. (2011). Genomic diversity and versatility of *Lactobacillus plantarum*, a natural metabolic engineer. **Microbiology Cell Fact**, v. 10, Suppl. 1, S3, 2011.
- SETTANNI, L.; MOSCHETTI, G. Non-starter lactic acid bacteria used to improve cheese quality and provide health benefits. **Food Microbiology**, v. 27, n. 6, p. 691-697, 2010.
- SILVA, L. F. **Identificação e caracterização da microbiota láctica isolada de queijo Mussarela de búfala**. 2010. 153 f. Dissertação (Mestrado em Microbiologia) – Instituto de Biociências, Letras e Ciências Exatas. Universidade Estadual Paulista. São José do Rio Preto.
- SILVA, J. G. **Identificação molecular de bactérias ácido lácticas e propriedades probióticas in vitro de Lactobacillus spp. isolados de queijo Minas Artesanal de Araxá, Minas Gerais**. 2016. 82 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Animal) – Escola de Veterinária. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte-MG.
- RIBEIRO, M. C. O. **Caracterização do Pediococcus acidilactici b14 quanto às propriedades probióticas e sua associação com Lactobacillus acidophilus ATCC 4356 com aplicação em sobremesa com soja aerada potencialmente simbiótica**. 2012. 206 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Bioprocessos e Biotecnologia) – Setor de Tecnologia. Universidade Federal do Paraná. Curitiba.

INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR EM PORTADOR DE CÂNCER DE PULMÃO COM INTOLERÂNCIA À VNI – RELATO DE CASO

Daniela Giachetto Rodrigues,
Hospital Israelita Albert Einstein
São Paulo - SP

Fabiana Mesquita e Silva,
Hospital Israelita Albert Einstein
São Paulo - SP

Katia Akemi Horimoto,
Hospital Israelita Albert Einstein
São Paulo - SP

Denise Tiemi Noguchi
Hospital Israelita Albert Einstein
São Paulo - SP

RESUMO: Câncer é uma patologia que ocorre por fatores diversos em decorrência de estímulos internos, externos e por falha no sistema imunológico. O câncer de pulmão é o segundo tipo de câncer mais comum em homens e mulheres no Brasil, o tabagismo e a exposição ao tabaco é um importante fator de risco para o desenvolvimento desta doença. O tratamento do câncer de pulmão pode ser realizado através de cirurgia, quimioterapia, radioterapia e imunoterapia. A quimioterapia visa eliminar as células neoplásicas, controlar o crescimento do tumor e amenizar os sintomas da doença; porém durante e após a infusão podem ocorrer diversos efeitos colaterais. A ventilação não invasiva (VNI) deve ser o primeiro recurso para o tratamento da insuficiência respiratória,

porém alguns pacientes não se adaptam a interface e o uso de técnicas para uma melhor aderência a esse recurso se faz necessário para que não ocorra um agravamento do quadro de insuficiência respiratória.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de pulmão, ventilação não invasiva, multidisciplinar, fisioterapia, medicina integrativa.

ABSTRACT: Cancer is a pathology that occurs due to several factors due to internal, external stimulus and immune system failure. The Lung cancer is the second most common type of cancer in men and women in Brazil, smoking and exposure to tobacco is an important risk factor for the development of this disease. The treatment of the lung cancer can be performed through surgery, chemotherapy, radiotherapy, and immunotherapy. The chemotherapy aims to eliminate neoplastic cells, control tumor growth and reduce the symptoms of the disease but during and after the infusion several side effects can be occur. The non invasive ventilation (NIV) should be the first resource for the treatment of respiratory failure, but some patients don't adapt to the interface and the use of techniques for better adherence to this resource is necessary so that there isn't worsening of the condition of respiratory failure.

1 | INTRODUÇÃO

O câncer de pulmão é o principal responsável por mortes relacionadas ao câncer em todo o mundo, sendo responsável por 1,6 milhões de óbitos relacionados à doença, com uma taxa de sobrevivência entre 4-17% dependendo do estadiamento e localização (Hirsch FR, 2017).

No Brasil, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer de pulmão é o segundo tipo de câncer com maior prevalência entre homens e mulheres, excluindo o melanoma.

O principal fator de risco é o tabagismo, mas outros fatores como exposição a poluentes do ar, infecções pulmonares de repetição, altas doses de suplementação de vitamina A, enfisema pulmonar, bronquite crônica, fatores genéticos e história familiar de câncer de pulmão também contribuem para um aumento da probabilidade de ter este tipo de câncer.

O diagnóstico precoce permanece um desafio, pois é necessário fazer exames de imagem que implicam em exposição à radiação e que pode oferecer mais riscos do que benefícios. Estudos recentes com radiografia ou tomografia de baixa dose para populações de maior risco (idade acima de 55 anos, mais de 30 maços/ano) têm sido encorajadores, assim como tratamento sistêmico para determinados subgrupos moleculares e as terapias-alvo (Hirsch FR, 2017).

Até o momento, muitos pacientes ainda são diagnosticados apenas quando a doença já está avançada e apresentam sinais e sintomas como: hemoptise, tosse e rouquidão persistentes, dispnéia, dor torácica e astenia e perda de peso sem causa aparente.

O tratamento, portanto, inclui o manejo destes sintomas que podem piorar com a progressão da doença. Dentre eles, a dispnéia representa um dos mais frequentes e angustiantes, já que a insuficiência respiratória por incapacidade do sistema respiratório em desempenhar sua função adequadamente leva à hipoxemia, hipercapnia e até fadiga de musculatura acessória da respiração devido a um aumento do trabalho imposto a ela.

De acordo com o II Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica, a Ventilação Não Invasiva (VNI) deve ser parte inicial ao tratamento da insuficiência respiratória (IRp), porém a intolerância ao seu uso é uma contraindicação. Diante desse cenário, se faz necessário o uso de técnicas para auxiliar a aderência e a tolerância ao tratamento e a interação de uma equipe multidisciplinar para alcançar esse objetivo.

A inclusão de técnicas ou práticas integrativas ao tratamento oncológico com o intuito de auxiliar ou complementar o manejo de sintomas está dentro da abordagem da medicina integrativa, que pode ser definida como uma abordagem centrada na parceria entre o paciente e o profissional da saúde com o objetivo de encontrar as melhores formas de tratamento com evidências científicas de segurança e eficácia, incentivando a autonomia, o autocuidado e o bem-estar da pessoa, de forma interdisciplinar. (Lima

PTR, Waksman RD, Farah OGD. Medicina Integrativa. 2 ed. Manole, Barueri - São Paulo 2018. 351 p.)

Estudos demonstram que é possível realizar práticas como Yoga para pacientes com câncer durante a internação (Felbel S, 2014). As práticas devem ser adaptadas ao momento em que o paciente se encontra, respeitando suas limitações e orientações médicas e de enfermagem, além da sua autonomia e desejo, sempre alinhadas com a equipe multiprofissional e realizadas por profissionais (terapeutas) experientes.

Sintomas como dor, ansiedade, medo, alterações de humor e estresse podem ser amenizados com as práticas integrativas (Johnson JR, 2014). A atuação do profissional que realiza as práticas integrativas junto à equipe multiprofissional pode trazer benefícios ao paciente, auxiliando tanto no manejo dos sintomas quanto na sensação de acolhimento e segurança. A prática ou técnica integrativa pode inclusive ser realizada antes ou durante as sessões de fisioterapia, por vezes, facilitando a atuação deste profissional.

2 | OBJETIVO

Relatar a experiência da atuação interdisciplinar das equipes de fisioterapia, enfermagem e medicina integrativa no atendimento a uma paciente de 76 anos com câncer de pulmão metastático em IRp, após a infusão de quimioterapia e intolerância a VNI. Trata-se de um hospital privado, de alta complexidade, que possui uma equipe de medicina integrativa constituída por médico e terapeutas corporais cadastrados que atuam junto à equipe multiprofissional no setor de internação da oncologia e hematologia.

3 | DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 76 anos, caucasiana, casada, católica, procedente de São Paulo, com diagnóstico de câncer de pulmão metastático, dependente de oxigênio (O₂), internada por desconforto respiratório e secreção pulmonar.

Indicada VNI intermitente e deambulação com O₂. Após 12 dias evoluiu com piora progressiva do quadro de dispnéia, sem condições de deambular e hipoxêmica, sendo indicado o uso da VNI por períodos, porém a paciente apresentou intolerância à fixação da interface.

A equipe de enfermagem indicou a intervenção da equipe de medicina integrativa para auxiliar no processo de adaptação da interface, pois a paciente apresentava sinais de ansiedade em relação à VNI. Após alinhamento com a equipe de fisioterapia foi optado por oferecer à paciente a terapia integrativa antes de iniciar a VNI. Com o aceite da paciente e da acompanhante, o terapeuta da equipe de medicina integrativa realizou o atendimento no leito, através de uma técnica de relaxamento guiado pela voz

com foco na respiração e toque leve no abdômen com o intuito de incitar a resposta de relaxamento e reduzir a ansiedade e o estresse. A prática foi bem aceita pela paciente que sorriu e se acalmou durante a instalação da VNI com a fisioterapeuta.

Após o término da sessão, a paciente relatou ter lembrado de uma situação da sua infância que relacionou com o receio inicial à VNI. Ela presenciou a morte de uma vizinha com dispnéia e essa clareza permitiu que ela tolerasse a VNI, permanecendo 1 hora por período, evoluindo com melhora clínica, diminuição da secreção pulmonar e desmame de O₂ em repouso de 4L/min para 2L/min e na deambulação de 15L/min para 2L/min. Foi sugerido acompanhamento psicológico para a paciente.

4 | CONCLUSÃO

A atuação interdisciplinar foi fundamental para a reabilitação desta paciente, que conseguiu aderir ao tratamento proposto, evoluindo com uma melhora expressiva do quadro clínico. O sucesso se deve a um olhar global do paciente em suas diversas esferas e métodos para a reabilitação.

REFERÊNCIAS:

CÂNCER DE PULMÃO. Disponível em: < <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pulmao>>. Acesso em: 18 dez. 2018

II Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. Jornal de Pneumologia 2000;26(supl2):S1-S68

Felbel S, Meerpohl JJ, Monsef I, Engert A, Skoetz N. **Yoga in addition to standard care for patients with haematological malignancies.** The Cochrane database of systematic reviews. 2014;6:CD010146-CD.

Hirsch FR, Scagliotti GV, Mulshine JL, Kwon R, Curran WJ Jr, Wu YL, Paz-Ares L. **Lung cancer: current therapies and new targeted treatments.** Lancet. 2017 Jan 21;389(10066):299-311. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30958-8. Epub 2016 Aug 27. Review. PubMed PMID: 27574741.

Johnson JR, Crespín DJ, Griffin KH, Finch MD, Dusek JA. **Effects of integrative medicine on pain and anxiety among oncology inpatients.** J Natl Cancer Inst Monogr. 2014;2014(50):330-7. (artigo terapia integrativa)

Lima PTR, Waksman RD, Farah OGD. **Medicina Integrativa.** 2 ed. Manole, Barueri - São Paulo 2018. 351 p.

ESTUDO DA ESTABILIDADE TÉRMICA DE FILMES POLIMÉRICOS CONSTITUÍDOS DE POLI (3-HIDROXIBUTIRATO) E PROPILENOGLICOL CONTENDO O FÁRMACO S-NITROSOGLUTATIONA

Regina Inêz Souza

Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Departamento de Farmácia
Diamantina – Minas Gerais

Juan Pedro Bretas Roa

Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Instituto de Ciência e Tecnologia
Diamantina – Minas Gerais

RESUMO: S-nitrosoglutathione (GSNO), um doador de óxido nítrico (NO), tem sido utilizada como vasodilatador, antiagregante plaquetário e apresenta potencial terapêutico para o tratamento de doenças cardiovasculares. No presente trabalho, GSNO foi incorporada em filmes poliméricos constituídos de poli (3-hidroxi-butirato) (PHB) e da blenda poli (3-hidroxi-butirato)/propileno-glicol (90/10) (PHBPPG 90/10), sendo avaliada a estabilidade térmica dos filmes por análise térmica diferencial e análise termogravimétrica. Os resultados indicam que há interação entre as diferentes matrizes e o fármaco, destacando-se um maior aumento na temperatura de degradação e de fusão para os filmes constituídos de PHB e GSNO.

PALAVRAS-CHAVE: Análise térmica diferencial, análise termogravimétrica, poli (3-hidroxi-butirato), S-nitrosoglutathione.

ABSTRACT: S-nitrosoglutathione (GSNO), a nitric oxide donor (NO), has been used as a vasodilator, antiplatelet and displays therapeutic potential for the treatment of cardiovascular diseases. In this study, GSNO was incorporated into polymeric films made of poly(3-hydroxybutyrate) (PHB) and of poly(3-hydroxybutyrate)/propylene glycol (90/10) (PHBPPG 90/10), being evaluated the thermal stability of the films by differential thermal analysis and thermal analysis. The results indicate there is interaction between the different matrices and the drug, especially a higher increase in the degradation temperature and fusion for films constituted of PHB and GSNO.

KEYWORDS: Differential thermal analysis, poly (3-hydroxybutyrate), S-nitrosoglutathione, thermal analysis.

1 | INTRODUÇÃO

Óxido nítrico (NO) é uma molécula endógena que tem um importante papel em diferentes processos fisiológicos tais como controle da vasodilatação, inibição da adesão e agregação plaquetária, comunicações celulares e redução na replicação de células musculares lisas⁽¹²⁾. Entretanto, o NO exibe uma meia-vida muito curta (menos que 1 s no sangue), o que explica o crescente interesse em fármacos

capazes de estabilizar e transportar NO, sendo denominados de doadores de NO. Nessa classe, inclui-se a nitroglicerina, o nitroprussiato de sódio e os S-nitrosotióis ou tionitritos (RSNOs). Entre os doadores de NO, os RSNOs, apresentam como vantagem o fato de não induzir *stress* oxidativo ou tolerância vascular (que é observado com doadores de NO, como a nitroglicerina) além de funcionarem como reservatório fisiológico de NO, uma vez que, são encontrados no plasma humano em concentrações nanomolares^(4,8). RSNOs de baixo peso molecular, tais como a S-nitrosoglutationa (GSNO) tem sido usada para o estudo da influência do NO exógeno em doenças cardiovasculares e no sistema nervoso central, obtendo-se bons resultados, demonstrando seu potencial terapêutico para utilização na área médica, principalmente no sistema cardiovascular devido à sua ação antiplaquetária e por exercer efeito vasodilator arteriosseletivo⁽¹¹⁾. Os efeitos de NO nos sistemas biológicos dependem do local de ação, da origem de produção, bem como da concentração⁽⁸⁾.

Nos últimos anos, tem havido um grande interesse no desenvolvimento de dispositivos que liberem NO em sistemas vivos, o que é possível com RSNOs devido à sua maior estabilidade. Assim, a combinação de RSNO com sistemas de liberação representa uma estratégia muito importante para a utilização médica e farmacológica de NO^(8,11). Pesquisas nesse campo propõe o desenvolvimento de matrizes de liberação de NO que podem ser utilizadas em aplicações alvo e na modulação da cinética de liberação de NO de forma controlada. Alguns estudos mostram a incorporação de GSNO em filmes sólidos de poli(vinil álcool), poli(vinil pirrolidona) e na blenda poli(vinil álcool)/ poli(vinil pirrolidona)⁽⁷⁾. Em outro trabalho, a GSNO é incorporada em hidrogéis do copolímero tribloco F127 (Pluronic F127)⁽⁸⁾.

Com a finalidade de desenvolver filmes poliméricos capazes de liberar NO, foi utilizado o polímero poli (3-hidroxi-butirato) (PHB) e a blenda propilenoglicol/ poli (3-hidroxi-butirato) (PHB/PPG (90/10)) como matriz. O PHB tem recebido atenção especial em relação à sua utilização como transportador para liberação de fármacos e como “*scaffolds*” na engenharia de tecidos, pois apresenta excelente biocompatibilidade, biodegradabilidade, não induz inflamação ou necrose em tecidos animais, fácil processabilidade e propriedades de retardamento controlado que pode ser modulada por variações no processamento da composição do polímero. Em combinação com outros polímeros biocompatíveis e não tóxicos, o PHB também tem um elevado alcance em aplicações biomédicas^(1,9). O desenvolvimento de blendas de PHB com outros polímeros é utilizado para melhorar suas propriedades físicas bem como o processamento, assim, na blenda PHB/PPG, o PPG atua no PHB como um plastificante, permeando as cadeias do PHB, aprimorando a organização da fase cristalina do PHB. Quando o PPG está presente na região de transição entre a estrutura amorfa cristalina do PHB, facilita-se a difusão de moléculas de baixa massa molar (como fármacos) nas blendas⁽⁵⁾.

O objetivo do presente trabalho foi desenvolver filmes poliméricos de PHB e da blenda PHB/PPG (90/10) com GSNO incorporada, avaliar a estabilidade térmica

desses sistemas e a capacidade dos mesmos em liberar NO.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Materiais

Glutathiona reduzida (GSH), nitrito de sódio (NaNO_2) e propilenoglicol (Mnm: 1 kDa) obtidos da Sigma-Aldrich Química-Brasil; ácido clorídrico (HCl), acetona, clorofórmio e álcool etílico foram obtidos da Synth e utilizados sem purificação prévia. Poli-3-hidroxitirato (Mw: 274 kDa) obtido da PHB Industrial SA (São Paulo) e empregado após um processo de purificação.

2.2 Purificação De Phb

O PHB foi dissolvido em clorofórmio na concentração de 2% (m/v) e mantido sob refluxo e agitação magnética por 45 minutos. Após resfriamento, filtrou-se a solução em um recipiente contendo etanol gelado na proporção de 1:10 (v/v) para clorofórmio/etanol e durante esse processo o filtrado permaneceu sob agitação magnética. O PHB precipitado no processo anterior foi filtrado a vácuo e seco à temperatura ambiente ($\sim 20^\circ\text{C}$) por 72 horas.

2.3 Síntese De Gsno

A preparação da GSNO foi realizada de acordo com procedimentos relatados na literatura^(2,3,8,10). Em termos gerais, 1,50 g de GSH (glutathiona) foram dissolvidas em 14,4 mL de solução de HCl sob agitação constante até a completa dissolução da GSH. Adicionou-se 0,35 g de NaNO_2 à solução, mantendo-a sob agitação constante por 40 min, em banho de gelo. A GSNO foi recuperada por precipitação em acetona, lavada e seca por liofilização por um período de 24h. Após secagem, GSNO foi armazenado em frasco protegido da luz em refrigerador a cerca de -20°C . A reação de síntese foi acompanhada espectrofotometricamente na faixa de $\lambda = 250$ a 700 nm ^(6,8).

2.4 Obtenção De Filmes Poliméricos De Phb E Da Blenda Phb/Ppg (90/10) Contendo Gsno

Primeiro, soluções de PHB e da blenda PHB/PPG (90/10) foram obtidas por dissolução sob refluxo e agitação até total dissolução dos polímeros, cerca de 2 horas. Após o resfriamento dessas soluções até a temperatura de 25°C , adicionou-se a solução de GSNO, que foi obtida pela dissolução de quantidades previamente determinadas do fármaco em 5 mL de clorofórmio e submetida à ultrassom por 10 minutos, às soluções do polímero. Essas soluções permaneceram sob agitação por 5 minutos para homogeneização do meio.

Segundo, 25 mL das soluções previamente preparadas foram colocadas em placas de petri (protegidas da luz) e armazenadas em geladeira ($t \sim 4^{\circ}\text{C}$) por 6 dias para evaporação do solvente. Após esse tempo, os filmes obtidos (como descrito na Tabela 1) foram retirados das placas e armazenados em refrigerador ($t \sim -20^{\circ}\text{C}$), protegidos da luz. Para os filmes constituídos somente de PHB e PHBPPG (90/10), as soluções em placas de petri, foram deixadas a temperatura ambiente por 12 horas para evaporação do solvente.

PHB (%)	PHB/PPG (90/10) (%)	GSNO (%)	Designação dos filmes
100	0	0	PHB
99	0	1	PHBGSNO 99
95	0	5	PHBGSNO 95
0	100	0	PHBPPG (90/10)
0	99	1	PHBPPGGSNO 99
0	95	5	PHBPPGGSNO 95

Tabela 1. Porcentagens nos filmes de PHB e da blenda PHB/PPG (90/10) e GSNO

2.5 ANÁLISE TÉRMICA

Medidas de Análise Térmica Diferencial (DTA) e termogravimétricas (TG) foram realizadas em analisador térmico simultâneo (Perkin Elmer STA8000). Amostras de filmes poliméricos puros e aqueles contendo GSNO com massas variando de 3,0 a 6,0 mg foram colocadas em cadinhos de alumínio e aquecidas a uma taxa de $10^{\circ}\text{C}/\text{min}$ na faixa de 30°C a 500°C , sob uma atmosfera de nitrogênio. O padrão de calibração utilizado foi o índio metálico (temperatura de fusão, $T_f = 156,6^{\circ}\text{C}$). Termogramas foram coletados para cada amostra e analisados através do programa operacional do equipamento (Software Perkin-Elmer Pyris), no qual determinou-se as temperaturas de perda de massa pelas curvas termogravimétricas e as temperaturas e entalpias de fusão pela DTA para cada filme.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 SÍNTESE DE GSNO:

A solução aquosa de GSNO sintetizada pelo método descrito acima exibiu uma banda de absorção característica em 336 nm (Figura 1), referente à ligação S-NO, sendo utilizada para confirmar a síntese do fármaco neste trabalho^(4,7,8).

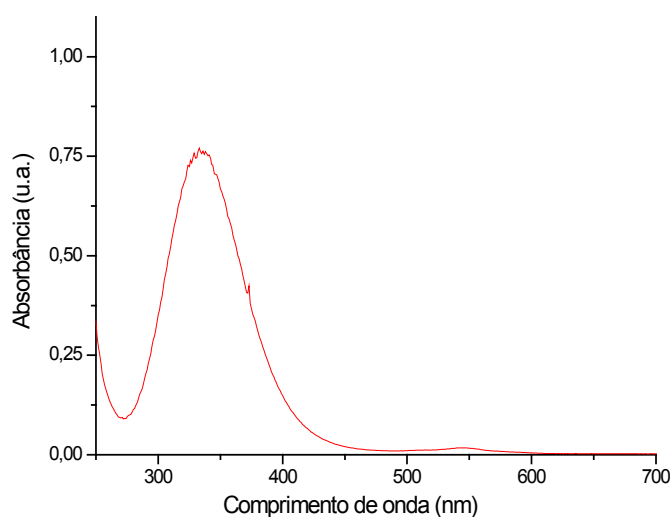


Figura 1. Representação espectral na faixa UV/Vis obtida da solução de GSNO (1×10^{-3} mol. L^{-1}), com a banda de absorção em 336 nm.

Reações acidificadas de uma solução de GSH com $NaNO_2$ são conhecidas por formar S-nitrosotióis como GSNO, com alto rendimento⁽⁸⁾. Esta reação pode ser descrita pela equação (A):



3.2 ANÁLISE TÉRMICA DOS FILMES POLIMÉRICOS:

Análises TG e DTA foram realizadas para avaliar as propriedades térmicas das amostras incluindo os filmes de PHB, PHBPPG (90/10) puros e com GSNO incorporada. Os resultados na Tabela 2, das análises termogravimétricas dos filmes de PHB puro, PHBGSNO 99 e PHBGSNO 95, mostram que o primeiro apresenta somente um estágio de perda de massa, já os dois últimos apresentam dois estágios de perda de massa, sendo o primeiro estágio relacionado à liberação de NO em temperaturas próximas a 150 °C, proporcionais à presença de GSNO nos sistemas. Isso indica, que mesmo retido na matriz, o fármaco mantém a capacidade de liberar NO, pois o início da temperatura de degradação da GSNO observado próximo a 150°C refere-se à perda de NO⁽⁴⁾. As matrizes poliméricas apresentam aumento na temperatura de degradação, sendo 261 °C para o filme PHBGSNO 99 e de 279 °C para o filme PHBGSNO 95, valores superiores à temperatura de degradação do filme PHB puro, 246 °C.

Filme	$T_{d\ onset}$ (°C)	$T_{f\ onset}$ (°C)	$\Delta H_{\ fusion}$ (J/g)	Estágios de perda de massa
PHB	246	150	40	1
PHBGSNO 99	261	163	32	2
PHBGSNO 95	279	164	35	2
PHBPPG 90/10	250	146	37	2
PHBPPGGSNO 99	261	142	30	3
PHBPPGGSNO 95	270	144	32	3
GSNO	152	133	27	2

Tabela 2. Temperatura de início de degradação ($T_{d\ onset}$), temperatura de início de fusão ($T_{f\ onset}$), entalpia de fusão ($\Delta H_{\ fusion}$) e estágios de perda de massa de filmes de PHB e da blenda PHBPPG (90/10) na presença e na ausência de GSNO.

Nos filmes contendo a blenda PHB/PPG (90/10) foram percebidos 2 estágios de perda de massa para a matriz polimérica e um terceiro estágio quando há GSNO, em temperaturas semelhantes às encontradas para os filmes contendo PHB, cerca de 150 °C. O aumento da estabilidade térmica dessa matriz na presença do fármaco também é observado. Obteve-se valores da temperatura de degradação de 261 °C para PHBPPGGSNO 99 e 270 °C para PHBPPGGSNO 95, superiores ao valor encontrado para o filme PHB/PPG(90/10), 250 °C.

Através das curvas DTA, verificou-se o aumento da temperatura de fusão dos filmes contendo GSNO, em comparação à cada matriz sem o fármaco, sendo mais acentuada, cerca de 10 °C, nos filmes PHBGSNO 99 e PHBGSNO 95.

A entalpia de fusão de GSNO é 27 J/g e as entalpias de fusão dos filmes puros de PHB e PHBPPG (90/10) são 40 J/g e 37 J/g respectivamente, assim, observa-se que as entalpias de fusão das matrizes poliméricas na presença do fármaco diminuem, de forma inversamente proporcional ao aumento da porcentagem de GSNO.

4 | CONCLUSÕES

Os resultados obtidos com o estudo da estabilidade térmica dos filmes poliméricos de PHB e PHBPPG (90/10) com GSNO incorporada mostram que há interação entre as matrizes e o fármaco, e também a capacidade de liberação controlada do NO, sendo esses filmes, potenciais materiais capazes de inibir a adesão e agregação plaquetária, o que possibilitaria sua utilização no sistema cardiovascular.

5 | AGRADECIMENTOS

A Capes pela bolsa de mestrado.

REFERÊNCIAS

- ALTHURI, A.; MATHEW, J.; SINDHU, R.; BANERJEE, R.; PANDEY, A.; BINOD, P. **Microbial synthesis of poly-3-hydroxybutyrate and its application as targeted drug delivery vehicle.** Bioresource Technology, v.145, p.290–296, 2013.
- HART, T. W. **Some observations concerning the S-nitroso and S-phenylsulphonyl derivatives of L-cysteine and glutathione.** Tetrahedron Letters, v.26, n.16, p.2013-2016, 1985.
- OLIVEIRA, M. G.; SHISHIDO, S. M.; SEABRA, A. B.; MORGON, N. **Thermal stability of primary S-Nitrosothiols: roles of autocatalysis and structural effects on the rate of nitric oxide release.** Journal of Physical Chemistry A, v.106, p. 8963-8970, 2002.
- PARENT, M.; DAHBOUL, F.; SCHNEIDER, R.; CLAROT, I.; MAINCENT, P.; LEROY, P.; BOUDIER, A. **A Complete Physicochemical Identity Card of S-nitrosoglutathione.** Current Pharmaceutical Analysis, v.9, p.31-42, 2013.
- ROA, J. P. B. **Síntese, caracterização e aplicação de blendas e compósitos biodegradáveis contendo Poli(3-Hidroxibutirato).** 2012, 140p. Tese (Doutorado em Química) - Instituto de Ciências Exatas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- SEABRA, A. B.; OLIVEIRA, M. G. **Poly(vinyl alcohol) and poly(vinyl pyrrolidone) blended films for local nitric oxide release.** Biomaterials, v.25, p.3773-3782, 2004.
- SEABRA, A. B.; ROCHA, L. L.; EBERLIN, M. N.; OLIVEIRA, M. G. **Solid films of blended Poly(Vinyl Alcohol)/Poly(Vinyl Pyrrolidone) for topical S-Nitrosoglutathione and Nitric Oxide release.** Journal of Pharmaceutical Sciences, v.95, n.5, p.994-1003, 2005.
- SHISHIDO, S. M.; SEABRA, A. B.; LOH, W.; OLIVEIRA, M. G. **Thermal and photochemical nitric oxide release from S-nitrosothiols incorporated in Pluronic F127 gel: potential uses for local and controlled nitric oxide release.** Biomaterials, v.24, p.3543-3553, 2003.
- SHRIVASTAV, A.; KIM, H.; KIM, Y. **Advances in the Applications of Polyhydroxyalkanoate Nanoparticles for Novel Drug Delivery System.** BioMed Research International, p. 1-12, 2013.
- SIMÕES, M. M. S. G. **Revestimento de stents com filmes de PVA eluidores de S-nitrosoglutathione.** 2006, 97p. Dissertação (Mestrado em Físico-Química) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo.
- WU, W.; GAUCHER, C.; DIAB, R.; FRIES, I.; XIAO, Y. L.; HU, X. M.; MAINCENT, P.; SAPIN-MINET, A. **Time lasting S-nitrosoglutathione polymeric nanoparticles delay cellular protein S-nitrosation.** European Journal of Pharmaceutics and Biopharmaceutics, v.89, p.1-8, 2015.
- WU, W.; GAUCHER, C.; FRIES, I.; HU, X.; MAINCENT, P.; SAPIN-MINET, A. **Polymer nanocomposite particles of S-nitrosoglutathione: A suitable formulation for protection and sustained oral delivery.** International Journal of Pharmaceutics, v. 495, p.354–361, 2015.

IMPACTO NA SOBREVIDA LIVRE DE PROGRESSÃO PELA FALTA DE ACESSO A INIBIDORES DE EGFR EM CARCINOMA DE PULMÃO DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS NO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO BRASILEIRO

Gabriel Lenz

Estudante de Medicina. Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). Porto Alegre (RS), Brasil

Rodrigo Azevedo Pellegrini

Estudante de Medicina. Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). Porto Alegre (RS), Brasil

Lana Becker Micheletto

Estudante de Medicina. Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). Porto Alegre (RS), Brasil

Leonardo Stone Lago

Médico-Oncologista no Hospital Santa Rita de Porto Alegre. Porto Alegre (RS), Brasil

RESUMO: Introdução: O advento de terapias-alvo antirreceptor do fator de crescimento epidérmico (anti-EGFR) impactou na sobrevida dos pacientes com câncer de pulmão de células não pequenas avançado e portadores de mutação no EGFR, que são tratados no Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS). Objetivo: Estimar o impacto da falta de acesso a terapias anti-EGFR na sobrevida livre de progressão (SLP) desses pacientes. Método: Por meio da base de dados do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva e de estudos que descrevem a prevalência de mutação em EGFR na população brasileira, foi estimado o número de pacientes com adenocarcinoma de pulmão

avançado, portadores de mutação EGFR, candidatos à terapia-alvo no ano de 2017. Para a estimativa de efetividade, quatro diferentes esquemas de tratamentos foram considerados: quimioterapia, erlotinib, afatinib e gefitinib. O número de pacientes livres de progressão de doença, após dois anos, foi estimado com base nos resultados para SLP em ensaios clínicos randomizados. Resultados: Foram estimados 1.735 pacientes com adenocarcinoma de pulmão metastático portadores de mutações ativadoras de EGFR no Brasil para o ano de 2017. Projetou-se que, caso fossem tratados com quimioterapia, apenas 71 estariam livres de progressão após 24 meses do início do tratamento. Em contrapartida, com o uso de inibidores de tirosina-quinase anti-EGFR, a expectativa seria de 312 pacientes livres de doença para erlotinib, 377 para gefitinib e 388 para afatinib. Conclusão: Apesar de recomendadas internacionalmente, as terapias anti-EGFR não são disponibilizadas no SUS, sendo oferecida aos pacientes apenas a quimioterapia. Isso problematiza a situação de falta de acesso no âmbito do SUS e embasa, localmente, a discussão acerca da incorporação dessas terapias no âmbito público. Palavras-chave: Neoplasias Pulmonares; Sistema Único de Saúde; Genes erbB-1.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias Pulmonares; Sistema Único de Saúde; Genes erbB-1

ABSTRACT: Introduction: The advent of targeted anti-epidermal growth factor receptor (anti-EGFR) therapies have improved survival in patients with metastatic non-small cell lung cancer that carry the EGFR mutation, including those treated via the Brazilian Sistema Único de Saúde (SUS, Unified Health Care System). Objective: To estimate the impact that lack of access to anti-EGFR therapies has on progression-free survival (PFS) among such patients. Method: On the basis of epidemiologic data obtained from the José Alencar Gomes da Silva National Cancer Institute and from studies reporting the prevalence of the EGFR mutation in the Brazilian population, we estimated the number of patients with advanced lung adenocarcinoma and the EGFR mutation who were candidates for targeted therapy in 2017. To estimate effectiveness, we evaluated four different treatments: chemotherapy, erlotinib, afatinib, and gefitinib. The number of patients with PFS after 2 years of follow-up was estimated on the basis of the results of randomized clinical trials. Results: We evaluated 1,735 patients with EGFR mutation-positive metastatic lung adenocarcinoma in Brazil in 2017. We estimated that, if treated with chemotherapy, only 71 of those patients would be free of progression after 24 months. In contrast, if all of the patients were treated with anti-EGFR tyrosine kinase inhibitors, the expectation was that PFS would be achieved in 312 patients for erlotinib, 377 for gefitinib, and 388 for afatinib. Conclusion: Although recommended by international guidelines, anti-EGFR therapies are not available via the SUS, which offers only chemotherapy. This complicates the problem of lack of access in the SUS and promotes local discussion in the public sphere about the incorporation of these therapies.

KEYWORDS: Lung Neoplasms; Unified Health Care System; Genes, erbB-1.

1 | INTRODUÇÃO

O câncer de pulmão é a neoplasia maligna líder em mortalidade mundialmente¹. Esse tumor, no Brasil, figura como um importante problema de saúde pública, com estimativas anuais de 28.220 novos casos e 24.490 mortes².

O carcinoma de pulmão de células não pequenas (CPCNP) representa 85% das neoplasias primárias de pulmão, sendo a maior parte dos pacientes diagnosticados em estágios avançados (44%)^{1,3}. Para esses pacientes, o tratamento sistêmico paliativo destaca-se como a principal opção terapêutica. Com o avanço das técnicas de diagnóstico molecular, terapias-alvo mais efetivas e menos tóxicas do que a quimioterapia estão, hoje, disponíveis para pacientes com mutações ativadoras do receptor do fator de crescimento epidérmico (EGFR) e translocação de quinase do linfoma anaplásico (ALK), por exemplo⁴. Em estudo publicado por Midha et al., a prevalência de mutações ativadoras do EGFR na população brasileira foi estimada em 28% nos pacientes com adenocarcinoma de pulmão avançado⁵.

Desde a comprovação da maior eficácia e menor toxicidade dos inibidores de tirosina-quinase (TKI) anti-EGFR em comparação com a quimioterapia citotóxica no

tratamento de primeira linha paliativa nessa subpopulação, a agência regulatória Norte-Americana Food and Drug Administration (FDA) aprovou diferentes drogas para esse propósito: o erlotinib, em maio de 2013; o afatinib, em julho de 2013; e o gefitinib, em junho de 2015^{6,7}. Entretanto, destaca-se que os estudos clínicos que avaliaram essas drogas demonstraram benefícios significativos na sobrevida livre de progressão (SLP), porém sem aumento na sobrevida global (SG) quando comparados à quimioterapia padrão⁸.

O acesso aos TKI, contudo, por meio do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS), é restrito. Apesar de aprovado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) para pacientes com CPCNP em estágio IV com mutação de EGFR, essas drogas não estão efetivamente disponíveis aos seus usuários, em razão da ausência de orçamento e repasse específico que cubram os custos, com exceção do estado de São Paulo. Dessa forma, o acesso dos pacientes a essas medicações se dá por intermédio de ações judiciais. O presente estudo tem como objetivo estimar o impacto da falta de acesso a terapias anti-EGFR em termos de SLP em pacientes com CPCNP metastáticos com mutações ativadoras de EGFR tratados no âmbito do SUS.

2 | MÉTODOS

O número de pacientes candidatos a receberem terapia com TKI em 2017 foi estimado a partir dos dados de prevalência e incidência de neoplasia pulmonar divulgados pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), no relatório de estimativa de incidência de câncer para o biênio 2016-2017². A parcela da população com acesso a planos de saúde suplementar, seja privada ou para servidores públicos, com base em dados da pesquisa de saúde de 2013 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), foi excluída da análise, tendo em vista não se tratar do público-alvo dessa análise⁹. Como os dados de prevalência de mutações ativadoras do EGFR, necessária para o uso de TKI, referem-se à histologia adenocarcinoma, apenas esse subtipo foi considerado⁵. O número estimado de pacientes com doença metastática foi observado a partir da estimativa da soma do número de pacientes diagnosticados em estágio IV (EC IV)³ no ano de 2017, com a estimativa do número de casos diagnosticados nos cinco anos anteriores com recidiva em 2017. Para esse fim, foi aplicada uma taxa de recidiva em cinco anos de pacientes diagnosticados em EC I, II e III com base nos seus prognósticos¹⁰.

A incidência de pacientes brasileiros portadores de adenocarcinoma com mutação em EGFR foi obtida com base no estudo publicado por Midha et al.⁵ A Figura 1 sumariza a metodologia utilizada para estimar o contingente de pacientes com câncer de pulmão avançado candidatos à terapia anti-EGFR.

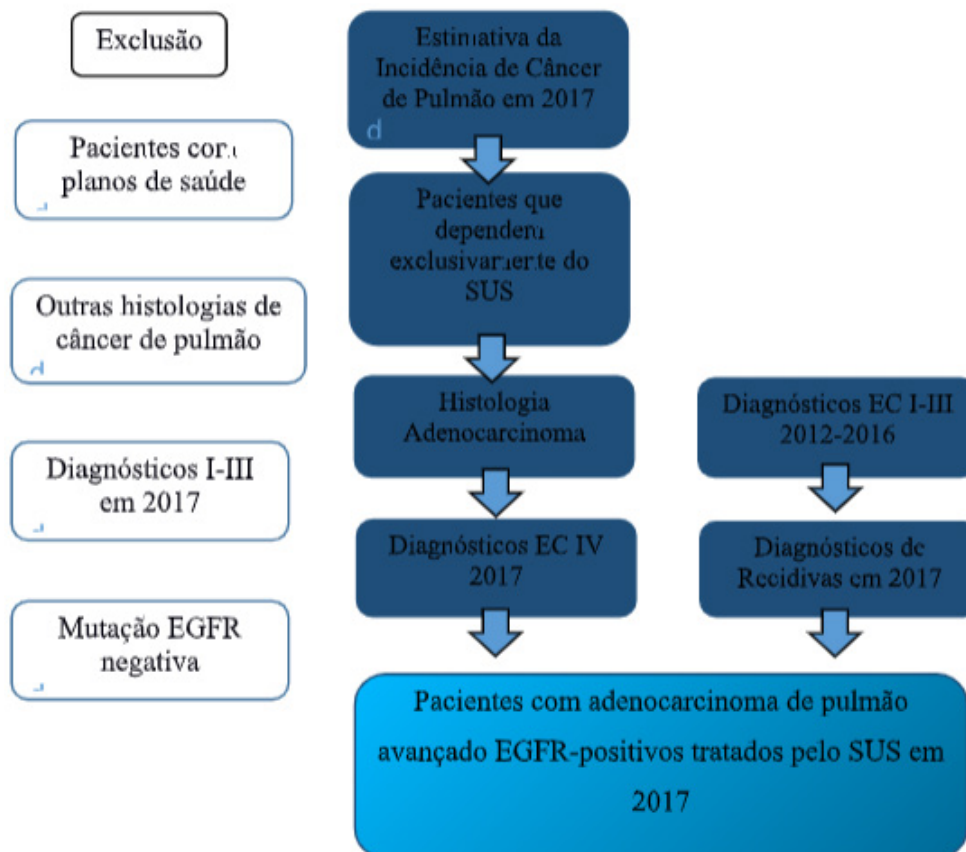


Figura 1. Pacientes com adenocarcinoma de pulmão avançado EGFR-positivos tratados pelo SUS em 2017

A estimativa do número de pacientes livres de progressão, após dois anos, foi obtida aplicando-se as estimativas das taxas de SLP de doença após 24 meses de acompanhamento, calculadas com base nos resultados reportados pelos estudos Eurtac (erlotinib), LUX-Lung 3 (afatinib) e LUX-Lung 7 (gefitinib)¹¹⁻¹³. A taxa de SLP para quimioterapia foi obtida levando-se em consideração o braço controle (poliquimioterapia com platina) do estudo Eurtac¹¹.

O delineamento do estudo é de um artigo original misto, que foi elaborado por meio de estimativas e cálculos estatísticos, sempre baseados em dados previamente publicados. E, a partir disso, embasados na resolução 466 da Plataforma Brasil, não houve necessidade de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

3 | RESULTADOS:

O INCA estima 28.220 novos casos de câncer de pulmão anualmente no Brasil². Desses, 76,3% são tratados no SUS, totalizando 21.532 casos⁹. Verificou-se, então, conforme a Sociedade Americana de Câncer, que 40% dos pacientes seriam portadores de adenocarcinomas (40% de 21.532=8.613 pacientes), dos quais 44% se apresentam em EC IV (44% de 8.613=3.790 pacientes)^{3,14}. Foram somados a esse resultado os pacientes diagnosticados em estágios I a III, nos cinco anos anteriores,

e que tendem a desenvolver recidiva em 2017. Para o EC III, tem-se uma taxa de recorrência em cinco anos de 53,79%; para o EC II, de 46,49%; e para o EC I, de 26,06%¹⁰. Com base nessas taxas, estimaram-se 2.407 pacientes com recidivas diagnosticadas em 2017 que, somados àqueles diagnosticados em EC IV, totalizam 6.197 casos de adenocarcinoma de pulmão avançados atendidos pelo SUS no ano. Destes, assumiu-se que 28% possuiriam mutação ativadora em EGFR, resultando em 1.735 pacientes candidatos à terapia anti-EGFR5. A Tabela 1 sumariza didaticamente esses resultados.

Dado	% do total anterior	Total
Estimativa da incidência de câncer de pulmão 2016		28.220
Pacientes que dependem exclusivamente do SUS	76,30%	21.532
Estimativa de adenocarcinomas	40,00%	8.613
(a) Estágio IV (casos metastáticos ao diagnóstico)	44,0%	3.790
Estágio III	43,0%	3.703
Estágio II	7,0%	603
Estágio I	6,0%	517
Recorrência em 5 anos por estágio		
(b) Estágio III	53,79% de 3.703	1.992
(c) Estágio II	46,49% de 603	280
(d) Estágio I	26,06% de 517	135
(e) Mutação EGFR Brasil	28,00%	
Aptos a receberem terapia-alvo para EGFR (a+b+c+d) X (e)		1.735

Tabela 1. Estimativa do total de pacientes com câncer de pulmão não pequenas células EGFR mutados aptos a receberem terapia-alvo de inibidores de tirosina-quinase

Assumindo-se que todos esses pacientes recebam poliquimioterapia com platina (tratamento aprovado pelo SUS) e aplicando-se uma taxa de 12,48% para a quantidade mensal de pacientes que têm progressão de doença (a mesma observada no estudo Eurtac), apenas 71 indivíduos estariam livres de progressão após dois anos. Para essa última estimativa, foi considerada como constante a fração de pacientes que têm progressão de doença ao longo do tratamento.

Em contrapartida, estima-se um contingente maior de indivíduos livres de progressão da doença, nesse mesmo período de seguimento, com base na mesma metodologia, caso fossem disponibilizados os tratamentos de escolha para essa população: 377 com o uso do gefitinib (6,16% de progressão mensal); 388 com afatinib (6,05%); e 312 com o erlotinib (6,9%) (Figura 2).

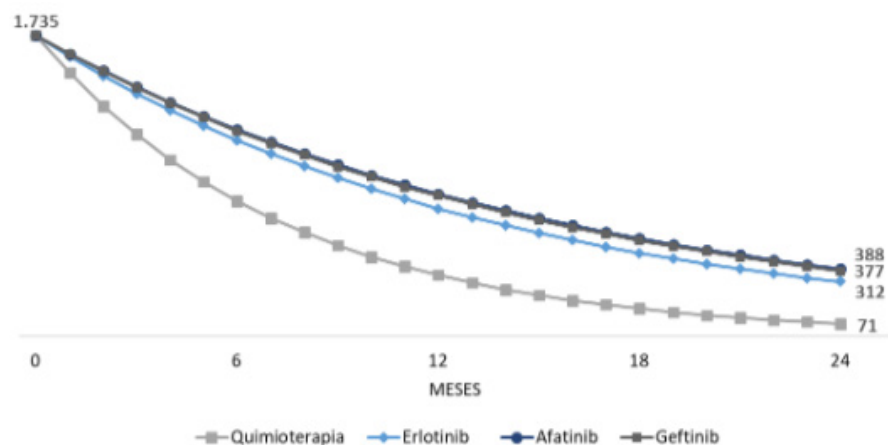


Figura 2. Curvas de estimativa para sobrevida livre de progressão em dois anos nos pacientes selecionados por grupo de tratamento: (i) quimioterapia, (ii) erlotinib, (iii) afatinib e (iv) gefitinib

4 | DISCUSSÃO

A terapia-alvo é uma descoberta do século passado no combate ao câncer. A ideia de selecionar uma molécula específica da célula cancerígena como foco terapêutico data de 1997, com a aprovação, pelo FDA, do anticorpo monoclonal rituximab contra linfoma não Hodgkin, e tem como seu principal expoente o trastuzumab, outro anticorpo monoclonal, aprovado em 1999, para o tratamento do câncer de mama⁷.

A molécula-alvo, nas neoplasias pulmonares, com maior relevância é o EGFR. Nesse molde, o estudo Eurtac, para câncer de pulmão, obteve sucesso em TKI para pacientes com mutação nessa proteína¹¹. Há menos de cinco anos, o FDA aprovou três drogas para o tratamento de primeira linha em pacientes que tenham câncer de pulmão de células não escamosas metastático e positivos para a mutação EGFR: erlotinib, afatinib e gefitinib⁷. Essas drogas, comparadas à quimioterapia, apresentaram aumento da SLP e diminuição da toxicidade⁶.

Com o advento de descobertas como essas, foi observado grande progresso no tratamento de câncer de pulmão, ao longo das últimas décadas, com importante aumento na expectativa de vida desses pacientes¹⁵. Os dados do programa americano de Vigilância, Epidemiologia e Resultados (Seer) demonstram que as taxas de sobrevida desses pacientes em 12, 24 e 60 meses aumentaram de 29,3%, 16,4% e 9%, respectivamente, em 1973, para 46,5%, 30% e 17%, em 2013¹⁵. Por outro lado, o câncer de pulmão permanece como a neoplasia com maior mortalidade entre todos os sítios primários mundialmente¹⁶.

Os ensaios clínicos randomizados (ECR) usando TKI não demonstraram ganho em SG nesse grupo de pacientes. Contudo, vale ressaltar que, apesar de não aumentar a SG, sabe-se atualmente que a SLP é aceita para avaliação e consequente aprovação de novas modalidades terapêuticas. Conforme literatura, ela é utilizada como desfecho primário em 51% dos estudos¹⁷. Além disso, há uma correlação estatisticamente

significativa entre a SG e a SLP, sendo esta aceita como alternativa para a primeira¹⁸. Foi com base nesse argumento que diversos estudos utilizaram a SLP como desfecho primário em seus resultados, como bevacizumab (câncer de células renais) e crizotinib (câncer de pulmão)^{19,20}.

Entretanto, na realidade brasileira, apenas uma minoria da população possui acesso a tratamentos mais complexos, principalmente na área oncológica. O sistema de saúde público do país possui duas formas de financiamento, uma pública, o SUS; e outra privada, que compreende o sistema suplementar de saúde, sendo que cada uma destas possui um peso de aproximadamente 50% no total de gastos em saúde²¹. Por outro lado, a porção da população que depende do financiamento público é de 74,3%. A consequência desse modelo de financiamento, em que o mercado privado possui um gasto per capita três vezes o gasto do mercado público, gera uma inequidade na saúde brasileira.

Para o grupo de pacientes cobertos pelo sistema suplementar, as drogas, assim que regularizadas e aprovadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), logo são concedidas. Em relação à população dependente exclusivamente do sistema público, a realidade é outra. O Ministério da Saúde financia drogas oncológicas em dois formatos: compra centralizada e Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/ Custos (Apac). No primeiro caso, os medicamentos são fornecidos gratuitamente pelo próprio sistema, exemplo de trastuzumab e rituximab²². Em contrapartida, a Apac abrange a grande maioria dos fármacos. Nessa forma de repasses, há um valor fixo, previamente estabelecido pelo Ministério da Saúde, que financiará o tratamento realizado pelo hospital^{23,24}. É necessário que, em ambas as formas de financiamento do Ministério da Saúde para medicamentos oncológicos, haja a aprovação por parte da Anvisa, a qual avalia eficácia e segurança da droga. Além disso, faz-se essencial também a permissão da Conitec, que realiza uma análise de custo-benefício para decidir se o tratamento deve ou não ser fornecido pelo Estado²⁵.

De fato, assim como a Anvisa já havia feito, a Conitec aprovou a incorporação do erlotinib e do gefitinib em novembro de 2013 ao SUS²⁵. Entretanto, esses tratamentos dependem do modelo Apac de financiamento. O ponto de interesse desse trabalho reside no fato de que, nessa forma de financiamento, há determinados casos em que o valor repassado ao hospital pelo tratamento oferecido não necessariamente cobre integralmente o gasto ao qual a instituição de saúde está submetida. Assim, configura-se um claro desincentivo à busca de tratamentos não devidamente financiados, sendo as drogas base deste estudo – gefitinib e erlotinib – um exemplo de tais práticas. Tal fato praticamente impossibilita que os hospitais públicos ofereçam esse tratamento aos pacientes que não tenham plano de saúde.

Dessa maneira, é vista certa divergência entre o que preconizam os protocolos internacionais no tratamento de pacientes com CPCNP metastáticos com mutação de EGFR e o que é oferecido aos cidadãos brasileiros dependentes do sistema público de

saúde. Nessa perspectiva, o tratamento com quimioterapia padrão gera consequências em comparação aos resultados obtidos pós tratamento com TKI, sendo esse o principal fator que o estudo visou a elucidar.

Com esse intuito, este estudo evidenciou que, em relação aos diagnósticos no ano de 2017, até 388 pacientes estariam livres de progressão da doença, ao final de dois anos, utilizando as terapias-alvo para mutações de EGFR, comparados a, apenas, 71 desses pacientes, quando submetidos ao tratamento fornecido pelo SUS.

Sabemos, hoje, que, além de médicos e pacientes, a indústria farmacêutica e instâncias governamentais muito influenciam para que uma droga seja incorporada universalmente. Nessa perspectiva, um estudo que tenta mostrar as consequências de privar uma população de determinada droga pode muito influenciar nessas escolhas.

Esta análise apresenta limitações significativas. Os dados epidemiológicos do Brasil, por exemplo, são, muitas vezes, escassos, com isso foram usadas como base as estimativas do INCA. Ao mesmo tempo, por meio da literatura mundial, sabe-se que os 28% usados para mutação em EGFR são superestimados; porém, para fins de cálculos, esse foi o valor escolhido para nossa estimativa. Tratam-se também de dados de pacientes diagnosticados com doença avançada apenas. O prognóstico de recidivas teve como base um estudo americano, em que os tratamentos disponíveis para aquela população não são, obrigatoriamente, os mesmos para nossa população analisada. Além disso, estamos excedendo as diferenças de SLP diretamente de ECR, e é possível que essas diferenças não sejam tão pronunciadas na prática clínica. Essa suposição pode introduzir um viés favorecendo a diferença entre os tratamentos na vida real.

5 | CONCLUSÃO

Em linhas gerais, seis anos após a publicação do estudo Eurtac, o SUS ainda não disponibilizou definitivamente esses tratamentos na tabela de drogas fornecidas para a população. A introdução de tais fármacos poderia influenciar na SLP dessas pessoas. Com esse intuito, este estudo demonstrou que, em dois anos, poderia ser evitada a progressão da doença de 317 pacientes.

6 | CONTRIBUIÇÕES

Gabriel Lenz e Leonardo Stone Lago trabalharam na concepção e desenho do trabalho; análise, interpretação dos dados da pesquisa; na redação, revisão crítica com contribuição intelectual e na aprovação final da versão para publicação. Rodrigo Azevedo Pellegrini trabalhou na concepção e desenho do trabalho; análise e interpretação dos dados da pesquisa. Lana Becker Micheletto trabalhou na redação e na revisão crítica com contribuição intelectual.

7 | DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSES

Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

- Yang X, Yang K, Kuang K. **The efficacy and safety of EGFR inhibitor monotherapy in non-small cell lung cancer: a systematic review.** *Curr Oncol Rep.* 2014;16(6):390.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2016.** Rio de Janeiro: Inca; 2015.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **IntegradorRHC: Ferramenta para a Vigilância Hospitalar de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: Inca; 2011.
- Gridelli C, Peters S, Sgambato A, Casaluze F, Adjei AA, Ciardiello F. **ALK inhibitors in the treatment of advanced NSCLC.** *Cancer Treat Rev.* 2014;40(2):300-6.
- Midha A, Dearden S, McCormack R. **EGFR mutation incidence in non-small-cell lung cancer of adenocarcinoma histology: a systematic review and global map by ethnicity (mutMapII).** *Am J Cancer Res.* 2015;5(9):2892-911.
- Mok TS, Carbone DP, Hirsh FR (Editores). **The IASLC Atlas of EGFR Testing in Lung Cancer.** Aurora, CL: IASLC; 2017.
- Department of Health and Human Services (EUA). **Drugs@FDA: FDA Approved Drug Products;** [Internet] [acesso em 2018 junho 7]. Disponível em: <https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/daf/>.
- Kobayashi S, Boggon TJ, Dayaram T, Jänne PA, Kocher O, Meyerson M, Johnson BE, Eck MJ, Tenen DG, Halmos B. **EGFR mutation and resistance of non-small-cell lung cancer to gefitinib.** *N Engl J Med.* 2005;352(8):786-92.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA [Internet]. [acesso em 2018 abril 27]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/pns>
- Wong ML, McMurry TL, Stukenborg GJ, Francescatti AB, Amato-Martiz C et al. **Lung Cancer Impact of age and comorbidity on treatment of non-small cell lung cancer recurrence following complete resection: a nationally representative cohort study.** *Lung Cancer.* 2016;102:108-17.
- Rosell R, Carcenery E, Gervais R, Vergnenegre A, Massuti B, Felip E et al. **Erlotinib versus standard chemotherapy as first-line treatment for European patients with advanced EGFR mutation-positive non-small-cell lung cancer (EURTAC): a multicentre, open-label, randomised phase 3 trial.** *Lancet Oncol.* 2012;13(3):239-46.
- Sequist LV, Yang JC, Yamamoto N, O'Bryne K, Hirsh V, Mok T et al. **Phase III study of afatinib or cisplatin plus pemetrexed in patients with metastatic lung adenocarcinoma with EGFR mutations.** *J Clin Oncol.* 2013;31(27):3327-34
- Park K, Tan EH, O'Byrne K, Zhang L, Boyer M, Mok T, Hirsh V, et al. **Afatinib versus gefitinib as first-line treatment of patients with EGFR mutation-positive non-small-cell lung cancer (LUX-Lung 7): a phase 2B, open-label, randomised controlled trial.** *Lancet Oncol.* 2016;17(5):577-89.
- American Cancer Society. **What Is Non-Small Cell Lung Cancer?** [Internet]; 2016 [acesso em: 2017 set 5]. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/non-small-cell-lung-cancer/about/what-is-non-smallcell-lung-cancer.html>

National Cancer Institute. Cancer Statistics Review (CRS) 1975-2014 [Internet]; 2018 [acesso em: 2018 mar 15]. Disponível em: https://seer.cancer.gov/csr/1975_2014

Kang P, Liao M, Wester MR, Leeder JS, Pearce RE, Correia MA. **CYP3A4-Mediated carbamazepine (CBZ) metabolism: formation of a covalent CBZ-CYP3A4 adduct and alteration of the enzyme kinetic profile.** Drug Metab Dispos. 2008;36(3):490-9.

Diniz RW, Guerra MR, Teixeira MTB. **Sobrevida Livre de Doença e Fatores Associados em Pacientes com Câncer de Mama não Metástico [dissertação].** Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2014.

Machado KK, Katz A, Buyse M, Saad ED. **Sobrevida global e outros desfechos clínicos em câncer de mama: situação atual e controvérsias.** Rev Assoc Med Bras. 2010;56(5):514-6.

Escudier B, Pluzanska A, Koralewski P, Ravaud A, Bracarda S, Szczylik C, et al. **Bevacizumab plus interferon alfa-2a for treatment of metastatic renal cell carcinoma: a randomised, double-blind phase III trial.** Lancet. 2016;370(9605):2103-11.

Shaw AT, Kim DW, Nakagawa K, Seto T, Crinó L, Ahn MJ, De Pas T, et al. **Crizotinib versus Chemotherapy in Advanced ALK-Positive Lung Cancer.** N Engl J Med. 2013;368(25):2385-94.

World Bank Group. International Development, Poverty & Sustainability [Internet] [acesso em 2017 nov 2]. Disponível em: <http://www.worldbank.org/>

Ministério da Saúde (BR). Portaria no 73, de 30 de janeiro de 2013. **Inclui procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS e estabelece protocolo de uso do trastuzumabe na quimioterapia do câncer de mama HER-2 positivo inicial e localmente avançado.** Diário Oficial [da] União, Brasília, DF; 2013.

Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (BR). **Erlotinibe para câncer de pulmão de células não pequenas.** Brasília, DF: Conitec; 2013.

Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (BR). **Gefitinibe para câncer de pulmão de células não pequenas em primeira linha.** Brasília, DF: Conitec; 2013.

Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (BR). Página inicial [Internet] [acesso em: 2017 jul 6]. Disponível em: <http://conitec.gov.br/>

SOBRE O ORGANIZADOR

Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto - Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade do Estado de Mato Grosso (2005), com especialização na modalidade médica em Análises Clínicas e Microbiologia. Em 2006 se especializou em Educação no Instituto Araguaia de Pós graduação Pesquisa e Extensão. Obteve seu Mestrado em Biologia Celular e Molecular pelo Instituto de Ciências Biológicas (2009) e o Doutorado em Medicina Tropical e Saúde Pública pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (2013) da Universidade Federal de Goiás. Pós-Doutorado em Genética Molecular com concentração em Proteômica e Bioinformática. Também possui seu segundo Pós doutoramento pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Aplicadas a Produtos para a Saúde da Universidade Estadual de Goiás (2015), trabalhando com Análise Global da Genômica Funcional e aperfeiçoamento no Institute of Transfusion Medicine at the Hospital Universitätsklinikum Essen, Germany.

Palestrante internacional nas áreas de inovações em saúde com experiência nas áreas de Microbiologia, Micologia Médica, Biotecnologia aplicada a Genômica, Engenharia Genética e Proteômica, Bioinformática Funcional, Biologia Molecular, Genética de microrganismos. É Sócio fundador da “Sociedade Brasileira de Ciências aplicadas à Saúde” (SBCSaúde) onde exerce o cargo de Diretor Executivo, e idealizador do projeto “Congresso Nacional Multidisciplinar da Saúde” (CoNMSaúde) realizado anualmente no centro-oeste do país. Atua como Pesquisador consultor da Fundação de Amparo e Pesquisa do Estado de Goiás - FAPEG. Coordenador do curso de Especialização em Medicina Genômica e do curso de Biotecnologia e Inovações em Saúde no Instituto Nacional de Cursos. Como pesquisador, ligado ao Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás (IPTSP-UFG), o autor tem se dedicado à medicina tropical desenvolvendo estudos na área da micologia médica com publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais.

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-7247-301-9



9 788572 473019