

O CURRÍCULO NO ENSINO SUPERIOR: ADEQUAÇÕES NECESSÁRIAS PARA O DESPERTAR DOS EGRESSOS

THE HIGH DEGREE CURRICULUM: ADEQUACIES NEEDED FOR THE EGRESSES AWAKENING

Iel Marciano de Moraes Filho¹, Francidalma Soares Sousa Carvalho Filha², Rogério José de Almeida³, Ihago Santos Guilherme⁴

Como citar: Moraes-Filho IM, Carvalho-Filha FSS, Almeida RJ, Guilherme IS. O currículo no ensino superior: adequações necessárias para o despertar dos egressos. Rev. Cient. Sena Aires. 2017; 6(1):1-2.

Na atualidade, com o dinamismo social em que se vive e as mudanças contínuas, inesperadas e surpreendedoras que pautam a contemporaneidade e a facilidade do acesso a informação, denota-nos a necessidade da mudança curricular e da forma de organização do mesmo.¹

Apesar disto a estrutura da formação educacional ainda preserva uma modalidade conservadora, pautada na exposição de, contúdo e fragmentação dos mesmos em disciplinas, apenas no âmbito da sala de aula. Para o contexto atual, surge a necessidade da criação de um currículo amplo holístico onde casaremos teoria e prática transformando o ingressante em um profissional com capacidade crítica e reflexiva em sua prática profissional.¹

Em tese as matrizes curriculares têm que serem pautadas especialmente no ensino superior é em novas demandas sociais, humanas e também portarem a obrigação de dar uma alusão da prática que será vivenciada diariamente pelo profissional em formação baseadas em prática – teoria – prática ou ação – reflexão – ação.²

Desta forma a tríade ensino pesquisa e extensão vem corroborar de maneira eminente na formação deste novo profissional. O casamento da prática com a pesquisa e a extensão proporciona ao aluno um confronto de teoria e prática o colocando na necessidade de refletir sobre a melhor forma do seu desenvolvimento laboral e proporcionando o amadurecimento, logo o transformando em um profissional inovador em sua área.^{2;3;4}

A prática curricular que se observa, ainda na universidade, constitui-se por um paradigma epistemológico positivista, o qual se configura por aspectos de um saber pronto e acabado em si mesmo, disciplinarmente organizado, sequenciado linearmente e transmitido, na maioria das vezes, verbalmente pelo professor.¹

Em práxis para a formação deste novo currículo e necessário explorar em uma abordagem interdisciplinar todos os docentes e pesquisadores de cada curso superior afim de aproximar o aluno da vivência teórica prática e minimizar as lacunas que os projetos pedagógicos trazem na formação de profissionais.¹

Partindo dessa concepção, consideramos que a pesquisa é um princípio básico para um design de currículo que atenda a

REVISA

¹Enfermeiro. Mestre em Ciências Ambientais e Saúde. Universidade Paulista- Campus Goiânia. ielfilho@yahoo.com.br

²Enfermeira. Doutora em Saúde.. Universidade Estadual do Maranhão/ Faculdade de Ciências e Tecnologia do Maranhão francidalmafilha@gmail.com

³Sociólogo. Doutor em Sociologia. Pontifícia Universidade Católica - PUC Goiás rogeriopucgo@gmail.com

⁴Acadêmico de Enfermagem. Universidade Paulista. ihagosg@gmail.com

Recebido em: 25/10/2016

Aceito em: 28/12/2016

formação nesses parâmetros, mas para isto precisaremos utilizar novas metodologias de ensino as mesmas que serão empregadas deveram ser baseadas em teorias ativas onde o aluno e colocado como protagonista de seu aprendizado, e o papel do professor deixa de ser o destaque principal e passa a ser um incentivador, motivador, moderador e instrutor do aprendizado educacional deste futuro profissional.^{1;2}

Na sala de aula o professor pode aplicar estas novas metodologias através de técnicas de ensino tais como: aula expositiva embasado na dialética, estudo direcionado, discussão e debates, grupo de estudos, seminários, modulo didático, estudo de caso, resolutividade de problemáticas embasado na vivencia dos egressos e mapas conceituais.²

Portanto, a flexibilização curricular é também um princípio essencial para a organização de currículos no ensino superior acolhendo os seguintes aspectos: novas demandas da sociedade, novas demandas do processo de conhecimento e demandas por uma formação crítica e cidadã de profissionais.¹

É necessário que os estudantes universitários sejam orientados por seus professores para aprenderem uma cultura de independência e autonomia em sua trajetória de formação pessoal e profissional¹, para não se tornarem profissionais desatualizados e sem perspectivas de mudanças e aprimoramento educacional.

Um modelo curricular dessa natureza requer um docente “[...] inquiridor, questionador, investigador, reflexivo e crítico, capaz de problematizar criticamente a realidade com a qual se defronta e de adotar uma atitude ativa no enfrentamento do cotidiano escolar [...]”³

Atualmente muitos currículos ainda são pautados no modelo conservador e não proporcionam ao aluno este amadurecimento acadêmico. Assim logo transformando os mesmos em profissionais comuns sem o diferencial que tanto o mercado de trabalho procura, só conseguiremos esta mudança quando os ambientes de aprendizagem dos acadêmicos forem mais ricos, tornando ao aluno mais significativo e facilitara sua aprendizagem.

REFERÊNCIAS

1. Gesser V, Ranghetti DS. O currículo no ensino superior: princípios epistemológicos para um design contemporâneo. Rev e-curriculum. 2011; 7(2): 1-23.
2. Alencastro Veiga IP. Formação de professores para a Educação Superior e a diversidade da docência. Rev Diálogo Educ. 2014;14(42):327-42.
3. Santos LCP. Pesquisa e ensino. In: Lisita VMSS, Peixoto AJ (Org). Formação de professores: políticas, concepções e perspectivas. Goiânia: Alternativa; 2001. p.19-34.
4. Araújo BLS, Gomes DV, Pires VS, Moraes Filho IM, Costa ALS. Estresse Ocupacional em Docentes de uma Instituição de Ensino Superior da região metropolitana de Goiânia. Rev. Cient. Sena Aires. 2015; 4(2): 22-30.

O PERFIL ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE IDOSOS FREQUENTADORES DE UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA PARA IDOSOS EM BRASÍLIA

THE FOOD AND NUTRITIONAL PROFILE OF ELDERLY FREQUENTERS OF A CENTER OF ACCOMMODATION FOR ELDERLY PEOPLE IN BRASÍLIA

Ludimilla de Oliveira Nascimento Gomes¹, Larissa Beatrice Granciero²

Como citar:

Gomes LON, Granciero LB. O perfil alimentar e nutricional de idosos frequentadores de um centro de convivência para idosos em Brasília. Rev. Cient. Sena Aires. 2017; 6(1): 3-9.

RESUMO

Avaliou-se o Perfil Alimentar e o Estado Nutricional de idosos frequentadores de um Centro de Convivência. Trata-se de um estudo transversal analítico realizado no Centro de Convivência de Idosos, em Brasília- DF. A amostra foi constituída por 20 pacientes, sendo 20% do sexo masculino e 80% do sexo feminino, idade média 65 anos. Todos os pacientes participaram do registro do Recordatório Alimentar de 24 horas, referente a um dia alimentar e da Mini Avaliação Nutricional (MAN), assim como da coleta do peso e da estatura para análise do índice de massa corporal (IMC). De acordo com a análise consumo alimentar, observou-se que a maioria dos avaliados possuem ingestão adequada de macronutrientes, e inadequada de quase todos os micronutrientes, exceto o sódio. Para os nutrientes avaliados, a ingestão inadequada foi quantificada em menor que 50%. A análise do estado nutricional segundo o IMC (kg/m²), revelou que 13 (65%) idosos eutróficos e 7 (35%) com sobrepeso. O estado nutricional obtido pela MAN, mostrou que cerca de 18 (90%) eutrófico e 02 (10%) encontram-se com risco de desnutrição. Comparando os dados do IMC com os da MAN, observa-se que em ambas não foram encontrados idosos desnutridos ou com baixo peso. Os resultados sugerem que existe carência nutricional em relação ao consumo de vitaminas e minerais pelos idosos do estudo. No entanto houve prevalência de estado nutricional adequado para idade, em ambos métodos utilizados.

Descritores: Ingestão de Alimentos; Estado Nutricional; Necessidades Nutricionais; Índice de Massa Corporal.

ABSTRACT

We evaluated the Food Profile and Nutritional Status of elderly people attending a Convalescent Center. This is an analytical cross-sectional study carried out at the Center for the Coexistence of the Elderly, in Brasília-DF. The sample consisted of 20 patients, 20% male and 80% female, mean age 65 years. All patients participated in the 24-hour Food Recall register, referring to a food day and the Mini Nutritional Assessment (MAN), as well as the collection of weight and height for analysis of body mass index (BMI). According to the food consumption analysis, it was observed that the majority of the evaluated ones have adequate intake of macronutrients, and inadequate of almost all micronutrients, except sodium. For the evaluated nutrients, the inadequate intake was quantified in less than 50%. The analysis of the nutritional status according to the BMI (kg / m²), revealed that 13 (65%) elderly were eutrophic and 7 (35%) were overweight. The nutritional status obtained by MAN showed that about 18 (90%) eutrophic and 02 (10%) were at risk of malnutrition. Comparing the BMI data with those of MAN, we observed that neither malnourished or underweight elderly were found in both. The results suggest that there is a nutritional deficiency in relation to the consumption of vitamins and minerals by the elderly of the study. However, there was a prevalence of adequate nutritional status for age in both methods.

Descriptors: Food Intake; Nutritional Status; Nutritional Needs; Body Mass Index.

REVISA

¹ Acadêmica de Nutrição.
Universidade Paulista-
Brasília.
raienetcl@gmail.com

² Nutricionista. Mestre em
Nutrição Humana. Universidade
Paulista e do Centro
Universitário Planalto do
Distrito Federal.
larissagranciero@gmail.com

Recebido em: 25/02/2017
Aceito em: 28/04/2017

INTRODUÇÃO

Segundo dados do IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2002), existe aumento da população idosa do país, como resultado dessa mudança de perfil demográfico, ocorrerá um aumento de DCNTs.¹

O organismo humano sofre várias mudanças durante o envelhecimento, onde a ingestão alimentar é a modificação mais marcante, quando essa se encontra insuficiente pode provocar danos na saúde do idoso.²

O bem-estar físico e psicológico de idosos é altamente influenciado pelo estado nutricional, onde a nutrição é fundamental para uma saúde de qualidade e melhora da funcionalidade do idoso. Normalmente idosos possuem deficiências nutricionais em comparação a indivíduos adultos, assim o idoso tem maior probabilidade de desenvolver carências nutricionais.³

As principais modificações no metabolismo do idoso que podem alterar a ingestão alimentar são: diminuição da TMB (taxa metabólica basal), aumento de reservas de gordura corporal, modificação da digestão de alimentos, redução da ingestão hídrica, entre outras.⁴

Idosos institucionalizados com baixo peso ou com risco para desnutrição, necessitam de maior atenção, e de uma alimentação mais específica que venham atender as suas necessidades nutricionais.⁵

Devido ao crescimento populacional de idosos, torna-se fundamental avaliar o consumo alimentar dessa população, para que no Brasil exista uma maior atenção voltada a indivíduos da terceira idade, promovendo assim a criação de novas políticas públicas de saúde para idosos.⁶

O objetivo desse estudo foi analisar o perfil alimentar e estado nutricional de pessoas idosas frequentadores de um Centro de Convivência para Idosos localizada no Distrito Federal.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal analítico realizado no Centro de Convivência de Idosos, em Brasília- DF, no período de setembro a outubro de 2017. Esta pesquisa seguiu os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki bem como a Resolução no 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Foram recrutados 20 idosos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos. Foram excluídos: analfabetos, deficientes físicos, com déficit cognitivo e, metastáticos. Os pacientes foram orientados sobre o objetivo do estudo e os procedimentos que seriam utilizados. Todos os que atenderam aos critérios de seleção e aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foi realizado a aplicação de um registro de consumo alimentar de 24 horas, individualizado para avaliar do consumo alimentar de macro e micronutrientes consumidos, onde foram registradas todas as refeições consumidas pelo indivíduo, juntamente com os horários, o local em que cada uma foram realizadas e as quantidades de alimentos consumidos.

Cada recordatório foi avaliado de maneira individual com o uso da Tabela de Medidas Caseiras (5ª edição, ed. Ateneu) usada para verificar as medidas dos alimentos informados em cada recordatório, após foi utilizada a tabela TACO (Tabela Brasileira de Composição de Alimentos, 4ª edição) para a verificação dos macros e micronutrientes consumidos de acordo com as quantidades informadas na tabela anterior.

Os macronutrientes foram avaliados de acordo com as DRIs (2001), sendo para carboidratos (45 a 65%), proteínas (10 a 35%) e lipídios (15 a 30%).

Os micronutrientes também seguiram as recomendações das DRIS para

homens e mulheres com idade de 51 a 70 anos, sendo os que correspondem aos valores de AI, o Cálcio (1200 mg para ambos os sexos), Potássio (4.7 g para ambos os sexos), Sódio (1.3 g para ambos os sexos). Já os micronutrientes com valores de RDA são, o Magnésio (H: 420 mg e M: 320 mg), Fosforo (700 mg para ambos os sexos), Ferro (8 mg para ambos os sexos), Zinco (H: 11 mg e M: 8 mg), Retinol (H: 900 mcq e M: 700 mcq), Tiamina (H: 1.2 mg e M: 1.1 mg), Riboflavina (H: 1.3 mg e M: 1.1 mg), Niacina (H: 16 mg e M: 14 mg), Piridoxina (H: 1.7 mg e M: 1.5 mg) e Vitamina C (H: 90 mcq e M: 75 mcq).

Todos os nutrientes avaliados seguiram as recomendações das DRIs e após foram classificados em porcentagens sendo divididos conforme a ingestão adequada ou inadequada quando não atendia as recomendações. Para avaliação do estado nutricional através do Índice de Massa Corporal (IMC) foram utilizados no estudo: balança portátil digital Plenna® com capacidade de 150 kg, com os participantes descalços e usando roupas leves. A estatura foi aferida utilizando uma fita métrica na parede, com o participante descalço, a cabeça posicionada na posição de Frankfurt e sem adereços. O IMC foi calculado utilizando a fórmula: $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura (m)}^2$.

Considerou-se os seguintes pontos de corte para o IMC do idoso de acordo com Lipchitz (1994): magreza $<22,0 \text{ kg/m}^2$, eutrofia $22,0\text{-}27,0 \text{ kg/m}^2$ e excesso de peso $>27,0 \text{ kg/m}^2$. A avaliação do estado nutricional segundo resultados da Mini Avaliação Nutricional foi realizada da seguinte forma: cada idoso foi indagado individualmente para o preenchimento da avaliação, com perguntas voltadas a perda de peso, redução da ingestão alimentar, consumo de medicamentos, moradia, fragilidade, ingestão hídrica, consumo de alimentos, autonomia para comer entre outras. O resultado foi obtido através da soma dos pontos, que classificou o estado nutricional de cada idoso.

A análise estatística foi realizada no programa Microsoft® Office Excel 2010, onde os resultados obtidos foram transformados em porcentagens e descritos através de tabelas e representações gráficas.

RESULTADOS

A amostra final foi constituída por 20 pacientes sendo 20% homens e 80% mulheres (Figura 1).

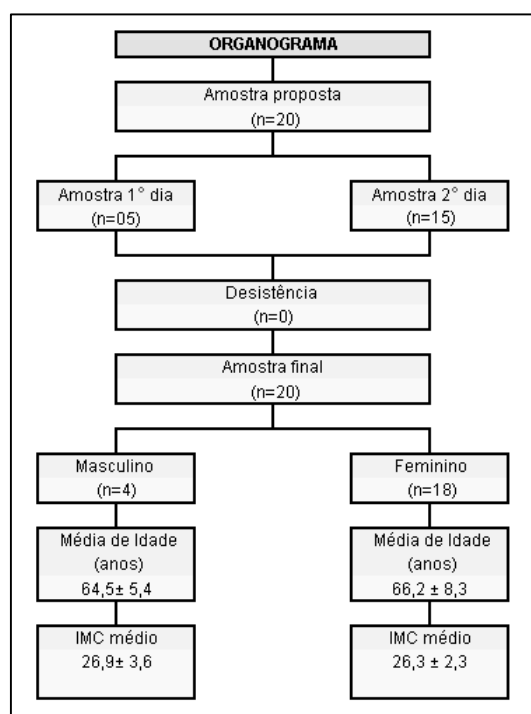


Figura 1- Fluxo de exclusão dos sujeitos de pesquisa.

Observou-se, neste estudo, se as quantidades de macro e micronutrientes consumidos estavam de acordo com as recomendações das DRIs (Figura 2 e 3). Todos os dados sobre o consumo alimentar foram obtidos por meio do recordatório 24 horas.

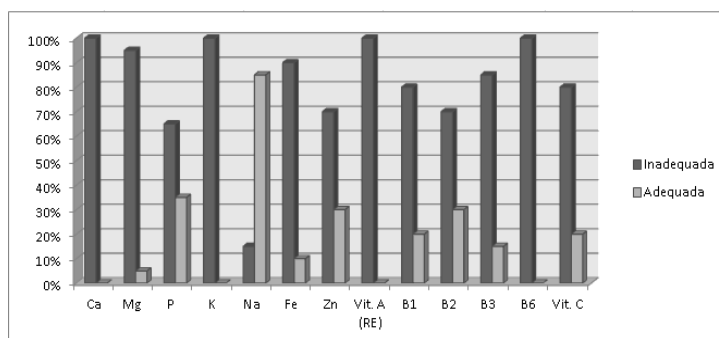


Figura 2- Quantidades de macro e micronutrientes.

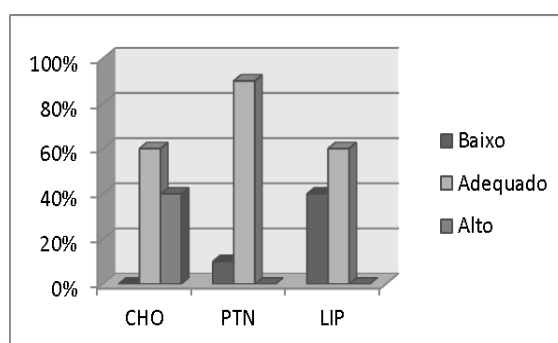


Figura 3- Nível de consumo conforme recomendações das DRIs.

De acordo com o gráfico, observou-se que mais de 50% dos avaliados possuem ingestão adequada de macronutrientes, sendo alto consumo apenas para carboidratos 40%. Também obteve inadequada do quase todos os micronutrientes, com adequação somente para a ingestão de sódio sendo a ingestão adequada por mais de 50% dos entrevistados. Para os nutrientes avaliados, a ingestão inadequada foi quantificada em menor que 50%.

Foi avaliado o estado nutricional de acordo com os resultados obtidos pelo Índice de Massa Corporal (Figura 4). Ao analisar os resultados observou-se que a maioria dos idosos encontram-se com estado nutricional adequado e que nenhum encontra-se abaixo do peso.

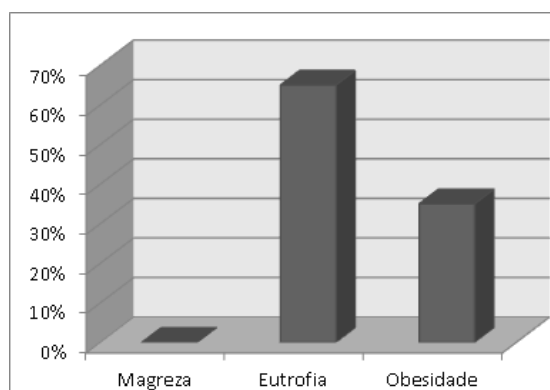


Figura 4- Estado nutricional conforme Índice de Massa Corporal.

Ao analisar os resultados obtidos pela Mini Avaliação Nutricional, observou-se que cerca de 90% dos entrevistados possuem o estado nutricional adequado e 10% encontram-se com risco de desnutrição (Figura 5).

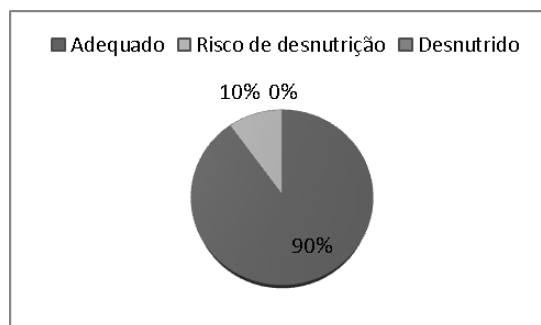


Figura 5- Mini Avaliação Nutricional.

Comparando os dados do IMC com os da MAN, observa-se que em ambas não foram encontrados idosos desnutridos ou com baixo peso, sendo que os resultados referentes a eutrofia possuem maior porcentagem segundo as duas avaliações. Não foi possível comparar a relação de idosos obesos ou com risco de desnutrição, visto que a MAN não apresenta referencia a obesidade e os parâmetros do IMC para idosos não apresenta a classificação para risco de desnutrição.

DISCUSSÃO

O bem-estar físico e psicológico de idosos é altamente influenciado pelo estado nutricional, onde a nutrição é fundamental para uma saúde de qualidade e melhora da funcionalidade do idoso. Normalmente idosos possuem deficiências nutricionais em comparação a indivíduos adultos, assim o idoso tem maior probabilidade de desenvolver carências nutricionais.³

Estudo mostrou que o consumo de proteínas e de lipídios por idosos do sexo feminino encontrava-se adequado, porém o consumo calórico total e o de carboidratos era abaixo do recomendado. Já os idosos do sexo masculino apresentaram ingestão adequada de energia, baixa ingestão de carboidratos e alto consumo de lipídios.⁷

Em relação ao consumo alimentar de macro nutrientes tanto no presente estudo como no trabalho citado no paragrafo anterior ambos possuem o consumo adequado de proteínas, no entanto mostrou-se diferente quando se trata de lipídios e carboidratos, sendo importante ressaltar que no estudo anterior houve análise separada por sexos.

O baixo ingestão de micronutrientes encontrado no presente estudo é semelhante ao do estudo posterior, pois apresentam inadequação do consumo de vitamínicos e minerais.

Evidencia científica mostra que a ingestão de micronutrientes tais como, tiamina, piridoxina, vitamina C, situaram resultados entre 37% e 57%, prevalecendo o consumo inadequado desses nutrientes, assim como de vitamina A, com prevalência de 68% para o sexo feminino e 83% para sexo masculino, e para a vitamina D, vitamina E, cálcio e magnésio que também houve inadequação, sendo estes acima de 80%.⁸ Ressalta-se que o estudo abordado analisou dados de varias regiões do país, com o uso do Inquérito Nacional de Alimentação nos anos de 2008-2009, uma análise da alimentação de idosos a âmbito nacional.

A avaliação do consumo alimentar de vitaminas e minerais de indivíduos idosos de um estudo científico, apresentou adequação no consumo de 50% ou mais para as vitaminas A, E, B1, B2 e B12 e ferro.⁹ No entanto no presente estudo a prevalência do consumo adequado de vitamina A, B1, B2, e

ferro foram inferiores a 30%.

O baixo consumo de frutas e hortaliças principalmente cruas promove a ingestão insuficiente de micronutrientes por idosos.⁴

Uma análise do perfil alimentar de 85 idosos residentes em uma instituição de longa permanência, mostrou que a ingestão adequada de zinco ocorreu em menos de 40% da população estudada.⁹ Segundo Tudor *et al.* o zinco é um elemento fundamental para que processos fisiológicos e bioquímicos do organismo, e apesar de ser encontrado em diversas fontes alimentares, a sua ingestão é normalmente insuficiente, sendo associados ao aumento de doenças crônicas, como por exemplo a doença de Alzheimer.¹⁰

Há evidências que idosos do sexo feminino possuem menor ingestão diária de minerais, tais como, magnésio, ferro, potássio, fosforo e o zinco em comparação a idosos do sexo masculino.³ O presente estudo também apresentou baixa ingestão para os mesmos minerais, porém os idosos não foram separados por sexo.

Estudos mostram que fatores fisiológicos influenciam a ingestão alimentar de idosos provocando a diminuição da absorção de nutrientes, tais como a diminuição da vontade de se alimentar, problemas na deglutição, redução da percepção de sabor e de aromas do alimento, contribuindo para a diminuição da saúde e de massa magra corporal.^{4,11}

Estudo mostrou que cerca de 25% dos idosos institucionalizados ingerem cálcio e potássio em quantidades iguais ou superiores as recomendações das DRIs, para sódio foi observado que a ingestão igual ou superior de 79% das recomendações⁹. O estudo atual observou a ingestão inadequada de sódio de 15%, já a ingestão de cálcio e potássio foi inadequado por todos os participantes da pesquisa, pois encontram-se abaixo das recomendações.

Evidência científica que avaliou o estado nutricional de 187 idosos institucionalizados como o uso do IMC, onde 14% apresentaram baixo peso, 45% eutrofia, 28% encontram-se acima do peso, e 13% com obesidade.¹² O estudo atual também apresentou prevalência de idosos eutrofos (65%) em comparação aos com sobrepeso (35%).

De acordo com a avaliação nutricional da MAN, 90% dos idosos que foram classificados com eutrofia e 10% com risco de desnutrição, mas nenhum foi classificado como desnutrido. Um estudo que avaliou o estado nutricional com o uso da MAN, que idosos do sexo masculino 27% apresentaram desnutrição, e 40% risco de desnutrição, já para os idosos do sexo feminino 31,8 % foram classificadas com desnutrição e 50% com risco de desnutrir.¹³ Ressalta-se que com o avanço da idade o metabolismo sofre diversas alterações que pode provocar mudanças no estado de saúde do indivíduo, até mesmo prejuízos na condição nutricional, na absorção de nutrientes.¹⁴

CONCLUSÃO

Os resultados sugerem que existe carência nutricional em relação ao consumo de vitaminas e minerais pelos idosos do estudo, no entanto houve prevalência de ingestão adequada para macronutrientes. No presente estudo também houve prevalência de estado nutricional adequado para idade, em ambos métodos utilizados.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). IBGE: Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios. Rio de Janeiro; IBGE; 2002.
2. Cardoso SV, Olchik MR, Teixeira AR. Alimentação de idosos institucionalizados: correlação entre queixas e características sociodemográficas. *Distúrbios da Comunicação*. 2016.
3. Venturini CD, Engroff P, Sgnaolin V, Kik RME, Morrone FB, Silva FIG *et al*. Consumo de nutrientes em idosos residentes em Porto Alegre (RS), Brasil: um estudo de base populacional. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2015; 20(12): 3701-3711.
4. Abreu WC, Franceschini SCC, Tinoco ALA, Pereira CAS, Silva MMS. Inadequação no consumo alimentar e fatores interferentes na ingestão energética de idosos matriculados no programa municipal da terceira idade de Viçosa (MG). *Rev Baiana de Saúde Pública*. 2008; 32(2): 190-202.
5. Santelle O, Lefèvre AMC, Cervato AM. Alimentação institucionalizada e suas representações sociais entre moradores de instituições de longa permanência para idosos em São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(12): 3061-3065.
6. Leite-Cavalcanti C, Rodrigues-Gonçalves MC, Rios-Asciutti LS, Leite-Cavalcanti A. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. *Rev. salud pública*. 2009; 11(6):865-877.
7. Cesar TB, Wada SR, Borges RG. Zinco plasmático e estado nutricional em idosos. *Rev. Nutr.* 2005;18(3):357-365.
8. Fisberg RM, Marchini DML, Castro MA, Verly JE, Araújo MC, Bezerra IN *et al*. Ingestão inadequada de nutrientes na população de idosos do Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009. *Rev. Saúde Pública*. 2013; 47(1): 222s-230s.
9. Galesi LF, Lorenzetti C, Oliveira MRM, Fogaça KCP, Merhi VL. Perfil alimentar e nutricional de idosos residentes em moradias individuais numa instituição de longa permanência no leste do estado de São Paulo. *Alim Nutr*. 2008;19(3):283-90
10. Tudor R, Zalewski PD, Ratnaike RN. Zinc in health and chronic disease. *J Nutr Health Aging*. 2005;9(1):45-51.
11. Assumpção D, Domene SMA, Fisberg RM, Barros MBA. Qualidade da dieta e fatores associados entre idosos: estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(8):1680-94.
12. Rauen MS, Moreira EA, Calvo MC. Oral condition and its relationship to nutritional status in the institutionalized elderly population. *J Am Diet Assoc*. 2006; p.1112-1114.
13. Félix LN, Souza EMT. Avaliação nutricional de idosos em uma instituição por diferentes instrumentos. *Rev. Nutr.* 2009; 22 (4): 571-580.
14. Santos RKF, Vital, AVD. Perfil nutricional de idosos – relação obesidade e circunferência da cintura após sessenta anos. *Rev. Saúde. Com* 2014; 10(3): 254-62.

USO DE SUPLEMENTAÇÃO POR USUÁRIOS DE ACADEMIAS DE BRASÍLIA - DISTRITO FEDERAL

THE USE OF SUPPLEMENTS BY USERS OF GYMS IN BRASÍLIA - DISTRITO FEDERAL

Bruna Gonçalves Fonseca¹, Simone Gonzaga do Carmo²

Como citar:

Fonseca BC, Carmo SG. Uso de suplementação por usuários de academias de Brasília - Distrito Federal. Rev. Cient. Sena Aires. 2017; 6(1): 10-6.

RESUMO

Analisou-se o consumo de suplementos, os principais prescritores e os tipos de suplementos utilizados por praticantes de atividade física de academias de Brasília- DF. Estudo transversal descritivo realizado em duas academias de Brasília - DF. Participaram da pesquisa 50 indivíduos adultos, de ambos os sexos, com idade entre 19 e 60 anos. Os dados foram coletados por meio da aplicação de questionário. Observou-se que 70% participantes do sexo masculino e 53,8% do sexo feminino relataram praticar atividade física acima de três vezes na semana. A prática de atividades físicas foi justificada pela preocupação com a qualidade de vida. Verificou-se que 50% das mulheres e 80% dos homens entrevistados consomem suplementos, sendo os mais consumidos Whey Protein, seguido do BCAA e Creatina. O responsável pela prescrição de suplementos na maior parte dos usuários entrevistados foi o nutricionista, embora grande parte tenha relatado outros prescritores não habilitados. Os resultados mostram que o consumo de suplementos é uma realidade, principalmente no sexo masculino. A prescrição ainda é uma preocupação, uma vez que o uso indiscriminado pode ser prejudicial.

Descritores: Suplementação alimentar; Hipertrofia; Academias esportivas.

ABSTRACT

The ingestion of supplements, the main prescribers and the types of supplements used by physical activity practitioners from Brasília's (DF/Brazil) gyms were analyzed. A cross descriptive sectional study was carried out at two gyms in Brasília, DF. The study consisted of 50 individuals of both sexes, aged between 19 and 60 years. The data were collected through the application of questionnaires. It was observed that 70% of male participants and 53,8% of female subjects reported practicing physical activity more than three times a week. This group justified the exercise practice as a concern with their healthiness. It was found that 50% of the women and 80% of the men interviewed consume supplements, between those the most consumed were Whey Protein, followed by BCAA and Creatine. The nutritionist was responsible for the prescription of supplements in most of the interviewed users, although most of them reported other non-qualified prescribers.. The results show that the consumption of supplements is a reality, especially in males. A prescription is still a concern, since indiscriminate use can be harmful.

Descriptors: Supplementary feeding; Hypertrophy; Fitness centers.

REVISA

¹ Acadêmica de Nutrição.
Universidade Paulista-
Brasília.
nutri.fonsecabruna@gmail.com

² Nutricionista. Mestre em
Nutrição. Universidade Paulista
e do Centro Universitário
Planalto do Distrito Federal.
simonegonzaga86@gmail.com

Recebido em: 25/02/2017
Aceito em: 28/04/2017

ORIGINAL

INTRODUÇÃO

A prática de atividade física está cada vez mais comum entre as pessoas. A busca por uma vida mais saudável, um corpo mais bonito e definido são alguns dos objetivos pretendidos pelos que praticam exercícios, influenciados, muitas vezes pela mídia, que sugere um dito modelo de corpo que as pessoas deveriam ter.¹

Para alcançar o objetivo de ter um corpo perfeito, pessoas passaram a frequentar academias e mudar sua alimentação. Objetivando resultados de forma rápida muitos indivíduos adquirem o hábito do consumo de suplementos, acreditando que estes melhorariam seu desempenho, tônus muscular, força e reduziriam a ocorrência de fadiga.²

A recomendação do uso de suplementos deve ser feita por profissional qualificado, como nutricionista ou médico, porém, não é desta forma que sempre é feita, em muitos casos parentes, amigos, educadores físicos, vendedores estão recomendando seu uso.²

O excesso de suplementos pode causar prejuízos à saúde, dificultando o funcionamento de órgãos como fígado, rins e coração. Uma alimentação balanceada e equilibrada pode suprir as necessidades nutricionais e garantir o resultado que os esportistas esperam obter com o uso da suplementação, apesar disso, o uso indiscriminado está cada vez maior entre aqueles que buscam o corpo perfeito.²

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi analisar o consumo de suplementos alimentares, assim como o responsável por sua indicação e o conhecimento dos usuários sobre seus benefícios.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal descritivo realizada em duas academias de Brasília – DF, no período de julho a agosto de 2017. Foram incluídos na pesquisa 50 indivíduos adultos, de ambos os sexos, com idade entre 19 e 60 anos, praticantes de atividade física. Praticantes de atividades menores de 18 anos, gestantes e analfabetos foram excluídos do estudo.

O questionário de auto-preenchimento, elaborado pelo próprio pesquisador, envolveu variáveis referentes a frequência da prática de atividade física, consumo de suplementos, objetivo da prática de atividade e uso de suplementos, conhecimento sobre os efeitos dos suplementos e responsável pela prescrição. Para organização e análise dos dados foi utilizado o *software* Microsoft® Office Excel 2010 para *Windows*, utilizando as variáveis, sexo, idade, consumo de suplemento, indicação de suplemento, acompanhamento nutricional.

Esta pesquisa seguiu os princípios éticos na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que visa assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa. O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi assinado pelos participantes por livre e espontânea vontade, como é previsto na resolução 196/96 do conselho nacional de saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Paulista sob número de protocolo CAAE 68854817.5.0000.5512.

RESULTADOS

Ao final da coleta de dados, foram obtidos 50 questionários, sendo descartados quatro questionários devido preenchimento incorreto dos participantes, restando 46 para a análise de dados. A amostra foi composta em

sua maior parte por participantes do sexo feminino, representando 56,5% (n=26) e os homens representando 43,5% (n=20). A média de idade foi de 31 ($\pm 10,61$) anos para homens e 30 ($\pm 11,41$) anos para mulheres.

Ao analisar os questionários foi identificado que 70% (n=14) dos homens praticantes relataram frequência da atividade física por mais de três vezes na semana, enquanto que 53,8% (n=14) das mulheres efetuavam a atividade com a mesma frequência. Ao questionar o objetivo da prática de atividades física entre os participantes foi possível observar que a finalidade da maior parte dos praticantes se deve a preocupação com a qualidade de vida, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1: Objetivo pretendido da prática de atividade física entre os frequentadores de academias esportivas de Brasília-DF, 2017.

Objetivo pretendido	Homem (n=20)	Mulher (n=26)
Hipertrofia	35% (n=7)	19,2% (n=5)
Perda de peso	15% (n=3)	15,4% (n=4)
Qualidade de vida	25% (n=5)	30,8% (n=8)
Hipertrofia + Perda de peso	10% (n=2)	11,5% (n=3)
Hipertrofia + Qualidade de vida	5% (n=1)	3,8% (n=1)
Perda de peso + Qualidade de Vida	10% (n=2)	15,4% (n=4)
Hipertrofia + Perda de Peso + Qualidade de Vida	0% (n=0)	3,9% (n=1)

Sobre o consumo de suplementos verificou-se que do total de mulheres entrevistadas, 50% (n=13) relataram consumir suplementos. Notou-se ainda que os homens quando comparados as mulheres são os maiores consumidores, representando 80% (n=16).

O suplemento mais consumido em ambos os sexos foi o *Whey Protein*, seguido do BCAA e Creatina. A maltodextrina não apresentou consumo relatado pelas mulheres. O Ômega-3 e cafeína demonstraram ser os menos consumidos pelas mulheres e a maltodextrina pelos homens (Figura 1).

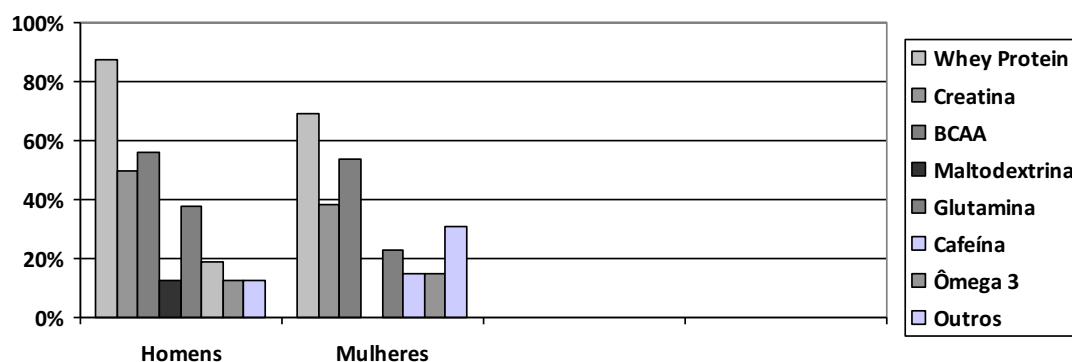


Figura 1: Distribuição dos suplementos consumidos pelos praticantes de atividade física de academias esportivas de Brasília-DF, 2017.

Quando analisado quem são os responsáveis pela prescrição dos suplementos foi observado que o principal prescritor tanto para o sexo masculino quanto para o feminino foi o nutricionista, seguido de Educador Físico para os homens e Amigos para as mulheres (Tabela 2).

Tabela 2: Prescritores de suplementos para os consumidores praticantes de atividade física de academias esportivas de Brasília-DF, 2017.

Indicadores	Homens (n=16)	Mulheres (n=13)
Nutricionista	50% (n=8)	38,46% (n=5)
Médico	6,25% (n=1)	0% (n=0)
Educador Físico	12,5% (n=2)	7,69% (n=1)
Vendedor	0% (n=0)	23% (n=3)
Amigos	0% (n=0)	15,38% (n=2)
Outros	31,25% (n=5)	15,58%(n=2)

Tratando-se de acompanhamento com nutricionista, foi visto que 60% (n=12) dos homens e 50% (n=13) das mulheres não fazem acompanhamento.

A dieta faz parte do cotidiano dos praticantes de atividade física, 65% de ambos os sexos referiram fazer algum tipo de dieta, sendo a mais comum entre os homens as dietas com características Hiperproteica, e para as mulheres dietas com característica Hipocalórica (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição de dietas realizadas pelos praticantes de atividades físicas de academias esportivas de Brasília-DF, 2017.

Tipo de dieta	Homens (n=13)	Mulheres (n=17)
Hipocalórica	7,7% (n=1)	35,3% (n=6)
Hiperproteica	30,8% (n=4)	23,5% (n=4)
Low Carb	7,7% (n=1)	11,8% (n=2)
Dukan	7,7% (n=1)	0% (n=0)
Jejum Intermitente	15,4% (n=2)	0% (n=0)
Hipercalórica	7,7% (n=1)	0% (n=0)
Outro	23% (n=3)	17,6% (n=3)
Vegetariana	0% (n=0)	5,9% (n=1)
Detox	0% (n=0)	5,9% (n=1)

Ao avaliar o conhecimento por parte dos praticantes no que se refere aos benefícios da suplementação, independente do uso, 39,1% (n=18) referiram desconhecer os efeitos do suplemento *Whey Protein*, 45,7% (n=21) da Creatina e 43,5% (n=20) do BCAA. Dos que referiram conhecimento sobre os efeitos e benefícios, 60,8% (n=28) dos participantes do estudo relataram acreditar que a principal função do *Whey Protein* está relacionada a reconstrução muscular, 56% (n=14) relacionaram a Creatina ao aumento de força e 50% (n=13) disseram que o BCAA se relaciona a reconstrução muscular (Tabela 4).

Tabela 4: Conhecimento de praticantes de atividades físicas em academias esportivas de Brasília-DF sobre os principais suplementos alimentares, 2017.

Benefícios	Whey Protein (n=28)	Creatina (n=25)	BCAA (n=26)
Reconstrução Muscular	60,7% (n=17)	20% (n=5)	50% (n=13)
Hipertrofia	57,1% (n=16)	36% (n=9)	26,9% (n=7)
Sistema imune	10,7% (n=3)	24% (n=6)	26,9% (n=7)
Contração muscular	28,6% (n=8)	28% (n=7)	34,6% (n=9)
Energia	14,3% (n=4)	28% (n=7)	15,4% (n=4)
Emagrecimento	14,3% (n=4)	8% (n=2)	7,7% (n=2)
Evitar catabolismo	35,7% (n=10)	8% (n=2)	46,1% (n=12)
Aumento de força	14,3% (n=4)	56% (n=14)	15,4% (n=4)
Retardar fadiga	14,3% (n=4)	12% (n=3)	42,3% (n=11)

O estudo mostrou que 76,9% (n=20) das mulheres acreditam que apenas com a alimentação equilibrada pode-se alcançar o mesmo objetivo pretendido com o uso de suplementos, enquanto entre os homens o percentual que apresenta a mesma crença representou 60% (n=12) dos entrevistados.

DISCUSSÃO

Todos os entrevistados que realizam atividade física demonstraram interesse em um objetivo, sendo o principal a perda de peso e a qualidade de vida. A associação da qualidade de vida com a atividade física foi observada em outro estudo, o que possibilitou identificar a percepção que os praticantes possuem acerca da imagem corporal.³ Diferentes resultados foram demonstrados na literatura também, uma vez que a perda de peso foi colocada como o principal objetivo 19,5% seguido de ganho de massa muscular 19,5% em populações distintas², assim como a busca pela saúde 33,3% e hipertrofia 29,3%.⁴ Tal diversidade nos resultados podem se relacionar à região da pesquisa, bem como os hábitos e estilo de vida do local.

Dentre os praticantes de atividade física, a busca de auxílio por meio da ingestão de suplementos alimentares para melhora do desempenho pode ser observada em grande parte da amostra estudada, atingindo 80% dos homens e 50% das mulheres. O achado corrobora com a literatura no que tange a maior utilização por indivíduos do sexo masculino, sendo encontradas frequências percentuais de 81% para os homens e 19% para as mulheres¹, e ainda 33,3% pelos homens e 31,37% pelas mulheres.⁵

Entre os tipos de suplementos consumidos destacaram o *Whey Protein* 87,5% para os homens e 69% para as mulheres, BCAA 56% para homens e 54% para as mulheres e Creatina 50% para os homens e 38,4% para as mulheres. Proteínas e aminoácidos se destacam em outros estudos com 48,4%, assim como os vasodilatadores que chegam a representar uma utilização por 14,7% das populações estudadas.⁶ Ao analisar especificamente foi identificado que o BCAA é consumido por 21,6% dos indivíduos estudados, seguido de Creatina 17,8% e *Whey Protein* 15,7% para os homens enquanto para as mulheres foi obtido um consumo de *Whey Protein* em 9,8% e Albumina em 3,9% das entrevistadas.⁵

A prescrição de suplementos deve ser feita por profissional qualificado

como o médico ou nutricionista, uma vez que a mesma exige conhecimento e avaliação adequada do indivíduo. No presente estudo percebeu-se que 50% dos homens consomem suplementos indicados por nutricionistas, o mesmo acontece com 38,5% das mulheres, taxas ainda preocupantes quando se avalia os riscos que uma suplementação sem cuidado pode ocasionar. A indicação feita por pessoas não qualificadas pode causar problemas para com consumidores, visto que não ocorre a explicação necessária do uso de cada suplemento. O consumo elevado e indiscriminado de suplementos pode ocasionar malefícios para a saúde daqueles que os ingere, como exemplo, pode-se citar o cansaço muscular, náuseas, diarreia, câibras e acromegalia. Resultados preocupantes em relação aos prescritores também são encontrados na literatura, onde o amigo como principal prescritor representou 70% das indicações.⁷

O acompanhamento com nutricionista é importante para todas as pessoas, principalmente os praticantes de atividades físicas, 60% homens deste estudo fazem acompanhamento e entre as mulheres apenas 50%. Resultado divergente demonstrou que 59,7% dos participantes nunca tiveram acompanhamento.⁸ Ao estudarem o acompanhamento nutricional de praticantes de academias em Natal/RN foi identificado que 31,4% dos homens e 27,5% das mulheres possuíam assistência, resultados que corroboram com o resultado deste trabalho, uma vez que o sexo masculino procura mais por profissionais.⁵

A prática de dieta é comumente utilizada em academias, mais de 60% dos homens e 50% das mulheres são adeptos a algum tipo de dieta. A busca de dietas com características hiperproteica por parte dos indivíduos do sexo masculino se deve ao auxílio no aumento da massa muscular, embora quando questionados sobre os objetivos pretendidos os resultados tenham sido perda de peso e a qualidade de vida, já as mulheres, buscam dietas reduzidas em calorias, o que concorda com os objetivos pretendidos.

Analisando o conhecimento dos participantes sobre os suplementos consumidos, obtivemos que os benefícios do *Whey Protein* são reconstrução muscular 61%, auxílio na hipertrofia 57%, e prevenção do catabolismo 36%. Pôde-se notar resultado diferente, onde os principais benefícios do *Whey Protein* são a melhora da síntese proteica (hipertrofia), melhora no sistema imune, redução de gordura e amenizar a fadiga.⁹ Resultado semelhante com o encontrado em estudo que afirma que o mesmo auxilia no ganho de massa muscular, melhora a resposta do sistema imune, combate infecções causadas por bactérias e melhora o funcionamento do intestino.¹⁰ Estes resultados mostram que os participantes do trabalho possuem pouco conhecimento sobre o suplemento que consomem.

Já para a Creatina os resultados foram aumento de força 56%, auxílio na hipertrofia 36%, reconstrução muscular, contração muscular e obtenção de energia 28%. Pesquisadores afirmam que o uso da Creatina aumenta força e a hipertrofia muscular, assim como auxilia na obtenção de energia.¹¹⁻¹²

Sobre os Aminoácidos, obteve-se que seus benefícios estão ligados à reconstrução muscular 50%, prevenção do catabolismo 46% e retardo a fadiga 42,3%. Uma das conhecidas funções do BCAA é seu efeito retardador sobre a fadiga, bem como efeito anti-catabólico e melhora do sistema imune.⁷ Benefícios diferentes foram encontrados em outro estudo, onde afirma que o suplemento contém potenciais efeitos medicamentosos, uma vez que auxiliam no processo de cicatrização.¹³ Visto que os praticantes de atividades não possuem todos os conhecimentos necessários para o consumo de suplementos alimentares, é importante que os profissionais que os atendem expliquem todos os benefícios de cada suplemento, uma vez que é necessário que se saiba o que está consumindo.

Torna-se importante salientar que dentre os participantes do estudo não houveram atletas profissionais ou de elite, uma vez que para esse público as recomendações e necessidades são diferenciadas.

CONCLUSÃO

Os resultados evidenciaram que o consumo de suplementos por praticantes de atividade física é alto, entretanto de acordo com a população estudada, ainda que o nutricionista seja o responsável pela maior parte das prescrições entre os participantes de ambos os sexos, uma grande parcela ainda realiza a utilização de suplementos alimentares sem prescrição ou orientação adequada, o que chama atenção, diante dos possíveis problemas na saúde dos usuários que podem vir a ocorrer.

Estudos subsequentes são necessários para rastrear em maior proporção o uso indiscriminado de suplementos alimentares bem como o conhecimento por parte dos usuários, o que poderá auxiliar em programas educativos para a população praticante de atividade física.

REFERÊNCIAS

1. Alburquerque MM. Avaliação do consumo de suplementos alimentares nas academias de Guarã-DF. Rev Bras Nut Esp. 2012; 6(32):112-17.
2. Maximiano CMBF, SANTOS LC. Consumo de suplementos por praticantes de atividade física em academias de ginástica da cidade de Sete Lagoas-MG. Rev Bras Nut Esp. 2017; 11(61):93-101.
3. Pucci GCM F, Rech CR, Fermino RC, Reis RS. Associação entre atividade física e qualidade de vida em adultos. Rev saúde pública. 2012;46(1):166- 79.
4. Karkle MB. Uso de suplemento alimentar por praticantes de musculação e sua visão sobre o profissional na área de nutrição esportiva em uma academia no município de Braço do Norte-SC. Rev Bras Nut Esp. 2015; 9(53):447-53.
5. Côrrea DB, Navarro AP. Distribuição de respostas dos praticantes de atividade física com relação à utilização de suplementos alimentares e o acompanhamento nutricional numa academia de natal/RN. Rev Bras Nut Esp. 2014; 8(43):35-51.
6. Melo ICO, Bueno LO, Neto HPF, Liberali PO. consumo de suplementos alimentares em academias de Brasília-DF. Rev Bras Nut Esp. 2010; 4(24):489-93.
7. Oliveira RA. Efeitos da combinação de diferentes suplementos alimentares na hipertrofia muscular em praticantes de treinamento de força. Rev Bras Presc e Fisiologia Exerc. 2013;7(40):406-17.
8. Lopes FG, Mendes LL, Binoti ML, Oliveira NP, Percegoni N. Conhecimento sobre nutrição e consumo de suplementos em academias de ginástica de Juiz de Fora, Brasil. Rev Bras Med Esporte. 2015; 21(6)
9. Souza LBL, Palmeira ME, Palmeira EO. Eficácia do uso de *Whey Protein* associado ao exercício, comparada a outras fontes proteicas sobre a massa muscular de indivíduos jovens e saudáveis. Rev Bras Nut Esp. 2015; 9(54):607-13.
10. Tarada LC, Godoi MR, Silva TCV, Monteiro TL. Efeitos metabólicos da suplementação do *Whey Protein* em praticantes de exercícios com pesos. Rev Bras Nut Esp. 2009; 3(16):295-304.
11. Júnior MP, Moraes AJP, Ornellas FH, Gonçalves MA, Liberali R, Navarro F. Eficiência da suplementação da creatina no desempenho físico humano. Rev Bras Presc e Fisiologia Exerc. 2012; 6(32): 90-97.
12. Oliveira LM, Azevedo MO, Cardoso CKS. Efeitos da suplementação de creatina sobre a composição corporal de praticantes de exercícios físicos. Rev Bras Nut Esp. 2017; 11(61): 10-15.
13. Júnior MP. Efeito da suplementação de aminoácidos de cadeia ramificada no desempenho físico humano. Rev Bras Nut Esp. 2016; 10(56): 157-64.

A INTERFERÊNCIA DOS FATORES EMOCIONAIS SOBRE A HIPERTENSÃO ARTERIAL

INTERFENCE OF EMOTIONAL FACTORS SUCH AS STRESS ON SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION

Cristiane Moraes de Lima¹, Cláudia Cristina Soares Muniz Silva²

Como citar:

Lima CM, Muniz-Silva CCS. A interferência dos fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. Rev. Cient. Sena Aires. 2017; 6(1): 17-20.

RESUMO

Avaliou-se a influência de fatores emocionais como o estresse sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na população em estado de rua do gênero masculino na região Central de São Paulo. O trabalho consistiu em estudo de campo exploratório, transversal e quantitativo com coleta de dados por meio de questionários com perguntas abertas e fechadas nas regiões do Centro de São Paulo, avaliando o perfil sócio demográfico e a presença de FR para HAS, com amostragem aleatória por conglomerado em 96 homens com idade de 20 a 60 anos, realizada nos anos de 2013 a 2017. O projeto foi apresentado e aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa, respeitando a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os voluntários foram submetidos a uma entrevista semi estruturada por perguntas direcionadas a identificar a interferência dos fatores emocionais na HA. Dentre os 96 homens entrevistados 67 relataram algum valor entre 1 a 10 na escala de Níveis de Estresse Psicológico e 29 não souberam informar, sugerindo que a população do sexo masculino sofre de algum grau de estresse devido suas condições de vulnerabilidade. A Enfermagem tem como uma de suas principais atribuições, a Atenção Primária e a Educação em Saúde, tornando-se coparticipante nas orientações para esta população, visando a promoção e prevenção de agravos a saúde. De acordo com o exposto, há relação entre a HAS e o estresse após nossa análise de dados. O estado de vulnerabilidade que esta população está sujeita, como: situações de perigo, má alimentação, relato de uso do álcool, fumo e drogas ilícitas para enfrentar o frio, a raiva, a rejeição e a sensação de incapacidade, encontram-se em situação de estresse constante. Porém é um tema que precisa ser explorado, estudando formas para as quais essa população seja encorajada a realmente mudar o estilo de vida, evidenciando dignidade e que por meio de programas de reintegração possam voltar a se resgatar, resultando em redução da taxa de mortalidade mundial.

Descritores: Hipertensão arterial; Doenças cardiovasculares; Hipertensão; Estresse.

ABSTRACT

We aimed to Evaluate the influc in the male street population in the central region of São Paulo. The study consisted of an exploratory, transversal and quantitative field study with data collection through questionnaires with open and closed questions in the regions of the Center of São Paulo, evaluating the socio-demographic profile and the presence of RF for SAH, with random sampling by conglomerate in 96 men aged 20 to 60 years, performed in the years of 2013 to 2017. The project was presented and approved by the Research Ethics Committee, in compliance with resolution 196/96 of the National Health Council (CNS). The volunteers were submitted to a semi structured interview with questions directed to identify the interference of the emotional factors in the HA. Among the 96 men interviewed, 67 reported some value between 1 and 10 on the Psychological Stress Levels scale and 29 did not know how to report, suggesting that the male population suffers from some degree of stress due to their vulnerability conditions. Nursing has one of its main attributions, Primary Care and Health Education, becoming a partner in the guidelines for this population, aiming at the promotion and prevention of health problems. According to the above, there is a relationship between hypertension and stress after our data analysis. According to the above, there is a relationship between hypertension and stress after our data analysis. The state of vulnerability that this population is subject to, such as: danger situations, poor diet, reporting of alcohol use, smoking and illicit drugs to face cold, anger, rejection and feeling of incapacity, are in a situation of constant stress. But it is a theme that needs to be explored by studying ways in which this population is encouraged to actually change the way of life, showing dignity and that, through reintegration programs, they can redeem themselves, resulting in a reduction in the world mortality rate.

Descriptors: Hypertension; Cardiovascular diseases; Hypertension; Stress.

REVISA

¹ Acadêmica de Enfermagem.
Universidade Nove de
Julho (UNINOVE), São Paulo.
crismoraes2503@yahoo.com.br

² Enfermeira. Doutora.
Universidade Nove de Julho
(UNINOVE), São Paulo.
claudiasoares@uninove.br

Recebido em: 25/05/2017
Aceito em: 21/06/2017

ORIGINAL

INTRODUÇÃO

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são as principais causas mundiais de morte, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) no Brasil 300mil pessoas morrem anualmente, ou seja, um óbito a cada dois minutos é causado por esse tipo de enfermidade¹. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), por sua vez possui alta prevalência e baixas taxas de controle, afetando cerca de 30% da população adulta em cidades brasileiras nos últimos 20 anos^{1,2}. A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos maiores que 140x90 mm Hg². Associa-se a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e estruturais de órgão-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de riscos modificáveis: obesidade, consumo de sódio, fumo, ingestão de álcool, uso de drogas, história familiar de hipertensão, sedentarismo, fatores psicológicos, fatores emocionais, entre eles o estresse; e os não modificáveis: idade, gênero, sexo e etnia, ambos os fatores podem ser desencadeadores no desenvolvimento da hipertensão⁴; as causas primárias não são conhecidas na maioria dos casos, já a hipertensão arterial secundária deve ser investigada, uma vez que o diagnóstico etiológico significa, em muitos casos, a possibilidade de tratamento específico e cura ou controle por intervenção clínica ou cirúrgica^{4,5}. O estresse contribui para grande número de enfermidades, tanto de ordem psíquica como orgânica, e nesta se enquadra a Hipertensão Arterial Sistêmica⁵. O termo estresse denota o estado gerado pela percepção de estímulos que provocam excitação emocional e, ao perturbarem a homeostasia, disparam um processo de adaptação caracterizado, entre outras alterações, pelo aumento de secreção de adrenalina produzindo diversas manifestações sistêmicas, com distúrbios fisiológicos e psicológicos^{4,5}. Por causa da relevância do tema, muito se tem estudado sobre o assunto, embora pouca atenção tenha sido dada à associação dos fatores emocionais (estresse) com a pressão arterial⁴.

Nesse sentido, avaliou-se a influência de fatores emocionais como o estresse sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na população em estado de rua do gênero masculino na região Central de São Paulo.

MÉTODO

O trabalho consiste em estudo de campo exploratório, transversal e quantitativo com coleta de dados por meio de Questionários nas regiões do Centro de São Paulo. Com amostragem aleatória por conglomerado em 96 homens com idade de 20 a 60 anos, realizada nos anos de 2013 a 2017. Tendo definida como hipertensão valores pressóricos superiores a 140x90 mm Hg, segundo técnicas preconizadas pela 7ª Diretriz Brasileira de hipertensão arterial. O projeto foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Nove de Julho (UNINOVE) sob o protocolo: 022503. Esta etapa é fundamental por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, respeitando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os 96 voluntários envolvidos assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para utilização dos dados coletados e responderam as entrevistas semiestruturadas com questões abertas e fechadas sobre seu perfil. Durante a entrevista foram realizadas aferições de pressão arterial e circunferência abdominal preconizadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em razão das graves consequências da hipertensão arterial para o organismo humano, pesquisadores tem se dedicado ao estudo de vários agentes de natureza química, física e psíquica, capazes de provocar elevação da pressão arterial³. Encontra-se na literatura como fatores de risco para a hipertensão arterial: idade, raça, sexo, consumo de sódio, obesidade, fumo, estresse, raiva, ansiedade e depressão¹. O presente trabalho se propõe a descrever os fatores emocionais e suas associações com a elevação da pressão arterial².

Entre as perguntas realizadas do questionário do nosso estudo encontra-se a do estresse psicológico onde o participante se auto relata (referindo como “tensão emocional” ou “nervosismo”) em uma escala de 0 = nenhum a 10 = intenso. Dentre os 96 homens entrevistados 67 relataram algum valor entre 1 a 10 na escala de Níveis de Estresse Psicológico e 29 não souberam informar, sugerindo que a população do sexo masculino sofre de algum grau de estresse devido suas condições de vulnerabilidade.

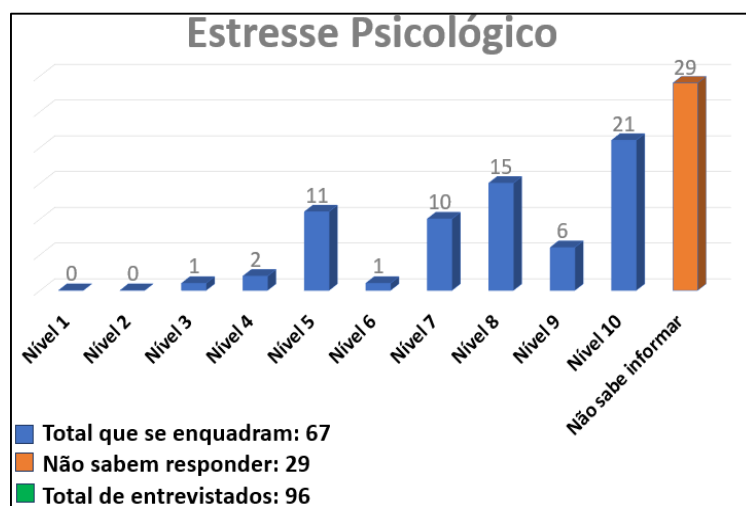


Figura 1- Distribuição do nível de estresse psicológico nos participantes.

O estresse pode ser definido como a soma de repostas físicas e mentais causadas por determinados estímulos externos (estressores) e que permitem ao indivíduo superar determinadas exigências do meio ambiente, o desgaste físico e mental causado por esse processo⁵. O estresse contribui para grande número de enfermidades, tanto de ordem psíquica como orgânica, e nesta se enquadra a hipertensão arterial, provocando um aumento da frequência cardíaca e produzindo contrações mais fortes do músculo cardíaco, devido aos hormônios do estresse – adrenalina, noradrenalina e o cortisol³. A tensão constante pode contribuir para problemas a longo prazo para o coração e para os vasos sanguíneos. O aumento consistente e contínuo da frequência cardíaca, níveis elevados dos hormônios do estresse e a pressão arterial levam ao risco de hipertensão, ataque cardíaco ou acidente vascular cerebral^{3,4}.

A falta de consenso sobre o conceito de estresse tem causado muitas dificuldades na determinação do verdadeiro papel que ele exerce na epidemiologia das doenças cardiovasculares⁵. No entanto encontra-se na literatura alguns estudos que demonstram relação válida entre a hipertensão arterial e o estresse mental⁴. Estudos brasileiros com pacientes adultos e hipertensos mostram que os hipertensos exibem aumento significativo na pressão arterial quando submetidos a sessões experimentais de estresse

emocional³. Evidenciando assim que nossos entrevistados estando em condições de vulnerabilidade (moradores de rua), estão submetidos a situação de estresse constante, levando ao aumento da pressão arterial e riscos de DCV.

CONCLUSÃO

De acordo com o exposto, há relação entre a HAS e o estresse após nossa análise de dados. O estado de vulnerabilidade que esta população está sujeita, como: situações de perigo, má alimentação, relato de uso do álcool, fumo e drogas ilícitas para enfrentar o frio, a raiva, a rejeição e a sensação de incapacidade, encontram-se em situação de estresse constante. Dessa forma, a Atenção Primária em interface com a Atenção Secundária trabalha comumente em virtude da prevenção, promoção e recuperação do paciente, reduzindo as incidências de DCV por meio de um controle efetivo dos Fatores de Risco (FR). Porém é um tema que precisa ser explorado, estudando formas para as quais essa população seja encorajada a realmente mudar o estilo de vida, evidenciando dignidade e que por meio de programas de reintegração possam voltar a se resgatar, resultando em redução da taxa de mortalidade mundial. Desta forma, sugere-se a execução de mais estudos sobre o assunto, direcionados a novas políticas públicas para esta população, como por exemplo: consultórios de rua.

REFERÊNCIAS

- 1) Moreira LFP. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, Sociedade Brasileira de Cardiologia; 2016 Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em: 20 jul.2017.17:20:31.
- 2) Almeida FC. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. J Bras Psiquiatr. 2008; 58(2):128-34.
- 3) Margis R, Picon P, Cosner AF, Silveira RO. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. R Psiquiatr RS. 2003; 25(Suppl 1): 65-74.
- 4) Fonseca CD. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília. Tese [Doutorado de Enfermagem]- Universidade de Brasília; 2002.
- 5) Neto SA, Peixoto MJ, Moura A, Fátima P. Dislipidemia e risco cardiovascular na terapia antirretroviral: O manejo dos fatores modificáveis. Socer Copyright 2011-2013. Publicação oficial da sociedade de cardiologia do Rio de Janeiro.

CONHECIMENTO DE MULHERES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE NOVO GAMA - GO SOBRE O HPV

CONCESSION OF WOMEN OF BASIC HEALTH UNITS FROM THE MUNICIPALITY OF NEW GAMA – GO REGARDING HPV

Alexya Crysthyana Carvalho Dichtl¹, Daniela Ribeiro Guimarães Mendes²

Como citar:

Dichtl ACC, Mendes DRG. Conhecimento de mulheres das unidades básicas de saúde do município de Novo Gama – GO sobre o HPV. Rev. Cient. Sena Aires. 2017; 6(1): 21-9.

RESUMO

O HPV (vírus do papiloma humano) é reconhecido como o causador do câncer de colo de útero e relaciona-se a vários outros tipos de câncer¹. Os níveis de conhecimento sobre o HPV são baixos em diversas populações do mundo, especialmente quanto a sua relação com resultados alterados de citologia oncológica, com câncer cervical e com verrugas genitais.^{2,3} . Neste estudo foram entrevistadas 28 mulheres nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Novo Gama – GO, com o objetivo de avaliar o conhecimento sobre o referido tema. Os resultados apontam um conhecimento razoável sobre esse vírus. Ainda assim é notado que há uma necessidade de capacitação dos profissionais envolvidos com esta patologia, que visa levar informações para a população mais carente.

Descritores: HPV; Mulheres; Câncer de colo de útero.

ABSTRACT

HPV (human papillomavirus) is recognized as the cause of cervical cancer and is related to several other types of cancer.¹ The levels of knowledge about HPV are low in several populations around the world, especially regarding their relationship with altered results of oncology cytology, cervical cancer and genital warts.^{2,3}. In this study, 28 women were interviewed in the Basic Health Units of the Municipality of Novo Gama - GO, with the objective of evaluating the knowledge about this topic. The results indicate a superficial knowledge about this virus. Nevertheless, it is noted that there is a need for training of professionals involved in this pathology, which aims to provide information to the most needy population.

Descriptors: HPV; Women; Cervical cancer.

REVISA

¹ Acadêmica de Enfermagem.
Faculdade de Ciências e
Educação Sena Aires.

² Médica Veterinária. Mestre
em Patologia Molecular.
Faculdade de Ciências e
Educação Sena Aires.
daniela@senaaires.com.br

Recebido em: 25/05/2017
Aceito em: 21/06/2017

ORIGINAL

INTRODUÇÃO

O HPV (vírus do papiloma humano) é reconhecido como o causador do câncer de colo de útero e relaciona-se a vários outros tipos de câncer.¹

Os níveis de conhecimento sobre o HPV são baixos em diversas populações do mundo, especialmente quanto a sua relação com resultados alterados de citologia oncológica, com câncer cervical e com verrugas genitais.^{2,3}

Esse vírus está presente em quase 100% dos casos de câncer uterino. Aproximadamente 20% dos indivíduos saudáveis, em todo o mundo, estão infectados pelo HPV e a maioria desses com infecções assintomáticas e transitórias, tornando-se completamente indetectável dentro do período de um a dois anos, mas a infecção persistente pelo vírus favorece o desenvolvimento de lesões pré-cancerosas e, posteriormente, da neoplasia.⁴

Embora passível de prevenção e de bom prognóstico, quando tratado precocemente, o câncer do colo do útero é um importante problema de saúde pública por se tratar do terceiro tumor mais frequente na população feminina, atrás do câncer de mama e colorretal, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil.⁵

O diagnóstico precoce é fundamental para a prevenção do câncer do colo uterino, mesmo antes do aparecimento de qualquer manifestação clínica. As técnicas que avaliam as lesões induzidas por HPV, além do exame clínico, são morfológicas, como a citologia oncológica, a colposcopia e a histologia. A conduta mais eficaz no combate a essas lesões é a associação entre as técnicas.⁶

O exame de Papanicolau, conhecido internacionalmente, e mais comumente referido pela clientela como exame preventivo, consiste no esfregaço ou raspado de células esfoliadas do epitélio cervical e vaginal, tendo seu valor tanto para prevenção secundária quanto para o diagnóstico, pois possibilita a descoberta de lesões pré-neoplásicas e da doença em seus estágios iniciais.^{7,8}

Entre os principais fatores que dificultam as práticas preventivas, destacam-se a acessibilidade e a qualidade dos serviços de saúde, o desconhecimento e representações sobre a doença e sobre o Papanicolau, as atitudes dos parceiros, o medo da dor e os pudores relacionados à exposição do corpo, e as práticas de cuidado da saúde sexual.⁹

Cabe, portanto, ao enfermeiro atuante em programas de prevenção e controle do câncer de colo de útero, trabalhar as ações que contribuam para o esperado impacto sobre a morbimortalidade dessa patologia. Diante disto, esse profissional deve estar alerta para a captação de mulheres integrantes do grupo de risco e daquelas na faixa etária de maior incidência preconizada pelo MS; execução correta da técnica de coleta; preenchimento dos dados na solicitação do exame; manutenção, identificação e acondicionamento dos frascos e lâminas; provisão do material, bem como a busca das mulheres, quando presente resultado anormal, encaminhando-as para o tratamento adequado.¹⁰

O objetivo desse estudo é avaliar o conhecimento de mulheres atendidas nas Unidades Básicas de Saúde do município de Novo Gama – GO acerca do HPV.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, promovida no período de 30 de setembro a 15 de novembro de 2017. O cenário do estudo

foram as Unidades Básicas de Saúde do município de Novo-Gama- GO. Foi solicitada a autorização da pesquisa pela Secretaria de Saúde do Município e logo após foi iniciada a coleta de dados.

Os dados analisados se referem a 28 mulheres, tendo como critérios de inclusão para participação do estudo: aquelas que se encaixam na faixa etária de 18 a 65 anos de idade.

As mulheres foram convidadas a participar da pesquisa, sendo informadas sobre os objetivos, e, em caso de interesse na participação, foram solicitadas a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se um questionário onde continha o perfil sociodemográfico das mulheres e 10 questões objetivas.

Após a coleta, os dados foram armazenados e tabulados pelo Sistema Excel 2016 e Word 2016 e posteriormente criados gráficos e tabelas.

Para manter o sigilo das participantes, cada participante foi identificada com a letra P seguida dos números ordinais de 1 a 28. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. A pesquisa atendeu as exigências éticas das Resoluções nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira análise realizada foi quanto ao Perfil sociodemográfico de mulheres. Conforme descrito nos materiais e métodos, foram entrevistadas 28 mulheres nas UBS, destas, 4 tinham idade entre 18-30 anos, 14 com idade entre 31-40 anos, 7 de 41-50 anos e 3 acima de 51 anos.

Quanto ao estado civil, 11 eram casadas, 3 divorciadas, 10 solteiras, 3 tinham união estável e 1 era viúva.

Nenhuma das entrevistadas moravam em área rural, 42,86% na área urbana e 57,14% não informaram, 32,14% moravam de aluguel, 60,71% possuíam casa própria e 7,14 não informaram. Quanto ao nível de escolaridade, 21,43% tinham o ensino fundamental, 60,71% o nível médio, 10,71% ensino superior e 7,14% não informaram. Quanto à ocupação, 1 era operador de caixa, 5 eram autônomas, 2 técnicas de enfermagem, 2 donas de casa, 9 eram vendedoras, 2 aposentadas, 1 manicure, 1 cabelereira, 1 cuidadora de idoso, 1 estudante e 3 não informaram a profissão. Os dados do perfil sociodemográfico das mulheres, aqui apresentados, podem ser visualizados na Tabela 1.

Tabela 1- Características sociodemográficas da amostra. Goiás, 2017.

Variáveis	N	%
Idade		
Acima de 51 anos	4	14,29%
De 18 -30 anos	14	50,00%
De 31 - 40 anos	7	25,00%
De 41 - 50 anos	3	10,71%
Estado Civil		
Casada	11	39,29%
Divorciada	3	10,71%
Solteira	10	35,71%
União estável	3	10,71%
Viúva	1	3,57%

Condições de Moradia		
Área urbana	12	42,86%
Área rural	0	0,00%
Não informado	16	57,14%
Residência		
Aluguel	9	32,14%
Própria	17	60,71%
Não informado	2	7,14%
Escolaridade		
Fundamental	6	21,43%
Médio	17	60,71%
Superior	3	10,71%
Não informado	2	7,14%
Profissão		
Autônoma	5	17,86%
Téc. De enfermagem	2	7,14%
Vendedora	9	32,14%
Operador de caixa	1	3,57%
Aposentada	2	7,14%
Dona de casa	2	7,14%
Cabelereira	1	3,57%
Manicure	1	3,57%
Cuidadora de idosos	1	3,57%
Estudante	1	3,57%
Não informado	3	10,71%
Total	28	100%

Sobre o conhecimento do vírus papiloma humano, 92,86% das mulheres disseram que já ouviram falar sobre o HPV, sendo que a maioria delas 64,29% disseram que o HPV é uma infecção sexualmente transmissível (IST) causada por um vírus. 63,41% acreditam que a forma de contágio é por relação sexual seguido de roupas íntimas (7,32%), vaso sanitário (21,95%) e toalha de banho (7,32%). Informações contidas na tabela 2.

Tabela 2- Conhecimento sobre o HPV. Goiás, 2017.

Variáveis	N	%
Já ouviram falar em HPV		
Sim	26	92,86%
Não	2	7,14%
De acordo com o conhecimento, o HPV é		
Uma IST causada por vírus	18	64,29%
Uma IST causada por bactéria	8	24,57%

Não é uma IST	1	3,57%
Não informado	1	3,57%
Total	28	100%
Como se contrai a IST:		
Relação Sexual	26	63,41%
Roupas Íntimas	3	7,32%
Vaso Sanitário	9	21,95%
Toalha de Banho	3	7,32%
Total	41	100%

*Em “como se contrai o HPV” poderia assinalar mais de uma alternativa.

Em relação ao vírus papiloma humano (HPV) e o câncer de colo de útero, 23 mulheres acreditam que o vírus possa desenvolver o câncer cervical e 5 acreditam que não possa desencadear. 21 mulheres realizam o preventivo, enquanto, 7 não realizam. Verifica-se que 39,29% creem que o Papanicolau deve ser realizado de 6 em 6 meses, 53,57% delas presumem que deve-se realizar 1 vez a cada ano, 0,00% 1 vez a cada dois anos, e 7,14% Não informaram. Ainda sim nota-se que há grande maioria realiza o exame preventivo uma vez a cada ano. Informações na Tabela 3.

Tabela 3 – HPV e o câncer de colo de útero. Goiás, 2017.

Variáveis	N	%
Relação do HPV com o câncer de colo de útero		
Sim	23	82,14%
Não	5	17,86%
Realizam o exame preventivo		
Sim	21	75,00%
Não	7	25,00%
Frequência ideal para realizar o preventivo		
6 em 6 meses	11	39,29%
Uma vez por ano	15	53,57%
Uma vez a cada dois anos	0	0,00%
Nunca Realizei	2	7,14%
Total	28	100,00%

No que se refere a população afetada pelo HPV, 21 disseram que o HPV afeta ambos os sexos, enquanto apenas 7 acreditam que é um vírus de particularidade feminina. Entre as situações que aumentam o risco de contrair HPV a que obteve maior porcentagem, foi a não uso do preservativo com 26,03%, seguido de múltiplos parceiros sexuais por parte do próprio (21,92%), múltiplos parceiros sexuais por parte do parceiro (19,18%),

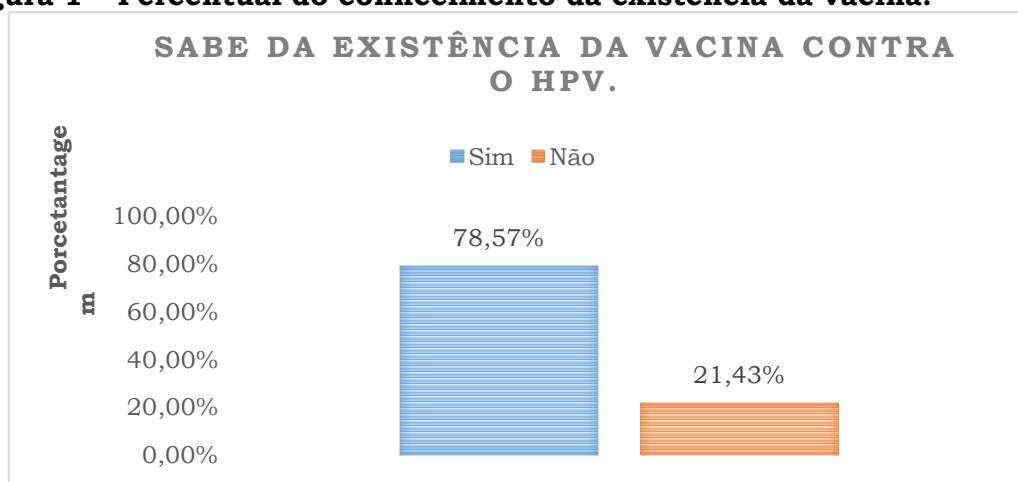
atividade sexual precoce (16,44%), frequência de piscinas e casas de banho públicas (6,85%), deficiência nutricional e contato com animais domésticos (2,74%), Uso de contraceptivo oral, ingestão de bebida alcoólica e raça e etnia (1,37%), e por fim tabagismo (0,00%). São considerados fatores de risco para o câncer do colo do útero a multiplicidade de parceiros e a história de infecções sexualmente transmissíveis, a idade precoce na primeira relação sexual. Além desses fatores, estudos epidemiológicos sugerem outros, cujo papel ainda não é conclusivo, tais como tabagismo, alimentação pobre em alguns micronutrientes, principalmente vitamina C, beta caroteno e folato, e o uso de anticoncepcionais.¹¹ Veja na Tabela 4.

Tabela 4 - População afetada e situações que aumentam o risco de contrair HPV.

Variáveis	%	N
A infecção pelo HPV afeta		
Apenas mulheres	25,00%	7
Apenas homens	0	0
Ambos os sexos (homens e mulheres)	75,00%	21
Total	100,00%	28
Situações que aumentam o risco de contrair HPV		
Atividade sexual precoce	16,44%	12
Múltiplos parceiros sexuais por parte do próprio	21,92%	16
Múltiplos parceiros sexuais por parte do parceiro	19,18%	14
Frequência de piscinas e casas de banhos públicas	6,85%	5
Não uso do preservativo	26,03%	19
Tabagismo	0	0
Uso de contraceptivo oral	1,37%	1
Ingestão de bebidas alcoólicas	1,37%	1
Deficiências nutricionais	2,74%	2
Contato com animais domésticos	2,74%	2
Raça ou etnia	1,37%	1
Total	100%	73

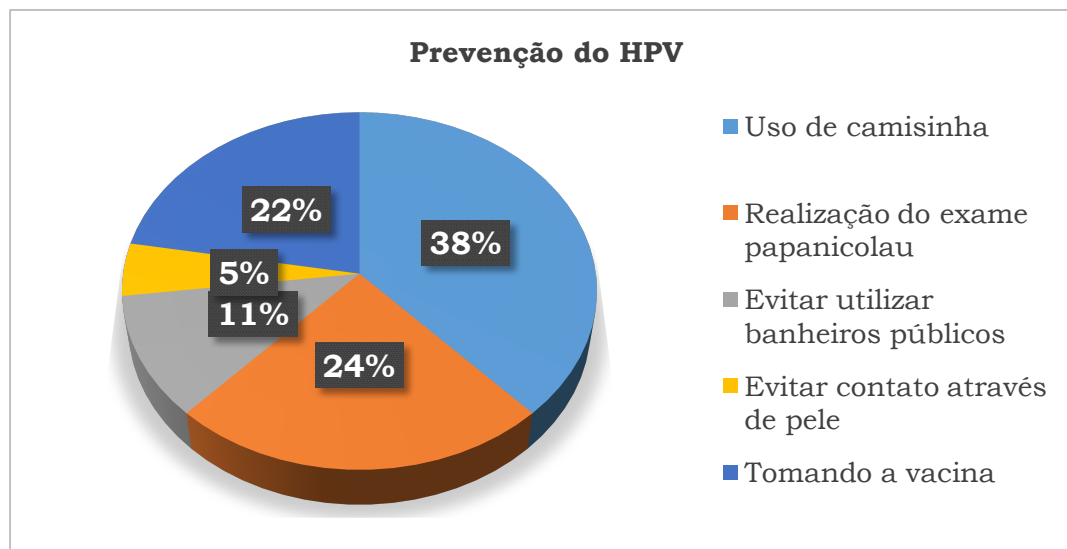
*Em “Situações que aumentam o risco de contrair HPV” era válido assinar mais de uma alternativa.

As vacinas contra o HPV podem ser profiláticas, limitando a infecção pelo vírus e as doenças dele decorrentes, sendo consideradas um instrumento de prevenção primária ou terapêutica, quando induzem a regressão de lesões precursoras e a remissão do câncer ¹². As vacinas profiláticas possuem estudos em fase mais avançada, sendo utilizadas em seres humanos. Atualmente estão disponíveis dois tipos: a bivalente, que cobre os sorotipos virais 16 e 18 e a quadrivalente, que cobre os tipos 6, 11, 16 e 18 ¹³. Para os outros sorotipos não existe profilaxia¹². Na figura abaixo, observe a quantidade de mulheres que sabem da vacina do HPV.

Figura 1 – Percentual do conhecimento da existência da vacina.

A contaminação pelo HPV se dá preferencialmente durante as relações sexuais sem o uso de proteção (preservativos), quando ocorre o contato direto com a pele infectada durante a penetração, resultando então em lesões na vagina, no colo do útero, no pênis e/ou no ânus.^{14,15}

No que se refere às lesões causadas pelo vírus, alguns estudos têm indicado que além das lesões na vagina, colo do útero, pênis e ânus o HPV pode também causar lesões na pele, laringe (cordas vocais) e esôfago, ao passo que o desenvolvimento de qualquer tipo de lesão clínica ou subclínica ocasionada pelo HPV em outras regiões do corpo é bastante raro.^{14,15,16,17} Percebeu-se que 38% sabe que o HPV se previne com a camisinha, 24% reconhecem a importância do Papanicolau e 22% compreendem que é necessário tomar a vacina para a prevenção deste vírus. Na Figura abaixo, apresenta-se o conhecimento das mulheres de Novo Gama de como prevenir o HPV.

Figura 2 – O conhecimento sobre como prevenir o HPV. Goiás, 2017.

CONCLUSÃO

O enfermeiro desempenha um importante papel na realização do exame Papanicolau, onde detectamos ISTs, o vírus do HPV e um possível câncer de colo de útero. É muito importante que a mulher reconheça a importância do preventivo e previna a geração de tumores, beneficiando sua saúde e a de seu parceiro. De um modo geral, observamos, através das entrevistas, que as mulheres tiveram um bom conhecimento acerca do HPV, evidenciada pela quantidade de mulheres que em algum momento de sua vida já ouviu falar do vírus, e pelas conversas informais na sala de espera.

Conclui-se que o apesar de muitas coisas ainda precisarem ser reforçadas, as mulheres têm um conhecimento razoável acerca desse tema e que o enfermeiro precisa conhecer e instruir melhor os exames ginecológicos e a forma de prevenção das ISTs. Espera-se que este estudo possa contribuir com ações e atividades que visam a prevenção da saúde da mulher, levando o conhecimento a população menos favorecida, através de palestras, campanhas e programas de saúde, e ainda sim promover capacitação acerca deste tema para os profissionais envolvidos.

REFERÊNCIAS

1. Franco EL, Sanjosé S, Broker TR, Stanley MA, Chevarie-Davis M, Isidean SD, et al. Human papillomavirus and cancer prevention: gaps in knowledge and prospects for research, policy, and advocacy. *Vaccine*. 2012;30(Suppl 5):175- 82.
2. Cuschieri KS, Horne AW, Szarewski A, Cubie HA. Public awareness of human papillomavirus. *J Med Screen*. 2006;13(4): 201-7
3. Klug SJ, Hukelmann M, Blettner M. Knowledge about infection with human papillomavirus: a systematic review. *Prev Med*. 2008;46(2):87-98.
4. Andrade MS, Almeida MMG, Araújo TM, Santos KOB. Fatores associados a não adesão ao papanicolau entre mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia, 2010. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014; 23(1):111-20
5. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2014.
6. Stofler MECW et al. Avaliação do desempenho da citologia e colposcopia comparados com a histopatologia no rastreamento e diagnóstico das lesões do colo uterino. *ACM arq catarin med*. 2011; 40(3): 30-6.
7. Fernandes RAQ, Narchi NZ. Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama. *Rev Bras Cancerol* 2002; 48(2):223-30
8. Lopes RML. A mulher vivenciando o exame ginecológico na presença do câncer cérvico-uterino. *Rev Enferm UERJ* 1998; 2(2):165-70
9. Rico AM, Iriart JAB. “Tem mulher, tem preventivo”: sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(9):1763-73
10. Fonseca RMGS, Chiesa AM, Oliveira MAC. A praxis da enfermeira na prevenção do câncer ginecológico num contexto de integração docente assistencial. *Rev Esc Enferm USP* 1994; 28(3):321-31
11. Oliveira MMHN, Silva AAM, Brito LMO, Coimbra LC. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolau em São Luís, Maranhão. *Rev Bras Epidemiologia* 2006; 9(3):325-34
12. Derchain SFM, Sarian LOZ. Vacinas profiláticas para o HPV. *Rev Bras*

Ginecol Obstet 2007; 29 (6): 281-4.

13. Nadal LRM, Nadal SR. Indicações da vacina contra o papilomavírus humano. Revista brasileira de coloproctologia 2008; 28 (1):124-6.

14. Castro, TMPG et al. Manifestações orais associada ao papilomavírus humano (HPV) conceitos atuais: revisão bibliográfica. Rev. Bras. Otorrinolaringol. 2004; 70(4): 546-50.

15. Souto R, Falhari JPB, Cruz ADO. Papilomavírus Humano: um fator relacionado com a formação de neoplasias. Rev bras cancerol. 2005; 51(2):155-60

16. Oliveira, MC et al. HPV e carcinogênese oral: revisão bibliográfica. Rev Bras Otorrinolaringol. 2003; 69(4): 553-55.

17. Silva TT et al. Identificação de tipos de papilomavírus e de outros fatores de risco para neoplasia intra-epitelial cervical. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006; 28 (5):285-91.

A AUTOMEDICAÇÃO EM CONTROLADORES DE VOO DE BRASÍLIA

SELF MEDICATION IN BRASILIA FLIGHT CONTROLLERS

Neugivan Ricardo de Medeiros¹, Rosângela Batista de Vasconcelos²

Como citar:

Medeiros NR, Vasconcelos RB. A automedicação em controladores de voo de Brasília. Rev. Cient. Sena Aires. 2017; 6(1): 30-7.

RESUMO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), ter saúde vai muito além do fato de não apresentar doenças, ou seja, o indivíduo precisa dispor de bem estar social, físico e mental. Não é raro encontrar alguém que faça uso da automedicação para alcançar seu bem estar, podendo essa prática influenciar diretamente nas suas tarefas diárias. No presente estudo, analisou-se a frequência do uso de medicamentos pelos controladores de voo de Brasília, onde foi realizada uma pesquisa de campo através de um questionário pré-elaborado, analisando a classe de medicamentos mais utilizados, tempo de uso e conceito "popular" de automedicação. Visando proporcionar uma reflexão sobre o assunto a esses profissionais, foi aplicado um questionário entre os profissionais que controlam voo em Brasília, analisando o uso constante ou não da prática de automedicar-se em períodos longos ou não, já que o seu próprio diagnóstico o induz a escolher o melhor medicamento, no seu ponto de vista, para a causa da dor, fazendo com que uma consulta médica seja dispensada. Muitos pacientes que se automedicam buscam aliviar ou abrandar algum sintoma, estando sujeito dessa forma causar um dano maior a sua saúde por intoxicações ou pelo fato de mascarar alguma patologia grave.

Descritores: Farmácia; Automedicação; Controladores de Voo.

ABSTRACT

According to the World Health Organization (WHO), have health goes far beyond the fact of not having diseases, that is, the individual must have social welfare, physical and mental. It is not rare to find someone to make use of self-medication to achieve their well-being and can directly influence this practice in their daily tasks. In the present study we analyzed the frequency of drug use by flight controllers in Brasilia, where a field survey using a pre-designed questionnaire was conducted by analyzing the class most widely used drugs, use of time and concept "popular" of self-medication. Aiming to provide a subject of reflection to these professionals, was applied a survey among professionals that control flight in Brasilia analyzing the constant use or not the practice of self-medicate for long or no periods, since his own diagnosis induces him to choose the best medicine, in his view, for the cause of pain, making a doctor's appointment is waived. Many patients who seek self-medicate to alleviate or slow down any symptoms and is subject thereby cause greater damage to their health by poisoning or because of masking some serious pathology.

Descriptors: Pharmacy; Self-Medication; Flight Controllers.

REVISA

¹ Acadêmica de Farmácia.
Faculdade de Ciências e
Educação Sena Aires.

² Farmacêutica. Mestre em
Ciências Médicas. Faculdades
Integradas da União
Educacional do Planalto
Central.
rvfar@yahoo.com.br

Recebido em: 25/03/2017
Aceito em: 21/05/2017

ORIGINAL

INTRODUÇÃO

A automedicação tem sido um problema difícil de lidar nos dias atuais, podendo afetar muito o desempenho de controladores de voo por conta da precisão necessária nas decisões imediatas. Dados disponibilizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que aproximadamente 50% dos medicamentos são consumidos de forma inadequada. Cada vez mais o livre comércio associado ao uso irracional do medicamento favorece esse procedimento.¹⁻²

Em 2010, a média de consumo dos medicamentos era de 11 caixas, sendo que 8 delas eram sem a orientação de um médico ou farmacêutico. Baseado em dados da Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica, é observado que 80 milhões de pessoas tomam medicação por conta própria e a justificativa desses pacientes para tal ato é a falta de informações e até mesmo a precariedade do serviço de saúde pública brasileira. Não é diferente do que vem ocorrendo em países desenvolvidos, onde os medicamentos que possuem venda livre vêm aumentando gradativamente.³

Um fato importante a ser observado e que certamente contribui a automedicação dos controladores de voo são os longos e exaustivos períodos de trabalho sem intervalos, que podem causar fadiga e acabam comprometendo o desempenho físico e mental dos colaboradores na inversão de seus turnos de trabalho, podendo até mesmo interferir nas tarefas múltiplas realizadas, simultaneamente, e com diferentes graus de complexidade em vários níveis de atenção desses indivíduos.⁴

Dados obtidos pela Associação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas (ABIFARMA) mostram que, anualmente, cerca de 20 mil pessoas morrem no país, vítimas da automedicação. Folhetos e cartilhas são produzidos em campanhas para tentar conscientizar os usuários, mas a fiscalização torna-se quase impossível já que diversos medicamentos são de fácil acesso, como analgésicos, relaxantes musculares, calmantes naturais e anti-hipertensivos, que muitas vezes dispensam a necessidade de receituário médico.⁵

O profissional farmacêutico tem extrema importância para o uso racional do medicamento pelo seu paciente, orientando-o de que o uso de forma descontrolada acarretará em um agravamento da patologia, piorando sua saúde ou causando uma intoxicação, no pior das hipóteses levar o paciente ao óbito.⁶ A utilização dos medicamentos é na maioria das vezes com base na indicação de vizinhos, colegas, amigos e familiares. E em muitas dessas situações, os usuários determinam a dose sem nenhum critério.

A farmácia domiciliar tem contribuído para a automedicação, não responsável frequentemente, pelo fato da facilidade de ter o medicamento ao alcance da mão e até intoxicações em crianças pequenas por conta do local de armazenamento ser inadequado.⁷

Visando a medida de tal prática, foi aprovada a Lei 13.021, autorizando os profissionais farmacêuticos a orientar os pacientes do seu município, porém ainda falta ser regularizada junto à ANVISA.

MÉTODO

O presente estudo buscou realizar uma abordagem descritiva quantitativa, ordinal, utilizando-se para coleta de dados. Os voluntários que participaram desse estudo foram compostos por uma equipe de colaboradores pertencente ao quadro de controladores de voo, situado em Brasília-DF. Todos os colaboradores possuem escolaridade compatível com o desempenho da

função, cada participante recebeu um questionário autoaplicável, após a aprovação do estudo pelo comitê de ética, no período compreendido entre Fevereiro e Junho. Após análise dos dados coletados e lançados em planilha do Excel, foram gerados gráficos e tabelas, para uma melhor visualização e comparação das informações.

Foi incluso no estudo apenas os trabalhadores que se encontravam no exercício ativo de suas funções, durante o período da coleta dos dados e que concordassem em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa analisou a frequência do uso de medicamentos pelos controladores de voo em Brasília, sendo selecionados 22 para participarem da pesquisa, todos do sexo masculino. A pesquisa foi realizada através de um questionário com 18 perguntas, no qual foi dividido em 3 (três) subgrupos para uma melhor compreensão e organização dos dados, sendo eles: perfil socioeconômico dos entrevistados, perfil quanto a automedicação e, automedicação e orientação profissional, abordando sobre a frequência da automedicação. A faixa etária predominante está entre 20 e 25 anos (33%), grande parte dos entrevistados possui nível superior (61%) e também 61% dos participantes não ingerem bebida alcoólica.

A predominância do sexo masculino na pesquisa é pelo fato do local onde foram abordados ter apenas homens na função, um dos critérios da empresa é ter mais de 10 anos de efetivo exercício, tendo poucas mulheres habilitadas. Aqueles que optaram por uma qualificação de nível superior, o fizeram por livre vontade, já que a profissão não exige terceiro grau para ingresso (Tabela 1).

Tabela 1- Tabela do Perfil socioeconômico dos entrevistados (n=22).

Gênero	n	%
Feminino	0	0,0
Masculino	22	100
Idade	n	%
20-25	6	27,3
26-30	2	9,1
31-35	2	9,1
36-40	2	9,1
41-45	4	18,2
46-50	3	13,6
>50	3	13,6
Escolaridade	n	%
Ensino Médio	7	31,8
Superior	15	68,2
Faz uso de bebida alcoólica	n	%
Sim	10	45,5
Não	11	50,0
Não respondeu	1	4,5

A automedicação pode ser considerada como o uso de um medicamento qualquer sem ter sido prescrito por algum profissional habilitado, podendo ser o médico, dentista ou farmacêutico. A maioria dos pacientes não se dá conta

que o uso inadequado de medicamentos pode levar desde a uma reação alérgica leve até a um quadro grave de intoxicação, chegando até mesmo ao óbito.⁸

Alguns desses fármacos escolhidos na automedicação acabam sendo utilizados de forma inapropriada; dessa forma, pessoas sem conhecimento prévio acabam utilizando antibióticos para tratar infecções de etiologia viral, ou utilizam fármacos cujo poder de tratamento não está comprovado, sem falar nos problemas relacionados aos erros na dosagem, intervalo de administração das medicações e tempo de utilização das mesmas.⁶ A prática da automedicação está longe de acabar e um dos fatores que possivelmente trabalha contra sua eliminação é a ideia que o paciente tem do medicamento ser inofensivo, devido o acesso fácil para adquiri-lo, passando a ser indispensável seu uso ou de terceiros.⁸ Outro fator que promove a automedicação é utilizar algum medicamento que restou do tratamento de uma outra patologia já tratada, podendo levar ao agravamento a longo prazo por conta que certas doenças podem estar sendo mascaradas pelo uso freqüente de medicamento não apropriado àquela patologia da ocasião.

O profissional farmacêutico deve observar constantes reclamações de dores, caso esteja sendo consultado, e deverá orientar o paciente para que o mesmo procure um médico para diagnósticos específicos e mais detalhados.⁹ Para avaliar a facilidade e a frequência do uso de medicamentos foram usadas questões específicas, nas quais 86% dos entrevistados responderam que tem o costume ou já compraram medicamento sem apresentar receita médica para sua aquisição, sendo para uso próprio (59%) ou de algum familiar (13%).

O uso do medicamento comprado sem receituário durou em média de 3 à 5 dias (63%), possivelmente pelo tempo de tratamento em que os sintomas desaparecem, 68% dos entrevistados disseram usar medicamento sempre que achavam convenientes, outros 18% não souberam informar e 4% não se automedicam ou por seguir rigorosamente orientações médicas ou por fazerem uso de medicina alternativa (Tabela 2).

Tabela 2- Tabela do Perfil do entrevistado quanto a automedicação (n=22).

Já comprou ou utilizou medicamento sem receita médica	n	%
Sim	19	86,4
Não	3	13,6
Não respondeu	0	0,0
O medicamento era para uso	n	%
Próprio	13	59,1
Algum Familiar	3	13,6
Próprio e algum familiar	4	18,2
Não respondeu	2	9,1
Tempo que utilizou o medicamento	n	%
1 (um) dia	3	13,6
2 (dois) dias	2	9,1
3 (três) à 5 (cinco) dias	14	63,6
> 5 (cinco) dias	1	4,5
Não respondeu	2	9,1
Frequência da automedicação	n	%
Uma vez por semana	1	4,5
Sempre que acha conveniente	15	68,2
Nunca se automedica	1	4,5
Não sabe informar	4	18,2
Não respondeu	1	4,5

O aumento de patologias causadas por drogas e despesas públicas desnecessárias com doenças está ligado à automedicação. Além de tudo, estudos mostram que o fármaco pode sim produzir efeito benéfico em algumas pessoas, dependendo das circunstâncias, visto que, em outras, tem um efeito indesejável nas mesmas condições. Por isso, a importância de se ter uma atenção profissional especializada, para conscientizar o paciente sobre os reais riscos da automedicação.¹⁰ No dia a dia, o profissional farmacêutico tem buscado seu espaço dentro da farmácia, mesmo tendo uma desvalorização da profissão, porque no ramo de suas habilitações ele é o profissional com competência para prestar adequadamente a assistência farmacêutica, cujo objetivo central é a conscientização do indivíduo/paciente de que os medicamentos utilizados corretamente e sob orientação de um profissional habilitado, proporcionam o alívio de males que influenciam sua saúde.¹¹

O profissional farmacêutico é responsável em oferecer as informações técnicas de confiança sobre determinado medicamento, por conta do amplo conhecimento que possuem. O conjunto de instruções curriculares nacionais envolvendo os cursos de Farmácia deixa claro qual deve ser o múltiplo conhecimento a ser adquirido pelo farmacêutico, não envolvendo somente o de caráter técnico-científico, mas também ética e humanização, porque as farmácias são consideradas o atendimento primário à saúde em nosso país, fazendo com que o farmacêutico seja procurado, até mesmo, antes de um serviço hospitalar.¹²

Tanto que 81% dos entrevistados responderam que sempre buscam orientação antes de comprar o medicamento, seja pelo farmacêutico ou balconista que se encontra na farmácia. Alguns dos entrevistados (72%) informaram que usam o mesmo medicamento para tratar um mesmo sintoma que sentem, tornando-se assim um fator preocupante, já que a posologia administrada ou até mesmo o próprio fármaco não apresentarem mais efeito farmacológico desejável no organismo do paciente.

Esses pacientes devem ter em mente que sintomas iguais podem ter causas diferentes. Os sintomas são apenas um dos indicativos de problemas de saúde. Para se ter um tratamento adequado e satisfatório é preciso antes da prescrição ter uma consulta médica, um exame clínico e a realização de exames complementares, tudo sendo fundamental e indispensável. Infelizmente não é a realidade, devido a condições que dependem da facilidade ou dificuldade com que os pacientes se encontram no momento em que vão em busca do atendimento médico disponibilizado pelos serviços de saúde. Tais condições talvez sejam provenientes de vários fatores, como a distância dos serviços, os procedimentos e requisitos necessários à admissão do paciente ou o tempo que o paciente fica esperando até ser atendido.¹³

Dados como esses foram observados através da pesquisa realizada como os controladores de voo, 81% procuram orientação do balconista e farmacêutico e apenas 50% procuram um médico para uma consulta, que geralmente ocorreu há mais de 3 meses para a maioria deles (63%)(Tabela 3).

Tabela 3 - Tabela do Perfil da Automedicação e orientação profissional (n=22).

Orientado por farmacêutico ou balconista	n	%
Sim	18	81,8
Não	3	13,6
Não respondeu	1	4,5
Usa o mesmo medicamento para o mesmo sintoma	n	%
Sim	16	72,7
Não	4	18,2
Não respondeu	2	9,1
Procurou cuidados médicos para diagnóstico	n	%
Sim	11	50,0
Não	9	40,9
Não respondeu	2	9,1
Última consulta	n	%

Entre 1 (uma) semana e 1(um) mês	4	18,2
Entre 1 (um) e 3(três) meses	3	13,6
Mais de 3 meses	14	63,6
Não lembra	1	4,5

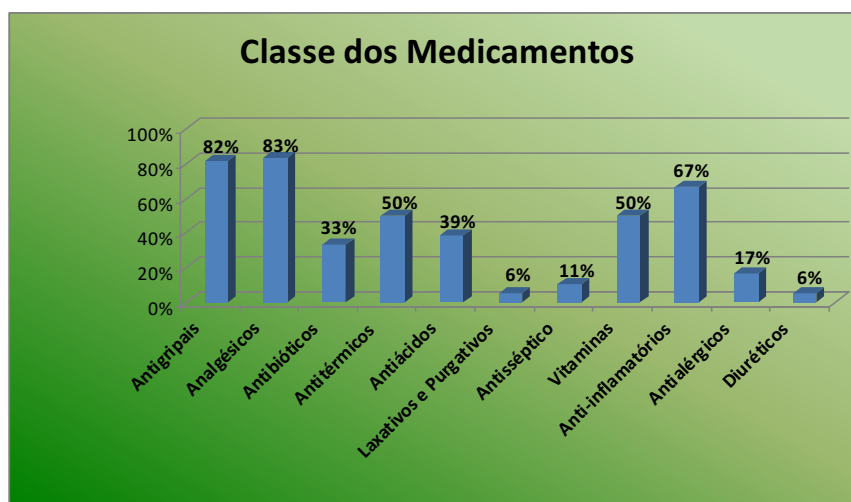
Se o uso do medicamento for indispensável para alguns desses profissionais que controlam o voo, deve ser enquadrado dentro do uso racional de medicamento, que é definida como a prática pela qual os indivíduos tratam doenças, utilizando medicamentos que são aprovados e disponíveis para venda sem prescrição médica e que são seguros e eficazes, quando utilizados racionalmente. Essa prática é aconselhável pela OMS, pelo fato de ser positiva para o sistema de saúde, reduzindo custos e melhorando a produtividade.¹⁰

Em algumas situações, a automedicação pode ser realizada de forma benéfica. Pacientes com patologias crônicas convivem frequentemente com a doença e acabam buscando mais informações sobre a progressão da doença e os medicamentos que podem ser utilizados, como também, outra estratégia terapêutica se houver.¹⁴

Visando que a automedicação responsável aconteça de fato é necessário que o profissional farmacêutico tenha a noção certa de sua competência, sabendo separar os limites entre o seu conhecimento profissional e o conhecimento de um médico, avaliando primeiramente o doente e conduzindo-o a uma unidade de saúde sem alterar a ação sintomática do paciente.

Dentro da competência do farmacêutico, este deve ter conhecimentos detalhados de medicamentos, e suas das reações causadas no organismo, tendo a habilidade de informar as ações dos medicamentos. Mediante essa capacidade, o profissional farmacêutico faz uma análise dos sintomas do paciente, através de uma entrevista, e dentro do que foi apresentado pelo mesmo, faz o aconselhamento certo dentro de sua competência.¹⁵ Na Figura 1, apresenta-se Classe de Medicamentos mais utilizados pela amostra de estudo.

Figura1 -Classe de Medicamentos mais utilizados pela amostra de estudo.



Os controladores de voo possuem uma rotina exaustiva entre um turno e outro. Trabalham com o máximo de atenção necessária e a escolha do medicamento julgado por ele melhor para uma dor qualquer, pode interferir na sua produtividade.

Dos entrevistados, 82% afirmaram fazer uso de algum antigripal, quando julgado necessário, porém dependendo do medicamento escolhido

poderá ocorrer sonolência, por conta dos antigripais combinarem várias substâncias ativas, dentre elas o anti-histamínicos. Caso isso ocorra, afetará diretamente no desempenho do controlador de voo, seu nível de atenção estará comprometido. Dentre as outras classes, destacaram-se os analgésicos (83%), seguidos de anti-inflamatórios (67%).

O grande problema encontrado no Brasil é que parte da população tem pouca informação ou instrução, voltada para os medicamentos de fácil acesso, tornando 80 milhões de pessoas usuários frequentes com a prática da automedicação. Isso só reforça o quão importante é que medidas preventivas e educativas sejam cada vez mais presentes na vida dos pacientes, para favorecer a diminuição dos problemas relacionados a automedicação.¹⁶

CONCLUSÃO

A cada dia que passa a automedicação está se tornando cada vez mais comum, muitas vezes para aliviar um dia exaustivo de trabalho, lesões causadas por atividades físicas, com foco no emagrecimento, enfim, a medicação tem estado presente na vida dos brasileiros, porém seu uso abusivo e incorreto trará consequências diferentes da desejada.

Um trabalho voltado para o uso racional de medicamentos poderia melhorar um pouco essa cultura perigosa. As instituições de nível superior, principalmente, aquelas que formam profissionais que atuarão na área da saúde, deveriam focar mais nesse assunto, junto aos seus alunos.

Campanhas de conscientização por parte do Governo e Ministério da Saúde deveriam ser mais frequentes. Os funcionários de uma drogaria, seja ele farmacêutico ou balconista, devem ter consciência até que ponto pode atuar na orientação de seus clientes/pacientes, devendo encaminhá-los a um médico, caso necessário.

Por fim, foi identificado mediante o questionário aplicado que os profissionais que controlam voo em Brasília possuem um conhecimento prévio sobre a automedicação, porém alguns são adeptos, quando necessário, mesmo podendo influenciar no desempenho de suas funções.

REFERÊNCIAS

1. Itani A. Saúde e gestão na aviação: a experiência de pilotos e controladores de tráfego aéreo. *Psicol Soc.* 2009; 21: 203-12.
2. Goulart IV, Cesar JA, Gonzalez-Chica DA, Nelson Arns Neumann NA. Automedicação em menores de cinco anos em municípios do Pará e Piauí: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2012; 12 (2):165-72.
3. Fonseca FIRM, Dedivitis RA, Smokou A, Lascane E, Cavalheiro RA, Ribeiro EF, et al. Frequência de automedicação entre acadêmicos de faculdade de medicina. *Diagn Tratamento.* 2010;15(2):53-7.
4. Lima AMJ; Soares CMV. Souza AOS. Efeito da inversão dos turnos de trabalho sobre capacidade aeróbia e respostas cardiovasculares ao esforço máximo. *Rev Bras Méd Esporte* 2008; 14(3): 201-4.
5. Silva LAF, Rodrigues MAS. Automedicação entre estudantes de cursos da área de saúde. *Rev Bras Farm.* 2014; 95 (3): 961-75.
6. Filho PCPT, Júnior ACP. Automedicação em crianças de zero a cinco anos: fármacos administrados, conhecimentos, motivos e justificativas. *Esc Anna Nery.* 2013; 17 (2):291-7.
7. Tourinho FSV, Bucaretti F, Stephan C, Cordeiro R. Farmácias domiciliares e sua relação com a automedicação em crianças e adolescentes.

J. Pediatr. 2008; 84 (5): 416-22.

8. Schmid B, Bernal R, Silva N. Automedicação em adultos de baixa renda no município de São Paulo. Rev Saúde Pública 2010;44(6):1039-45.

9. Mayolo T, Fernandes LC. Análise da prática de automedicação em uma drogaria de Arroio do Meio-RS. Rev Dest Acad. 2012; 4(3): 7-18.

10. Chiaroti R, Rebello NM, Restini CBA. A Automedicação na cidade de Ribeirão Preto – SP e o papel do farmacêutico nessa pratica. Enc Biosf. 2010; 6 (10): 1-8.

11. Almeida JPG, Cantuária BA, Assis JR. Automedicação realizada pelos pacientes idosos do NASPP em Montes Claros – MG. Rev Multid FIPMOC. 2012; 10(15): 94-103.

12. Fernandes WS, Cembranelli JC. Automedicação e o uso irracional de medicamentos: o papel do profissional farmacêutico no combate a essas práticas. Rev UNIVAP. 2015; 21(37): 5-12.

13. Medeiros RA, Pereira VG, Medeiros SM. Vigilância em saúde da enfermagem. Esc Anna Nery. 2011; 15 (2):233-7.

14. Cella E, Almeida RB. Automedicação: enfoque pediátrico. Rev Saúde Públ. 2012; 5(1): 72-86.

15. Alves MR. Frequência de automedicação em residentes do concelho de Chaves. Porto. Dissertação [Mestrado em Ciências Farmacêuticas] – Universidade Fernando Pessoa; 2012.

16. Andrade CTS, Meneses JC, Rios MC, Sena PS. Avaliação dos hábitos associados à automedicação em uma farmácia comunitária em Aracaju-SE: a luz para o farmacêutico. Cad Grad Ciênc Biol Saúde. 2012; 1(15): 19-31.

CHECKLIST DO RECÉM-NASCIDO: PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MEDIANTE INTERCORRÊNCIAS E SUSCEPTIBILIDADE DAS MESMAS NO NEONATAL

CHECKLIST OF BIRTHED NEWBORN: MAIN DIAGNOSES OF NURSING BY INTERCORRENCES AND SUCEPTIBILITY OF THE SAME IN THE NEONATAL

Iel Marciano de Moraes Filho¹, Guilherme Barbosa de Souza², Francisca Nayara Nava do Nascimento³, Jéssika Lorrane Almeida Santos⁴, MarluCIA Reges de Carvalho⁵

Como citar:

Moraes-Filho IM, Souza GB, Nascimento FNN, Santos JLA, Carvalho MR. Checklist do recém-nascido: principais diagnósticos de enfermagem mediante intercorrências e susceptibilidade das mesmas no neonatal. Rev. Cient. Sena Aires. 2017; 6(1): 30-48.

RESUMO

O termo neonatologia é definido como a arte e a ciência do diagnóstico e o tratamento dos distúrbios do recém-nascido. Esta é uma área de fundamental importância na atuação da enfermagem e por isto que a SAE vem de encontro na melhoria e instrumentalização do cuidado holístico e de qualidade ao mesmo. O desenvolvimento de ferramentas que forneçam informações, tais como checklists, promovem a identificação precoce de problemas de Enfermagem neonatal frequentes auxiliando o planejamento da assistência de enfermagem, seja durante a internação hospitalar, desenvolvimento do plano de alta e orientação sobre cuidados em domicílio. O Estudo é de caráter descritivo do tipo relato de experiência sobre no desenrolar da disciplina de neonatologia no primeiro semestre de 2017, onde os discentes de Enfermagem realizaram levantamento de dados através de literaturas específicas de neonatologia dos principais problemas de Enfermagem evidenciados no RN e posteriormente elaboraram diagnósticos de Enfermagem reais ou situacionais e de risco ou potenciais orientados pelo o docente. Este estudo pretende desmistificar e romper as barreiras da dificuldade que os profissionais da enfermagem ainda encontram na implementação do PE ao RN e logo melhorar, instrumentalizar e prestar uma assistência de enfermagem de qualidade ao RN através checklist desenvolvido.

Descritores: Neonatologia; Processo de Enfermagem; Checklist; Diagnóstico de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

The term neonatology is defined as the art and science of diagnosis and treatment of disorders of the newborn. This is an area of fundamental importance in nursing practice and that is why SAE comes from the encounter in the improvement and instrumentalization of the holistic care and quality to the same. The development of tools that provide information, such as checklists, promote the early identification of frequent neonatal nursing problems, assisting the planning of nursing care, either during hospitalization, discharge plan development and home care guidance. The study was of a descriptive character of the type of experience report about the unveiling of the discipline of neonatology in the first semester of 2017, where the Nursing students carried out data collection through specific neonatology literature of the main Nursing problems evidenced in the NB and later elaborated real or situational nursing diagnoses and risks or potential oriented by the teacher. This study intends to demystify and to break the barriers of the difficulty that the nursing professionals still find in the implementation of the PN to the RN and soon to improve, to instrumentalize and to provide a quality nursing assistance to the RN through a developed checklist.

Descriptors: Neonatology; Nursing Process; Check list; Nursing diagnosis; Nursing care.

REVISA

¹ Enfermeiro. Mestre em Ciências Ambientais e Saúde. Universidade Paulista(UNIP)- Goiânia. ielfilho@yahoo.com.br

² Acadêmico de enfermagem. Faculdade União de Goyazes (FUG). guilherme-b2@hotmail.com

³ Acadêmica de enfermagem. Faculdade União de Goyazes (FUG).

⁴ Acadêmica de enfermagem. Faculdade União de Goyazes (FUG). Jeehalmeidasantos@gmail.com

⁵ Acadêmica de enfermagem. Faculdade União de Goyazes (FUG). marluciareges9@hotmail.com

Recebido em: 25/04/2017
Aceito em: 21/06/2017

INTRODUÇÃO

O termo neonatologia foi definido por Alexandre Schaffer (1960), em seu livro sobre doenças do recém-nascidos ("Diseases of the Newborns"), como a "arte e a ciência do diagnóstico e o tratamento dos distúrbios do recém-nascido" (RN).¹⁻⁴ É uma especialidade dedicada a assistência ao RN, bem como a pesquisa clínica, sendo sua principal meta a redução da mortalidade e morbidade perinatais na procura da sobrevivência do neonato nas melhores condições funcionais possíveis.⁵

Nos últimos anos, os avanços técnicos e científicos desenvolvidos através de pesquisas possibilitou a elaboração de vários tratamentos e aprimoramento da neonatologia, observando atualmente equipamentos de alta tecnologia e recursos humanos especializados, contribuindo para redução importante da mortalidade, e aumentando a sobrevivência de prematuros.^{2,4,6-8} A enfermagem em sua prática cotidiana se configura por meio do cuidar.⁹

O cuidar proporciona o surgimento dos métodos e instrumentos do trabalho da enfermagem. Uma das metodologias utilizadas pelo enfermeiro para implantação e operacionalização do cuidado é a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) o qual possibilita um cuidado organizado, sistematizado, contínuo e seguro ao RN. O cuidado de enfermagem em neonatologia é o meio pelo qual se conduz a recuperação, adaptação e o bem-estar, sendo que, este cuidado encontra-se fundamentado em conhecimentos científicos e na autonomia do profissional de enfermagem.¹⁰

A SAE é uma metodologia baseada em métodos científicos, que organiza e sistematiza o cuidado. Seus principais objetivos na neonatologia é identificar as situações de saúde-doença; as necessidades de cuidados de enfermagem (problemas de Enfermagem); subsidiar as intervenções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do RN, de sua família e comunidade. A SAE possibilita o desenvolvimento de ações neonatais que modificam o estado do processo de vida e de saúde-doença e promove a saúde do RN.¹¹

A SAE é aplicada na prática por meio do Processo de Enfermagem (PE). Este é a representação maior do método científico na enfermagem, por meio do qual o enfermeiro irá desenvolver e organizar o trabalho da sua equipe.¹² O PE é um instrumento metodológico em que o enfermeiro irá organizar e favorecer o cuidado de enfermagem¹³ assegurando o enfermeiro e sua equipe uma forma sistemática de cuidar.

Para sua realização, faz-se necessário obter informações sobre o RN, com a finalidade de direcionar a assistência. O momento de aquisição de informações é a primeira fase do Processo de Enfermagem e é descrita como Coleta de Dados.¹⁰ Esta etapa se caracteriza por investigação e descreve que o enfermeiro neste irá coletar informações e procurará por evidências de problemas ou riscos de problemas.¹⁴

A segunda etapa do PE é o Diagnóstico de Enfermagem, que será o julgamento realizado com base nos dados da investigação. Neste momento ocorrerá a realização do raciocínio diagnóstico, que se constitui como uma atividade intelectual em que o enfermeiro irá realizar a interpretação cuidadosa dos dados coletados para então escolher o diagnóstico de enfermagem adequado às necessidades do indivíduo, família ou grupo.^{10,14}

O Planejamento da Assistência de Enfermagem é a terceira fase do PE, aqui serão decididos quais os problemas prioritários, as metas de cuidado, as intervenções e será elaborado o plano de cuidados. No Planejamento tem-se o estabelecimento de ações, a partir dos diagnósticos de enfermagem identificados, em que se encontra estabelecido os objetivos e estratégias que

possuem como finalidade uma melhor resposta do RN.^{10,14}

A quarta etapa do PE é a Implementação da Assistência de Enfermagem, onde é realizada a promoção do cuidado por meio das intervenções.¹⁴ A Implementação é a execução do plano de cuidados que resultará em benefício para o RN. A Implementação deve ser baseada na coleta de dados, no diagnóstico de enfermagem, e partindo de um plano de cuidados individualizado, para assim promover a qualidade do cuidado prestado.¹⁰

A avaliação é a última fase do PE, onde será definido se as intervenções realizadas ajudaram o RN e também para analisar a necessidade de modificar o plano de cuidados¹⁴. A avaliação da assistência prestada ocorre por meio de metas (resultados) a serem alcançados ao se planejar as ações de enfermagem para os problemas de Enfermagem identificados.¹⁰

As Resoluções nº 272 de 2002 e nº 358 de 2009 do COFEN reconhecem a SAE como atividade privativa do enfermeiro, onde este, por meio de método e estratégia de trabalho científico identifica as situações de saúde/doença, que irão subsidiar as ações da assistência de enfermagem (BRASIL, 2002). Segundo estas resoluções a SAE deve ser implantada em toda instituição de saúde, seja ela pública ou privada, e registrada formalmente no prontuário do paciente.

Apesar de ser regulamentada pelo COFEN e pelos Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN), ainda há instituições que não implantaram a SAE como método científico para organizar a prática do cuidado. Associam-se a isto, a deficiência do quadro de enfermeiros e o acúmulo de atividades assumidas por esses profissionais em suas unidades e dificuldades com a elaboração das etapas do PE.¹⁷

O desenvolvimento de ferramentas que forneçam informações, tais como *checklists*, promovem a identificação precoce de problemas de Enfermagem neonatal frequentes auxiliando o planejamento da assistência de enfermagem, seja durante a internação hospitalar, desenvolvimento do plano de alta e orientação sobre cuidados em domicílio.

Desse modo a implementação do checklist contribui efetivamente com os profissionais de enfermagem no desenvolvimento da assistência com vistas a preservar a segurança do paciente garantindo a integralidade e qualidade da assistência de Enfermagem implementada¹⁸. Nesta perspectiva, os recursos tecnológicos, a capacitação profissional, os avanços na profissão de Enfermagem e o uso de instrumento de controle como o checklist proporcionam uma assistência à saúde do RN de qualidade, reduzindo a mortalidade infantil, promovendo a qualidade de vida declinando as desigualdades em saúde.

A justificativa para o levantamento dos diagnósticos de Enfermagem é demonstrar a capacidade intelectual do enfermeiro relacionado a interpretação da coleta de dados neonatal, e relatar a importância desta etapa para o planejamento seguro e eficaz da assistência de Enfermagem.

O presente trabalho tem como objetivo geral desenvolver um instrumento prático (CheckList) integrado de diagnósticos de Enfermagem reais ou situacionais e de riscos ou Potenciais, evidenciado nas principais intercorrências e susceptibilidade das mesmas elucidadas no recém-nascido ponderado no decorrer da matéria de neonatologia cursada por acadêmicos de Enfermagem no primeiro semestre de 2017.

MÉTODO

Estudo descritivo do tipo relato de experiência sobre o estudo na matéria de neonatologia no primeiro semestre de 2017, onde os discentes de Enfermagem realizaram levantamento de dados através de literaturas específicas de neonatologia dos principais problemas de Enfermagem evidenciados no RN e posteriormente elaboraram diagnósticos de Enfermagem reais ou situacionais e de risco ou potenciais orientados pelo o docente.

Os mesmos foram formatados em tabelas ganhando formato de checklist, organizados da seguinte forma: Diagnósticos de Enfermagem relacionados a pele, mucosas e anexos; Diagnósticos de Enfermagem relacionados ao trato gastrointestinal (TGI); Diagnósticos de Enfermagem relacionados ao sistema neurológico; Diagnósticos de Enfermagem relacionados ao sistema respiratório; Diagnósticos de Enfermagem relacionados ao sistema cardiovascular; Diagnósticos de Enfermagem relacionados ao sistema renal, endócrino e metabólico e Diagnósticos de Enfermagem relacionados ao risco de morte.

Os diagnósticos de Enfermagem foram estabelecidos através do auxílio do livro North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2015-2017) e através das principais alterações clínicas evidenciadas durante o estudo da disciplina de neonatologia.¹⁹

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na tabela 1 fizemos o levantamento das principais patologias enfrentados pela a enfermagem no período em que o recém-nascido se encontra em cuidado intensivo pela à mesmo baseado nos guias ministeriais e principais literaturas que abordam a temática transcorrida.¹⁹⁻²⁷

Tabela 1: Principais Problemas de Enfermagem Evidenciados no Recém-Nascido (RN)

PRINCIPAIS PROBLEMAS DE ENFERMAGEM NO RECÉM-NASCIDO
Retenção de Líquido/Edema: (Bossa Serossanguínea; Limitações Renais, Limitações Cardíacas; Distúrbios Metabólicos)
Cianose: (Instabilidade Pulmonar; Instabilidade Cardíaca; Obstrução de Vias Aéreas; Hipotermia)
Icterícia: (Patológica e Fisiológica)
Fragilidade Capilar: (Petéquias; Cefalomatoma)
Pele sensível: (Lesões, abrasões, hematomas, equimoses)
Reação Alérgica: (Eritema Tóxico)
Desidratação: (Instabilidade Renal)
Hipotermia: (Ausência de Gordura Marrom; Atividade Muscular Reduzida; Ausência de Sudorese; Instabilidade Bulbar)
Inapetência: (Ausência de Sucção; Motilidade do Trato Gastrointestinal (TGI) reduzida)
Sinais de alterações Orgânicas: (Cianose; Taquipnéia; Retrações Costais; Gemido Expiratório; Apneia; Estertores; Sibilos; Roncos; Batimento de asas nasais; Lábio Leporino; Fenda Palatina; Macrocefalia; Microcefalia; Anencefalo; Ânus Imperfurado;)

Fonte: Gaíva e Gomes, 2003; Souza, 2011; Urasaki, 2012; Brasil, 2003; NANDA, 2015 – 2017.

A tabela 2 demonstra os principais diagnósticos de enfermagem relacionados as patologias que acometem a pele mucosa e anexos que são: ictérica neonatal, hipotermia, petequias, millium, eritema toxico,

cefalohematoma, bossa serossanguinolenta, agravos a mucosa oral, erupções cutâneas e lesões relacionadas a decídua e os diagnósticos de enfermagem relacionados aos agravos.^{19-27.}

Tabela 2: Diagnósticos de Enfermagem Relacionado a Pele, Mucosa e Anexos.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	X
Icterícia Neonatal, relacionado à idade ≤ 7 dias, caracterizado por pele, esclerótica e mucosas amareladas e perfil sanguíneo anormal.	
Icterícia Neonatal, relacionado à atraso na eliminação do mecônio, evidenciado por esclerótica, pele e mucosas amareladas e perfil sanguíneo anormal.	
Icterícia Neonatal, relacionado ao perfil sanguíneo incompatível com o da mãe, caracterizado por cor amarelada da pele e mucosas.	
Risco de icterícia neonatal, relacionado à dificuldade de realizar a transição entre a vida intrauterina há extrauterina e idade neonatal ≤ 7 dias.	
Risco de icterícia neonatal, relacionado a prematuridade.	
Risco de icterícia neonatal, relacionado a imaturidade do fígado e idade ≤ 7 dias.	
Hipotermia, relacionado à banho antecipado do RN, evidenciado por temperatura central de $36^{\circ}\text{C} - 36,5^{\circ}\text{C}$, pele fria ao toque e cianose de extremidades.	
Risco de hipotermia, relacionado a instabilidade hipotalâmica.	
Risco de hipotermia, relacionado a banho precoce.	
Risco de hipotermia, relacionado a fatores ambientais.	
Risco de hipotermia, relacionado a deficiência de gordura marrom.	
Risco de hipotermia, relacionado a atividade muscular reduzida.	
Integridade da pele prejudicada, relacionado à alteração na pigmentação, caracterizado por petéquias.	
Integridade da pele prejudicada, relacionado à obstrução das glândulas sebáceas, caracterizado por millium.	
Integridade da pele prejudicada, relacionado à reação alérgica a medicamentos, roupas ou produtos utilizados para higiene do bebê, evidenciado por pequenas lesões avermelhadas na pele (eritema tóxico).	
Integridade da pele prejudicada, relacionado a fator mecânico no momento do parto, caracterizado por derrame sanguíneo em função do rompimento de vasos sanguíneos no crânio pela pressão dos ossos cranianos (Cefalomatona).	
Risco de edema craniano (Bossa Serossanguínea) relacionado a trauma no canal de parto.	
Risco de integridade da pele prejudicada, relacionado a circulação ineficiente, hipotermia e prematuridade.	
Risco de instabilidade térmica, relacionado a imaturidade do sistema termorregulador.	
Lesão, relacionado à intercorrências no parto, caracterizado por mecanismos de defesa primária prejudicado (ruptura da pele).	
Risco de infecção, relacionado à deficiência de conhecimento materno em relação aos cuidados com o coto umbilical.	
Mucosa oral prejudicada, relacionado a alteração da forma anatômica (Lábio Leporino), caracterizado por impossibilidade de sucção.	
Mucosa oral prejudicada, relacionado a prematuridade, intubação e uso de dispositivo ventilatório (TOT, guedel), caracterizado por lesões, abrasões e hemorragias gengivais.	
Erupções e marcas, relacionado a manchas mongólicas, caracterizado	

pela forma e coloração da pele (achatada e cinza – azulada).	
Risco de contaminação, relacionado as características desenvolvimentais do neonato.	

Fonte: Gaíva e Gomes, 2003; Souza, 2011; Urasaki, 2012; Brasil, 2003; NANDA, 2015 – 2017.

A tabela 3 demonstra os principais diagnósticos de enfermagem relacionados as patologias ao Trato Gastrointestinal (TGI) que se baseiam em: distúrbios e agravos na amamentação, integridade prejudica da mucosa oral, motilidade gastrointestinal ineficiente e alterações congênitas e seus respectivos diagnósticos. ¹⁹⁻²⁷.

Tabela 3: Diagnósticos de Enfermagem Relacionado TGI.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	X
Amamentação interrompida, relacionado à doença do lactente, hospitalização e separação da mãe, caracterizado por alimentação materna não exclusiva.	
Amamentação ineficaz, relacionado a defeito orofaríngeo, caracterizado pela sucção ineficaz.	
Amamentação interrompida, relacionada a incapacidade de eliminação do mecônio, caracterizado por patologia de base.	
Padrão Ineficaz de alimentação do lactente, relacionado a prematuridade, caracterizado por incapacidade de coordenar a sucção.	
Padrão Ineficaz de alimentação do lactente, relacionado a prematuridade, caracterizado por disfagia.	
Deglutição prejudicada, relacionado à anormalidade da via aérea superior, caracterizado por “pega ineficaz”.	
Deglutição prejudicada, relacionado à prematuridade, caracterizado por dificuldade de sugar no momento da pega.	
Risco de amamentação ineficaz, relacionado a prematuridade.	
Risco de amamentação ineficaz relacionado a internação em unidade de terapia intensiva.	
Risco de amamentação ineficaz por deficiência do conhecimento da técnica da pega correta.	
Risco de desnutrição, relacionado a doenças de base.	
Leite materno insuficiente, relacionado a deficiência de produção, caracterizado por quantidade produzida menor que a necessidade do recém-nascido.	
Risco de constipação, relacionado à alimentação inadequada.	
Proteção ineficaz, relacionado a amamentação inadequada, evidenciado pela deficiência de imunidade.	
Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional, relacionado a prematuridade.	
Trato gastrointestinal anatomicamente alterado, relacionado a má formação congênita, evidenciado por ânus imperfurado.	
Risco para integridade da mucosa oral alterada, relacionado a irritação mecânica, caracterizado por sondagem orogástrica.	

Fonte: Gaíva e Gomes, 2003; Souza, 2011; Urasaki, 2012; Brasil, 2003; NANDA, 2015 – 2017.

A tabela 4 demonstra os principais diagnósticos de enfermagem relacionados as patologias ao sistema Neurológico: doença neurológica congênita, macrocefalia e microcefalia, hidrocefalia, anencefalia, deficiência

cognitiva, doenças virais e sazonais, hematomas crônicos e/ou sangramento intracraniano e doenças relacionadas as síndromes de huler, canavan e alterações no padrão do sono do RN.¹⁹⁻²⁷

Tabela 4: Diagnósticos de Enfermagem relacionados ao sistema Neurológico.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	X
Comportamento desorganizado do lactente, relacionado à doença neurológica congênita, caracterizado por reação prejudicada a estímulos sensoriais.	
Desenvolvimento motor e mental eficaz, relacionado a capacidade de agilidade e inteligência, evidenciado pela facilidade de sucção e esperteza.	
Função neurológica alterada, relacionado à microcefalia, caracterizado por déficit cognitivo.	
Função neurológica alterada, relacionado à infecção por vírus zika, caracterizado por microcefalia.	
Função neurológica alterada, relacionado às doenças congênitas, caracterizado por déficit cognitivo.	
Função neurológica alterada, relacionado a macrocefalia, caracterizado por hidrocefalia congênita.	
Função neurológica alterada, relacionado a macrocefalia, caracterizado por hematomas crônicos e/ou sangramento intracraniano.	
Função neurológica alterada, relacionado a síndrome de morquio, caracterizado por macrocefalia.	
Função neurológica alterada, relacionado a síndrome de huler, caracterizado por macrocefalia.	
Função neurológica alterada, relacionado a doença de canavan, caracterizado por macrocefalia.	
Risco de retardo mental, relacionado a fenilcetonúria materna.	
Incompatibilidade com a vida, relacionado a anencefalia, caracterizado por morte após o nascimento.	
Risco de lesão neurológica, relacionado a apneia.	
Padrão do sono alterado, relacionado a alteração do ciclo dia/noite, caracterizado por agitação e insônia.	

Fonte: Gaíva e Gomes, 2003; Souza, 2011; Urasaki, 2012; Brasil, 2003; NANDA, 2015 – 2017.

A tabela 5 demonstra os principais diagnósticos de enfermagem relacionados as patologias ao Sistema Respiratório que são: obstrução das vias aéreas superiores, ventilação e perfusão ineficaz, acrocianose, cianose de extremidades, prematuridade, murmúrios vesiculares, anormalidades no trato respiratório e instabilidade bulbar.^{19- 27}

Tabela 5: Diagnósticos de Enfermagem Relacionados ao Sistema Respiratório.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	X
Desobstrução ineficaz das vias aéreas, relacionado à muco excessivo e secreções retidas, caracterizado por cianose central, dispneia e batimentos de asas nasais.	
Desobstrução ineficaz das vias aéreas, relacionado a excesso de secreção, caracterizado por ruídos adventícios e murmúrios vesiculares diminuídos.	
Ventilação espontânea prejudicada, relacionado a instabilidade pulmonar, caracterizado por auxílio da musculatura acessória.	
Ventilação espontânea prejudicada, relacionado a instabilidade	

pulmonar, caracterizado por SpO ₂ < 80%.	
Ventilação espontânea prejudicada, relacionado a presença de secreção em vias aéreas superiores, caracterizado por cianose central, agitação, taquicardia e taquidispneia.	
Instabilidade pulmonar, relacionado a prematuridade, caracterizado por retrações costais.	
Instabilidade pulmonar, relacionado a prematuridade, caracterizado por gemido expiratório.	
Instabilidade pulmonar, relacionado a prematuridade, caracterizado por apneia.	
Instabilidade pulmonar, relacionado a prematuridade, caracterizado por ruídos adventícios (roncos, sibilos e estertores).	
Risco de instabilidade pulmonar relacionado a prematuridade.	
Anormalidade respiratória, relacionado a instabilidade bulbar, caracterizado por taquipneia.	
Anormalidade respiratória, relacionado a instabilidade bulbar, caracterizado por bradipnéia.	

Fonte: Gaíva e Gomes, 2003; Souza, 2011; Urasaki, 2012; Brasil, 2003; NANDA, 2015 – 2017.

A tabela 6 demonstra os principais diagnósticos de enfermagem relacionados as patologias do Sistema Cardiovascular tais como: bradipneia, taquipneia, perfusão tissular periférica ineficaz ou aumentada, débito cardíaco diminuído, sepse, alterações eletrocardiográficas e malformações congênitas.¹⁹⁻²⁷

Tabela 6: Diagnósticos de Enfermagem Relacionados ao Sistema Cardiovascular.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Função cardiovascular prejudicada, relacionado à prematuridade e imaturidade pulmonar, caracterizado por bradipneia, FR: < 60 IRPM, SpO ₂ < 90% e cianose central.	
Função cardiovascular prejudicada, relacionado a retardo da transferência de circulação fetal para neonatal, caracterizado por acrocianose.	
Função cardiovascular prejudicada, relacionado a demora de transição da circulação fetal para neonatal, caracterizado por cianose central, taquipneia e agitação.	
Débito cardíaco diminuído, relacionado a função cardíaca alterada, caracterizado por bradicardia e perfusão tissular periférica > que 5 segundos.	
Débito cardíaco diminuído, relacionado a função cardíaca alterada, caracterizado por FC < 80 BPM.	
Débito cardíaco diminuído, relacionado ao ritmo cardíaco alterado, caracterizado por alterações eletrocardiográficas.	
Risco de choque cardiogênico, relacionado a sepse.	
Risco de choque hipovolêmico, relacionado a hipovolemia, vômitos e diarreia.	

Fonte: Gaíva e Gomes, 2003; Souza, 2011; Urasaki, 2012; Brasil, 2003; NANDA, 2015 – 2017.

A tabela 7 demonstra os principais diagnósticos de enfermagem relacionados as patologias do Sistema Renal, Endócrino e Metabólico relacionados a instabilidades hormonais, renais, problemas de origem tireoidianos, hipercalcêmica, hipercalcemia, Hipomagnesemia, desidratação e

déficit da função hepática. ¹⁹⁻²⁷.

Tabela 7: Diagnósticos de Enfermagem Relacionados ao Sistema Renal, Endócrino e Metabólico.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	X
Risco de desidratação, relacionado a instabilidade renal.	
Risco de hipoglicemia, relacionado a amamentação ineficaz.	
Risco de hipoglicemia, relacionado a deficiência de leite materno.	
Risco de hipoglicemia, relacionado a admissão em unidade de terapia intensiva neonatal.	
Risco de volume de líquidos deficientes, relacionado a perda ponderal fisiológica.	
Risco de desidratação relacionado a perda ponderal fisiológica.	
Risco de desidratação relacionado a instabilidade renal.	
Hipocalcemia, relacionado ao grau de maturação da paratireoide neonatal, caracterizado por diminuição da excitabilidade e contração muscular.	
Risco de instabilidade de sais minerais relacionado a desidratação. Hipercalcemia, relacionado a elevados níveis de calcitonina no nascimento, evidenciado por excesso de contração muscular e excitabilidade.	
Hipomagnesemia, relacionado a síndrome da má absorção, evidenciado por convulsões tônicas focais.	
Hipermagnesemia, relacionado a administração de Mg à mãe, caracterizado por hiporreflexia e letargia neonatal.	
Desidratação relacionado a perda ativa de volume de líquido somado a instabilidade renal, evidenciado pela diminuição do débito urinário.	
Risco de função hepática prejudicada, relacionada a infecção viral e icterícia.	

Fonte: Gaíva e Gomes, 2003; Souza, 2011; Urasaki, 2012; Brasil, 2003; NANDA, 2015 – 2017.

A tabela 8 demonstra os principais diagnósticos de enfermagem relacionados ao Risco de morte que se baseiam em: prematuridade, pré-natal ineficiente, desnutrição ao nascer e os agentes químicos, físicos, biológicos relacionados as fases de pré parto, parto e pós parto. ¹⁹⁻²⁷.

Tabela 8: Diagnósticos de Enfermagem Relacionados ao Risco de morte.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	X
Risco de morte súbita do lactente, relacionado por prematuridade.	
Risco de morte súbita do lactente, relacionado a deficiência de cuidados no pré-natal	
Risco de morte súbita do lactente, relacionado ao baixo peso ao nascer.	
Risco de morte súbita do lactente, relacionado a fatores ambientais (hipotermia).	
Risco de morte súbita do lactente, relacionado a fatores químicos.	
Risco de morte súbita do lactente, relacionado a fatores físicos.	
Risco de morte súbita do lactente, relacionado a cuidados ineficientes no período neonatal.	
Risco da síndrome da morte do lactente, relacionado ao atraso nos cuidados pré-natal, parto ou pós-parto.	

Fonte: Gaíva e Gomes, 2003; Souza, 2011; Urasaki, 2012; Brasil, 2003; NANDA, 2015 – 2017.

CONCLUSÃO

Os cuidados intrínsecos relacionados as fases de pré parto, parto e pós parto ao RN nascido são de principal importância para o processo de crescimento e desenvolvimento da criança.

A Sa e vem de encontra com esta realidade para organizar, unificar, e gerencia o cuidado de enfermagem ao RN que e de fundamental importância para o seu crescimento e desenvolvimento.²⁸

Este estudo pretende desmistificar e romper as barreias da dificuldade que os profissionais da enfermagem ainda encontram na implementação do PE ao RN e logo melhorar, instrumentalizar e prestar uma assistência de enfermagem de qualidade ao RN através checklist desenvolvido.

REFERÊNCIAS

1. Taeusch H, Ballard R, Avery M. Schaller and Avery's diseases of the newborn. Philadelphia: Saunders; 1992.
2. Friis-Hansen B, Eg-Andersen G, Pryds O, Zetterström R. Perspectives of neonatology. Stockholm: Distributed by Almqvist & Wiksell; 1989.
3. Rodríguez Bonito R. Manual de neonatología. México: McGraw-Hill Interamericana; 2012.
4. Philip A. The Evolution of Neonatology. Pediatric Research. Pediatr Res. 2005; 58(4):799-815.
5. Ramos JLA. Âmbito e finalidade da pediatria neonatal. In: Alcantara P, Marcondes E. Pediatria básica. 6.ed. São Paulo: Sarvier;1978. p. 253.
6. Rodrigues R, dos Santos Oliveira I. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). Rev eletrônica enferm. 2006;6(2): 286-91.
7. Desmond MM. A review of newborn medicine in America: European past and guiding ideology. Am J Perinatol. 1991; 8: 308-22.
8. Avery, GB. Neonatologia, fisiologia e tratamento do recém-nascido. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1984.
9. Reppetto Maria Ângela, Souza Mariana Fernandes de. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. Rev bras enferm. 2005;58(3): 325-9.
10. Nóbrega L, Lima Silva K. Fundamentos do cuidar em enfermagem. 2nd ed. Belo Horizonte: ABEn; 2009.
11. Truppel TC, Meier MJ, Calixto RC, Peruzzo SA, Crozeta K. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Rev bras enferm. 2009; 62(2): 221-7.
12. Maria MA, Quadros FAA, Grassi MFO. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. Rev bras Enferm. 2012; 65(2): 297-303.
13. Silveira Neves de Oliveira, FMdCd, Cunha Ferreira, E, Rufino, NA, Simeão dos Santos, MdS. Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. Aquichan. 2011;11(1):48-65.
14. Carpenito-Moyet L, Thorell A. Compreensão do processo de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2007.
15. Brasil. Resolução COFEN 272/2002 – Revogada pela Resolução cofen nº 358/2009 [Internet]. Cofen – Conselho Federal de Enfermagem; 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2722002-revogada-pela-resoluao-cofen-n-3582009_4309.html>. Acesso em: 14 Fev 2017.
16. Brasil. Resolução COFEN-358/2009 [Internet]. Cofen – Conselho Federal de Enfermagem; 2017. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resoluao-cofen-3582009_4384.html >. Acesso em: 14 Fev 2017.
17. Aquino D, Lunardi Filho W. Construção da prescrição de enfermagem informatizada em uma UTI. Cogitare Enfermagem. 2004;9(1): 60-70.

18. Bastos AQ, Souza RA, Souza FM, Marques PF. Reflections on nursing care in the pre- and postoperative period: an integrative literature review. *Ciênc Cuidado Saúde*. 2013; 12(2):382-90.
19. Garcez R, Michel J, Barros A, Cruz D, Carvalho E, Lopes J et al. Diagnósticos de enfermagem da NANDA. Porto Alegre: Artmed; 2015.
20. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde - Intervenções comuns, icterícia e infecções [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_guia_profissionais_saude_v2.pdf>. Acesso em: 15 abr 2013.
21. Fundo das Nações Unidas para a Infância UNICEF. Situação da infância brasileira 2006: crianças de até 6 anos: o direito sobrevivência e ao desenvolvimento. Brasília (DF): Unicef; 2005. [citado 2006 fev. 12]. Disponível em: [http:// www.unicef.org.br](http://www.unicef.org.br).
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças; 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alem_sobrevivencia_atencao_parto.pdf>. Acesso em: 18 Abr 2011.
23. Lansky S, França E, Leal M. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. *Revista de Saúde Pública*. 2002;36(6):759-772.
24. Gaíva M, Gomes M. Cuidando do neonato. Goiânia: AB; 2003.
25. Souza ABG. Enfermagem Neonatal: Cuidado integral a recém-nascido. São Paulo: Martinari; 2011.
26. Lobo SF, Oliveira SMJV, Schneck A, Silva FMB, Bonadio IC, Riesco MLG. Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. *Rev esc enferm USP*. 2010; 44(3): 812-8.
27. Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno: saúde da mulher, da criança e do adolescente. Brasília: Brasil. Ministério da Saúde; 2002.
28. Moraes Filho I. Avaliação do estresse ocupacional de enfermeiros da estratégia saúde da família. Goiânia. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]- Pontifícia Universidade Católica de Goiás; 2017.

AÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS- REVISÃO DE LITERATURA NURSING TEAM'S ACTIONS FOR IMPLEMENTING THE POLITIC FOR LESBIANS, GAYS, BISEXUALS, TRAVESTIES AND TRANSSEXUALS- LITERATURE REVIEW

Mirlene dos Santos Querino¹, Sabrina S. Almeida², Sara Carolina da Silva Oliveira³,
Juliane Umann⁴, Iel Marciano de Moraes Filho⁵

Como citar:

Querino MS, Almeida SS, Oliveira SCS, Moraes-Filho IM. Ações da equipe de enfermagem na implementação da política de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais- revisão de literatura. Rev. Cient. Sena Aires. 2017; 6(1): 46-58.

RESUMO

O início da história do então chamado Movimento LGBT, foi em Nova Iorque que, em 1969, foi o cenário da primeira revolta dessa classe por conta da forma como eram tratados pelas autoridades. Enquanto os movimentos políticos desejavam lutar contra a visão criminosa ou pecaminosa da homossexualidade, espalharam pelo mundo o início das Paradas do Orgulho Gay. No Brasil, a luta por direitos humanos começou a partir de reuniões em espaços sociais, como bares e clubes nos anos 1970, em plena ditadura. Avaliaram-se as ações da equipe de enfermagem na implementação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT. Trata-se de uma revisão da literatura científica realizada em Abril de 2017 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), os Periódicos Capes e o Google Acadêmico por meio dos descritores: enfermagem, homossexualidade, política nacional de saúde integral de LGBT e Implementação de Plano de Saúde. A grade curricular não contempla disciplinas voltadas a aceitação e aos métodos de tratamento específicos ao público LGBT, bem como às doenças relacionadas aos mesmos. Assim, quando se deparam com o grupo LGBT há dificuldade em prestar assistência a essa clientela. Profissionais de enfermagem e sociedade necessitam preparo para prestarem atendimento ao LGBT. O atendimento do enfermeiro deve ser pautado em uma visão teórico-prática para poder desenvolver o acompanhamento de qualidade ao grupo LGBT.

Descritores: Enfermagem; Minorias Sexuais; Revisão.

ABSTRACT

The beginning of the LGBT movement was held in New York in 1969. It was the scenario of the first revolt of these people due to the way they were treated for the authorities. While the political movements aimed fight against the criminal or sinful view of the homosexuality, the Gay pride parade started to spread around the globe. In Brazil, the seek for human rights began from meetings in public spaces, such as pubs and clubs, in the 70's- during the dictatorship. We assessed the Nursing team's actions for implementing the Politic for lesbians, gays, bisexuals, travesties and transsexuals. This is a scientific literature review conducted in April 2017 on the Virtual Health Library (BVS), Capes Periodicals Portal and Google Scholar trough the descriptors: nursing, homosexuality, National Politic of integral health for LGBTs' and Implementation of Healthcare Plan. Nursing curriculums does not approach discipline son acceptance and specific treatment actions for the LGBT public, well as the diseases related to these persons. This, when graduated, these individuals will face difficulties to provide an effective healthcare for the LGBTs'. Nursing workers and society need to get training for caring the LGBT public. The healthcare provided has to be based on a theoretical and clinical point of view in order to deliver a qualified treatment for the LGBTs'.

Descriptors: Nursing; Sexual Minorities; Review.

REVISA

¹ Acadêmico de enfermagem.
Faculdade União de Goyazes (FUG).
mirlenequirino01@gmail.com

² Acadêmica de enfermagem.
Faculdade União de Goyazes (FUG).
sabrinasantosalsmeida@gmail.com

³ Acadêmica de enfermagem.
Faculdade União de Goyazes (FUG).
sarahcarolynne@hotmail.com

⁴ Enfermeira, Doutora em
Enfermagem. Exército Brasileiro.
juumann@hotmail.com

⁵ Enfermeiro. Mestre em Ciências
Ambientais e Saúde. Universidade
Paulista(UNIP)- Goiânia.
ielfilho@yahoo.com.br

Recebido em: 15/04/2017
Aceito em: 11/06/2017

INTRODUÇÃO

Para apontar o início da história do então chamado Movimento LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travesti e transexuais), recorre-se aos fatos ocorridos no Stonewall Inn, um bar de Nova Iorque que, em 1969, foi o cenário da primeira revolta dessa classe por conta da forma como eram tratados pelas autoridades. Enquanto os movimentos políticos desejavam lutar contra a visão criminosa ou pecaminosa da homossexualidade, espalharam pelo mundo o início das Paradas do Orgulho Gay.¹⁻²

No Brasil, a luta por direitos humanos entre os sexos diversos começou a partir de reuniões em espaços sociais, como bares e clubes nos anos 1970, em plena ditadura. Eram nesses espaços que publicações homossexuais circulavam, servindo de referências numa fase inicial da organização. Em 1978, foi fundado jornal “O Lâmpião da Esquina”, que fazia oposição à ditadura e servia para denunciar abusos contra LGBT. Na década 80 a ditadura perde sua força, chegando em espaços para o surgimento de vários grupos denominados movimentos Gay.³⁻⁴

No início dos anos 80, “caiu por terra” a impactante notícia da epidemia de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), transmitida pelo vírus HIV e vinculada ao homossexual. Desde então, as mortes causadas por essa doença eram relacionadas ao tipo de orientação sexual. Com isso, os militantes que naquele instante lutavam pela liberdade, passam a priorizar a luta pela vida, criando uma parceria com os governantes da saúde.⁵

A partir desse preceito descriminado, surge a necessidade de ação e impulsionados pelo sentimento de revolta e o desejo de igualdade, os homossexuais começam a se rebelar e a criar movimentos em prol dos direitos da sua orientação sexual e identidade de gênero. Com base nessa iniciativa erguem-se então divergências e a inevitabilidade em definir “um ser”, cada qual com sua identidade, para que enfim ocupem seu espaço na sociedade.⁶

A Política Nacional de Saúde voltada para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis (LGBT) instituída pela Portaria N° 2.836, de 1 de dezembro de 2011, tem por objetivo geral promover a saúde LGBT eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do (Sistema Único de Saúde) SUS como sistema universal, integral e igualitário e equitativo. Entre os objetivos específicos está, como foco prioritário, a promoção e o respeito à população LGBT em todos os serviços do SUS. A política tem sua marca no reconhecimento de que a hostilidade por orientação sexual e por identidade de gênero reflete na determinação social da saúde, no processo de discriminação decorrente do preconceito e do estigma social a que está exposta a população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.⁷

No conceito habitual, os profissionais da área de saúde deparam com certa dificuldade, no atendimento dessa clientela e na maioria das vezes não portam qualificação suficiente para saber lidar com situações conflitantes voltadas a esse grupo específico. Assim, é de suma importância para o profissional da saúde, pautar-se com respeito, sem preconceito e discriminação visando seu papel na sociedade, independente da orientação sexual do indivíduo.⁷

A identidade de gênero se caracteriza como uma experiência interna, individual e singular, que pode ou não estar em consonância com o sexo biológico, onde o indivíduo poderá determinar por intervenções médicas, cirúrgicas ou hormonais e outras expressões de gênero, inclusive através de vestimenta, dialética e maneirismo expressando sua vontade.⁸

Orientação sexual é o interesse afetivo por indivíduos de sexo opostos,

do mesmo sexo ou ambos os sexos⁸. A orientação sexual difere da identidade de gênero pois independente da sua autoimagem, maneirismo e vestimentas não necessariamente será um fator determinante para a definição de homossexualidade, heterossexualidade e bissexualidade.⁸ O binário é uma classificação de gênero desconectada de masculino e feminino e/ou homem e mulher, gênero não binário é a determinação para o indivíduo que não se identifica como heterossexual e homossexual.⁹

A enfermagem sempre foi voltada para o cuidado desde a atenção primária permutando nas áreas de atenção secundária e terciária até a reabilitação, tendo em sua história um pouco de preconceito vindo do princípio, onde em um determinado período a profissão era exercida somente por mulheres sem formação e nos tempos atuais carregam consigo a dúvida sobre a virilidade do homem enfermeiro, diante dessa situação acolher o profissional LGBT nos serviços de saúde sem diferencia-lo se torna um avanço para o rompimento do preconceito.¹⁰

A atenção básica de saúde atua com uma equipe multiprofissional, sendo a porta de entrada do paciente ao SUS, onde é de responsabilidade do enfermeiro realizar ações de educação continuada para acolhida dos mesmos. Cabe ao Agente Comunitário de Saúde (ACS), fazer o primeiro contato em domicílio com os pacientes e informar ao enfermeiro da unidade o interesse do mesmo na substituição do nome do prontuário para o nome social, facilitando o primeiro contato dentro da unidade de saúde, fazendo promoção em saúde, que não é apenas pautada em evitar doenças e sim proporcionar a construção de uma cidadania respeitando a individualidade e singularidade de suas escolhas.¹⁰

O enfermeiro deve realizar ações junto ao grupo LGBT, proporcionando informações inerentes à Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), prevenção de casos de câncer de próstata e de colo de útero garantindo assim como os direitos reprodutivos integrais e a redução do índice de suicídio por depressão nesses clientes de forma humanizada e especializada dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de urgência e emergência.¹⁰ Assim, o papel fundamente da enfermagem para o público LGBT é garantia uma assistência digna e humanizada, desde a atenção básica de saúde, até a média e alta complexidade, ações fundamentais para uma promoção integral de saúde de forma efetiva e de qualidade.¹⁰

Vive-se um momento ímpar no que concerne a aceitação da diversidade social e cultural em que estamos inseridos. Perante o Art. 3º, Inciso IV da Constituição Federal de 1988, todos os cidadãos não podem sofrer nenhum tipo de preconceito, sendo necessário promover ações de conscientização e aceitação da diversidade humana principalmente as que estão associadas aos LGBT.

Nesse sentido, o enfermeiro tem papel abrangente, desde a fomentação até sua implementação das políticas públicas de saúde. Assim, o mesmo desempenha função de suma importância na consolidação das políticas nacionais vigentes, e como educador de saúde também faz parte de sua atuação o ensino e a permutação das igualdades e equidades perante o Sistema Único de Saúde (SUS). Todavia, foram pesquisados no Data Sus (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde) e Tab Net em 2017 dados específicos de morbidade, mortalidade, atendimentos, agressão, inquéritos, acidentes, IST e agravos e não foram encontrados dados específicos ao grupo LGBT. Nesse sentido, é necessário identificar a evidencia da literatura científica sobre a efetividades das ações desenvolvidas pelo enfermeiro na implementação da Política de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT).

Nesse sentido, objetivou-se avaliar as ações da equipe de enfermagem

na implementação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT segundo as evidências da literatura científica.

MÉTODO

O estudo constitui uma revisão da literatura científica sobre o tema citado. Para o alcance do objetivo proposto, optou-se por este tipo de revisão de literatura, pois ela exhibe a síntese de múltiplos estudos científicos. Além disso, permite conclusões gerais de determinada área de estudo, corroborando para o aprofundamento e propagação do conhecimento dos problemas analisados em questão e de como ele tem sido estudado nas pesquisas atuais.¹¹ A revisão é um estudo que se dá a partir da análise de pesquisas relevantes de fontes secundárias por meio de levantamento bibliográfico que reúne conhecimentos sobre o fenômeno a ser investigado. Constitui uma técnica de pesquisa com rigor metodológico, criteriosa e conscienciosa, que aumenta a credibilidade e a profundidade de conclusões que podem contribuir para reflexão sobre a realização de futuros estudos, desta forma contribuindo também para tomada de decisão que busque melhorar as evidências recentes.¹¹

No mês de abril de 2017, foram consultadas as bases indexadas à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), os Periódicos Capes e o Google Acadêmico. Para a busca eletrônica, utilizaram-se os seguintes Descritores da Ciência da Saúde (DeCS) e suas combinações na língua portuguesa (por meio do boleano AND): enfermagem, homossexualidade, política nacional de saúde integral de LGBT, Implementação de Plano de Saúde.

Os critérios de inclusão para selecionar os estudos foram utilizados: indexação de estudos nas respectivas bases de dados; relação direta com os descritores; pesquisas desenvolvidas no Brasil; idiomas de publicação em português; período de publicação compreendido entre 2013 e 2017; estudos com pesquisa de campo e artigos disponíveis online. Foram excluídas deste estudo a revisões de literatura e editoriais.

Após a busca, foi realizada a leitura inicial dos títulos dos artigos e seus resumos. Em seguida, foi realizada a leitura na íntegra dos artigos previamente selecionados, sendo esses submetidos novamente aos critérios de inclusão e exclusão.

Ao término da seleção da amostra final, as seguintes variáveis foram extraídas e compuseram o quadro sinóptico dessa revisão: autores, título, ano de publicação, periódico de publicação, objetivo, método, resultados e conclusões. Então, esses foram digitados em uma planilha no programa Microsoft Excel, sendo as variáveis objetivo, método, resultados e conclusões de cada estudo avaliados por meio de análise temática e as demais por meio de frequências absoluta (n) e relativa (%).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao se associarem os descritores, foram encontradas 589 referências na BVS. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, 457 foram excluídas por não possuírem texto completo, 119 por não possuírem versão em português, 10 por não atenderem o recorte temporal estabelecido (2013 a 2017), o que levou a uma amostra de 3 artigos na BVS. No portal de Periódicos Capes, foram encontrados 23 artigos, sendo excluídos 18 por não estarem publicados em língua portuguesa e 3 por estarem fora recorte temporal estabelecido (2013 a 2017), o que resultou em 2 artigos nessa base. No Google Acadêmico, a busca resultou em 588 referências, das quais 10 não possuíam texto completo

disponível, 4 não tinham texto publicado em língua portuguesa e 260 estavam foram do recorte temporal estabelecido, sendo todos excluídos nessa base. Além disso, 301 referências estavam repetidas em comparação às demais bases, sendo excluídas desta busca, o que levou a uma amostra final de 13 artigos no Google Acadêmico. Assim, 18 artigos compuseram a amostra inicial dessa pesquisa e foram lidos na íntegra, sendo 3 da BVS, 2 dos Periódicos da Capes e 13 artigos do Google Acadêmico. Durante esse processo, 10 referências foram selecionadas como amostra final. No Tabela 1, apresenta-se o quadro sinóptico dessa revisão.

Tabela 1- Quadro Sinóptico da amostra final segundo título, tipo de estudo, periódico e ano de publicação. Goiás, 2017.

TÍTULO	PERIÓDICO	ANO DE PUBLICAÇÃO	TIPO DE ESTUDO
Evolução história das políticas públicas para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no estado da Paraíba. ¹²	Revista de Enfermagem UFPE OnLine	2017	Documental de abordagem qualitativa.
Assistência a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais vítimas de violência nos serviços de saúde. ¹³	Saúde e transformação social	2016	Transversal e quantitativo.
Discursos sobre o acesso e a qualidade da atenção Integral à saúde da população LGBT entre médicos(as) da estratégia saúde da família. ¹⁴	Dissertação de mestrado	2016	Abordagem qualitativa.
A Política nacional de saúde integral LGBT no Sistema Único de Saúde (SUS), Brasil. ¹⁵	Revista científica do instituto ideia	2016	Revisão e pesquisa de campo, com abordagem quali-quantitativa.
Cuidados do enfermeiro à mulher lésbica na Estratégia de saúde da família. ¹⁶	Dissertação de mestrado	2015	Abordagem qualitativa
Percepção das mulheres homoafetivas frente a assistência de enfermagem na saúde da mulher. ¹⁷	Revista de psicologia ID on line	2014	Abordagem qualitativa.
Comportamentos e práticas sexuais de homens que fazem sexo com homens. ¹⁸	Revista brasileira de enfermagem	2014	Transversal, descritivo, com abordagem quantitativa
O dito e o feito: O enfermeiro e o saberes fazer saúde para travestis. ¹⁹	Revista de enfermagem UFPE OnLine	2014	Abordagem qualitativa.
Experiências da atenção a saúde e percepção das pessoas transgênero, transexuais e travestis sobre os serviços públicos de saúde em Florianópolis/SC, 2013-2014. ²⁰	Dissertação de mestrado	2014	Abordagem qualitativa..
Percepção de lésbicas, gays e bissexuais em relação aos serviços de saúde. ²¹	Universitas: ciências da saúde	2013	Descritivo, transversal, com abordagem quanti-qualitativa.
Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral a saúde de transexuais no Brasil. ²²	Revista Latino americano	2013	Abordagem qualitativa.

Na tabela acima, observa-se predomínio de estudos publicados em 2014 (n=4) e 2016 (n=3), com abordagem qualitativa (n=7) e em periódicos nacionais (n=7).

Histórico da Política de Saúde LGBT

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT²³, e representada e abrangida as três esferas de governo e da sociedade civil organizada na promoção, atenção e no cuidado em saúde, priorizando a redução das dissemelhanças por orientação sexual e identidade de gênero, assim como o combate à hostilidade nas instituições e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). É constituída por um conjunto de princípios éticos, políticos e organizativos expressos em uma marca que reconhece os efeitos desumanos dos processos de hostilidade e de exclusão sobre a saúde.¹⁴

Um dos meios fundamentais para as ações da Política é a rede de saúde e serviços do SUS, organizada no sentido de concretizar o disposto nos princípios do Sistema, no geral, e no particular, da Estratégia Saúde da Família/Atenção Básica. Entretanto, os desafios na reorganização de serviços, rotinas e procedimentos na rede do SUS sob a perspectiva de suplantar o preconceito e a discriminação requer, de cada sujeito, dos coletivos sociais e das entidades, mudanças de valores baseadas no reconhecimento e no respeito às diferenças, o que ainda se constitui uma lacuna.²³

Em 2003, ocorreu a inclusão das questões de saúde de lésbicas e mulheres bissexuais na área técnica de Saúde da Mulher, com o objetivo de enfrentar as fragilidades desses segmentos, marcados pela incompreensibilidade no que se refere aos serviços e práticas de promoção e atenção à saúde.^{14,24}

Em 2004, fora fundado pelo Comitê Técnico de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis (LGTB), coordenado pelo Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP), da (Secretaria de Gestão Estratégica e participativa (SGEP), composto por representantes dos coletivos LGBT e áreas técnicas do Ministério da Saúde, com desígnio de promover a equidade em saúde para LGBT, enfrentando as injustiças em relação à universalidade do acesso na oferta de ações e serviços de saúde no SUS e a integralidade da atenção.¹⁴

Segundo Irineu (2014), o primeiro programa a ser lançado para a população LGBT foi o programa Brasil sem homofobia, que surgiu em 2004, desenvolvido pela Secretaria de Direitos humanos da Presidência da República. Com a objetivo de combater todas as formas de preconceito e discriminação, por meio da consolidação de políticas públicas para a promoção da cidadania da população LGBT, foi considerado avanço ímpar na história dos direitos dos cidadãos brasileiros (as).

Logo após a criação do programa, aconteceram duas conferências nacionais dos direitos LGBT entre 2008 e 2011. Em 2009, foi lançado o I plano nacional de promoção dos direitos LGBT. Em 2011, foi criado o Conselho nacional dos direitos LGBT, e recentemente em 2013, o Sistema Nacional de Enfrentamento à Violência contra LGBT e Promoção de Direitos.^{14,25}

A 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em novembro de 2007, estabeleceu a inclusão das necessidades e particularidades decorrentes da orientação sexual e identidade de gênero, por meio da implementação de uma política nacional de saúde integral voltada para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Novos processos políticos e princípios organizacionais foram sendo introduzidos no SUS, como a implementação: do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e

outras IST, contemplando ações voltadas para as lésbicas, mulheres bissexuais e transexuais; do Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e das IST entre gays, outros Homens que fazem sexo com Homens (HSH) e Travestis; e promoção da atenção à saúde das mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais como ação integrante da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.^{14,17,24}

Em 2008, o Ministério da Saúde lançou o Programa Mais Saúde: Direito de Todos, considerado o PAC da Saúde, que define diretrizes estratégicas que orientam os eixos de Intervenção, as medidas adotadas, as metas-síntese e os investimentos. O Eixo I – Promoção da Saúde, apresenta a medida “1.11. Promover ações de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde (para grupos populacionais de negros, quilombolas, GLBTT (Gays, Lésbicas, bissexuais, Travestis e Transexuais) ciganos, prostitutas, população em situação de rua, entre outros).²⁶

I Conferência Nacional de GLBTT, “Direitos Humanos e Políticas Públicas: O Caminho para Garantir a Cidadania de GLBTT”, realizada em junho de 2008, na mesma o Ministério da Saúde apresentou um texto básico que delineava os princípios da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, LGBT. Logo após, ocorre a publicação das Portarias GM nº 1707, de 18 de agosto de 2008, que institui o Processo Transexualizador no âmbito do SUS a da Portaria SAS nº 457, de 19 de agosto de 2008, que aprova a regulamentação desse processo no âmbito do SUS.²⁶ Deveriam ter ocorrido conferências regionais, municipais e estaduais para que fossem escolhidos os delegados da Conferência a Nacional, mas o que ocorreu foi que essas conferências aconteceram por textos bases e regimentos internos.^{14,24}

Em 2009, ocorre o I Seminário Nacional “Diversidade de Sujeitos e Igualdade de Direitos no SUS” realizado pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Apoio à Gestão Participativa, com a participação de gestores e trabalhadores da saúde e movimentos. Validada pelas bases sociais, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2009 e publicada por meio da Portaria nº 2.836, de 01 de dezembro de 2011, foi assinada durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde. Nesse mesmo dia, também foi assinada a Resolução CIT nº 02, de 06 de dezembro de 2011, que aprova seu Plano Operativo junto à Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Este Plano, pactuado na CIT em novembro de 2011, apresenta estratégias para as gestões federal, estadual e municipal, no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde desta população. Sua operacionalização se norteia pela articulação intra e intersetorial e uma das ações previstas no Plano Operativo, no Eixo 3 – Educação permanente e educação popular em saúde com foco na população LGBT é o fomento ao desenvolvimento de pesquisas com foco nas prioridades em saúde da população LGBT.^{14,24}

Diante deste contexto, nos dias 17 e 18 de setembro de 2012, o Departamento de Apoio à Gestão Participativa/SGEP/MS, em parceria com o Departamento de Ciência e Tecnologia/SCTIE/MS, realizou a Oficina de Pesquisas em Saúde da população LGBT e das populações do Campo e da Floresta. Esta Oficina teve como objetivo a elaboração de linhas de pesquisa para projetos de pesquisa referentes ao tema da saúde da população LGBT e das populações do campo e da floresta. Contou com a participação de pesquisadores/as, gestores/as, lideranças dos movimentos sociais e representantes do Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT e Grupo da Terra.^{14,24}

Ao final da Oficina, foi definida a seguinte linha de pesquisa, no que se refere à população LGBT: análise do acesso e da qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT no SUS.^{14,24}

Evolução histórica do atendimento e reconhecimento dos múltiplos gêneros LGBT

Conforme está previsto na Política Nacional de Saúde LGBT a mesma fora um divisor de águas para as Políticas Públicas de Saúde da União, visto a necessidade de apoio e informação desse grupo devido sua vulnerabilidade. A mesma se constitui em um documento norteador no que diz respeito às suas necessidades LGBT, visto que são amparados os direitos previstos na Constituição Federal e na Carta dos Usuários do Sistema Único de Saúde.⁷

A Política é toda composta por um conjunto de diretrizes que requer metas, planos sanitários e compromisso dos governos, das mais variadas secretarias e áreas do Ministério da Saúde.⁷

No Brasil no final da década de 70, tivemos um avanço no processo de redemocratização, em meio a isso tudo houve o surgimento de inúmeros grupos em defesa de outros grupos específicos de liberdade sexual.²⁶ Segundo a Constituição Federal (1988) todo cidadão tem direito a cidadania e dignidade, melhoria do bem-estar de todos, sem o prejulgamento de origem, raça, sexo, cor, idade e qualquer outra forma de discriminação.

Com o intuito de garantir essa igualdade vários movimentos sociais foram desenvolvidos em prol de garantir o que está estabelecido na Carta Magna. E para tanto em 2011 por meio da Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011²⁷, que instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Política Nacional de Saúde Integral LGBT cujo objetivos específicos são²⁷:

- Instituir mecanismos de gestão para atingir maior igualdade no SUS, com atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, incluídas as especificidades de raça, cor, etnia, territorial e outras congêneres;

- Ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades;

- Qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT;

Garantir acesso da população LGBT, através de ações voltadas a promoção, prevenção e redução de danos à saúde desse público garantindo seus direitos conforme rege as diretrizes do SUS. De acordo com o UNASUS (Universidade Aberta do SUS) os conceitos para cada grupo que compõe este público são:

Lésbica são mulheres que têm desejos e/ou práticas sexuais e relacionamentos exclusivamente com outras mulheres.⁶

Gay são homens que se identificam como homens e se relacionam sexual e afetivamente com outros homens (homossexuais).⁶

Bissexual é o termo utilizado para designar mulheres bissexuais e homens bissexuais; Mulheres bissexuais são aquelas que se identificam como mulheres e podem se relacionar sexual e afetivamente tanto com outras mulheres, quanto com homens. E homens bissexuais são aqueles que se identificam como homens e podem se relacionar sexual e afetivamente tanto com outros homens, quanto com mulheres.⁶

Travesti não possui identidade sexual feminina, apesar poder desempenhar o papel sexual feminino. A travesti se sente satisfeita com seu órgão genital e não deseja mudá-lo⁶. Transexual possui identidade sexual feminina ou masculina e identidade de gênero oposta; assim na maioria das vezes, exprimirem o desejo de realizar cirurgia de redesignação sexual para habituar à sua imagem, mas não necessariamente sentem atração pelo sexo oposto.⁶

Assim, a forma mais comum de representação da transexualidade é a do “corpo errado” (“um homem vivendo equivocadamente num corpo feminino”, “uma mulher vivendo equivocadamente num corpo masculino”). Neste sentido, as modificações corporais tendem a operar para que a necessária harmonia entre gênero e corpo seja (re)estabelecida.²²

Assexualidade é a falta de interesse pela prática sexual com parceiro/a. A pessoa assexual não sente atração sexual por ninguém, nem por homens, nem por mulheres, mas podem sentir atração amorosa. Esta atração amorosa pode ser pelo outro sexo, pelo mesmo sexo, por qualquer dos sexos ou independente de sexo ou gênero.⁶

Compreender a assistência de enfermagem perante a política voltadas a LGBT

A pouca abordagem ou a não abordagem em educação sexual no método de formação do enfermeiro é confirmada pela inaptidão dos enfermeiros em relação a essa temática, salientando a necessidade desses sujeitos adquirirem fundamento suficiente acerca do processo de sexualidade, nas diferentes fases do ciclo da vida.¹⁷

Uma das principais dificuldades que a população em questão encontra ao procurar pelos serviços de saúde, é a falta de preparo dos profissionais para lidar com o público LGBT, principalmente na área de ginecologia. Talvez pela insipiência da prática sexual ou até ausência da capacitação profissional.²¹

Assim, ficou visível a necessidade de renovar o conhecimento dos profissionais de saúde em relação à população LGBT e pensando nisso, o Ministério da Saúde, UNA-SUS tem ofertado o curso Política Nacional de Saúde Integral LGBT com o intuito de contribuir com a atuação dos profissionais de saúde, para que realizem suas ações de cuidado, promoção e prevenção da população LGBT com qualidade, de forma ponderada, garantindo à população LGBT, acesso à saúde integral.¹⁵

O Ministério da Saúde tem tentado amplificar as intervenções de saúde voltadas para população LGBT em todos os níveis, até mesmo, na Atenção Básica, lançou em 2014 uma campanha focada na população LGBT, em parceria com as Secretarias de Direitos Humanos (SDH) e de Políticas para as Mulheres (SPM) da Presidência da República, e, conta com cartazes e materiais explicativos que visam à sensibilização sobre a saúde dos cidadãos LGBT.¹⁵

A campanha inicialmente teve como ponto principal a saúde de mulheres lésbicas e bissexuais. Segundo o Ministério, há uma ideia equivocada por partes dos profissionais de saúde, associando, que mulheres lésbicas não têm risco de desenvolver cânceres de mama e de colo de útero, o que muitas vezes ocasiona na falta de prevenção.^{15,20}

Observa-se a importância dessa campanha não somente no sentido de anulação do preconceito e desigualdades, mas na prevenção e detecção de preconceito, o que pode fazer com que essas doenças não sejam negligenciadas.^{15,20} Outro êxito da população LGBT, é o uso do nome social. O usuário do SUS tem direito ao uso do nome social nos serviços de saúde e o Ministério tem aplicado em cartazes de publicação para que as pessoas saibam desse direito.^{15,20}

Os métodos educativos devem ser criados a partir da problematização das realidades dos usuários, o que significa refletir sobre as situações, questionando os fatos, fenômenos e ideias, para compreender os processos e construir propostas e soluções no coletivo. E nesse método de problematização deve-se buscar envolver todos, ou seja, tanto os usuários quanto os

trabalhadores do serviço de saúde.⁸ O profissional deve sempre traçar suas ações em princípios éticos, como o respeito à autonomia das pessoas, a privacidade, a confidencialidade e o sigilo na abordagem da sexualidade e saúde reprodutiva.¹⁵

Entre as ações de saúde para população LGBT destaca-se a inserção dos campos nome social, orientação sexual e identidade de gênero na ficha de Violência Interpessoal/Autoprovoçada no SINAN. Também foi incluído um campo para preenchimento da violência motivada por homofobia, lesbofobia e transfobia, informação relevante para dar visibilidade à violência sofrida pela população LGBT e conceituar os parâmetros de saúde, melhorando o planejamento das ações de prevenção e promoção da saúde para essa população.¹⁵

O enfermeiro com experiência em Saúde da Família tem uma visão holística pelo contato direto com o indivíduo e a comunidade, permitindo a identificação de fatores de risco que podem desenvolver agravos à saúde. Portanto, a especialização se faz necessária no sentido de permitir ao profissional o andamento de um trabalho distinto e capacidade de resolutividade das situações desafiadoras.¹⁵

Os mesmos também atuam na profilaxia pré-exposição ao HIV (PREP) que se constitui em um programa de prevenção que envolve a utilização de um medicamento antirretroviral (ARV), por pessoas que não estão infectadas com HIV, para reduzir os riscos de contágio através de relações sexuais. Esse medicamento irá bloquear o ciclo de multiplicação desse vírus, assim impedindo a infecção no organismo.²⁸

Há duas formas oral e tópica em gel Turvada (R) medicamento antirretroviral, aprovada pelo Food and Drugs Administration (FDA) órgão semelhante o ANVISA, para o tratamento de HIV/AIDS que se constituem na combinação de dois medicamentos fumarato de tenofovir desoprotina (TDF, 300mg) e a emtricitabina (FTC, 200mg).²⁸

De acordo com dados obtidos pelo Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas Fundação Osvaldo Cruz (Lopchin AIDS do INI- Fio Cruz), está sendo realizado um estudo incluíram 500 homens sexuais, travestis e mulheres transexuais com um risco maior de infecção pelo vírus HIV. Todos os incluídos no teste serão acompanhados por uma equipe médica e psicologia, durante todo o estudo, no decorrer do estudo se um dos participantes vir a adquirir HIV, o mesmo terá suspenso do teste e será iniciado o procedimento e tratamento para o controle do vírus HIV.²⁸

O enfermeiro atua na pesquisa e na extensão e na educação em saúde diretamente com os usuários do SUS, e responsável pela disseminação e implementação das políticas nacionais de saúde integral. As intervenções desenvolvidas pelo enfermeiro são de extrema importância visando à promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação de situações de risco à saúde.¹⁵ Cabe destacar que, a maior procura da população LGBT nas UBS ocorre na demanda espontânea, porém, surge aí uma oportunidade de acolhimento, divulgação e inclusão deste grupo em outros programas de saúde ofertados pelas UBS. Nesse sentido, o enfermeiro e a equipe multidisciplinar deve ter a percepção de realizar um bom acolhimento e promover educação para a saúde, a fim de apoiar as diretrizes da Política LGBT na prática.¹⁵

A formação acadêmica do enfermeiro é generalista, para que ele possa se deparar no mercado de trabalho com todos os tipos de acontecimentos, populações e problemas de saúde, de maneira que possa agir com resolutividade e aptidão. No entanto, a educação continuada deve ser uma asserção em seu profissionalismo, pois vivemos em um mundo multinacionalidade, com diferenças individuais e coletivas, cuja informação se propaga em grande velocidade.¹⁵

O tema abordado é atual e relevante em Saúde Pública, porém, a população LGBT está sendo introduzida em diversos setores da sociedade, e isto vem sendo divulgado pela mídia. Cabe a todos os profissionais, inovar-se, rever conceitos e valores, observar mudanças culturais ao longo das gerações e alterar a maneira de pensar e agir diante da temática LGBT.¹⁵

Verificar a efetividade do trabalho da enfermagem para o público alvo

Um trabalho de monografia realizado no ano de 2015 com estudante da graduação de enfermagem demonstrou que em uma pesquisa feita para mostrar o grau de conhecimento dos alunos sobre a política nacional de saúde integral LGBT; 73,68% dos participantes desconhecem a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT e apenas 15,78% aprenderam durante a graduação sobre a política na área acadêmica. Tendo em vista a importância da inclusão da política na graduação 17,54% disseram que não seriam importantes, ou seja, tem-se um déficit muito grande ao conhecimento e a inserção da política no curso de enfermagem.²⁹ É importante ressaltar que o profissional de saúde passe confiança e “segurança” para o paciente tendo em vista que o profissional é o detentor do conhecimento, estabelecendo assim uma relação assimétrica de poder na adesão do usuário LGBT no âmbito do SUS.²⁹

De acordo com a pesquisa realizada observou-se que a prestação de serviço da área pública está decadente, lembrando que os entrevistados, expressaram com clareza que a rede pública tem enfrentado um atendimento deficitário que também é passado para a sociedade.³⁰ Olhando por outro lado, quando se trata de homossexual masculinos o atendimento é feito com falta de preparo, sem orientações específicas e falta de funcionários para capacitados para acolhimento e recepção nos serviços de atendimento à população LGBT.³⁰

Há uma limitação na realização de programas e políticas LGBT; não há precisão de políticas orçamentárias de valores estrondosos na realização de programas LGBT e também não há precisão de orçamento para execução dos planos e ações na Política Nacional de Saúde Integral LGBT³¹. Tendo em vista a pesquisa é importante salientar que a maioria (31,57%) dos entrevistados disseram ser capazes e aptos para atender comunidade LGBT; (22,80%) disseram que teriam dificuldades no atendimento e (14,23%) não se sentem prontos para atender esse grupo da sociedade.²⁹

CONCLUSÃO

Com a criação da política nacional LGBT, esses grupos lutavam pelo reconhecimento de orientação sexual e identidade de gênero, refletindo na determinação da saúde decorrente do preconceito e do estigma social. Com avanço da sociedade LGBT tornou-se possível a criação de vários testes e métodos um deste foi a criação do projeto PreP com remédio Truvada, onde seleciona um grupo de indivíduos homossexuais, transexuais e travestis para a prevenção e disseminação do HIV.

Sabe-se também que no curso de enfermagem, a grade curricular não contempla disciplinas voltadas a aceitação e aos métodos de tratamento específicos e ao agravos oriundos ao LGBT, e doenças relacionadas aos mesmos, e muitas vezes durante a graduação os alunos não tem contato direto com esses pacientes; ou seja, o profissional formado, capacitado para trabalhar em sociedade heterossexual, quando se depara com o grupo LGBT tem uma certa dificuldade em prestar assistência a essa clientela por falta de conhecimento e capacitação.

Cabe aos cursos de enfermagem remodelarem as suas grades curriculares oportunizando aos alunos capacitação para atuarem em diferentes públicos oportunizando a todos um atendimento de enfermagem holístico, efetivo, eficiente colocando o usuário como protagonista de seu atendimento independente de suas escolhas sexuais e de gênero.

Assim este estudo oportuniza aos profissionais de enfermagem e a sociedade a clarificação da falta de preparo dos mesmos para prestarem atendimento ao LGBT, o atendimento do enfermeiro devera ser pautado em uma visão pratica, teoria para poder desenvolver o acompanhamento de qualidade ao grupo LGBT. Dessa forma, haverá profissionais capacitados para exercer a função mais para isso precisaremos que os cursos de enfermagem proporcionem praticas empíricas vivenciadas em campos de estágios ou de programa de residências para os enfermeiros em formação e para os profissionais já atuantes a implementação de um plano assistencial de educação continuada não só para enfermeiros, mas para toda classe multiprofissional para realizar um protocolo de desempenho no atendimento humanizado e livre de preconceitos ao público LGBT.

REFERÊNCIAS

1. Canabarro R. Historia e direitos sexuais no brasil: o movimento LGBT e a discussao sobre a cidadania. *In: Anais Eletrônicos do II Congresso Internacional de Historia Regional*; 2013 Jun 1-15; Rio Grande do Sul, Brasil.
2. Juca TMR, Quitete JB. Problematizando o dialogo sobre direitos sexuais e de gênero no ensino superior do curso de enfermagem na universidade federal fluminense. *In: XII Conages*; 2016 Jun 1-8; Campina Grande, Brasil.
3. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
4. Fry P. O que é homossexualidade. São Paulo: Editora Brasiliense;1993.
5. Fábio AC. A trajetória e as conquistas do movimento LGBT brasileiro. Nexo; 2017. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/explicado>>.
6. Brasil. Universidade Aberta do SUS(UNA SUS). Política LGBT. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/politica-de-saude-lgbt>>. Acesso em: 15 ago 2017.
7. Brasil. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. 1º ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf>. Acesso em: 15 ago 2017.
9. Reis N, Pinho R. Gêneros não-binários, identidades, expressões e educações. *Rev Reflexão e Ação*. 2016; 24(1): 7-25.
10. Alves CMR, Gonçalves MAM. O papel da enfermagem no rompimento dos preconceitos LGBT nos serviços de saúde. *In: 16º congresso nacional de iniciação científica*; 2016 1-11; São Paulo, Brasil.
11. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.
12. Silva JBF, Silva PE, Cunha LBPO, Pereira IL, Nogueira JA, Almeida AS. Evolução histórica das políticas públicas para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no estado da Paraíba[Internet]. *Rev enferm UFPE on line*. 2017; 11(supl.2):1096-102 [citado 2017 Jan. 11]. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/10220/pdf_2321>.
13. Alencar GA, Alves DA, Parente JS. Assistência a Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais Vítimas de Violência nos Serviços de Saúde. *Saúde transform soc*. 2016; 7(3): 36-

48.

14. Paulino DB. Discursos sobre o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT entre médicos(as) da estratégia saúde da família. Uberlândia. Dissertação[Mestrado em Psicologia]- Universidade Federal de Uberlândia; 2016

15. Garcia FG, Batista DS, Santos MC. A política nacional de saúde integral LGBT no Sistema Único de Saúde (SUS), Brasil. Rev Cient Inst Ideia. 2016; 2:1-18.

16. Sousa JC. Cuidados do enfermeiro à mulher lésbica na estratégia de saúde da família. Recife. Tese[Doutorado em Enfermagem]- Universidade Federal de Pernambuco; 2015.

17. Teodoro IPP, Felipe NKS, Teodoro LPP. Percepção das mulheres homoafetivas frente a assistência de enfermagem na saúde da mulher. Id on line Revista de Psicologia. 2014; 8(22):130-44.

18.Lima DJM, Paula PF, Lessa PRA, Moraes MLC, Cunha DFF, Pinheiro AKB. Comportamentos e práticas sexuais de homens que fazem sexo com homens. Rev Bras Enferm. 2014;67(6):886-90.

19. Silva GWS, Sem RCF, Santos OG, Sobreira MVS, Miranda FAN. O dito e o feito: o enfermeiro e o saber/fazer saúde para travestis[Internet]. Rev enferm UFPE on line. 2017; 8(10):3347-57 [citado 2017 Jan. 11]. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6258/pdf_6248>.

20. Rodriguez AMM. Experiências de atenção à saúde e percepções das pessoas transgênero, transexuais e travestis sobre os serviços públicos de saúde em Florianópolis/SC, 2013-2014. Florianópolis. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.

21. Carvalho LS, Philippi MM. Percepção de lésbicas, gays e bissexuais em relação aos serviços de saúde. Univ Ci Saúde, 2013; 11(2): 83-92.

22. Almeida G, Murta D. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. Sex Salud Soc. 2013; 14: 380-407.

23. Brasil. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

24. Frazão JC. Percepções dos usuários e dos profissionais da saúde e perspectivas de atuação do sanitarista na atenção à saúde da população transexual. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva]- Universidade de Brasília; 2016.

25. Irineu BA. 10 anos do programa Brasil. Temporais. 2014; 14(28):193-220.

26. Brasil. Mais saúde: direito de todos. Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

27. Brasil. Portaria nº 2.836, de 1 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html>. Acesso em: 25 mai de 2017.

28. Brasil. Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde(UNA-SUS). Política Nacional de Saúde Integral Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/politica-de-saude-lgbt>>. Acesso em: 10 mai 2017.

29. Ceciliano LA. Conhecimento de estudantes em enfermagem da política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Brasília. Monografia[Graduação em Enfermagem]- Centro Universitário de Brasília; 2015.

30.Pimenta FA, Hamman EM. Uso dos serviços de saúde por parte de homem que fazem sexo com homens do Distrito Federal. Tempus (Brasília).2011; 5(4):35-53.

31. Melo L, Perilo M, Braz CA, Pedrosa C. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. Sex Salud Soc. 2011; 9: 7-28.

AS DIFICULDADES ENFRENTADAS PELO ENFERMEIRO DO TRABALHO NA PREVENÇÃO DE ACIDENTES E DOENÇAS OCUPACIONAIS - REVISÃO DE LITERATURA

THE DIFFICULTIES FACED BY THE WORK NURSE IN THE PREVENTION OF OCCUPATIONAL ACCIDENTS AND OCCUPATIONAL DISEASES - LITERATURE

Rafael Braga de Almeida¹, Rodrigo Marques da Silva², Iel Marciano de Moraes Filho³

Como citar:

Almeida RB, Silva RM, Moraes-Filho IM. As dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro do trabalho na prevenção de acidentes e doenças ocupacionais – revisão de literatura. Rev. Cient. Sena Aires. 2017; 6(1): 59-71.

RESUMO

A enfermagem em saúde ocupacional é uma área profissional de grande importância para as organizações, no sentido de trabalhar em conjunto com a empresa e os trabalhadores, para prevenir os acidentes e doenças ocupacionais, mas enfrenta dificuldades no seu fazer cotidiano. O objetivo geral deste estudo foi analisar as evidências científicas sobre as principais dificuldades que o Enfermeiro em Saúde Ocupacional enfrenta na prevenção de acidentes e no cuidado a doenças no ambiente organizacional. Trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Google Acadêmico, incluindo artigos publicados entre 2010 e 2017, completos e disponíveis, em língua portuguesa e relacionados diretamente ao tema. Depois das buscas e de leitura exploratória foram selecionados 16 artigos para discussão. Os artigos selecionados mostraram que existe pouca literatura sobre as barreiras enfrentadas pelo enfermeiro em saúde ocupacional na realização do seu trabalho, sendo necessário inferir essas informações no contexto de pesquisas sobre a saúde dos trabalhadores. Existem dificuldades relacionadas ao próprio mercado de trabalho e problemas internos, envolvendo a relação entre empresas e trabalhadores, mediada pelo enfermeiro. Ambos podem resistir às medidas de segurança, a empresa querendo gastar menos e os trabalhadores desejando não perder o emprego, por estarem doentes ou lesionados. Tendo que dedicar muito tempo em ações educativas o enfermeiro em saúde ocupacional pouco contribui para a evolução das pesquisas sobre os mercados de trabalho e sobre suas próprias dificuldades.

Descritores: Enfermeiro em Saúde Ocupacional; Ambiente organizacional; Barreiras enfrentadas no trabalho.

ABSTRACT

The Occupational Health Nursing is a professional area of great importance for organizations, in the sense of working together with the company and the workers, to prevent accidents and occupational diseases, but it faces difficulties in its daily practice. The general objective of this study was to analyze the scientific evidence about the main difficulties faced by the Occupational Health Nurse in the prevention of accidents and in the care of diseases in organizations. This is a bibliographical review, fulfilled in the databases of the Virtual Health Library (VHL) and Google Scholar, including articles published between 2010 and 2017, complete and available in Portuguese and related directly to the topic. After the search and exploratory reading, 16 articles were selected for discussion. The articles selected showed that exist a insufficient literature on the barriers faced by nurses in occupational health in the performance of their work, and it's necessary capture this information between the lines in the context of research on the health of workers. There are difficulties related to the labor market itself and internal problems, in the relationship between companies and workers, mediated by the nurse. The two parties can withstand security measures, the company wanting to spend less and workers wishing not to lose their jobs, because they are sick or injured. Because time is spent on educational activities, the Occupational Health Nurse offers only a small contribution to the evolution of research on labor markets and their own difficulties.

Descriptors: Occupational health nurse; Organizational environment; Barriers faced at work.

REVISA

¹ Enfermeiro. Centro de Tratamento Cardiovascular - Unidade Hospital HOME
rafaelbragarba@hotmail.com

² Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires.
rodrigomarques@senaaires.com.br

³ Enfermeiro. Mestre em Ciências Ambientais e Saúde. Universidade Paulista (UNIP)- Goiânia.
ielfilho@yahoo.com.br

Recebido em: 25/02/2017
Aceito em: 28/04/2017

INTRODUÇÃO

O trabalho é inerente à vida do ser humano, pois dele depende a sua sobrevivência, bem como a de sua família. Desde a Antiguidade existe a preocupação de proteger o homem das dificuldades que lhe possam acontecer em virtude do exercício de uma atividade profissional, como acidentes, doenças e até mesmo a morte. Essa preocupação atravessou os séculos e as diversas civilizações, resultando em leis que buscam inserir o trabalho num contexto de normas que permitam ao trabalhador exercê-lo com segurança.¹

A forma como o homem organiza o trabalho pode fazer com que ele se torne ou não nocivo à sua saúde, reduzindo o seu desempenho. Só consegue vender sua força de trabalho quem tem saúde suficiente para realizá-lo. A saúde do trabalhador é necessária à produção, que nem sempre se preocupa com ela. Essa situação tem sido determinada histórica e socialmente.²

Nas mais diversas circunstâncias a segurança no trabalho está sujeita aos interesses daqueles que o oferecem, nem sempre proporcionando aos trabalhadores as condições necessárias no exercício de suas atividades, para não diminuir os lucros. Nesse aspecto, as conquistas que os trabalhadores conseguiram historicamente são de extrema importância para obrigar as organizações a melhorarem as condições em que o trabalho oferecido deve ser executado.³

O trabalho deve ser exercido em condições de segurança imediata e livre de doenças, a médio e longo prazo. Para isso, as organizações devem implementar o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), do qual faz parte, dentre outros profissionais, o Enfermeiro em Saúde Ocupacional, antigo Enfermeiro do Trabalho, cujas ações se destinam a proteger a integridade física dos trabalhadores.⁴

O SESMT tem a função de multiplicar as propostas de soluções preventivas e corretivas dos problemas de saúde no trabalho, a partir de observações e solicitações das partes interessadas. O órgão participa das discussões sobre o impacto que possíveis alterações possam causar no ambiente de trabalho, recebe as solicitações de suspensão de atividades ou parada de máquinas e acompanha a sua execução, em conjunto com o empregador.⁵

No contexto do SESMT, a ação do Enfermeiro em Saúde Ocupacional está intimamente ligada à prevenção e promoção da saúde do trabalhador, bem como à proteção contra riscos de acidentes por agentes químicos, físicos, biológicos e psicossociais. Sua atuação no ambiente laboral tem se tornado indispensável, pois contribui para a redução significativa no número de acidentes e doenças que afetam o trabalhador, promovendo a qualidade de vida e dando ênfase à melhor execução do trabalho.⁶

Contudo, o Enfermeiro em Saúde Ocupacional pode encontrar dificuldades em sua atuação, sendo estimulado a desenvolver liderança e capacidade decisória, buscando ser flexível diante de situações de conflito, assumindo riscos, preparando, inovando e buscando novas possibilidades, negociando e até mesmo transformando o ambiente laboral, em benefício da saúde de todos os envolvidos no processo de trabalho.⁷

O papel do Enfermeiro em Saúde Ocupacional tem relevância ainda maior quando se considera que esse profissional pode atuar como educador na Atenção Básica em Saúde. Ao exercer esse papel o profissional torna-se figura atuante, não apenas na organização, mas também na vida dos colaboradores, de suas famílias e comunidades. Dessa forma, as diretrizes elaboradas pelos Enfermeiros do Trabalho nas organizações contribuem para a prática da enfermagem em Saúde Ocupacional, com reflexos na sociedade.⁸

O tema apresenta relevância para a saúde do trabalhador, bem como importância jurídica e social. O trabalhador, enquanto agente fundamental do processo de cidadania, insere-se no contexto dicotômico entre a manutenção do seu emprego e a rotina repleta de situações que necessitam de mudanças, o que causa conflitos no contexto laboral e traz problemas à sua saúde.⁹

Em termos jurídicos, são observadas mudanças constantes na legislação que regulamenta a prática trabalhista. O enfermeiro atua para evitar gastos que a empresa poderia ter se o trabalhador se acidentasse ou adoecesse e defende os profissionais quando as empresas não cumprem adequadamente os requisitos de segurança estabelecidas para o bom andamento do trabalho diário.⁹

No entanto, em muitos momentos, o enfermeiro e outros profissionais de saúde que atuam no contexto laboral não têm sua importância devidamente reconhecida, além de enfrentarem a necessidade de mediar os interesses e demandas entre trabalhador, empregador e legislação. Além disso, a figura do Enfermeiro em Saúde Ocupacional também precisa de maior reconhecimento devido à sua importância na decisão dos destinos de milhares de trabalhadores que chegam às empresas todos os dias e necessitam de condições adequadas para exercerem suas atividades. O Enfermeiro do Trabalho se faz presente para garantir que essas condições sejam cumpridas, conscientizar a empresa do seu dever de assistir e os trabalhadores de sua obrigação em cumprir as normas estabelecidas.⁹

Frente a esse processo de trabalho, o enfermeiro pode enfrentar dificuldades. Nesse contexto, questiona-se: Quais são as evidências na literatura científica sobre as dificuldades enfrentadas pelo Enfermeiro em Saúde Ocupacional na prevenção de acidentes e doenças ocupacionais no ambiente organizacional?

Dessa forma, o objetivo geral dessa pesquisa foi analisar as evidências científicas sobre as principais dificuldades que o Enfermeiro em Saúde Ocupacional enfrenta na prevenção de acidentes e no cuidado a doenças no ambiente organizacional.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica, definida como o levantamento de material já publicado, em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita, colocando o pesquisador em contato direto com tudo aquilo que foi divulgado sobre determinado assunto. Assim, ao compreender que as pesquisas de laboratório e de campo exigem o levantamento de estudos prévios para definição do objeto que se propõe a analisar, a revisão pode ser considerada também como o primeiro passo de toda pesquisa científica.¹⁰

A busca foi realizada entre os meses de agosto e setembro de 2017 nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Google Acadêmico. Os descritores utilizados foram: enfermagem do trabalho; prevenção de acidentes do trabalho; e com o uso de um operador booleano, ou seja, enfermeiro *and* saúde ocupacional *and* dificuldades. Na BVS foram pesquisadas as bases de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de dados em Enfermagem (BDENF) *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Foram incluídas referências publicadas entre 2010 e 2017, com apresentação na íntegra e publicação em língua portuguesa. Os critérios de exclusão foram: materiais incompletos, publicados em idioma diferente da língua portuguesa, repetidos entre as bases de dados e que não atenderam diretamente ao tema proposto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os artigos encontrados foram lidos, inicialmente, em relação ao resumo, para identificar sua relação com o tema. Assim, com o uso do descritor “enfermeiro do trabalho”, na base LILACS foram selecionados 99 artigos, na BDENF foram selecionados 81 artigos e na SciELO a seleção foi de 34 artigos. No Google Acadêmico foram localizados 32 artigos, por meio desse descritor. A segunda leitura desses artigos foi exploratória e resultou na seleção final de seis artigos na LILACS, três artigos na BDENF e quatro artigos na SciELO.

Seguindo o mesmo procedimento, no Google Acadêmico foi utilizada a expressão descritora “enfermeiro *and* saúde ocupacional *and* dificuldades”, com a localização de 107 artigos, dos quais três foram selecionados. A seleção final resultou da aplicação dos critérios de exclusão e da leitura exploratória, compondo uma amostra de 16 artigos, cujas principais informações são apresentadas no Quadro 1, a seguir, em ordem cronológica decrescente.

Quadro 1 – Informações sobre os artigos selecionados para a análise

Ano	Título	Objetivo geral	Resultados	Conclusões
2017	Saúde e segurança na construção civil: relato sobre as contribuições da enfermagem	Elencar os principais Diagnósticos de Enfermagem (DE) e Intervenções de Enfermagem (IE) em uma obra da construção civil	Os DE e as IE devem nortear-se pela identificação de fatores que determinem ou contribuam para tais diagnósticos, sejam estes biológicos ou psicossociais, para que se possa inserir o trabalhador no planejamento dos cuidados	O enfermeiro desvela e contribui de forma significativa na manutenção da saúde do operário, de modo que este exerça sua atividade laboral com liberdade e segurança
2017	A importância da atuação do enfermeiro do trabalho na orientação do uso dos EPI's para a prevenção dos acidentes ocupacionais	Refletir sobre a importância do enfermeiro do trabalho na orientação do uso dos EPI's na prevenção de acidentes do trabalho	O EPI deve ser utilizado como último recurso ou em situações específicas e legalmente prevista, como o caso em que medidas de proteção coletiva são inviáveis, casos de emergência ou enquanto as medidas de proteção coletiva estiverem sendo implementadas	A atuação do enfermeiro na orientação do uso dos EPI's é relevante, desempenhando sua função em orientar, conscientizar e informar sobre a prevenção das doenças ocupacionais.
2016	Construção participativa de uma linha de cuidado ao trabalhador com Lesão por Esforços Repetitivos	Construir uma linha de cuidado integral para o trabalhador com Lesões por Esforços Repetitivos	As unidades da Estratégia Saúde da Família são responsáveis por coordenar as ações sobre saúde do trabalhador em seu território de atuação	Estabelecer uma linha de cuidado é insuficiente para garantir atenção à saúde do trabalhador de qualidade, pois também são necessários gestão efetiva, infraestrutura adequada, equipamentos, recursos humanos e logística.

2014	Atuação do enfermeiro na saúde do trabalhador: um enfoque na prevenção	Descrever os fundamentos para atuação do enfermeiro na saúde do trabalhador com enfoque na prevenção	O enfermeiro tem uma atuação de extrema relevância na saúde do trabalhador, já que atua desde a prevenção de acidentes/doenças do ambiente laboral até o tratamento de enfermidades ocasionadas pelo ritmo de atividade	As ações do enfermeiro do trabalho possuem relevância preventiva.
2013	Trabalho nos subterrâneos, mineiros com a palavra – cenário de preocupações para a enfermagem do trabalho	Conhecer e discutir as condições de trabalho do mineiro, os fatores associados ao risco de exposição laboral e as suas implicações para o trabalho em minas subterrâneas.	Os enfrentamentos aos riscos ambientais, cuidado com o corpo e adoecimentos e acidentes revelam que o modo de organização e práticas do trabalho gera sofrimento para o mineiro	A questão da saúde do trabalhador ultrapassa a técnica e requer a atuação de profissionais, como o Enfermeiro do Trabalho, para promover a saúde.
2012	Enfermagem na equipa de saúde ocupacional	Perceber qual o lugar que a Enfermagem tem na equipa de Saúde Ocupacional, descrevendo como esta é executada em diferentes países, com variadas perspectivas e objetivos	A Saúde Ocupacional comporta hoje uma abordagem abrangente, onde se inserem aspetos não laborais que interferem com a saúde do trabalhador, podendo englobar a família e/ou comunidade.	É fundamental quantificar custos, pré- e pós-atuação, para valorizar o trabalho do enfermeiro em saúde ocupacional financeiramente, perante a gestão da entidade empregadora.
2012	Enfermagem do Trabalho à luz da visão interdisciplinar	Refletir acerca da prática do enfermeiro do trabalho dentro da equipe multiprofissional, enraizado nos conceitos da saúde coletiva e da visão interdisciplinar	A saúde do trabalhador é, por natureza, um campo composto por diferentes sujeitos, inseridos em contextos diversos e que requerem, portanto, uma atenção interdisciplinar e multiprofissional	É difícil exercer uma profissão que não possui suas atribuições regulamentadas pelo conselho de classe, encontra-se à margem da legislação vigente e ainda possui enorme dificuldade em quebrar as barreiras, arraigadas durante a graduação e especialização, do saber vertical e individualizado para um saber coletivo e interdisciplinar.
2011	Medidas de prevenção contra câncer de pele em trabalhadores da construção civil: contribuição da enfermagem	Identificar o conhecimento de enfermeiros sobre o câncer de pele, descrevendo as medidas de proteção/ prevenção adotadas por eles	As medidas de proteção adotadas pelos trabalhadores para prevenção são insuficientes e a forma como são utilizadas não está em consonância com a literatura para protegê-los desta patologia	As intervenções do enfermeiro com a equipe da Saúde do Trabalhador podem contribuir para implementações de medidas preventivas do câncer ocupacional.

2011	Características do ambiente de trabalho do enfermeiro em plataforma de petróleo <i>offshore</i>	Conhecer as características do ambiente de trabalho do enfermeiro em plataforma de petróleo <i>offshore</i>	O ambiente descrito é perigoso, complexo, coletivo, contínuo e em regime de confinamento, e que englobam os fatores principais - vibração, ruído, temperatura, e fatores secundários - relações humanas, apoio social, estabilidade, remuneração	Para o profissional de saúde promover ações que proporcionem segurança no ambiente de trabalho em cooperação com o serviço de segurança e saúde especializado da empresa, é preciso a elaboração de diagnóstico situacional do ambiente de trabalho.
2011	A formação dos profissionais de enfermagem do trabalho na perspectiva das instituições formadoras	Caracterizar a formação do profissional especializado em enfermagem do trabalho em nível técnico e superior nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do Brasil	Existem cerca de 391 profissionais formados em enfermagem do trabalho e 60 instituições responsáveis pelos cursos de especialização e qualificação nas regiões estudadas	As Regiões Norte e Centro-Oeste do Brasil apresentam um número reduzido de instituições formadoras de profissionais especializados e qualificados em enfermagem do trabalho, principalmente quando comparadas à Região Nordeste.
2011	A busca pela formação especializada em Enfermagem do Trabalho por enfermeiros	Problematizar e discutir a busca pela formação especializada em Enfermagem do Trabalho por enfermeiros	A busca da formação especializada em Enfermagem do Trabalho é regida pela perspectiva para uma atuação profissional em Enfermagem do Trabalho e a especificidade dos conteúdos curriculares em saúde do trabalhador.	Interfaces do processo educativo confirmam importantes contribuições para uma formação sólida, projetam o enfermeiro no patamar teórico/acadêmico e compõe o itinerário para a formação <i>Stricto Sensu</i> .
2010	Gestão da segurança e saúde no trabalho em empresas produtoras de baterias automotivas: um estudo para identificar boas práticas	Identificar boas práticas e principais dificuldades relacionadas à gestão da SST em empresas fabricantes de baterias automotivas da região centro-oeste do Estado de São Paulo	O apoio da alta direção e da área de Recursos Humanos e a participação ativa dos colaboradores são determinantes para o sucesso das boas práticas em saúde do trabalho	As principais dificuldades na gestão da saúde do trabalho advêm de falhas na comunicação, inexistência de indicadores de SST e ausência de visão estratégica para segurança.
2010	Educação em saúde: um desafio do Enfermeiro do Trabalho na atenção à saúde dos caminhoneiros	Descrever conteúdos com enfoque nas necessidades de saúde dos caminhoneiros para subsidiar um Programa de Educação em Saúde	Entende-se o adoecimento do trabalhador e as dificuldades decorrentes da sua atividade laboral como problemas de saúde nem sempre percebidos pelos caminhoneiros e a	Percebeu-se como necessário para a efetiva prática da educação em saúde, uma conscientização dos trabalhadores através de uma organização do profissional enfermeiro, de modo que haja avanços

			educação em saúde como uma ação da enfermagem do trabalho	na forma de pensar e atuar neste âmbito.
2010	Contribuições do Enfermeiro do Trabalho na promoção da saúde do trabalhador	Estabelecer quais são as contribuições do enfermeiro para promover a saúde do trabalhador	A produção do conhecimento em Enfermagem do Trabalho tem subsidiado melhores práticas de trabalho, a promoção da saúde dos trabalhadores e auxiliado a expansão do mercado de trabalho para esses profissionais	Os enfermeiros devem continuar estudando as peculiaridades do trabalho de sua profissão, no entanto, faz-se necessário ampliar as contribuições na produção do conhecimento em Saúde do Trabalhador com foco nas diretrizes nacionais e internacionais da área, nas políticas de saúde e de saúde do trabalhador vigente e nas demandas sociais e econômicas.
2010	Atribuições do enfermeiro do trabalho na prevenção de riscos ocupacionais	Retratar os profissionais atuantes em estabelecimentos de saúde que estão expostos a diversos agentes/fatores de riscos ocupacionais	A percepção das instituições com a saúde do trabalhador é insuficiente	A educação continuada e permanente é de suma importância para a conscientização e adesão dos trabalhadores sobre a prevenção dos riscos ocupacionais a que estão expostos.
2010	Atribuições e funções dos enfermeiros do trabalho no Brasil e nos Estados Unidos	Delinear as responsabilidades e funções das enfermeiras do trabalho no Brasil e compará-las às atribuições das enfermeiras de saúde ocupacional nos Estados Unidos	A maioria das enfermeiras eram mulheres, brancas, com faixa etária entre 41 e 50 anos e trabalhavam em hospitais e centros médicos como enfermeiras clínicas ou administradoras	As enfermeiras brasileiras realizam mais funções administrativas, atividades de consultoria e ações educativas, enquanto as enfermeiras norte-americanas desenvolvem mais papéis educativos e de consultoria.

Verifica-se o predomínio de artigos publicados no ano de 2010 (n=5) e 2011 (n=4), havendo redução do número de publicações nessa temática nos últimos anos.

Dificuldades encontradas pelo Enfermeiro em Saúde Ocupacional nas organizações

O enfermeiro em saúde ocupacional trabalha com as características do ambiente de cada tipo de organização onde atua, assim, é preciso conhecê-lo, por meio da elaboração de diagnóstico situacional. O ambiente pode ser arriscado, perigoso, complexo, coletivo, contínuo e em regime de confinamento, como ocorre nas plataformas de petróleo *offshore*, que é organizada e tem funcionamento semelhante ao de uma cidade, de forma a oferecer todo o suporte que os trabalhadores precisam.¹¹

Nesse ambiente, a enfermagem fica na área dos camarotes, próxima a áreas de grande ruído, fazendo com que seja necessário usar protetores auriculares. O risco de exposição aos gases resultantes do processo de

trabalho é constante. O enfermeiro tem uma jornada de trabalho de 14 dias embarcado, o que pode gerar sensação de confinamento, tendo que assumir atitudes disciplinadas e comportamentos enrijecidos, devido à disciplina dos procedimentos. A vida familiar fica suspensa durante essa jornada.¹¹

O trabalho do enfermeiro ocorre constantemente em ambiente refrigerado, o que pode não ser bom para a saúde, mas as temperaturas externas, principalmente próximo as grandes máquinas, são muito elevadas, o que também não é bom. A vibração das máquinas é constante e o enfermeiro ainda está submetido à salinidade e cabe-lhe mobilizar recursos cognitivos e materiais para enfrentar esse ambiente sem adoecer física ou psicologicamente. Assim, o diagnóstico do ambiente feito pelo enfermeiro não serve apenas para os trabalhadores, mas para situar o seu próprio trabalho.¹¹

O ambiente de trabalho das empresas que produzem baterias automotivas também apresenta dificuldades para o enfermeiro, pois lida com muitos insumos e produz resíduos nocivos, o que exige a construção de processos de gestão da segurança. Os obstáculos enfrentados pela organização são a necessidade de gerenciar melhorias contínuas; custo alto para melhorar a imagem da empresa; falta de recursos humanos competentes e de informação; falta de clareza de padrões; de recursos financeiros e de criar uma cultura de segurança.¹²

Diante desses obstáculos a empresa pode enfrentar dificuldades de gestão na segurança, o que traz obstáculos para o enfermeiro do trabalho que nela atua. Os recursos empregados e o envolvimento da alta e média diretoria, bem como do setor de Recursos Humanos, podem ser insuficientes. Os colaboradores podem ser resistentes à criação da cultura de segurança, gerando oportunidades para acidentes, além de conflitos interpessoais, que interferem na saúde. Assim, é preciso haver envolvimento de todos na segurança, para que o trabalho do enfermeiro seja bem visto entre os colaboradores.¹²

O trabalho do caminhoneiro também está sujeito às condições ambientais, que, nesse caso, variam muito, podendo provocar instabilidade emocional. O enfermeiro do trabalho enfrenta a falta de tempo desse profissional para cuidar de sua saúde, procurando o serviço médico apenas em situações de emergência, quando muitas doenças já podem estar instaladas. Os principais obstáculos a serem enfrentados pelo enfermeiro em saúde ocupacional diante do caminhoneiro é a sua negação da doença ou do risco de acidentes; sua preferência pela avaliação médica; recusa em se submeter a procedimentos de saúde, por medo de perder o emprego; informações equivocadas sobre saúde; e considerar que os problemas de saúde apresentados são “normais” na profissão. O desafio do enfermeiro é, portanto, conseguir produzir ações que mudem essa visão e proporcionem cultura de segurança entre esses profissionais, não importa o local em que estejam.¹³

Fazer com que o trabalhador assuma posturas de segurança no trabalho é uma grande dificuldade para o enfermeiro, principalmente quando as empresas mascaram as doenças e não notificam os acidentes, para não interromper a produção e aumentar os lucros. Também é preciso enfrentar a pressão do trabalhador doente ou acidentado para voltar ao trabalho, mesmo sem ter condições, para não perder o emprego ou não ser chamado de faltoso. Nem sempre é fácil para o enfermeiro conscientizar a empresa de que segurança é lucrativo e o trabalhador de que é necessário seguir as regras, para evitar doenças e acidentes.¹⁴

O enfermeiro em saúde ocupacional precisa conhecer bem o processo

de trabalho da empresa onde atua. Na construção civil, por exemplo, os trabalhadores se expõem aos raios ultravioleta por anos e anos, podendo adquirir câncer de pele. A luz solar é necessária ao desenvolvimento do trabalho, mas as empresas e os trabalhadores precisam se conscientizar da importância da proteção e o enfermeiro conhecer o nexo causal entre a atividade exercida e a doença.¹⁵

Como a maior parte dos trabalhadores da construção civil possui baixa escolaridade a dificuldade encontrada pelo enfermeiro do trabalho é fazê-los compreenderem a necessidade de proteção, já que o câncer de pele não se manifesta de imediato, assim como a falta de investimentos das empresas na sua proteção, como a compra e uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's). O enfermeiro precisa conscientizar o trabalhador do nexo entre as condições ambientais e a doença, o que nem sempre é fácil, devido à falta de conhecimentos e medo de perder o emprego.¹⁵

O setor de construção civil é campeão em acidentes do trabalho e piores índices de segurança, em todo o mundo. Isso se deve principalmente ao binômio uso de altas tecnologias versus pouca capacitação dos trabalhadores para lidarem com elas, o que provoca acidentes e doenças ocupacionais. O treinamento desses trabalhadores precisa ser supervisionado pelo enfermeiro do trabalho, mas esta é uma situação que pode gerar dificuldades, pois a empresa pode resistir ao tempo gasto para isso, o enfermeiro precisa investigar o ambiente, para detectar os pontos perigosos e a empresa também pode querer evitar maiores gastos na sua segurança. Contudo, a maior dificuldade parece ser a de fazer o trabalhador entender que a profissão deve ser exercida conforme as normas e não como sempre fez ao longo da vida, correndo riscos desnecessários.¹⁶

Em ambientes de trabalho como o da mineração subterrânea os trabalhadores podem ser muito conscientes sobre as questões de segurança, mas a empresa exige que trabalhem em condições inseguras. Nesse momento, o enfermeiro em saúde ocupacional precisa intervir, o que nem sempre é bem aceito pela empresa, ocorrendo enfrentamentos. Diante disso, a organização precisa ser conscientizada de que o trabalhador mutilado ou morto representa um alto custo, não só financeiro, mas para as famílias e a motivação dos demais colegas. Nos setores onde os trabalhadores ganham por produtividade, como entre os mineiros, o enfermeiro em saúde ocupacional encontra resistências por parte das empresas, mas também dos trabalhadores, que não querem perder o seu sustento.¹⁷

O enfermeiro em saúde ocupacional lida com interesses contraditórios, que são os da empresa, que pode se considerar insatisfeita com os resultados do seu trabalho, e os dos trabalhadores, que podem não querer seguir regras de segurança, mas precisam de proteção contra doenças e acidentes. A interação com os outros departamentos da empresa pode ser difícil para o enfermeiro, fazendo com que não consiga adquirir todos os meios e materiais necessários para o seu trabalho.¹⁸

Terá também que apresentar resultados que justifiquem a não contratação de uma empresa externa para cuidar da segurança dos trabalhadores e convencer os diretores de que a elaboração de um programa interno é mais lucrativa e interessante para todos. Assim, o enfermeiro precisa apresentar um perfil de competências, além de conscientizar a empresa da importância do seu trabalho.¹⁸

A empresa precisa ter o conhecimento de que deve ser parceira dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, regionais ou municipais, de forma a estabelecer uma linha de cuidados, mediada pelo enfermeiro em

saúde ocupacional, que deve indicar os serviços de saúde a serem procurados diante de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais. Contudo, a linha de cuidados pode se fragmentar, diante das condições em que o sistema público de saúde funciona, fazendo com que o trabalhador encaminhado pelo enfermeiro não seja atendido de forma urgente e interdisciplinar, bem como não notificar adequadamente cada caso, o que também pode ocorrer por parte da empresa. Isso dificulta a construção de epidemiologia dos acidentes e doenças ocupacionais em todo o Brasil.¹⁹

As parcerias com o sistema público de saúde devem ter como enfoque a prevenção da saúde do trabalhador, processo iniciado pelo enfermeiro em saúde ocupacional, a partir da percepção e reversão dos riscos contidos no ambiente organizacional.²⁰

Contudo, isso implica em gastos com equipamentos de segurança, treinamento dos trabalhadores, mapeamento dos riscos e notificações baseadas nos registros de enfermagem. A empresa pode não investir o quanto seria necessário, fazendo com que o trabalho do enfermeiro não tenha a sequência necessária, fragmentando a parceria com o sistema público de saúde, o que implica no não reconhecimento integral do seu trabalho.²⁰

Essa falta de reconhecimento decorre da falta de conhecimento e banalização das normas e legislações sobre segurança no trabalho e sua importância para empresas, que reclamam dos gastos, e dos trabalhadores, que resistem em seguir as regras. O enfermeiro tem grande dificuldade em conscientizar as duas partes a respeito de suas obrigações. A resistência em construir cultura de segurança afeta o trabalho do enfermeiro em saúde ocupacional.²¹

Assim, ainda que a demanda brasileira por esse profissional tenha aumentado as suas dificuldades no ambiente de trabalho não se tornaram menores. Como o enfermeiro em saúde ocupacional ocupa funções clínicas assistenciais, de gerenciamento e administração, a pesquisa fica relegada a segundo plano, o que prejudica a elaboração de dados sobre a saúde do trabalhador em todo o país. Como as resistências à segurança demandam muito tempo do enfermeiro em ações educativas a coordenação de atividades de prevenção e assistência aos trabalhadores que adoecem ou se acidentam também fica prejudicada.²²

A falta de pesquisas na área de saúde do trabalho afeta as práticas do enfermeiro em saúde ocupacional, a promoção da saúde dos trabalhadores e o próprio mercado de atuação. A pesquisa brasileira se volta para a própria área de enfermagem e seus riscos ocupacionais, sem abordar os grandes temas do mercado de trabalho, aqueles que envolvem questões sociais, políticas e econômicas. Essa abordagem é necessária para o crescimento da própria profissão, para se fazer respeitada nos círculos organizacionais e científicos do país, o que no Brasil conta com iniciativas muito tímidas.²³

A dificuldade do enfermeiro pesquisador em saúde ocupacional é integrar os saberes clínicos com os saberes sociais, ou seja, trabalhar de forma interdisciplinar. O profissional recebe formação para valorizar a primeira área e deixar a segunda de lado. Mobilizar as competências de profissionais da área de saúde ocupacional, como o enfermeiro, médico, psicólogos, assistentes sociais, técnicos de segurança, engenheiros, higienistas, dentre outros, tem se mostrado uma árdua tarefa para o avanço da pesquisa sobre a saúde do trabalhador no Brasil e das próprias dificuldades que o enfermeiro em saúde ocupacional enfrenta no seu dia a dia.²⁴

A não valorização do trabalho do enfermeiro em saúde ocupacional faz

com que as empresas optem por contratarem técnicos e auxiliares de enfermagem, que trabalham sob as ordens do médico do trabalho, contrariando a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, pela qual deveriam estar subordinados ao enfermeiro. O exercício da profissão de enfermeiro em saúde ocupacional de forma multidisciplinar e interdisciplinar é uma necessidade, a área ainda está muito compartimentada, o que também prejudica o trabalhador.²⁴

CONCLUSÃO

A literatura encontrada para o estudo mostra poucas evidências das dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro em saúde ocupacional na prevenção de acidentes e doenças entre os trabalhadores e para si mesmo, especialmente em categorias de trabalho que não estejam relacionadas com a enfermagem. A produção sobre a enfermagem em saúde ocupacional se volta, preferencialmente, para os temas das atribuições do enfermeiro e sua importância no contexto organizacional.

Dessa forma, é preciso ler nas entrelinhas do que os autores apresentam, para inferir as barreiras enfrentadas pelo enfermeiro em saúde ocupacional na execução do seu trabalho nas organizações. A primeira delas se refere ao próprio emprego, visto que algumas empresas preferem contratar técnicos e auxiliares de enfermagem para cuidar da saúde dos trabalhadores, juntamente com o médico. Isso pode afetar a remuneração, desvalorizando a presença do enfermeiro em saúde ocupacional nas organizações.

Conforme o tipo de organização, o ambiente de trabalho pode ser insalubre e afetar a própria saúde do enfermeiro, como ocorre nas plataformas petrolíferas, onde os plantões duram cerca de duas semanas embarcado, em locais com muito ruído, odores fortes, refrigeração ou temperaturas muito altas. O enfermeiro precisa elaborar diagnósticos dessas condições, não só para proteger os trabalhadores, mas também cuidar de sua saúde.

Talvez a maior barreira seja o fato do enfermeiro em saúde ocupacional estar num plano de mediação entre duas categorias que podem ser antagônicas, a empresa e os trabalhadores. A organização precisa investir financeiramente e de forma educativa em segurança, mas pode priorizar o lucro, deixando os trabalhadores expostos aos acidentes e doenças ocupacionais, dificultando o trabalho do enfermeiro em saúde ocupacional para prover-lhes segurança.

Os trabalhadores, por outro lado, também podem dificultar, não aderindo às normas de segurança implementadas pela empresa, o que leva o enfermeiro a despender muito tempo do seu trabalho em ações educativas, deixando de lado áreas importantes, como a pesquisa sobre as condições dos mercados de trabalho, com enfoque social e econômico e não somente no âmbito da saúde.

Dessa forma, foi observado que existem muitas pesquisas na literatura de enfermagem em saúde ocupacional sobre as condições de trabalho em diversos tipos de organizações, incluindo os riscos que corre o próprio enfermeiro, mas praticamente não existem estudos específicos sobre as barreiras enfrentadas pelo enfermeiro para fazer a prevenção dos riscos e doenças ocupacionais, bem como encaminhar os trabalhadores para tratamento. Pesquisas de campo nessa área seriam muito úteis para delinear como se desenvolve o trabalho do enfermeiro em saúde ocupacional nas organizações, em relação às dificuldades encontradas.

REFERÊNCIAS

1. Santos ARM. O Ministério do Trabalho e Emprego e a saúde e segurança no trabalho. In: Chagas AMR, Salim CA, Servo LMS (Orgs.). Saúde e segurança no trabalho no Brasil: aspectos institucionais, sistemas de informação e indicadores. 2. ed. São Paulo: IPEA/FUNDACENTRO; 2012.
2. Nunes EE, Mendes JMR. A trajetória do trabalhador portador de LER/DORT: afinal que caminho é esse? In: Mendes JMR, Desaulniers JBR. Textos e Contextos: perspectivas da produção do conhecimento em Serviço Social. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2002.
3. Fernandes JM. A organização do trabalho no contexto do capital flexível: novas patologias e a saúde no trabalho. Brasília. Monografia[Especialização em Psicodinâmica do Trabalho]- Universidade de Brasília; 2011.
4. Baptista AR, Silva FC, Luz MRP, Veronez N. O papel do SESMT no auxílio da gestão de empresas. Rev Alumini 2011; 1(1):1-18. Disponível em: http://fgh.escoladenegocios.info/revistaalumni/artigos/Artigo_Palmieri.pdf. Acesso: 16 set. 2017.
5. Silva HBM. Direito do Trabalho aplicado: segurança e medicina do trabalho, trabalho da mulher e do menor. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
6. Lima BO, Lima JA. O papel do enfermeiro do trabalho na orientação e prevenção de acidentes e doenças laborais. Anuário de Produção Científica, Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo Neves (IPTAN); 2012. p. 1-14. Disponível em: http://www.iptan.edu.br/publicacoes/anuario_producao_cientifica/arquivos/revista1/artigos/artigo09.pdf. Acesso: 17 set. 2017.
7. Costa ICS, Visconti K, Lunelli T. Atuação do enfermeiro frente a conflitos no ambiente de trabalho. 2016. Disponível em: <https://pt.linkedin.com/pulse/atua%C3%A7%C3%A3o-do-enfermeiro-frente-conflitos-cotidiano-de-iana-cristina>. Acesso em 17 set. 2017.
8. Carmo TA, Masson VA, Tasso CAS. Assistência de Enfermagem do Trabalho: prevenção de doenças ocupacionais. Rev Cienc Inovação FAM 2016; 3(1):48-55. Disponível em: <http://www.fam.br/revista/index.php/cienciaeinovacao/article/download/57/110>. Acesso: 17 set. 2017.
9. Waldhelm Neto N. A importância da Segurança do Trabalho. Segurança do Trabalho NWN. 2013. Disponível em: <http://segurancadotrabalhonwn.com/a-importancia-da-seguranca-do-trabalho/>. Acesso: 28 set. 2017.
10. Lakatos EM, Marconi MA. Técnicas de pesquisa. 7. ed. São Paulo: Atlas; 2008.
11. Guedes CCP, Aguiar BGC, Tonini T. Características do ambiente de trabalho do enfermeiro em plataforma de petróleo offshore. Rev Enferm UERJ 2011; 19(4):657-62.
12. Oliveira OJ, Oliveira AB, Almeida RA. Gestão da segurança e saúde no trabalho em empresas produtoras de baterias automotivas: um estudo para identificar boas práticas. Rev Prod 2010; 20(3):481-90.
13. Sedano GS, Ferreira SCM, Valente GSC, Chrisostimo MM. Educação em saúde: um desafio do enfermeiro do trabalho na atenção à saúde dos caminhoneiros. Rev de Pesq Cuidado é Fundam 2010; 2(2):760-9.
14. Castro ABS, Sousa JTC, Santos AA. Atribuições do enfermeiro do trabalho na prevenção de riscos ocupacionais. J Health Sci Inst 2010; 28(1):5-7.
15. Simões TC, Souza NVDO, Shoji S, Peregrino AAF, Silva D. Medidas de prevenção contra câncer de pele em trabalhadores da construção civil: contribuições da enfermagem. Rev Gaúcha Enferm 2011; 32(1):100-6.
16. Guimarães DBO, Castro AED, Soares EMC, Fernandes MA. Saúde e

segurança na construção civil: relato sobre as contribuições da enfermagem. Rev Enferm UFPE 2017; 11(supl. 3):1351-9.

17. Teixeira AK, Ferreira GE, Kaiser DE, Dall'Agnol CM. Trabalho nos subterrâneos, mineiros com a palavra – cenário de preocupações para a enfermagem do trabalho. Cienc Cuid Saude 2013; 12(3):443-51.

18. Santos M, Almeida A. Enfermagem na equipa de saúde ocupacional. Rev Enferm Refer 2012; 3(6):147-55.

19. Torres ARA, Barreto ICHC, Albuquerque IM´AN, Gomes VB. Construção participativa de uma linha de cuidado ao trabalhador com Lesão por Esforços Repetitivos. Rev Rene 2016;17(5):626-35.

20. Oliveira Júnior AR, Santos EO, Pinto VS, Santos CMF. Atuação do enfermeiro na saúde do trabalhador: um enfoque na prevenção. Rev Esc Bahiana Med Saude Publ 2014; 7(1):1-21.

21. Pereira MSL, Augusto NSF, Oliveira SX. A importância do enfermeiro do trabalho na orientação do uso dos EPI's para a prevenção dos acidentes ocupacionais. An VI Cong Enferm FIP e I Simp Nac Enferm FIP 2017; 1:1-3. Disponível em:

http://www.editorarealize.com.br/revistas/congrefip/trabalhos/TRABALHO_EV069_MD1_SA3_ID352_10042017123138.pdf . Acesso em: 2 nov 2017.

22. Marziale MHP, Hong OS, Morris JA, Rocha FLR. Atribuições e funções dos enfermeiros do trabalho no Brasil e nos Estados Unidos. Rev latinoam enferm. 2010; 18(2): [09 telas].

23. Marziale MHP. Contribuições do Enfermeiro do Trabalho na promoção da saúde do trabalhador. Acta Paul Enferm 2010; 23(8):7-8.

24. Lino MM, Nora PT, Lino MM, Furtado M. Enfermagem do Trabalho à luz da visão interdisciplinar. Saúde & Transf Soc 2012; 3(1):85-91.

ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE A IDENTIFICAÇÃO DE DROGAS NO COMBATE AO NARCOTRÁFICO

ANALYSIS OF SCIENTIFIC PRODUCTION ON THE IDENTIFICATION OF DRUGS IN COMBATING DRUG TRAFFICKING

Rogério Anderson do Nascimento¹, Breno Silva de Abreu²

Como citar:

Nascimento RA, Abreu BS. Análise da produção científica sobre a identificação de drogas no combate ao narcotráfico. Rev. Cient. Sena Aires. 2017; 6(1): 72-81.

RESUMO

A identificação de drogas é uma ferramenta essencial para auxiliar diversas investigações onde o objetivo é combater o tráfico de drogas, desde muito tempo pesquisadores vêm desenvolvendo métodos cada vez mais eficientes para a identificação de substâncias julgadas como ilícitas e que são capazes de criar um mal-estar psicológico e social. Assim, analisou-se a produção científica sobre a identificação de drogas no combate ao narcotráfico. As drogas, sejam elas anfetaminas, benzodiazepínicos, estimulantes, solventes, todas que se enquadram na lista de produtos controlados e precisam de autorizações especiais para circulação. Percebe que mesmo tendo uma legislação que coíbe o livre comércio dessas substâncias elas conseguem transitar pelo país através de vendedores ilegais, por outro lado vem surgindo cada vez mais projetos com o objetivo de facilitar a identificação dessas drogas como é o PeQui, projeto da Polícia Federal que tem o objetivo de traçar perfis químicos de drogas e particularidades que podem definir características e correlações entre produto de um certo fabricante e assim chegar a um possível produtor.

Descritores: Drogas Modificadas; Identificação de Drogas; Narcotráfico; Toxicologia Forense.

ABSTRACT

Drug identification is an essential tool to aid in various investigations aimed at combating drug trafficking, researchers have long been developing increasingly efficient methods for identifying substances that are deemed to be illicit and that are capable of creating ill health psychological and social. We assessed the scientific production about the means of identification of illicit drugs in the fight against the drug trafficking. For this research, articles published between the years of 1979 and 2015 were used, using keywords, modified drugs, drug identification and forensic toxicology. Drugs, like amphetamines, benzodiazepines, stimulants, solvents, are all on the list of controlled products and require special permits for circulation. It realizes that even having legislation that curb the free trade of these substances they manage to transit through the country through illegal salespeople, on the other hand, more and more projects have been appearing with the objective of facilitating the identification of these drugs, such as PeQui, a project of the Federal Police which aims to trace chemical drug profiles and particularities that can define characteristics and correlations between a certain manufacturer's product and thus reach a possible producer.

Descriptors: Modified drugs; Identification of Drugs; Drug trafficking; Forensic Toxicology.

REVISA

¹ Acadêmico de Farmácia.
Faculdade de Ciências e
Educação Sena Aires.
alzizu12@gmail.com

² Farmacêutico. Mestre em
Farmácia. Faculdade de
Ciências e Educação Sena
Aires.
brenosabreu@gmail.com

Recebido em: 25/02/2017
Aceito em: 28/04/2017

INTRODUÇÃO

O consumo de drogas já vem de muito tempo, devido a necessidade dos homens em buscar variações sensoriais, principalmente relacionadas ao prazer, as primeiras civilizações utilizavam plantas psicoativas, com o passar do tempo e a revolução industrial o homem começou a isolar princípios ativos de plantas, como exemplo a morfina, porém no séc. XX com o aparecimento das anfetaminas as drogas passaram a ser totalmente sintetizadas em laboratórios, e foi por volta dos anos 80 onde começaram a popularizar de maneira desordenada. Estas drogas possuem como característica as modificações químicas que sofreram em laboratórios, tanto para potencializar efeitos desejáveis como para diminuir os indesejáveis e também uma forma para mascarar os compostos químicos buscando burlar a fiscalização, essas drogas planejadas estão entre as drogas mais consumidas no Ocidente, foi nos anos 90 quando a internet começou a expandir e contribuir de forma positiva para o comércio dessas drogas, pois começaram a ser divulgadas sem nenhum controle na rede, e foi observado um aumento nos relatos e apreensões dessas drogas por todo o mundo, as drogas mais utilizadas são os compostos anfetamínicos como o 3,4-metileno-dioxi-anfetamina (MDA) e derivados como o ecstasy que vieram sofrendo alterações e ganhando cada vez mais uma potencialidade quando comparados a seus derivados.¹

Hoje um dos grandes problemas que angustiam a sociedade é sem dúvidas o tráfico de drogas, algo difícil de ser combatido devido ao comércio internacional, apesar de ser ilícito o tráfico ganha cada vez mais espaço em nossas cidades, crime que é combatido fortemente pelas forças policiais. Devido a isso pesquisadores buscam desenvolver formas simples e eficazes de identificar esses componentes, algo que contribui para coibir o crescimento do tráfico, têm-se como técnica primária os métodos colorimétricos que acusam como positivo ou negativo a presença do material ilícito, só depois são empregadas técnicas laboratoriais onde podem utilizar equipamentos mais sofisticados que quantificam os resultados, dando uma maior precisão na análise, na busca por essa precisão foram-se investindo em estudos e amparos tecnológicos que pudessem contribuir para uma identificação mais correta dessas drogas e que não deixassem dúvidas sobre os resultados, com isso foi surgindo equipamentos modernos, com mais recursos.

Este trabalho visa analisar a produção científica sobre a identificação de drogas no combate ao narcotráfico. Nesse contexto, analisaram-se o histórico, o perfil químico, as matrizes biológicas, os equipamentos e os procedimentos para a identificação das drogas ilícitas.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica que possui como característica principal a ser elaborada com a necessidade de informar as fontes de pesquisa utilizada ou em delineamento metodológico de busca, de seleção ou de qualificação das referências utilizadas. É constituída basicamente por uma análise literária de fontes como revistas, livros, artigos impressos ou eletrônicos, na qual permite ao autor realizar uma análise crítica e pessoal. Com base nesse tipo de revisão delineou-se a seguinte pergunta: Quais os meios atualmente empregados para a identificação das drogas de abuso?

A coleta de dados ocorreu entre os meses de Março de 2017 a Setembro de 2017, recorreu-se a consultas em livros, revistas e publicações online. Para esse último, as buscas foram realizadas na base de dados do Google

Acadêmico, os termos e palavras chave utilizados foram: *Espectroscopia Raman, Toxicologia Forense, Métodos analíticos, Identificação de drogas de abuso, Drogas psicotrópicas e Medicina legal*. Para seleção das produções científicas, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: materiais publicados na língua portuguesa, no período entre 1979 a 2015, disponíveis na íntegra e online. Foram excluídos aqueles artigos que não abordavam diretamente a temática em questão.

Inicialmente, realizou-se uma leitura exploratória dos títulos e resumos para reconhecimento dos artigos que atendiam os critérios de elegibilidade. Em seguida, foi realizada a leitura na íntegra dos artigos previamente selecionados, sendo esses submetidos novamente aos critérios de inclusão e exclusão. Após a seleção da amostra final, as seguintes variáveis foram extraídas das publicações: objetivo, método, resultados e conclusões. Com base nessas seções, foram construídos os tópicos que permitem responder a questão da pesquisa, a ser: histórico, perfil químico, matrizes biológicas, equipamentos e os procedimentos para a identificação das drogas ilícitas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Histórico

A ciência forense estuda os agentes tóxicos visando a elucidação de questões que ocorrem em procedimentos judiciais, é aplicável em situações com questões judiciais implícitas em que é importante reconhecer, identificar e quantificar o risco do contato com certos agentes tóxicos². A utilização de conhecimento científico para o auxílio de questões judiciais já vem desde a antiguidade, nas sociedades passadas eram comuns mortes por envenenamento principalmente de pessoas conhecidas, foi onde observou a necessidade de investigar e saber a fundo qual agente tóxico causou a morte de determinado indivíduo.³

Mathieu-Joseph Bonaventura Orfila (1787-1853), natural da Espanha, é considerado o pai da toxicologia, foi um dos pioneiros da fase moderna da ciência forense, atuou por diversas vezes como perito onde conseguia provar mortes por envenenamento, onde ele identificava arsênio em amostras biológicas dos cadáveres.¹ Algo muito comum na época era a morte por intoxicação com arsênio, até mesmo pelo fato de ser praticamente indetectável na época devido as péssimas condições de análise e o fato de que os sintomas eram muito parecidos com a malária, foi nessa época que surgiu o químico James Marsh(1794-1846), ele desenvolveu uma técnica onde se coloca zinco metálico e ácido sulfúrico á amostra e torna possível ver o arsênio em forma metálica, o que tornava o teste bem confiável.⁴ Desde o início da sociedade os homens vêm desenvolvendo formas e métodos para a identificação daqueles que estavam transgredindo as leis, buscavam a identificação dos criminosos. A sociedade sempre buscou a ligação entre a infração e o infrator, sempre relacionavam a religião, e manifestos sobrenaturais, isso na antiguidade indicava que o infrator tinha personalidade demoníaca, com o avanço das sociedades tentaram novas explicações como por exemplo de que o indivíduo tinha limitações mentais, onde não conseguia assimilar as ordens, leis e por esse fato tinha uma facilidade em cometer atos ilícitos.⁵

A criminalística, termo derivado do alemão que designa todo o envolvimento em torno de um crime e está relacionado com a identificação o reconhecimento e a avaliação das evidências físicas, buscam todas as informações que estão de alguma forma relacionada com o crime, através dos

princípios da química, biologia e da física e até mesmo fatores psicológicos, e emocionais do criminoso, todos esses fatores são levados em conta durante uma análise, para indicar as informações de forma precisa acerca de um crime.⁶

Hoje, a partir de matrizes deixadas nos locais dos crimes como, drogas, sangue, impressões digitais, resíduos de pólvora, fios de cabelo, é possível que o investigador recolha os materiais deixados, e através de métodos e técnicas possa fazer uma análise e chegar a uma conclusão e revelar tais materiais encontrados, a preservação do local é de extrema importância, pois a má preservação pode interferir nos resultados das análises e assim prejudicar uma investigação.⁴

Perfil Químico de Drogas de Abuso

O perfil químico é a caracterização físico-química com detalhes, ou seja, fornece várias informações úteis as instituições voltadas ao estudo, controle e combate á essas drogas ilícitas, esses estudos geram um banco de dados relevante que cria a possibilidade de gerar ligações entre materiais de apreensões diferentes, por meio dessas ligações características é possível estabelecer certo vínculo entre fornecedores, traficantes e usuários, criando padrões e redes de distribuições, podendo até indicar sua origem geográfica.

Os profissionais e as instituições que se dedicam a combater o narcotráfico diariamente buscam fazer ligações entre produtores, usuários, traficantes, rede de distribuições locais, nacionais e internacionais, baseando nas similaridades contidas nas amostras apreendidas, respondendo várias questões como de onde vem determinada droga apreendida, características de sua fabricação, diluentes e adulterantes utilizados, perguntas que podem ser respondidas através de dados do perfil químico.

Tanto drogas vegetais como drogas totalmente sintéticas, se apresentam com uma mistura complexa de componentes, onde a substância com atividade farmacológica dificilmente aparece como único componente contido na droga, talvez pelo fato das condições inadequadas encontradas em laboratórios clandestinos, resultando em drogas que não passam por um processo de purificação efetivo, apresentando grandes variações em suas composições químicas, mesmo sendo preparadas em um mesmo laboratório seguindo os mesmos procedimentos ainda aparece uma variação relativa em suas concentrações. Por isso estabelecer de forma cuidadosa banco de dados ao perfil químico contribui de forma positiva ao combate a comercialização, distribuição e produção, fornece informações valiosas para auxiliar a fiscalização, o que justifica grandes investimentos nessa área, para funcionar de uma forma cada vez mais precisa e eficaz.

Matrizes Biológicas

São várias as matrizes biológicas que podem ser utilizadas para análises toxicológicas forense, as mais comuns em institutos de criminalísticas e de departamentos médicos legais são as amostras de sangue e urina, cada matriz possui suas particularidades e por isso são escolhidas de acordo com a substância que se procura na análise, por exemplo, o sangue é indicado para dosagens alcoólicas, já a urina para detecção de psicotrópicos.⁴

Urina

A urina é a matriz de mais tradição em análises, é a principal via de eliminação de substâncias e por isso é o maior alvo para a investigação de drogas e metabólitos, a quantidade média diária que uma pessoa saudável produz é cerca de 1200 ml, alguns fatores como quantidade de líquido ingerido, perda de líquidos por outras vias e alterações na secreção do hormônio antidiurético são um dos fatores que podem alterar o volume.⁷

O fato de a urina ser titulada como “amostra tradicional” se deve ao aspecto de ser de um meio de fácil coleta, ter um grande volume disponível para se analisar e conter um número reduzido de interferentes quando comparada a outras matrizes biológicas, apresenta boa estabilidade o que permite um armazenamento por um longo período, o ponto negativo dessa matriz é o fato de ser fácil a sua adulteração⁸, Drogas e metabólitos são encontradas em altas concentrações na urina, grande parte das drogas encontram-se presentes em amostras por um período entre 2 e 5 dias após o seu consumo.

Sangue

O sangue é um fluido constituído por água, proteínas, gorduras sais e células, é um dos meios mais utilizados para análises toxicológicas, é o melhor meio para fazer a relação entre a concentração da droga com o estado clínico do indivíduo, o ponto negativo dessa matriz é o fato de ser meio restrita para identificar drogas de abuso já que algumas são metabolizadas rapidamente, de acordo com a meia vida da substância. Em comparação com a urina, fica evidente que na urina pode encontrar compostos em maiores concentrações. As amostras de sangue podem ser avaliadas em forma de sangue total, plasma ou soro, se o objetivo é encontrar drogas o mais indicado é a avaliação do sangue total, porque as drogas apresentam várias características químicas particulares, e podem ser descartadas caso avalie somente o plasma ou o soro.⁹

Equipamentos e Métodos para a Identificação de Drogas

Métodos colorimétricos

Os testes de cor são aqueles com o menor custo e que são utilizados como testes primários ou testes de triagem, caracterizam-se pela mudança de cor em resposta a interação de uma substância com um meio ácido ou alcalino¹⁰, tendo apenas um peso qualitativo na análise de drogas, são os mais utilizados, justamente pelo seu baixo custo de reagentes e pela rapidez na interpretação dos resultados¹¹, já que a olho nu pode ser observado uma diferenciação na cor através dos reagentes, até mesmo quem não tem uma formação pode identificar algo através destes métodos, como exemplo policiais em sua rotina, que em busca de drogas podem fazer uma análise rápida sem utilização de um laboratório, apenas uma reação rápida já sem tem o resultado, porém os testes colorimétricos apresentam limitações, pois não são conclusivos, podem aparecer resultados falsos positivos, eles não identificam de forma precisa a presença de um composto.¹² Justamente por isso estes testes entram de forma primária, não servindo para quantificar e nem indicar de forma precisa a presença de compostos, sendo necessário passar por uma técnica mais sofisticada para ter a determinação correta acerca da amostra. Dentre os testes utilizados temos um conhecido como a reação de Beam, onde

o analito é misturado com uma solução etanólica de NaOH (Hidróxido de Sódio), se a amostra conter canabidiol ela irá mudar de cor e apresentará um aspecto vermelho-violáceo.¹³

Espectroscopia RAMAN

Essa técnica é baseada no fenômeno físico chamado espalhamento Raman, consiste na passagem de um laser com frequência específica de baixa potência que é lançado em um ponto da amostra através de um microscópio, o laser interage com os compostos da amostra e se dispersam em diversas frequências conforme os elementos e as ligações químicas presentes, dessa forma o espectro que vai obter dos feixes são de acordo com a composição e a estrutura molecular de cada amostra.¹⁴ Porém os dados dos experimentos podem ser bem complexos ou conter interferentes, pode ocorrer situações em que os analitos tenham natureza química semelhante o que dificultaria uma comparação visual, sendo assim, seria necessário que os dados obtidos fossem interpretados através de métodos estatísticos para corrigir estes equívocos que podem ocorrer durante as análises.¹⁵

A espectroscopia RAMAN serve para a identificação e a quantificação de vários grupos de drogas, é um meio mais sofisticado para realizar as análises, garante uma precisão e um amplo espectro, pois identifica e quantifica desde grandes quantidades de amostras até pequenas quantidades que são encontradas em resíduos, bebidas, roupas, unhas e fluídos corporais.

Nas análises forenses de medicamentos, a identificação de benzodiazepínicos é um dos testes mais utilizados, devido aos efeitos sedativos causados por essas drogas a quem consome, o que pode facilitar roubos, estupros já que diminuem a capacidade de reação da vítima. Essa técnica é rotineiramente utilizada em laboratórios principalmente em amostras de cocaína, metanfetaminas, solventes e inalantes, tem ainda como vantagem a agilidade e a fácil aplicação quando comparada a outras técnicas com a mesma finalidade.¹⁶

Cromatografia

A cromatografia é um método físico-químico de separação, que consiste na migração das substâncias de uma mistura, que ocorre através de diversas interações entre duas fases que não se misturam, a fase móvel e a fase estacionária.¹⁷ Os métodos cromatográficos como CLAE (cromatografia líquida de alta eficiência) e CG-EM (cromatografia gasosa acoplada a espectrometria de massas), são os meios mais utilizados para a identificação de drogas em matrizes biológicas como sangue, urina, unhas¹⁸. Essa técnica permite a identificação e a quantificação de diversas substâncias simultaneamente, nas mais diversas matrizes demonstrando uma alta sensibilidade e confiabilidade nas análises, através do cálculo do tempo de retenção do analito sobre certo tipo de cromatografia, é possível chegar a uma conclusão sobre a espécie presente na mistura analisada o que esclarece o fato desse método ser um dos mais utilizados e mais precisos nas análises forenses. Dentre as técnicas, a de CG tem um menor custo, porém só é aplicável em compostos voláteis e termicamente estáveis, já o método CLAE demonstra-se uma maior sensibilidade e uma capacidade de analisar um maior número de substâncias simultaneamente e em consequência tem um custo maior quando comparado a CG.¹⁹

Imunoensaios

Os imunoensaios são exames bioquímicos com a finalidade de detectar ou quantificar uma substância já definida através de uma matriz biológica por meio do reconhecimento de um antígeno frente a um anticorpo²⁰. São muito utilizados para análise de fármacos em fluidos biológicos, podendo ser utilizado tanto por laboratórios de grande porte como de menor porte, tendo a capacidade de análise desde uma única amostra até métodos mais exigentes com a necessidade de avaliar centenas de amostras, a técnica baseia no princípio de interação entre as moléculas alvo e anticorpos, quando é aplicado para a identificação de substâncias específicas é utilizado um anticorpo específico para a classe de fármaco que é buscado durante a análise.²¹ Os resultados são obtidos em um reduzido espaço de tempo a partir de uma leitura visual rápida, a aplicação dessa técnica em análise de fármacos e drogas de abuso com caráter forense é exclusivamente para etapas de triagem.²²

Aplicações

Fluxo de procedimentos

Até o início do século XX, a toxicologia forense se restringia apenas a indicar a origem tóxica de crimes cometidos, o “toxicologista” atuava direto no cadáver apenas para pesquisas e identificação do agente causador da morte. Atualmente o campo para a toxicologia é imenso podendo atuar desde perícias *in vivo* e *post mortem*, até á situações relacionadas a adulterações de medicamentos e acidentes de grande porte com agentes químicos²³, em pessoas vivas esses exames têm o objetivo de indicar a presença de drogas de abuso no indivíduo, existe uma série de amostras que podem ser analisadas pela toxicologia forense como, órgãos recolhidos na autópsia, fluidos biológicos que são chamados de matrizes, produtos sob suspeita entre outros, a colheita do material é feita de acordo com a peculiaridade do caso e o tipo de análise que deseja ser feita, nessas amostras não pode adicionar nenhum tipo de conservante e nem nada que altere sua composição, devendo obedecer aos critérios da cadeia de custódia, preservando a prova de maneira correta para a realização da perícia.²³ As investigações passam por diversas etapas, rastreio, confirmação, quantificação e compreensão dos resultados, todas começam por uma fase de triagem visando eliminar casos negativos, na fase seguinte vêm os testes confirmatórios com o objetivo de afirmar a presença da substância suspeita, o resultado obtido nos testes, devem estar contidos em um laudo que deve conter a identificação do processo, método analítico utilizado, a data de recebimento das amostras e de conclusão dos exames, amostras analisadas, especialista responsável e todos os dados relevantes que puderem ser adicionados. Para o processamento inicial das amostras até acontecer de fato a análise é necessário que as amostras sejam recebidas em sacos plásticos previamente identificados e com toda documentação conferida, esse material passa por uma moagem, procedimento que tem como objetivo aumentar a superfície de contato da matriz biológica com o solvente, após essa etapa as amostras vão para uma fase de extração dos analitos, nessa etapa busca-se extrair o maior número de substâncias possíveis da matriz biológica, por isso são misturadas a solventes de diferentes polaridades e faixas de pH, em seguida as amostras passam por uma fase de decantação onde a parte composta pelo solvente é armazenada, são nesses solventes que teoricamente estarão contidas as substâncias que se buscam, estes agora serão chamados de extratos e vão seguir para a etapa e análise²⁴, os extratos poderão ser analisados por cromatografia, onde as substâncias observadas serão

comparadas com padrões já existentes no laboratório, se por acaso notar a presença de alguma substância suspeita serão realizadas outras cromatografias com solvente diferente do primeiro, essa fase então será considerada a análise confirmatória.²⁵

Aplicação Forense

Após apresentar as principais drogas, técnicas e métodos utilizados bem como o fluxo dos procedimentos nos laboratórios de toxicologia, será necessário entender o momento que será aplicável cada etapa. De acordo com a ANVISA e o Laboratório Central de Polícia Técnico Científica do Estado da Bahia, foram determinados sete grupos de substâncias com interesse forense, são eles, canabinoides, alucinógenos, venenos, estimulantes, opiáceos, voláteis e depressores do Sistema Nervoso Central²⁶, todos os grupos podem ser examinados partindo de três principais técnicas, imunoensaios, cromatografia e testes colorimétricos, em relação aos imunoensaios os mais utilizados são imunocromatográficos, imunofluorescência e ELISA (anticorpo específico para cada substância), e como as técnicas cromatográficas são as mais confiáveis no cenário forense, nota-se que a CG (*Cromatografia gasosa*) e a CLAE (*Cromatografia líquida de alta eficiência*), podem ser utilizadas para identificar todos os grupos citados acima, no caso da CCD (*Cromatografia em camada delgada*) não é utilizada nos casos de análise de depressores do SNC e de substâncias voláteis.²

A partir daí, nota-se uma aplicabilidade dessas técnicas para o uso forense, buscando provas através de evidências deixadas no local do crime bem como análise toxicológica em indivíduos *in vivo* que podem ser decisivas no cenário judicial, observa-se uma ciência de extrema importância, pois é uma ciência que gera provas, algo decisivo em um julgamento, a prova pericial é considerada essencial durante investigações e há muitos anos a toxicologia forense vêm produzindo evidências que contribuem de forma satisfatória para a condenação de criminosos, como na absolvição de inocentes²⁷, é ainda uma área em desenvolvimento constante, sempre atualizando e se adaptando a novas tecnologias analíticas disponíveis e ao aperfeiçoamento das técnicas, pois constantemente as drogas são modificadas visando burlar fiscalizações e causar defasagem nas análises.¹

CONCLUSÃO

Baseado na pesquisa fica claro que estas metodologias são indispensáveis para o cenário forense, para cada tipo de droga há um método mais eficiente que pode ser utilizado e com um grau de precisão imenso.

Com o passar dos tempos os serviços de inteligência viram a necessidade de criar bancos de dados onde encontram informações e características de drogas apreendidas em cada região e observa-se que para cada localidade a droga apreendida apresenta uma característica peculiar, o que pode indicar possíveis produtores e assim traçar uma investigação mais clara, cabe ressaltar-se que até em cenários *post mortem* é possível dizer a causa exata da morte analisando fluidos biológicos do cadáver, são as chamadas matrizes, seja cabelo, unha, urina, cada uma com uma especificidade, e é analisada de acordo com o estado e relatos do indivíduo, observa também que atualmente tem toda uma aparelhagem moderna para analisar os extratos, métodos bem sofisticados que diminuem os erros analíticos garantindo uma precisão enorme independente da substância que seja examinada.

É realizado todo um procedimento para garantir que as amostras não sofram adulterações, desde o recolhimento do material até a formação do extrato, baseiam-se em dados estatísticos para diminuir os erros e fornecer ao judiciário um resultado fiel, portanto os métodos atualmente aplicados são extremamente precisos e contribuem de forma positiva no combate ao narcotráfico, problema rotineiro nos grandes centros e cidades, algo que causa um mal estar social, psicológico e atualmente é tratado como o grande problema nas cidades, é o gatilho para o aumento na incidência de vários pequenos furtos, roubos, assaltos, o indivíduo entra em um estado de abstinência e se vê na necessidade de conseguir algo material com um certo valor agregado para poder trocar o objeto pela droga que vai trazer seu “bem estar” novamente, por isso essas tecnologias, bancos de dados vem para auxiliar as interceptações dessas drogas no início de sua produção, nos laboratórios clandestinos, onde começa o ciclo vicioso, tentando ao máximo evitar que chegue em seus destinatários finais.

Todavia observa-se que os programas de perfil químico de drogas são pouco tratados na literatura, algo que precisa ser explorado, existem poucos artigos que tratam deste tema, após essa revisão fica claro a importância deste programa, que visa criar um banco de dados contendo diversas informações acerca de drogas apreendidas em certas regiões, portanto é um ponto que tem que ser observado e explorado por pesquisadores.

REFERÊNCIAS

- 1-Costa JL. Eletroforese capilar como ferramenta analítica para toxicologia forense. Tese [Doutorado em Química Analítica]. Universidade de São Paulo; 2008.
- 2- Bicho GG. Levantamento de laboratórios analíticos de toxicologia forense. Brasília: ANVISA; 2004.
- 3-Emsley J. The poisons of secret agents. InfoChem. 2010; 121: s.p.
- 4-Fassina V, Franck MC, Laschuk EF, Leite FPN, Schuck CA, Scolmeistera DS, et al. Avaliação dos resultados obtidos nos exames toxicológicos realizados pelo laboratório de perícias durante o ano de 2005. Rev IGP. 2007; 3(3): 26-34.
- 5- Hodgson EA. Textbook of modern toxicology. 3ª ed. Nova Jersey: Wiley; 2004.
- 6-Gialamas DM. Crimalistics. In: Seigel J, Knupfer G, Saukko P. (eds). Encyclopedia of Forensic Sciences. Massachusetts: Academic Press; 2000. p. 471-477.
- 7-Meng L, Zhang WP, Meng BZKZ, , Zhu B, Zheng K. Comparison of hollow fiber liquid-phase microextraction and ultrasoundassisted low-density solvent dispersive liquid-liquid microextraction for the determination of drugs of abuse in biological samples by gas chromatography-mass spectrometry. J Chromatogr B Analyt Technol Biomed Life Sci. 2015; 1(989): 46-53.
- 8-Henry JB, Lauzon JB, Schuman GB. Urina e outros fluidos corporais: Exame básico de urina. In: Henry JB. Diagnósticos clínicos e tratamento por métodos laboratoriais. 19. Ed. São Paulo: Manole; 1999. P. 411-56.
- 9-Jickells S, Negrusz A. Clarke's Analytical Forensic Toxicology. London: Pharmaceutical Press; 2008.
- 10-Gama MS, Afonso JC. De Svante Arrhenius ao peagâmetro digital: 100 anos de medida de acidez. Quim Nova. 2007; 30(1): 232-9.
- 11-Micaroni RCCM, Bueno MI, Jardim WF. Compostos de mercúrio. Revisão de métodos de determinação, tratamento e descarte. Quim Nova. 2000; 23(4): 487-95.
- 12-Linck DLH. Métodos Colorimétricos de identificação de drogas de abuso. Novo Hamburgo. Monografia [Especialização em Toxicologia Forense]- Centro Universitário Feevale; 2008.

- 13-Farias RF. Introdução á química forense. 3 ed. Campinas: Átomo; 2010.
- 14-Muro CK, Doty KC, Bueno J, Halámková L, Lednev IK. Vibrational spectroscopy: recent developments to revolutionize forensic science. *Anal. Chem.* 2015; 87 (1):306–327.
- 15-Doty KC, McLaughlin G, Lednev IK. A raman “spectroscopic clock” for bloodstain age determination: the first week after deposition. *Anal Bioanal Chem.* 2016; 508 (15): 3993–4001.
- 16-Silveira GC. Utilização da espectroscopia Raman na identificação de drogas ilícitas em perícia criminal. Juiz de Fora. Dissertação [Mestrado em Química]- Universidade Federal de Juiz de Fora; 2013.
- 17-Degani ANG, Cass QB, Vieira PC. Cromatografia – um breve ensaio. *Quim Nova.* 1998; 7: 21-5.
- 18-Lima CE, Silva CL. Cabelo como matriz analítica alternativa para a determinação de drogas de abuso. *NewsLab.* 2007; 82: 156-69.
- 19- Pechansky F, Duarte PAV, Boni RB. Uso de bebidas alcoólicas e outras drogas nas rodovias brasileiras e outros estudos. Porto Alegre : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2010.
- 20-Amato AA, Rossi A, Garcia EC, Thoma I, Vaz RF, Paula AS, et al. Dosagem de hormônios por métodos imunobiológicos. *Brasília méd.* 2009 ;46(1):63-74.
- 21-Moffat AC. Clarke’s isolation and identification of drugs. 2.ed. London: Pharmaceutical Press; 2004.
- 22-Fukushima AR, Barreto ER, Fernandes ML, Ferrari J, França W, Marcal H, et al. Aplicação de imunoensaios para análise de fármacos e drogas de abuso em sangue total, com finalidade forense. *Revista Intertox de toxicologia. Risco Amb Soc.* 2009; 2(1): 49-61.
- 23- Alves SR. Toxicologia forense e saúde pública: Desenvolvimento e avaliação de um sistema de informações como ferramenta para a vigilância de agravos decorrentes da utilização de substâncias químicas. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em ciências]- Escola Nacional de Saúde Pública; 2005.
- 24-Kubinyi H. Program of Drug Resistance.1979. p.23-97.
- 25-Clarke S. Isolation and identification of drugs, 2nd edition. London: Pharmaceutical Press; 1986.
- 26-Gontijo CC, Silva ACA. Acreditação, validação e verificação em práticas forenses. Monografia[Especialização em Especialização em Biociências Forenses]- Pontifícia Universidade Católica de Goiás; 2010.