

THE IMPORTANCE OF STRESS MANAGEMENT IN TODAY'S SOCIETY

A IMPORTÂNCIA DO MANEJO DO ESTRESSE NOS DIAS ATUAIS

Jenette L. Smith¹, Miguel A. Perez²

Citation: Smith JL, Perez MA. The importance of stress management in today's society. Rev. Cient. Sena Aires. 2018; 7(1):1-4.

The World Health Organization (WHO) has labeled stress the “health epidemic of the 21st century” exerting significant burdens at all levels of society.¹ In fact, the WHO has concluded that problems and disorders related to stress are common and may contribute to over 50% of physician visits around the world with both internal and external stressors contributing to those increasing rates.² The WHO has also explored the association of stress to increasing prevalence of depression, stating that it affects more than 300 million people globally, and is the leading cause of disability worldwide.³

The definition and concept of stress has evolved significantly since it was first defined by Selye.⁴ He further refined the concept to define stress as “the nonspecific response of the body to any demand made on it”.⁵ Additional research has resulted in a further refinement of the concept so that by 2014, Elmore defined stress as “a state of intensive mind-body activity that occurs in the context of stressful life events”.⁶ Regardless of the definition, stress is a condition that impacts almost everyone and exerts its effects of impact on everyone it touches.

The American Institute of Stress (AIS), in 2017, listed 50 common signs and symptoms of stress, including frequent headaches, increased frustration, irritability, heartburn, nausea, and stomach pain (See Figure 1 for a complete list).⁷ Given its impact on the human body, it is not surprising that stress can have a wide range of effects on individual mood, emotions, and behavior.⁷ Research has concluded that a person's economic and social class, race, ethnicity, and gender can potentially “pervade the structure of their daily existence...shaping the context of people's lives, the stressors to which they are exposed, and the moderating resources they possess”.⁸

The Centre for the Studies of Human Stress (2017) has defined stressors as any stimuli that cause the release of stress hormones in the human body.⁹ Their work further divides stressors into physiological and psychological categories, which the Mayo Clinic divides into external exasperations such as environmental factors, social issues, workplace occurrences, and major life changes.¹⁰ Understanding the nature of life's stressors and stressful situations can play a key role in minimizing the detrimental effects of stress in the human body.

REVISA

¹ Doctoral Student. Clarkson College. Nebraska. United States of America. Smith.Jenette@clarksoncollege.edu

² Public health specialist. PhD in Philosophy. Professor and Internship Coordinator. California State University. Fresno. United States of America. mperez@mail.fresnostate.edu

Received: 03/01/2018

Accepted: 03/31/2018

SYSTEMIC IMPLICATIONS OF STRESS

While individuals respond differently to stressors, numerous physical and emotional disorders have been linked to stress, including heart attacks, hypertension, depression, stroke, and disturbances of the immune system^{7,11} An autonomic response to stress includes the “fight or flight” response in which the body prepares to either avoid a situation or fight for its survival; however, it is not only the nervous system which responds in a stressful situation. The gastrointestinal system may experience disturbances, including irritable bowel syndrome, ulcerative colitis, and peptic ulcer. The cardiovascular system is affected under incidences of acute and chronic stress. Acute stress reactions occur when the heart rate increases, causing more powerful contractions of the heart. Repeated occurrences of acute stress can lead to a heart attack, as acute stress can cause inflammation of the coronary arteries. The reproductive system also responds to stressors. In females, irregular or altogether absent menstrual cycles, and reduction of sexual desire under stress may occur. In males, chronic stress can cause the production of excess cortisol, possible impotence, and impaired sperm and testosterone production.⁷

Musculoskeletal system disorders related to stress include tension and migraine headaches associated with chronic muscle tension. The endocrine system is disrupted when the body is under stress, causing the hypothalamus to signal the pituitary gland and the autonomic nervous system to start producing cortisol and epinephrine, known as the “stress hormones.” The respiratory system under stress can result in rapid breathing, or hyperventilation, sometimes causing a panic attack.¹²

ADDRESSING STRESS

In 2009, the WHO released a strategy for addressing the growing stress epidemic around the world in the form of the Mental Health Gap Action Programme (mhGAP).¹³ This program, which has been used in over 50 countries seeks to increase mental health services especially in low- to middle-income countries and addresses depression and suicide prevention which are often related to stress.¹³⁻¹⁴ The WHO continues to state that although effective treatments for depression exist, less than one-half of affected individuals receive treatment globally, and in many countries, less than 10% receive treatment. “Depression can, in turn, lead to more stress and dysfunction and worsen the affected person’s life situation and depression itself”.³ Considering the insidious nature of stress and its systemic negative impact on the human body, it is not surprising to learn the need to manage stress.

Multiple methods of stress management and coping strategies have been shown to be effective in mitigating the effects of stress. Relaxation and breathing techniques can reduce tension and increase a sense of well-being.¹⁵ Three coping strategies have been suggested as efficient stress buffers: high self-esteem, a sense of control over life, and social support.⁸ Physical activity has also been shown to be helpful in managing stress, and meditation, yoga, listening to music, prayer, and emotional support have emerged as individual activities that may reduce personal stress.¹⁵

Sometimes, individual stress management techniques are insufficient and professional interventions are required. Health care providers must be aided by establishing baseline levels among their populations of interest in order to plan, implement, and evaluate successful stress management strategies. Using standard measure methods can insure uniformity of

programs taking into account regional and cultural variations.

Figure 1 - “50 Common Signs and Symptoms of Stress”

1. Frequent headaches, jaw clenching or pain	26. Insomnia, nightmares, disturbing dreams
2. Gritting, grinding teeth	27. Difficulty concentrating, racing thoughts
3. Stuttering or stammering	28. Trouble learning new information
4. Tremors, trembling of lips, hands	29. Forgetfulness, disorganization, confusion
5. Neck ache, back pain, muscle spasms	30. Difficulty in making decisions
6. Light headedness, faintness, dizziness	31. Feeling overloaded or overwhelmed
7. Ringing, buzzing or “popping” sounds	32. Frequent crying spells or suicidal thoughts
8. Frequent blushing, sweating	33. Feelings of loneliness or worthlessness
9. Cold or sweaty hands, feet	34. Little interest in appearance, punctuality
10. Dry mouth, problems swallowing	35. Nervous habits, fidgeting, feet tapping
11. Frequent colds, infections, herpes sores	36. Increased frustration, irritability, edginess
12. Rashes, itching, hives, “goose bumps”	37. Overreaction to petty annoyances
13. Unexplained or frequent “allergy” attacks	38. Increased number of minor accidents
14. Heartburn, stomach pain, nausea	39. Obsessive or compulsive behavior
15. Excess belching, flatulence	40. Reduced work efficiency of productivity
16. Constipation, diarrhea, loss of control	41. Lies or excuses to cover up poor work
17. Difficulty breathing, frequent sighing	42. Rapid or mumbled speech
18. Sudden attacks of life threatening panic	43. Excessive defensiveness or suspiciousness
19. Chest pain, palpitations, rapid pulse	44. Problems in communication, sharing
20. Frequent urination	45. Social withdrawal and isolation
21. Diminished sexual desire or performance	46. Constant tiredness, weakness, fatigue
22. Excess anxiety, worry, guilt, nervousness	47. Frequent use of over-the-counter drugs
23. Increased anger, frustration, hostility	48. Weight gain or loss without diet
24. Depression, frequent or wild mood swings	49. Increased smoking, alcohol or drug use
25. Increased or decreased appetite	50. Excessive gambling or impulse buying

Source: The American Institute of Stress (2017)

CONCLUSION

Stress is an inescapable reality in today’s world. Stress affects individuals regardless of socio-economic status, education, race, or creed. Addressing stressors at the individual and societal levels are imperative in decreasing the development of and improving management of chronic diseases, which can develop as a result of chronic stress. While many steps can be taken at the individual level, systemic changes are often required to address stress among different population groups. Policy implications, including identifying the social support interventions that will provide buffers against the effects of stress, and disseminating those intervention programs for use by employers, voluntary and religious agencies, and community agencies is necessary.⁸ Further discussion of the importance of reducing health inequalities, including poverty, discrimination, inadequate schools, residential segregation, and unemployment, as well as reducing health disparities over the life span by targeting children at risk due to inadequate schools, stressful family situations, and poverty cannot be overstated.⁸ Regardless of the approach used to address stress (individual, societal, or policy) there is one inescapable truth: stress is a part of our daily lives and we must all do our part to prevent its detrimental effects on the human body. Institutions at all levels of society must do their part in order to assist individuals in coping with the many stressors encountered in everyday life.

REFERENCES

1. Stewart GN. The healing garden: A place for peace. Regina, Sask, Canada: Nyhus Stewart Publishing; 2004.
2. World Health Organization. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. Geneva: WHO; 2013. Available from: apps.who.int/iris/bitstream/10665/85119/1/9789241505406_eng.pdf?ua=1
3. World Health Organization. Depression Fact Sheet. 2017. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
4. Selye, H. The stress of life. New York: McGraw-Hill. 1956.
5. Selye H. A personal message from Hans Selye. Journal of Extension. 1980; 6-11. Available from: <https://www.joe.org/joe/1980may/80-3-a1.pdf>
6. Elmore DL. The impact of caregiving on physical and mental health: Implications for research, practice, education, and policy. In Talley RC, Fricchione GL, Druss BG. The challenges of mental health caregiving. New York: Springer Science+Media; 2014.p. 15-31.
7. American Institute of Stress. Stress effects. 2017. Available from: <https://www.stress.org/stress-effects>
8. Thoits PA. Stress and health: Major findings and policy implications. Journal of Health and Social Behavior. 2010; 51: 41-53.
9. Centre for the Studies of Human Stressors. Stressors. 2017. Available from: <http://humanstress.ca/stress/what-is-stress/stressors/>
10. Mayo Clinic. Stress Management. 2018. Available from: <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/stress-management/in-depth/stress-management/art-20044151?pg=2> .
11. Beiter R, Nash R, McCrady M, Rhoades D, Linscomb M, Clarahan M, et al. The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students. Journal of Affective Disorders [Internet]. 2015 [cited March 15 2018]; 173:90-96. Available from: <http://doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.054>
12. American Psychological Association. Stress effects on the body. 2018. Available from: www.apa.org/helpcenter/stress-body.aspx
13. World Health Organization. WHO Mental Health Gap Action Programme. 2018. Available from: http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/
14. Tol WA, Barbui C, Bisson J, Cohen J, Hijazi Z, Jones L, et al. PLOS Medicine. World Health Organization guidelines for management of acute stress, PTSD, and bereavement: Key challenges on the road ahead; 2014. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4267806/>
15. American Psychological Association. Stress in America: The state of our nation. 2017. Available from: <https://www.apa.org/news/press/releases/stress/2017/state-nation.pdf>

ESTRESSE E BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E SEMI-INTENSIVA

STRESS AND BURNOUT IN NURSING WORKERS OF AN INTENSIVE AND SEMI-INTENSIVE HEALTHCARE UNIT

Graziela de Souza Alves da Silva¹, Gabriela Alves Vieira da Silva², Rodrigo Marques da Silva³, Rafaela Andolhe⁴, Kátia Grillo Padilha⁵, Ana Lúcia Siqueira Costa⁶.

Como citar:

Silva GSA, Silva GAV, Silva RM, Andolhe R, Padilha KG, Costa ALS. Estresse e burnout em profissionais de enfermagem de unidade de terapia intensiva e semi-intensiva. Rev. Cient. Sena Aires. 2018; 7(1): 5-11.

RESUMO

Identificou-se a frequência dos sintomas de estresse e a ocorrência de Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem que atuam em unidade de terapia intensiva e semi-intensiva. Estudo analítico, transversal e quantitativo. O Maslach Burnout Inventory e a Lista de Sintomas de Estresse foram aplicados em 50 profissionais de enfermagem de terapia intensiva e semi intensiva. Os dados foram armazenados e analisados no Statistical Package for Social Sciences. Os profissionais apresentaram médio nível estresse (48%), sendo o sentimento de desgaste, cansaço e sobrecarga de trabalho os sintomas mais frequentes. 44% apresentam Alto Desgaste Emocional, 44% Alta Despersonalização e 48% baixa Competência Profissional. 12% apresentaram indicativo para a Síndrome de Burnout, sendo 66,67% técnicos de enfermagem. Embora o ambiente de Terapia Intensiva e Semi-Intensiva contribua para o estresse, predominam profissionais com moderado estresse, o que pode justificar a baixa ocorrência de Burnout.

Descritores: Enfermagem; Estresse psicológico; Esgotamento profissional.

ABSTRACT

We identified the stress symptoms and Burnout Syndrome occurrence in nursing workers of an intensive and semi-intensive healthcare unit. This is an analytical, cross-sectional and quantitative study. The Maslach Burnout Inventory and Stress symptoms list were applied in 50 nursing individuals working at an intensive and semi-intensive healthcare unit. Data were assessed in the Statistical Package for Social Sciences. Professionals showed moderated level of stress (48%). The feeling of strain, tiredness and overwork were the most frequent symptoms. 44% workers presented high emotional exhaustion, 44% high cynicism and 48% low professional competency. 12% met criteria for Burnout Syndrome, from which 66,67% were nursing technicians. Although the Intensive and Semi-intensive healthcare setting has potential for stress, most of professionals are under moderate stress, what may justify the low occurrence of Burnout.

Descriptors: Nursing; Stress, psychological; Burnout, professional.

REVISA

¹ Enfermeira. Instituto Nacional do Coração(INCOR). São Paulo, SP, Brasil. graziela.silva@usp.br

² Enfermeira. Hospital Sírio-Libanês. São Paulo (SP). Brasil. gabriela.alves.silva@usp.br

³ Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Valparaíso de Goiás, GO, Brasil. marquessm@usp.br

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil. rafaela.andolhe1@gmail.com

⁵ Enfermeira. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. kgpadilh@usp.br

⁶ Enfermeira. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. anascosta@usp.br

Recebido em: 15/11/17
Aceito em: 18/01/18

INTRODUÇÃO

No âmbito da saúde, os profissionais de enfermagem, estão frequentemente envolvidos nas relações humanas. Dada a complexidade do relacionamento interpessoal, intraprofissional e multiprofissional, somadas às exigências da profissão, estes profissionais podem adoecer devido à sua atividade de trabalho.¹⁻²

Na unidade de terapia intensiva (UTI), um serviço de alta complexidade, exige-se dos profissionais de enfermagem uma atuação constante e precisa.³ Uma vez que o profissional atua junto a pacientes graves, é necessário que os mesmos tenham conhecimentos técnico-científicos para lidar com as perdas.⁴ Dessa forma, alguns fatores do trabalho em enfermagem, em especial na UTI, podem ser avaliados como excedentes aos recursos dos trabalhadores e levá-los ao estresse.⁵⁻⁶

No modelo interacionista define-se estresse como os estímulos do ambiente interno e externo que excedam ou taxem as fontes de adaptação de um indivíduo ou sistema social.⁶ A partir deste modelo Latack desenvolveu o modelo de estresse ocupacional, no qual definiu estresse como um processo em que o indivíduo avalia as exigências laborais como estressoras, sendo seus recursos de enfrentamento insuficientes para superá-las ou neutralizá-las.⁷ No entanto, se as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos profissionais não forem efetivas, o estresse se mantém, podendo se tornar crônico e levar à Síndrome de Burnout.¹

A definição de Síndrome de Burnout (SB) mais aceita é a de Maslach que a define como uma síndrome psicológica resultante do estresse crônico no trabalho. A SB é caracterizada por Desgaste Emocional, Despersonalização e reduzida Realização Pessoal com consequências negativas em nível individual, profissional, familiar e social.⁸⁻⁹ O desgaste emocional pode ser compreendido como a falta de energia, acompanhada por um sentimento de esgotamento emocional.¹⁰⁻¹² A despersonalização é caracterizada por uma insensibilidade emocional, mantendo-se a dissimulação afetiva com os pares e clientes.¹⁰⁻¹² A diminuição da realização pessoal é evidenciada pelo sentimento de inadequação pessoal e profissional, havendo maior tendência à auto avaliação negativa.¹⁰⁻¹²

O desenvolvimento da SB é um processo gradual de desgaste, acompanhado de sintomas físicos e psíquicos¹. Consequentemente são possíveis alterações na saúde mental; psicossomáticas; emocionais; e comportamentos.¹¹⁻¹² Estudos realizados em diferentes países apontam para o aumento considerável no número de trabalhadores da área da saúde acometidos pela SB¹¹ e que as características socioambientais, econômicas, educacionais, culturais, raciais, psicológicas e comportamentais podem influenciar no processo saúde e doença e, portanto, no desenvolvimento do estresse e da SB.¹³ Dessa forma, questiona-se: Quais os sintomas neuroendócrinos de estresse mais frequentes? Há ocorrência da Síndrome de Burnout em profissionais que atuam em Unidade de Terapia Intensiva e Semi Intensiva?

MÉTODO

Trata-se de um estudo analítico, transversal e com abordagem quantitativa. O estudo foi desenvolvido no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), especificamente na Unidade de Terapia Intensiva e Semi Intensiva.

A população de estudo envolveu todos os profissionais de enfermagem (técnicos, auxiliares e enfermeiros), atuando em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e Unidades de Terapia Semi Intensiva (UTSI) do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), atuantes em todos os turnos. Foram

excluídos os profissionais que por algum motivo encontravam-se afastados do trabalho. Deste modo, a população de acesso foi composta por 50 profissionais de enfermagem, sendo 27 técnicos, 7 auxiliares e 16 enfermeiros.

A coleta de dados foi realizada em setembro de 2010. Aos sujeitos que aceitaram participar da pesquisa, foi entregue pelos pesquisadores, em envelope fechado, um protocolo de pesquisa composto pelo Maslach Burnout Inventory- Health Services Survey(MBI-HSS)¹³ e pela Lista de Sintomas de Estresse (LSS)¹⁴. Os questionários não tiveram identificação, somente as iniciais do respondente para eventual localização em caso de desistência da pesquisa. Os questionários foram recolhidos pelos pesquisadores em prazo agendado com o sujeito.

Os dados foram organizados, armazenados e analisados no *Statistical Package for Social Sciences (Versão 20,0)*. As variáveis qualitativas foram apresentadas em frequência absoluta (n) e percentual (%) e as quantitativas por meio de medidas descritivas (mínimo, máximo, média e desvio-padrão). A normalidade na distribuição dos dados foi avaliada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov.

Para análise da LSS, foram calculadas as médias dos itens que compõe a lista, de maneira que os itens de maior média representam os sintomas de estresse mais vivenciados pelos respondentes. Ainda, os escores obtidos nas respostas são somados e indicam o nível de estresse do indivíduo, podendo variar de 0 a 180. Dessa forma, o sujeito pode apresentar ausência de estresse (0 a 11 pontos), baixo nível (12 a 29 pontos), moderado nível de estresse (29 a 60 pontos), alto nível (61 a 120 pontos) e altíssimo nível de estresse (acima de 120 pontos).¹⁴

Para o MBI-HSS, foram calculadas média, desvio padrão, mínimo e máximo para as subescalas desgaste emocional, despersonalização e incompetência profissional. Optou-se ainda por analisar as subescalas por categoria profissional, a partir do número absoluto (n) e percentual (%) de respostas dadas as questões que compõem cada subescala.¹³ Para avaliar a consistência interna dos instrumentos, foi realizado o coeficiente Alfa de Cronbach para todos os itens que compõem da LSS e para cada fator do MBI-HSS. Admitiu-se o instrumento como confiável para a população em questão quando o valor de Alfa de Cronbach identificado foi superior a 0,4.¹⁵

O estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. O número de registro no Comitê de Ética e Pesquisa- HU/USP é 1086/10 - SISNEP CAAE: 0002.0.198.000-1. Após os esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os sujeitos que aceitaram participar do estudo. Esse foi assinado em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o sujeito de pesquisa.

RESULTADOS

Na análise da consistência interna, o MBI-HSS apresentou Alfa de Cronbach de 0,867 para os 22 itens e de 0,906, 0,663 e 0,648 para as subescalas Desgaste emocional, Despersonalização e Incompetência profissional respectivamente. Para a Lista de Sintomas de Estresse, verificou-se Alfa de Cronbach de 0,965 para os 60 itens. Assim sendo, os valores obtidos foram considerados satisfatórios para atestar confiabilidade satisfatória aos instrumentos utilizados para a população em questão.¹⁴ Além disso, os dados apresentaram distribuição normal para as três subescalas do Burnout e para todos os itens do LSS segundo o teste de Kolmogorov-Smirnov.

Observa-se que os sintomas de estresse mais frequentes entre os trabalhadores de enfermagem são: Q5 “No fim de um dia de trabalho estou desgastado (a)” (\bar{x} = 1,48; D_p = 0,735), Q21 “Tenho cansaço” (\bar{x} = 1,46; D_p =

0,762) e Q33 “Sinto sobrecarga de trabalho” ($\bar{x} = 1,40$; Dp = 0,948). Na Figura 1, apresenta-se a distribuição do nível de estresse segundo a categoria profissional dos profissionais de enfermagem.

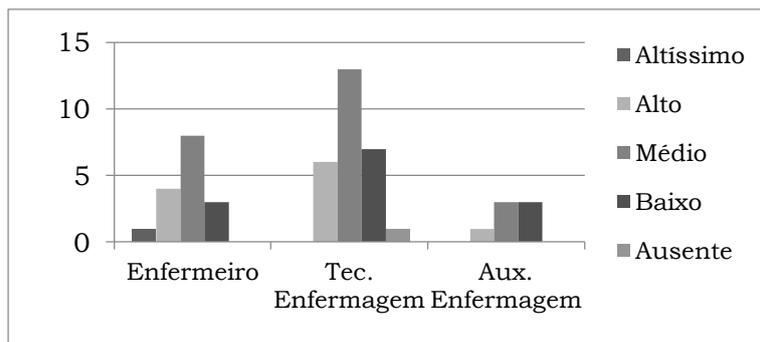


Figura 1 – Distribuição do nível de estresse dos profissionais de enfermagem de UTI e UTSI segundo a categoria profissional. São Paulo, 2011.

Observa-se o predomínio de médio estresse (48%) entre esses trabalhadores, sendo o alto estresse predominante em técnicos de enfermagem (25,93%). As medidas descritivas para cada subescala do MBI – HSS são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Medidas descritivas para os 22 itens e para cada subescala do MBI-HSS. São Paulo, SP, Brasil, 2011.

Medias Descritivas MBI - HSS				
	Média	Dp*	Mínimo	Máximo
22 itens				
Desgaste Emocional	1,366	0,766	0,11	3,22
Despersonalização	0,752	0,660	0,00	2,60
Incompetência Profissional	1,037	0,586	0,00	2,63

*Desvio Padrão

Nota-se os profissionais de enfermagem em questão apresentam mais Desgaste Emocional (Média = 1,366) quando comparado a outras subescalas do instrumento. Na análise das subescalas do MBI- HSS, observa-se que 44% dos profissionais apresentam Alta Desgaste Emocional, 44% Alta Despersonalização e 48% baixa Incompetência Profissional.

Na subescala Desgaste Emocional, os itens de maior média, ou seja, que causam maior desgaste nos profissionais, são: Q2- “Quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotado (a)” ($\bar{x} = 2,16$; Dp = 1,076); Q14- “Sinto que estou trabalhando demais no meu trabalho” ($\bar{x} = 1,80$; Dp = 1,107); e Q3- “Quando me levanto pela manhã e me deparo com outra jornada de trabalho, sinto-me fatigado(a)” ($\bar{x} = 1,60$; D = 1,125).

Os itens de maior média na subescala Despersonalização são: Q10- “Sinto que tornei-me mais duro(a) com as pessoas, desde que comecei este trabalho” ($\bar{x} = 1,04$; Dp = 1,076); Q 22- “Parece-me que pacientes e familiares culpam-me por alguns de seus problemas” ($\bar{x} = 0,92$; Dp = 1,047); e Q11- “Preocupo-me com este trabalho que está me endurecendo emocionalmente” ($\bar{x} = 0,78$; Dp = 1,016).

Na subescala Incompetência Profissional, os itens de maior média são: Q7- “. Sinto que trato com muita efetividade os problemas das pessoas que tenho que atender” ($\bar{x} = 1,44$; Dp = 1,343); Q12 “Sinto-me muito vigoroso (a)

em meu trabalho” (\bar{x} = 1,28; Dp = 0,927); e Q9 “Sinto que estou influenciando(a) positivamente nas vidas das pessoas, através de meu trabalho” (\bar{x} = 1,16; Dp = 1,149).

Ao analisar as subescalas do MBI-HSS segundo a categoria profissional dos profissionais de enfermagem, observa-se que 12% dos profissionais de enfermagem possuem indicativo para a Síndrome de Burnout. Desses, 66,67% são técnicos de Enfermagem, o que indica o predomínio da Síndrome nessa categoria profissional.

DISCUSSÃO

Observou-se predomínio de moderado estresse entre os trabalhadores de enfermagem, sendo o alto estresse predominante em técnicos de enfermagem. Os sinais e sintomas neuroendócrinos mais frequentes na equipe de enfermagem: sentimento de desgaste e sobrecarga de trabalho. Esse fator é apontado como o principal estressor em enfermeiros que atuam em UTI, seguido por desvalorização, conflito de funções e condições de trabalho.¹⁶ Essa evidência é fortalecida por estudo realizado com 21 enfermeiros de São Paulo no qual 57,1% dos profissionais consideraram a UTI como um lugar estressante e 23,8% apresentaram altos níveis de estresse.¹⁷ Tais achados devem ser analisados cuidadosamente uma vez que o estresse aumenta o risco de negligência e comprometimento da qualidade da assistência prestada.¹⁶ Nesse sentido, frente a um contexto laboral percebido como estressor, é importante que os profissionais lancem mão de estratégias efetivas de enfrentamento para minimizar o estresse, evitando que se cronifique e leve a Síndrome de Burnout.²

Pela análise de cada item da subescala MBI-HSS, nota-se os profissionais apresentam Alto Desgaste Emocional, Alta Despersonalização e baixa Incompetência profissional. Alguns autores consideram o Desgaste Emocional como fator inicial da Síndrome de Burnout uma vez que as características do ambiente, carga de trabalho e as demandas interpessoais do trabalhador estariam relacionadas a esta subescala.¹⁸ O Desgaste Emocional reflete não apenas demandas individuais, mas também organizacionais, comprometendo a qualidade de vida dos profissionais e o funcionamento da organização.¹⁹

Além disso, o Desgaste Emocional pode levar à despersonalização, ou seja, à atitudes de afastamento emocional e tratamento de outros indivíduos com rispidez e frieza como uma defesa para amenizar o desgaste.²⁰ Como resultados, espera-se déficit na competência profissional do trabalhador, o que pode ser fortalecido pelas precárias condições de trabalho, incluindo estrutura física inadequada e a escassez de recursos materiais e humanos, que dificultam a obtenção dos resultados pretendidos no serviço de saúde.²¹

Ao associar as subescalas do MBI-HSS, observa-se que reduzido número de profissionais de enfermagem possuem Síndrome de Burnout. Todavia, os escores encontrados nesse estudo e em pesquisas internacionais^{10,22} demonstram moderada/alta exaustão emocional e alta despersonalização em enfermeiras de UTI. Esses achados sinalizam a possibilidade futura de Burnout nos profissionais, que demanda medidas preventivas uma vez que a SB impacta na saúde biopsicossocial do profissional e no funcionamento das organizações, podendo resultar em diminuição da produtividade, presenteísmo, absenteísmo, afastamentos, alta rotatividade de profissionais e queda da qualidade da assistência.^{12, 23}

Dentre os profissionais com indicativo para a Síndrome, predominaram os técnicos de Enfermagem. Em estudo realizado em São Paulo junto a 534 técnicos de enfermagem foi identificado que 5,9% apresentavam Burnout. Além disso, 23,6% desses apresentaram alto desgaste emocional; 21,9% alta

despersonalização; e 29,9% baixa realização profissional.²⁴ No contexto internacional, não foi encontrada diferença estatística entre o Burnout nas diferentes categorias da equipe de enfermagem.²⁵ O predomínio da Síndrome nos técnicos de enfermagem pode ser explicado por elementos específicos do processo trabalho desse profissional, dentre os quais: a falta de valorização profissional; a sobrecarga física, muitas vezes relacionada à falta de pessoal; a sobrecarga emocional, devido ao contato mais próximo com os pacientes de difícil manejo; o constante receio de cometer erros no cuidado; e a falta de incentivo ao desenvolvimento profissional são fatores que podem predispor os técnicos de enfermagem a um maior risco para a Síndrome.²⁵⁻²⁶

CONCLUSÃO

Os sintomas de estresse mais frequentemente percebidos pelos profissionais de enfermagem foram: sensação de desgaste, cansaço e sobrecarga no trabalho. Sabe-se que as características inerentes ao processo de trabalho em enfermagem, assim como as condições de trabalho a que estão expostos, podem contribuir para o desenvolvimento do estresse e a manifestação de seus sintomas. Embora o ambiente de Terapia Intensiva e Semi-Intensiva contribua para o desenvolvimento do estresse, devido a intensa proximidade com pacientes de alta complexidade, predominam profissionais de enfermagem com nível moderado de estresse, fato que pode justificar o baixo indicativo da Síndrome de Burnout nesta população.

Como limitação desse estudo, destaca-se o número reduzido de estudos sobre a Síndrome de Burnout com equipes de enfermagem e a pouca utilização do Instrumento Lista de Sintomas de Estresse, tanto em pesquisas nacionais quanto internacionais. Nesse sentido, sugere-se que estudos longitudinais sejam conduzidos a fim de que se possa conhecer e analisar os fatores que contribuem para os sintomas de estresse e a Síndrome de Burnout na equipe de enfermagem, em especial entre os técnicos de enfermagem, que atua em unidade de terapia intensiva e semi-intensiva. Ainda, aponta-se a necessidade de estudos que avaliem o impacto dos aspectos biossociais e laborais sobre os fenômenos aqui abordados, o que pode ser feito por meio de análises mais complexas, tais como testes de regressão.

REFERÊNCIAS

1. Rezende R, Borges NMA e Frota OP. Síndrome de Burnout e absenteísmo em enfermeiros no contexto hospitalar: revisão integrativa da literatura brasileira. *Com Ciências Saúde*. 2012; 23(3):243-252.
2. Meneghini F, Paz AA, Lautert L. Fatores Ocupacionais Associados aos componentes da Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem. *Texto & Contexto Enferm*. 2011; 20(2): 225-33.
3. Rossi SS, Santos PG, Passos JP. A síndrome de Burnout no enfermeiro: um estudo comparativo entre atenção básica e setores fechados hospitalares. *Rev Pesqui Cuid Fundam (Impr.)*. 2010; 2(4):1232-9.
4. Hercos TM, Vieira FS, Oliveira MS, Buetto LS, Shimura CMN, Sonobe HM. O trabalho dos profissionais de enfermagem em unidades de terapia intensiva na assistência ao paciente oncológico. *Rev Bras Cancerol*. 2014; 60(1):51-8.
5. Moreira DS, Magnago RF, Sakae TM, Magajewski FRL. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(7): 1559-68.
6. Bianchi ERF. Enfermeiro hospitalar e o stress. *Rev Esc Enferm USP*. 2000; 34(4): 390-4.
7. Latack JC. Coping with job stress: measures and future directions for scale

development. *J Appl Psychol*. 1986; 71(3): 377-385.

8. Machado PGB e Porto-Martins PC. Condições organizacionais enquanto terceiras variáveis entre burnout e engagement. *Diaphora*. 2013; 13(1) :35-44.

9. Bezerra RP e Beresin R. A síndrome de burnout em enfermeiros da equipe de resgate pré-hospitalar. *Einstein*. 2009;7(3 Pt 1): 351-6.

10. Özden D, Karagözoğlu Ş, Yildirim G. Intensive care nurses' perception of futility: job satisfaction and burnout dimensions. *Nurs Ethics*. 2013 Jun;20(4):436-47.

11. Oliveira V e Pereira T. Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros – impactos do trabalho por turnos. *Rev Enf Ref*. 2012; 3(7): 43-54.

12. Mealer M. Burnout Syndrome in the Intensive Care Unit. *Future Directions for Research. Ann Am Thorac Soc*. 2016 Jul;13(7):997-8.

13. Carlotto MS, Câmara SC. Propriedades psicométricas do Maslach Burnout Inventory em uma amostra multifuncional. *Estudos Psicol (Campinas)*. 2007;24(3):325-32.

14. Ferreira EAG, Vasconcellos EG, Marques AP. Assessment of pain and stress in fibromyalgia patients. *Rev Bras Reumatol*. 2002;42:104-10.

15. Bailar J, Mosteller F. *Medical users of statistics*. Boston: Nejm Books; 1992.

16. Santos FD, Cunha MHF, Robazzi MLCC, Pedrão LJ, Silva LA, Terra FS. O estresse do enfermeiro nas unidades de terapia intensiva adulto: uma revisão da literatura. *Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2010; 6(1): 1-16.

17. Preto VA, Pedrão LJ. O estresse entre enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev esc enferm USP*. 2009; 43(4): 841-48.

18. Tamayo MR, Tróccoli BT. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. *Estud Psicol (Campinas)*. 2002; 7(1): 37-46.

19. Benevides-Pereira AMT. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.

20. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter, MP. *Job Burnout*. *Annu Rev Psychol*. 2001; 52: 397-422.

21. Ferreira NN, Lucca SR. Síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2015; 18(1): 68-79.

22. Raggio B, Malacarne P. Burnout in intensive care unit. *Minerva Anesthesiol*. 2007 Apr;73(4):195-200.

23. Jones-Berry S. Study urges anti-burnout aid for intensive care nurses. *Nurs Stand*. 2016 Jul 20;30(47):10.

24. Ferreira NN, Lucca SR. Síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2015; 18(1): 68-79.

25. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organization and quality of care: cross national findings. *Nurs Outlook*. 2002; 50(5):187-94.

26. Jodas DA e Haddad MCL. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(2):192-7

ANÁLISE MICROBIOLÓGICA DE COLIFORMES TOTAIS E TERMOTOLERANTES EM ÁGUA DE BEBEDOUROS DE UM PARQUE PÚBLICO DE BRASÍLIA, DISTRITO FEDERAL

MICROBIOLOGICAL ANALYSIS OF TOTAL COLIFORMS AND THERMOTOLERANT IN WATER OF DRINKING FOUNTAINS OF A PUBLIC PARK IN BRASÍLIA, FEDERAL DISTRICT

Stella Gleyce da Silva Alves¹, Carla Daniela Gomes Ataíde², Joaquim Xavier da Silva³.

Como citar:

Alves SGS, Ataíde CDG, Silva JX. Microbiológica de coliformes totais e termotolerantes em água de bebedouros de um parque público de Brasília, Distrito Federal. Rev. Cient. Sena Aires. 2018; 7(1): 12-7.

RESUMO

Analisou-se e identificou-se a presença de coliformes totais e termotolerantes na água de bebedouros em um parque público. Refere-se a uma pesquisa com abordagem quali-quantitativa, onde foram coletadas cinco amostras de água em recipientes estéreis. A metodologia para as análises de água foi executada conforme a Instrução Normativa N° 62 do Ministério da Agricultura, sendo analisadas em triplicatas e divididas em duas etapas: teste presuntivo e teste confirmativo. Logo as amostras foram submetidas em três diluições sucessivas de 10⁻¹, 10⁻² e 10⁻³. Todas amostras foram inoculadas em Caldo Lauril triptose e em seguida incubados a 36°C (±1°C) por 24-48 horas. Todas as amostras de água apresentam-se aptas para o consumo humano de acordo com a Portaria 2.914/11 do Ministério da Saúde. Os resultados demonstraram que a água dos bebedouros analisados, encontra-se dentro dos padrões de potabilidade para consumo, porém, não descarta a necessidade de uma vigilância contínua por meio de testes que comprovam sua qualidade.

Descritores: Análise microbiológica; Coliformes; Água potável.

ABSTRACT

We assessed and identified total coliforms and thermotolerant present on drinking fountains water of Public Parks. Refers to a qualitative-quantitative approaching research where five water samples were gathered in sterile containers. The methodology for this water analysis were performed according to the N.62 Normative Instruction from Agriculture Ministry being analyzed in triplicates and divided in two steps: presumptive and confirmative tests. The samples were submitted into three successive dilutions of 10⁻¹, 10⁻² and 10⁻³. All the samples were inoculated in Lauryl Tryptose Broth then incubated at 36°C (±1°C) for 24-48 hours. All water samples presents to be suitable for human consumption according to the N.2.914/11 Ordinance from Health Ministry. Results demonstrate that the water from the analyzed drinking fountains are in potability standard for human consumption, however it does not rule out the need of continuous surveillance by tests that proves it's quality.

Descriptors: Microbiological analysis; Coliforms; Drinking water.

REVISA

¹ Acadêmica de Nutrição.
Universidade Paulista. Brasília,
DF, Brasil.

² Nutricionista. Especialista.
GANEP Nutrição Humana. São
Paulo, SP, Brasil.

³ Biólogo. Mestre em Patologia
Molecular. Universidade de
Brasília. Distrito Federal, Brasil.
joaquimbio@gmail.com

Recebido em: 15/12/17
Aceito em: 18/02/18

INTRODUÇÃO

A água é uma substância essencial para todos os seres vivos e em todos os estágios da vida é considerado um recurso insubstituível. Apesar de sua importância, a oferta hídrica para abastecimento tem denotado um dos grandes problemas de saúde pública do século XXI.¹ Embora seja considerada uma das substâncias mais presentes na natureza, é imprescindível que haja determinados cuidados no tocante à quantidade de uso, qualidade e distribuição da água.² Devido à abundância deste elemento líquido é possível ter uma falsa impressão de que se trata de um recurso inesgotável¹, quando na verdade a realidade que temos atualmente é de que apenas 2,5% de toda água do planeta terra é constituído por água doce tendo um potencial para o consumo humano.³

Em consequência das ações humanas a qualidade da água tem sofrido forte influência, tornando-se muitas vezes imprópria para o consumo. O ecossistema hídrico tem sido afetado constantemente devido o desenvolvimento populacional e o aumento de residências sem planejamento e estrutura apropriada gerando problemas de ordem sanitária devido à carência de saneamento básico.⁴ Anteriormente associada por condições naturais do meio ambiente, hoje, a qualidade da água superficial e subterrânea tem sido relacionada diretamente ao comportamento do homem.⁵

Uma atenção maior deve ser dada quanto à qualidade da água, uma vez que fatos históricos demonstram que alguns dos maiores surtos que já acometeram a população humana foram originados a partir de sistemas de distribuição hídrica. Melhores perspectivas de desenvolvimento são obtidas por meio da associação entre a água e a saúde, dado que a água tem uma grande parcela de contribuição para a saúde humana⁶. A correlação entre água, higiene e a saúde é um conceito que acompanha a espécie humana desde o princípio da civilização.⁷

A ingestão de água contaminada representa um dos principais riscos para a saúde, onde agentes patogênicos são causadores de doenças infecciosas tais como a cólera, quadros diarreicos, disenterias e febres entéricas, ressalta-se ainda que a diarreia continua a ser a principal causa de morte em crianças carentes, constituindo uma enorme responsabilidade sobre a saúde pública.⁸

Várias são as formas pelas quais os microrganismos são introduzidos no organismo humano, podendo ser via cutânea, ingestão de água ou alimentos contaminados, durante o preparo de alimentos ou em seu ambiente de origem. Nas redes coletoras de esgotos é possível encontrar mais de 100 organismos com potencial patogênico entérico, como vírus, parasitas e bactérias.⁶

A contaminação por matéria fecal pode ocorrer durante a distribuição de águas do sistema de abastecimento, tornando-se veículo de microrganismos patogênicos, exigindo uma importância maior durante esse processo.⁹ Existem algumas bactérias da categoria coliforme onde são utilizadas como parâmetros de contaminação bacteriológica da água. Essas bactérias podem ser encontradas no trato gastrointestinal do homem e de outros animais homeotérmicos, em ambientes não fecais, no solo e vegetais tendo também relativa capacidade de se multiplicarem na água.¹⁰⁻¹¹

Coliformes totais são uma classe de bactérias que possui como principal característica a fermentação de lactose com produção de ácidos, aldeídos e gás a 35°C entre 24 e 48 horas. Essas bactérias abrangem os seguintes gêneros: *Klebsiella*, *Escherichia*, *Enterobacter* e *Citrobacter*.¹² Coliformes fecais ou coliformes termotolerantes são bactérias de um subgrupo de coliformes totais que possuem a capacidade de fermentar lactose a 44-45°C ($\pm 0,2$) em 24 horas. A principal espécie dentro desse grupo é a *Escherichia coli* (*E. Coli*), possuindo origem exclusivamente fecal.¹¹

A investigação bacteriológica da água desempenha um papel importante quanto à determinação da qualidade da água de consumo humano e o correto funcionamento do abastecimento hídrico, a fim de verificar a segurança da potabilidade da água e investigações de possíveis surtos de doenças.^{6,13} As análises microbiológicas são capazes de expor a presença ou não de coliformes totais e coliformes fecais, que podem ser ou não de origem patogênica.¹¹

De acordo com a portaria nº2914/2011 do Ministério da Saúde são estabelecidos critérios de potabilidade da água para o consumo, onde a mesma deve atender aos padrões físico-químicos e microbiológicos fixados em lei e estabelecidos pela portaria supracitada. Em concordância com a portaria vigente, a água adequada ao consumo humano deve estar livre de *E. Coli* e de bactérias do grupo dos coliformes totais em 100 ml de amostragem.¹⁴

Diante das informações expostas, o presente estudo teve como objetivo avaliar os aspectos microbiológicos da água de bebedouros quanto à presença de coliformes totais, termotolerantes, bem como outros microrganismos associados, de um parque público de Brasília-Distrito Federal.

MÉTODOS

Refere-se a uma pesquisa com abordagem quali-quantitativa, na qual foram avaliados aspectos microbiológicos de cinco bebedouros do Parque Ecológico de Águas Claras -Distrito Federal.

O Parque Ecológico possui vários bebedouros disponíveis para o público em geral, porém o material foi coletado em cinco bebedouros, que são os que apresentam ter uma maior frequência de uso, tendo, portanto, maior manipulação. A coleta das amostras foi realizada às 22h do dia 22 de outubro de 2017, sendo necessário apenas uma coleta com amostras simples de cada bebedouro.

As amostras de água foram propriamente identificadas como A1, A2, A3, A4, A5. A coleta de água foi realizada em recipientes estéreis. Foram coletadas aproximadamente 100 ml de água de cada um dos cinco bebedouros, seguindo corretamente o protocolo de assepsia, uso de luvas e jaleco. As amostras foram mantidas sob refrigeração em uma caixa isotérmica durante o seu transporte até o Laboratório de Microbiologia da Universidade Paulista - UNIP e analisadas dentro de 24 horas.

Para o presente estudo foram, foram utilizados os parâmetros estabelecidos pela Portaria nº 2914 do Ministério da Saúde, no que lhe diz respeito que a água própria para consumo humano deve ser isenta de coliformes totais, termotolerantes e *Escherichia coli*.¹⁴

A metodologia empregada para esta pesquisa foi executada em conformidade com a Instrução Normativa (IN) nº 62 de 26/08/2003 do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA).¹⁵ As amostras das águas foram analisadas em triplicatas e divididas em duas etapas, em: teste presuntivo e teste confirmativo. No teste presuntivo as amostras de água foram submetidas a três diluições sucessivas sendo elas 10 ml, 1 ml e 0,1 ml (10^{-1} , 10^{-2} e 10^{-3}). Em cada diluição foram utilizados três tubos de ensaio devidamente auto clavados contendo 10 ml de Caldo Lauril triptose. Na primeira diluição, foram utilizados 10 ml da amostra de água e inoculados em uma série de três tubos de *Durhan* invertido, contendo Caldo Lauril triptose em concentração dupla. Na segunda diluição, foram inoculados 1 ml da amostra de água em uma concentração simples. Em seguida, na terceira diluição foram inoculados volumes de 1ml da diluição 10-1 em concentração simples, em tubos de *Durhan* invertido contendo o mesmo meio das diluições supracitadas.

Todas as amostras de água foram submetidas a este procedimento. Em seguida os tubos contendo a amostra e o meio de cultura foram incubados a

36°C ($\pm 1^\circ\text{C}$) por 24-48 horas. A presença de coliformes é confirmada pela formação de gás nos tubos de *Durhan* ou ebulição quando agitado conforme preconiza a literatura, de maneira sutil. A leitura dos tubos pode ser realizada após 24 horas de incubação, se negativo, reincubar por mais 24 horas, pois só serão pertinentes os resultados positivos.

Vale ressaltar que para a avaliação das amostras de água é preciso realizar os testes presuntivo e confirmativo, uma vez que o teste presuntivo se apresente negativo não havendo a produção de gás durante o período de incubação, a investigação é consumada nessa fase e o resultado é julgado negativo. Para a análise dos dados e ilustração dos resultados em tabela foi utilizado o software Microsoft Excel® versão para Windows 2010.

RESULTADOS

A análise microbiológica das cinco amostras de água realizadas no Parque Ecológico de Águas Claras – Distrito Federal, revelou que não houve produção de gás nos tubos de *Durhan* após 24-48 horas de incubação em estufa a 36°C ($\pm 1^\circ\text{C}$), portanto, não houve necessidade de realizar o teste confirmativo para coliformes totais e termotolerantes. Os resultados das amostras analisadas estão expressos na tabela 01.

Tabela 1- Resultados das análises de água do Parque Ecológico de Águas Claras - DF.

Amostras	Coliformes Totais	Coliformes Termotolerantes
A1	Negativo	Negativo
A2	Negativo	Negativo
A3	Negativo	Negativo
A4	Negativo	Negativo
A5	Negativo	Negativo
Total	0	0

Diante deste fato, todas as amostras de água apresentam-se aptas para o consumo humano de acordo com a Portaria 2.914/11 do Ministério da Saúde¹⁴, confirmando o que vem de encontro com alguns trabalhos realizados recentemente¹⁷.

DISCUSSÃO

De acordo com achados na literatura, doenças de veiculação hídrica, como febre tifoide e paratifoide, disenterias, cólera, diarreia, poliomielite entre outras, constitui uma grande responsabilidade sobre a saúde pública, sendo responsáveis por muitos óbitos, principalmente em crianças mundialmente. Este fato se dá devido o estado de insegurança sanitária e ausência de tratamento da água para o consumo humano.^{8,16,22}

Conforme a portaria que está em vigor atualmente a água para consumo deve ser límpida, não possuir gosto e cheiro indesejável, ser isenta de microrganismos e substâncias em altas quantidades que possa acarretar riscos à saúde, isto é, a água destinada para o consumo humano deve atender aos parâmetros microbiológicos, físicos e químicos.^{14,22}

Mello et al¹⁶ ao avaliarem 25 amostras dos bebedouros de uma universidade no estado de Minas Gerais, obtiveram resultados negativos para coliformes totais e termotolerantes em 100% das amostras coletadas. Diante do exposto, os autores concluíram que o nível de qualidade da água pode estar diretamente relacionado com as técnicas de higienização praticadas pela

Universidade, contribuindo assim para que a água dos bebedouros seja própria para o consumo.

Seco et al⁹ encontraram resultados que corroboram com os achados deste estudo, ao analisarem 19 amostras de água de bebedouros da Universidade Estadual de Londrina-Paraná, os autores evidenciaram ausência de coliformes em todas suas amostras.

Por sua vez, em um estudo realizado na cidade de Ceres, Goiás, onde foi desenvolvido o mesmo método de análise do presente estudo, foi possível notar presença de coliformes totais em 09/12 (75%) de suas amostras. Os autores correlacionam o resultado positivo a presença de aves que sobrevoam o local e as fezes de pombos que foi observado em dois bebedouros.¹⁸

Em um município de Piauí, Oliveira et al. analisaram 10 amostras de água de bebedouros de escolas estaduais, a fim de verificar a sua qualidade. Dentre as amostras estudadas, os autores concluíram que 80% das amostras estavam contaminadas por coliformes fecais e 40% de coliformes termotolerantes.¹⁹

Os resultados obtidos no trabalho referido acima, foram semelhantes aos de Campos et al⁸, onde também evidenciaram presença de coliformes totais em 28,57% dos 19 bebedouros que fizeram parte da coleta de dados e 100% dessas amostras apresentaram ausência de E.coli. Os autores deste estudo relacionam a presença de coliformes totais a baixa concentração de cloro residual, outro resultado encontrado no mesmo trabalho.

Segundo Macedo²¹ a integridade da água disponibilizada para o consumo tem uma forte influência no processo de desinfecção a qual foi submetida. Quando o influente desinfetante se trata de um oxidante e existe a presença de material orgânico ou outros compostos oxidáveis, estes por sua vez, consumirá parte do influente desinfetante essencial para destruir os microrganismos. A cloração da água tem como objetivo a desinfecção, a oxidação ou as duas ações simultâneas, no entanto a desinfecção da água é o objetivo mais comum deste procedimento.

Em um estudo realizado por Rocha et al, ao avaliar a qualidade microbiológica da água de instituições de ensino, os autores apontaram que a contaminação da água pode ocorrer de diversas maneiras, desde a captação da água pelo sistema público, falha no sistema de distribuição, até falta de higienização do reservatório onde é acondicionada a água.²⁰

A ausência de coliformes totais e termotolerantes é indicativo da eficiência dos métodos de desinfecção, utilizados no sistema de abastecimento, na eliminação de microrganismos, no entanto, deve-se salientar que os achados deste trabalho foram pontuais, indicando que no local e no período estudado a água distribuída é de qualidade e potável, o qual denota eficiência nas etapas de tratamento e distribuição, porém não indica que todas as etapas do processo estão sempre adequadas e que o processo é passível de falhas.

CONCLUSÃO

Com base nas análises microbiológicas realizadas neste trabalho, os resultados demonstraram que a água dos bebedouros do parque em questão, encontra-se dentro dos padrões de potabilidade para consumo humano, estabelecidos pela Portaria vigente nº 2914¹⁴. Uma vez que, é considerada água potável quando se tem ausência de coliformes totais e termotolerantes em 100 ml de amostras.

O fato de não ter sido encontrado presença de microrganismos na água no presente estudo, perfazendo-o um resultado satisfatório, não descarta a necessidade de uma vigilância contínua por meio de testes que comprovem sua qualidade, diminuindo cada vez mais os riscos e falhas que possam vir acontecer acometendo a saúde humana.

REFERÊNCIAS

1. Porto MAL, Oliveira AM, Fai AEC, Stamford TLM. Coliformes em água de abastecimento de lojas fast food da Região Metropolitana de Recife (PE, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(5):2653-8
2. Beal DA, Ferreira SC, Rauber D. Recursos Hídricos: Uso De Água Na Indústria - O Caso De Dois Vizinhos No Paraná-Pr. III Congresso Nacional De Pesquisa Em Ciências Sociais Aplicadas- III CONAPE 2014; 2014; 01-03; Paraná, Brasil; p.1-20.
3. Ribeiro LGG, Rolim ND. Planeta água de quem e para quem: uma análise da água doce como direito fundamental e sua valoração mercadológica. *RDAS*. 2017; 7(1):7-33
4. Dodds WK, Perkin JS, Gerken, JE. Human Impact on Freshwater Ecosystem Services: A Global Perspective. *Environ.SciTechnol*, 2013; 47(16):9061-8
5. Steffens C, Klauck CR, Benvenuti T, Silva LB, Rodrigues MAS. Water quality assessment of the SinosRiver .*Braz. J. Biol.* 2015; 75(4 Suppl 2): 62-7
6. Yamaguchi MU, Cortez LER, Ottoni LCC, Oyama J. Qualidade microbiológica da água para consumo humano em instituição de ensino de Maringá-PR. *Mundo Saúde*. 2013; 37(3):312-20
7. Alves MG. Bactérias na água de abastecimento da cidade de Piracicaba [dissertação]. Piracicaba (SP): Universidade de São Paulo; 2007.
8. Campos DAG, Franco JM, Filho BAA, Bergamasco R, Yamaguchi NU. Avaliação Da Qualidade Da Água Destinada Ao Consumo Humano Em Instituição De Ensino. *RUVRD*. 2017; 15(1): 289-98
9. Seco BMS, Burgos TN, Pelayo JS. Avaliação bacteriológica das águas de bebedouros do campus da Universidade Estadual de Londrina – PR. *Semina cienc. biol. saúde*. 2012; 33(2):193-200
10. Neto LKS, Peixoto R. Qualidade Microbiológica Da Água Para Consumo Humano No Campus Da Unitins No Município De Palmas (TO). **Agri-Environmental Sciences**. 2016. 1(2):2525-4804
11. Santos JA, Silva JX, Rezende AJ. Avaliação Microbiológica de Coliformes Totais e Termotolerantes em Água e Bebedouros de Uma Escola Pública no Gama - Distrito Federal. *REVISA*. 2014. (1):11-8
12. Bettega JMPR, Machado MR, Presibella M, Baniski G, Barbosa CA. Métodos analíticos no controle microbiológico da água para consumo humano. *Ciência e Agrotecnologia*. 2006. 30(5):950-4
13. Bain R, Bartram J, Elliott M, Matthews R, McMahan L, Tung R, Chuang P, et al. A Summary Catalogue of Microbial Drinking Water Tests for Low and Medium Resource Settings. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2012. 9(5):1609-1625.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria no. 2914 de 12 de Dezembro de 2011. Diário Oficial da União, Brasília, 2011. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2914_12_12_2011.html>. Acesso em: 14 set. 2017.
15. Brasil. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Secretaria de Defesa Agropecuária (DISPOA). Instrução Normativa no 62, de 26 de agosto de 2003. Disponível em: <<http://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=75773>>. Acesso em: 28 set. 2017.
16. Mello CN, Resende, JCP. Análise microbiológica da água dos bebedouros da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais campus Betim. *Revista Sinapse Múltipla*. 2015. 4(1):16-28.
17. Reis F, Dias CR, Abrahão WM, Murakami FS. Avaliação da qualidade microbiológica de água e superfícies de bebedouros e parques de Curitiba – PR. *Visão acadêmica*. 2012.13(1):55-70
18. Silva MS, Silva TMP, Souza JMFS. Qualidade Bacteriológica Da Água Dos Bebedouros Da Faculdade Evangélica De Ceres-Go. *Enciclopédia Biosfera*. Goiania. 2017. 14(25):1276
19. Oliveira ES, Oliveira AMC, Ferreira JHL, Arcanjo SRS, Menezes CC. Qualidade da água para consumo humano em escolas de Picos, PI. *Higiene Alimentar*. 2012. 26(212/213):124-8.
20. Rocha ES, Rosico FS, Silva FL, Luz TCS. & Fortuna J L. Análise microbiológica da água de cozinhas e/ou cantinas das instituições de ensino do município de Teixeira de Freitas (BA). *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2010. 34(3):694-705.
21. Macedo JAB. O processo de desinfecção pelo uso de derivados clorados em função do pH e a Portaria 518/2004 do Ministério da Saúde. In: *Anais do XLIV Congresso Brasileiro de Química*. Fortaleza; 2004.
22. Nascimento DC, Silva RCR, Pavanelli MF. Pesquisa De Coliformes Em Água Consumida Em Bebedouros De Escolas Estaduais De Campo Mourão, Paraná. *Rev. Saúde e Biol*. 2013. 8(1):21-6.

O PAPEL DO ENFERMEIRO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM MULHERES NO PERÍODO CLIMATÉRICO

THE ROLE OF NURSES IN NURSING CARE WITH WOMEN IN THE CLIMATE PERIOD

Daniele Barbosa da Silva Andrade¹, Francismere Nascimento de Araújo Lira², Enilde Vieira da Silva³, Elisângela de Andrade Aoyama⁴, Fabiane Coelho Farias⁵

Como citar:

Andrade DBS, Lira FNA, Silva EV, Aoyama EA, Farias FC. O papel do enfermeiro nos cuidados de enfermagem com mulheres no período climatérico. Rev. Cient. Sena Aires. 2018; 7(1): 18-22.

RESUMO

O climatério representa um fenômeno fisiológico que decorre através do esgotamento folicular ovariano que acomete as mulheres em geral, marcando o período reprodutivo para o não reprodutivo. Neste período o enfermeiro tem papel importante tais como orientar e educar as mulheres permitindo com que as mesmas pratiquem o autocuidado melhorando seu estilo e sua qualidade de vida. O presente trabalho tem como objetivo ressaltar o cuidado prestado pelo enfermeiro e suas ações em relação as mulheres no climatério. A amostra foi realizada com 30 mulheres com a faixa etária acima de 30 anos, residentes na cidade do Gama/DF que consentiram em responder um questionário onde abordou temas relacionados a sintomatologia no período climatérico. Com base nos resultados obtidos foi possível elaborar tabelas e gráficos que constatou a importância que o enfermeiro tem de promover a conscientização dessas mulheres na fase do climatério. Através desta pesquisa pode-se observar a sintomatologia das mulheres climatéricas e possibilitou identificar as ações que o enfermeiro deve traçar para educar e orienta-las de forma que possa conscientizá-las do autocuidado atendendo as necessidades individuais de cada uma.

Descritores: Cuidados de enfermagem; Climatério; Sinais e Sintomas.

ABSTRACT

The climacteric is a physiological phenomenon which runs through the ovarian follicular depletion which affects women in general, marking the reproductive period for non-reproductive. In this period the nurse plays an important role such as guide and educates women with allowing women to practice self-care improving their style and their quality of life. This paper aims to highlight the care provided by nurses and their actions in relation to women in menopause. The sample was held with 30 women with the age range of 30 to over 45 years, residents in the city of Gama / DF who agreed to participate in a questionnaire which addressed issues related to symptoms in the climacteric period. Based on the results it was possible to draw up charts and graphs that noted the importance that the nurse has to promote awareness of these women in climacterium. Through this research we can observe the symptoms of climacteric women and enabled us to identify the actions that nurses must draw to educate and guide them so that you can educate them to self-care meeting the individual needs of each.

Descriptors: Nursing care; Climacteric; Signs and symptoms.

REVISA

1 Acadêmica em Enfermagem.
Faculdade de Ciências e Educação Sena
Aires. Valparaíso de Goiás. Brasil.
danielebarbosadf@hotmail.com

2 Acadêmica em Enfermagem.
Faculdade de Ciências e Educação Sena
Aires. Valparaíso de Goiás. Brasil.
franlarissalira@hotmail.com

3 Acadêmica em Enfermagem.
Faculdade de Ciências e Educação Sena
Aires. Valparaíso de Goiás. Brasil.
enildebraga@hotmail.com

4 Bióloga. Mestre em Engenharia
Biomédica. Faculdade Juscelino
Kubitscheck. Brasília, Distrito Federal,
Brasil.
eaa.facjk@gmail.com

5 Enfermeira. Mestre em Gerontologia.
Faculdade de Ciências e Educação Sena
Aires. Valparaíso de Goiás. Brasil.
fabianefarias1@hotmail.com

Recebido em: 15/10/17
Aceito em: 18/12/17

INTRODUÇÃO

O climatério é um período na vida da mulher em que os ovários começam a deixar de produzir quantidades adequadas de hormônios, progesterona e estrogênio e que ocorre por volta dos 45 anos de idade, ou seja, é o nome científico que descreve a transição fisiológica do período reprodutivo para o não reprodutivo da mulher.¹⁻⁶

Neste período a mulher sofre uma série de alterações das esferas físicas e psicoemocional. É comum que apareçam sintomas muito incômodos como fortes ondas de calor (fogachos), gerando quadros de insônia, irritabilidade, humor instáveis alteração de memória, depressão e angustia. Além disso, ocorrem fragilidade e ressecamento da pele, cabelo e mucosa, dando aspecto de envelhecimento precoce além do surgimento de infecções urinárias frequente e dor nas relações sexuais devido ao ressecamento e atrofia das mucosas vaginais e da uretra dentre outros aspectos.¹

O climatério é caracterizado pela ausência do ciclo menstrual é nesse período que o organismo da mulher passa por uma transformação biológica necessitando de um apoio diferenciado, é nesta fase que o corpo da mulher apresenta o fim do ciclo menstrual e da fase reprodutiva, portanto é constituído no climatério um processo de mudanças emocionais quanto físicas e existem vários fatores que podem vir a ocorrer, tais como: vida pessoal e familiar, ambiente, costumes, culturas dentre outras.^{2,7-8}

MÉTODO

Para a produção deste estudo, foi utilizado pesquisa bibliográfica em revistas, livros e pesquisas qualitativas sobre o tema.

A amostra foi realizada com 30 mulheres de acordo com os critérios de inclusão que foram mulheres de acima de 30 anos de idade que consentiram em participar da pesquisa. Antes de iniciar a entrevista, foi solicitada autorização das participantes para a publicação mantendo-se o sigilo e a confiabilidade dos pesquisados.

Trata-se de um estudo observacional analítico de caso-controle onde foi realizada através de um questionário, a coleta de dados realizada no mês de setembro de 2016.

RESULTADOS

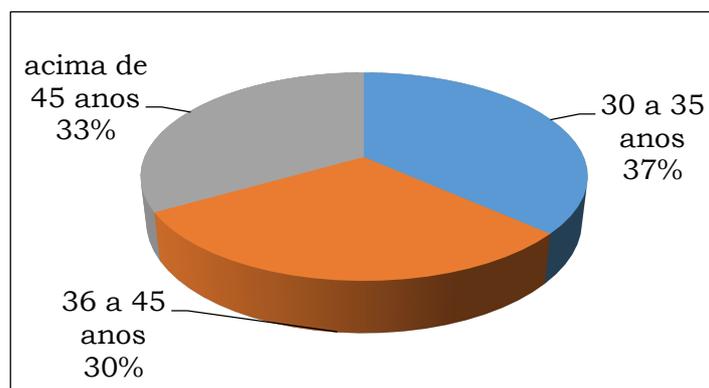
A tabela 1 mostra que a média da idade das mulheres entrevistadas é de 27,4 e que o elemento modal foi de 30,84 e a mediana 31,08.

Tabela 1- Perfil das mulheres no período do climatério. Brasília, Distrito federal, 2016.

CLASSE	fi	Fi	fr	Fr	XI	XI. fi
30 I- 35	11	11	0,36	0,36	32,5	357,5
36 I- 45	9	20	0,66	1,02	40,5	364,5
>45	10	30	1	2,02	10	100
Σ	30	--	--	--	--	822

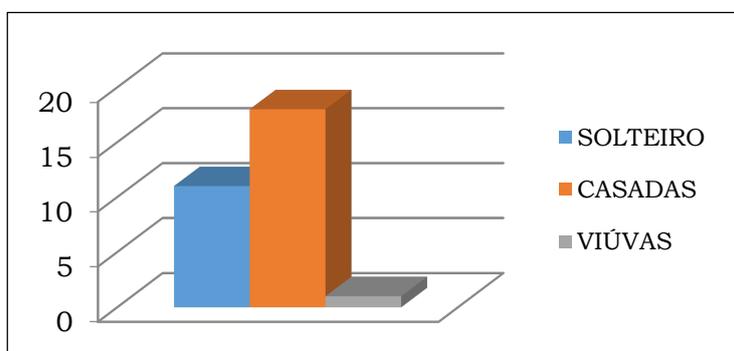
Os estudos foram realizados entre mulheres com as idade acima de 30 anos, pois é nesse grupo que apresentam as manifestações clínicas e psicológicas de mulheres no período do climatério. Na Figura 1, apresenta-se o Perfil de faixa etária das mulheres entrevistadas.

Figura 1- Perfil de faixa etária das mulheres entrevistadas. Brasília, DF, 2016.



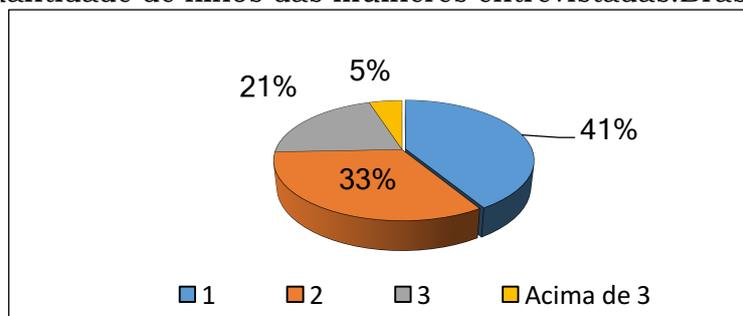
Através da figura 1, pode-se observar que entre as 30 mulheres entrevistadas 37% tinham entre 30 a 35 anos; 30% com 36 a 45 anos e acima de 45anos 33%. Na Figura 2, demonstra-se o perfil do estado civil das mulheres entrevistadas.

Figura 2- Perfil do estado civil das mulheres entrevistadas. Brasília, DF, 2016.



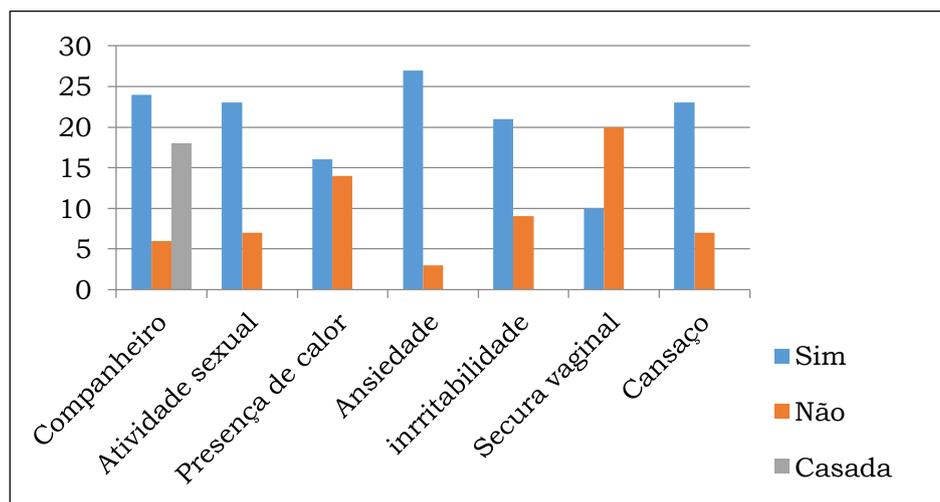
O perfil do estado civil das mulheres entrevistadas mostrou que 18 eram casadas, 11eram solteiras e apenas 1 é viúva, porém tem a presença de um companheiro. A Figura 3 apresenta a quantidade de filhos das mulheres entrevistadas.

Figura 3- Quantidade de filhos das mulheres entrevistadas. Brasília, DF, 2016.



Na Figura 3 foi apontada a quantidade de filhos que cada mulher entrevistada relatou, obtivemos então que 41% tinha 1 filho, 33% com 2 filhos, 21% 3 filhos e apenas 5% tinham acima de 3 filhos. A Figura 4 apresenta a aintomatologia de mulheres no período do climatério.

Figura 4- Sintomatologia de mulheres no período do climatério. Brasília, DF, 2016.



O gráfico 4 apresenta a distribuição dos dados coletados sobre sinais e sintomas e presença de companheiro de mulheres com a faixa etária a partir dos 30 anos de idade e que estão no período do climatério onde pode-se observar que das 30 mulheres entrevistadas 24 mulheres tem companheiro e apenas 6 não tem, 23 mulheres relataram ter a vida sexualmente ativa e apenas 7 não ativa, 16 sentem a presença de calor e 14 não sentem, 27 mulheres relatam ter ansiedade e apenas 3 não tem ansiedade, 21 apresentam irritabilidade e 9 não, 10 mulheres relataram secura vaginal e 20 não apresentam esse sintoma, 23 relataram sentir cansaço e 7 não sentem cansaço, e 12 mulheres relataram sentir outros sintomas.

DISCUSSÃO

Com o propósito de traçar metas de cuidados relacionadas as ações do enfermeiro frente a toda sintomatologia no periodo do climatério é que foi levantado essas questões através deste questionário traçando os sinais e sintomas relatados pelas mulheres entrevistadas, observou-se que as mulheres no período do climatério necessitam da assistência dos profissionais de saúde principalmente onde se refere a planos de cuidados para o alívio dos sintomas que elas apresentam nesse período. ⁴

O enfermeiro deve estar preparado para detectar essas manifestações minimizando os efeitos através de orientações em conformidade com a realidade de cada mulher, sendo necessário que haja um diálogo que esclareça as dúvidas desse grupo de mulheres, devendo ele estar preparado para proporcionar uma assistência de qualidade visando o contexto emocional, social e individual de cada mulher ⁴

O enfermeiro tem o papel importante durante essa fase tais como orientações que permitem com que a mulher pratique o autocuidado melhorando seu estilo e sua qualidade de vida. ^{5,9}

CONCLUSÃO

Essa pesquisa possibilitou identificar as práticas de cuidados relacionadas à saúde da mulher no período do climatério onde o enfermeiro tem a função de gerenciar o cuidado como educador e orientar através de informações baseadas nos sinais e sintomas relatados pelas mesmas

Entende-se que o enfermeiro deve desenvolver esse trabalho de uma maneira articulada com vários profissionais para implementar estratégias atendendo as necessidades dessas mulheres climatéricas.

REFERÊNCIAS

1. Menopausa e Climatério: Conselhos e orientações. Disponível em: <<http://www.cirurgiaendocrina.com.br/menopausa.html>>. Acesso em: 20 set. 2016.
2. Brasil. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
3. Rocha MDHA. Do Climatério à Menopausa. Rev Cient ITPAC. 2010; 3(1): 24-7.
4. Silva TC, Bisognin P, Prates LA, Cremonese L, Possati A, Ressel LB. Práticas de Cuidado Realizadas por Enfermeiros às Mulheres no Climatério: uma revisão narrativa. Rev Contex & Saúde. 2016; 16(30):21-7.
5. Valença CN. Mulher no Climatério: desejo sexual, beleza e feminilidade. Saude soc. 2010;19(2): 273-85.
6. Brasil. Saúde da mulher no climatério: SAM-BEMAT. Mato Grosso, A caixa de assistência médica dos ex-empregados do banco o estado de mato grosso; 2014.
7. Dias BEG, Lima EC. Adaptação ao climatério e a ação da enfermeira. Rev Enferm Integrada. 2008; 1(1): 25-38.
8. Lopes MEL, Costa SFG, Gouveia EML, Evangelista CB, Oliveira AMM, Costa KC. Assistência a Mulher no Climatério: discurso de enfermeiras. J Nurs UFPE on line. 2013; 7(1):665-71.
9. Educação em saúde: papel do Enfermeiro Educador. Ago. 2010. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/educacao-em-saude-o-papel-do-enfermeiro-educador/44521/10>> acesso em: 25 set. 2016.
10. Candella CLM, Ruggiero CM, Araya MES, Silva RV. Atuação do enfermeiro à mulher no climatério. Rev Esc Enferm USP. 1995; 29(1): 47-58.

COPING E ESTRESSE FAMILIAR E ENFRENTAMENTO NA PERSPECTIVA DO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO

COPING AND FAMILY STRESS AND COUNSELING IN THE PERSPECTIVE OF AUTISM SPECTRUM DISORDER

Francidalma Soares S. Carvalho Filha¹, Hilma Mirella Costa e Silva², Raimunda de Paula de Castro³, Iel Marciano de Moraes Filho⁴, Franc-Lane Sousa C. do Nascimento⁵.

Como citar:

Carvalho-Filha FSS, Silva HMS, Castro RP, Moraes-Filho IM, Nascimento FLSC. Coping e estresse familiar e enfrentamento na perspectiva do transtorno do espectro do autismo. Rev. Cient. Sena Aires. 2018; 7(1): 23-30.

RESUMO

Analisou-se o cotidiano de pais/cuidadores e pessoas que estão no Espectro do Autismo. Trata-se de pesquisa qualitativa, exploratória, com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. Foi aplicado uma entrevista a 32 pais/cuidadores de pessoas que vivem no transtorno do espectro autista, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. A mesma findou com a verificação de que a maioria dos cuidadores relatou que seu cotidiano é extremamente voltado aos cuidados da criança/pessoa com transtorno do espectro autista. Notou-se ainda que os maiores entraves enfrentadas pelos cuidadores foram as dificuldades com relação aos cuidados da criança com transtorno do espectro autista, tais como: comunicação e alimentação. Notou-se ainda, que as áreas mais afetadas no cotidiano dos cuidadores foram o lazer e o trabalho. Desta forma conclui-se que mesmo sabendo das dificuldades em se cuidar de pessoas que vivem no Espectro Autístico, sobretudo pelas características de incapacidades de comunicação e interação social, por isso, é fundamental que os cuidadores tenham à sua disposição uma rede de suporte, com vistas a se estimular o desenvolvimento dessas pessoas e buscar sua inserção nos mais diversos âmbitos, para que a mesma tenha uma vida o mais próximo possível do típico.

Descritores: Transtorno autístico; Relações familiares; Cuidadores; Pacientes.

ABSTRACT

We aimed to analyze the daily lives of parents/caregivers and people who are in the spectrum of Autism. It is a case study type, with a qualitative and exploratory approaches. An interview was applied to 32 parents/caregivers of people living in the Autism Spectrum Disorder. The project was approved by the Research Ethics Committee. The same finished with the verification that most caregivers reported that their daily life is extremely focused on the care of the child/person with Autism Spectrum Disorder. We also noted that the greatest obstacles faced by caregivers were the difficulties regarding the care of children with Autism Spectrum Disorder, such as: communication and food. We also noted that the areas most affected in the caregivers' daily life were leisure and work. In this way, even knowing the difficulties in caring for people living in the Autistic Spectrum, mainly because of the characteristics of communication and social interaction, it is fundamental that caregivers have at their disposal a support network, with a view to stimulate the development of these people and to seek their insertion in the most diverse spheres, so that it has a life as close as possible to the typical one.

Descriptors: Autistic disorder; Family relationships; Caregivers; Patients.

REVISA

¹ Enfermeira. Doutora em Saúde. Universidade Estadual do Maranhão (UEMA). Balsas, Maranhão, Brasil. francidalmafilha@gmail.com

² Enfermeira. Faculdade de Ciências e Tecnologia do Maranhão (FACEMA). Balsas, Maranhão, Brasil. hilmamirella@hotmail.com

³ Acadêmica do Curso de Enfermagem. Faculdade de Ciências e Tecnologia do Maranhão (FACEMA). Balsas, Maranhão, Brasil. paulinhacx1@hotmail.com

⁴ Enfermeiro. Mestre em Ciências Ambientais e Saúde. Universidade Paulista. Goiânia, Goiás, Brasil. ielfilho@yahoo.com.br

⁵ Pedagoga. Doutora em Educação. Universidade Estadual do Maranhão. Balsas, Maranhão, Brasil. francianecarvalho@gmail.com

Recebido em: 15/11/17

Aceito em: 18/01/18

INTRODUÇÃO

O termo autismo origina-se da terminologia grega autós, cujo significado é de si mesmo. Sua primeira definição ocorreu no ano de 1943, quando o médico austríaco Leo Kanner, sistematizou com cautela a observação de um grupo de crianças com idades de 2 a 8 anos, onde o mesmo denominou o transtorno de distúrbio autístico de contato afetivo, e que apesar do autismo já ter sido inserido na psiquiatria por Plouller, como um fator descritivo do isolamento, a descrição feita por Kanner de algumas anormalidades permitiu estabelecer a diferença entre o autismo de outras anormalidades como a esquizofrenia e psicoses infantis.¹

O autismo é um transtorno do desenvolvimento que é definido a partir de avaliações comportamentais, caracterizado por déficits na comunicação social, na interação, na sensibilidade sensorial, coordenação motora e níveis de atenção, com a presença de complicações no que diz respeito ao empenho e a realização de atividades. No entanto, em geral, os quadros de autismo variam em severidade e intensidade em suas diferentes características.²

No que tange aos aspectos familiares, é importante ressaltar que a chegada de uma criança é sempre esperada por toda a família, onde os mesmos desejam que durante o seu desenvolvimento tenha a capacidade de demonstrar o que se anseia. Após o nascimento e conforme o tempo passa, os genitores começam a perceber peculiaridades nos gestos de seu filho, como por exemplo: vários tipos de choros, a presença ou não de lágrimas, gestos esses ajudam a mãe a entender seu filho (a). Porém, em alguns casos este processo não ocorre como o esperado, como nas crianças que estão no Espectro Autístico, que em geral são muito inquietas ou muito agitadas, além de não estabelecerem sorriso social.³

Ouvir a palavra autismo através de um médico, mesmo que como uma hipótese, é muito difícil para os pais, por ser ainda um distúrbio muito marcante e as pessoas que o apresentam serem vítimas de muito preconceito. Na maioria das vezes, os pais passam por uma fase de negação, pois os mesmos cultivam sonhos e fantasias para o futuro de seus filhos.⁴

Após o diagnóstico, algumas famílias sentem-se culpadas e angustiadas por não acreditarem que seu filho (a) pudesse ter algum problema, sendo assim, perante a essa fragilidade dos pais/cuidadores de pessoas que estão no Espectro Autístico fazem com que os mesmos passem a procurar por uma avaliação médica antes mesmo de aceitar tal situação.⁵

As manifestações clínicas do autismo causam nos pais muita dor, pois a criança se prende em atitudes de retraimento que fazem com que eles se sintam impossibilitados de estabelecer comunicação, levando-os a viver com estranheza ou de modo agressivo em relação ao filho. Lembrando que as principais respostas emocionais dos cuidadores perante ao diagnóstico são: alívio, pois com essa confirmação eles passam a entender os comportamentos do filho; culpa, pois acham que fizeram algo de errado durante a gestação; e de perda, pois os planos que fazem para o futuro dos filhos parecem se esvaírem.^{3,6}

Com o passar dos anos, os familiares vão se adequando à convivência com a criança/pessoa que está no espectro autista. Porém, na adolescência podem ocorrer algumas modificações na dinâmica do relacionamento da família mediante mudanças naturais deste período, como: desenvolvimento dos caracteres sexuais, modificações corpóreas, alterações no comportamento e na adaptação social.⁷

É importante ressaltar que a afetividade é um fator de grande valia quando se trata do sucesso do acompanhamento de pessoas que estão no espectro autístico, uma vez que é necessário responsabilidade, dedicação, persistência e sacrifícios da família para adequar-se a vida social, o ambiente de casa e a rotina em prol das necessidades e respeitar os limites que impedem determinadas mudanças.⁸

Um empecilho observado em famílias de crianças com TEA é a falta de

informação sobre o Transtorno Autístico, pois, ainda são escassos estudos abordando sobre esse transtorno, sobretudo na linguagem portuguesa.⁹

Percebe-se que na literatura há entaves também no que diz respeito ao cuidado prestado a criança/pessoa que está no Espectro Autístico com relação a educação, pois, educar uma pessoa autista torna-se, muitas vezes, uma frustração para os pais, visto que, uma grande maioria justifica que as vezes não tem profissionais especializados para lidar com crianças nestas situações.⁹

Diante deste contexto, o objetivo do presente estudo é analisar o cotidiano de Cuidadores informais e pessoas que estão no Espectro do Autismo.

METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa avaliativa, exploratória, com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. O cenário da investigação foram três instituições AMA (Associação de Amigos do Autista), APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) e CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infantil) localizadas em Caxias-MA.

Os sujeitos da pesquisa constaram de 32 pais/cuidadores de crianças que vivem no TEA. Os critérios de inclusão foram: ser cuidador informal de pessoa que está no TEA e aceitar de livre e espontânea vontade participar da pesquisa. O único critério de exclusão estabelecido foi não aceitar participar da investigação.

A coleta de dados ocorreu mediante a aplicação de uma entrevista semiestruturada com perguntas abertas acerca do cuidado prestado a pessoa que está no Espectro Autístico. A coleta ocorreu no período de março de 2016 a maio de 2016. Após a realização das entrevistas, os dados qualitativos, ou seja, às entrevistas implementadas com os pais e/ou responsáveis/cuidadores, as informações coletadas foram submetidas à Análise de Conteúdo, proposta por Bardin.

O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil, e, em seguida, direcionado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética de nº51833515.1.0000.8007. As pesquisadoras, responsável e participante, comprometeram-se com as normas preconizadas pela Resolução do CNS 466/12.

RESULTADOS

Categoria 1: Lazer e Atividades Recreativas

Nesta categoria, buscou-se identificar as principais formas de lazer e atividades recreativas das crianças/pessoas que vivem no TEA. Assim, percebeu-se que a maioria deles usufrui como forma de lazer e atividades: banhos, passeios e brincadeiras em geral.

Ele gosta muito de brincar, de olhar revistas, de brincar em locais que tenha espaço, pra ele ficar a vontade (C28).

Nós vamos em balneários... Ela gosta muito de água, andar á cavalo, tivemos que comprar um porque ele gosta muito... E passear de carro (C25).

Ele brinca de tudo! Ele sai com a gente, levamos ele para restaurante, levamos para todo lugar! Quando é conveniente para leva-lo, vamos também para shopping, cinema... Em casa todos os dias ele tem horário de passeio [...] tem o parquinho aqui fora... ai ele brinca! Ele tem umas atividades de lazeres muito boas (C24).

Ele gosta de ir para AABB, banhar no riacho, ele gosta de brincar de bola com os irmãos dele, porque ele é o tipo de criança que só tem um amigo, ele não é uma criança de fazer muitas amizades, ai ele gosta de brincar com os meninos de joguinho, de computador... (C2).

Categoria 2: Rotina alimentar, vestimenta e dependência

Nesta categoria, buscou-se identificar dados referentes á rotina alimentar, vestimenta e dependência das crianças que estão no espectro autista. Notou-se que a maioria dos cuidadores relataram ter problemas quanto á isso. Como pode-se observar nas locuções abaixo:

A maior dificuldade que eu tenho é na alimentação! Porque ele só quer comer a mesma coisa o dia todo, é o mesmo café, é o mesmo almoço, é o mesmo jantar, ás vezes eu tento fazer uma salada de fruta, e ele não come, eu tento colocar um biscoito diferenciando pra ver se muda o hábito, mas ele só quer comer a mesma coisa (C6).

Essa é uma das maiores dificuldades! Ele ainda hoje toma na mamadeira, ele não quer comer nada sólido, ele tem uma aversão á colher [...] (C12).

Ademais, uma dificuldade encontrada é a dependência que os autistas apresentam em relação aos seus cuidadores, conforme a seguir:

Eu considero que sim por causa de algumas questões... Ele não sabe vestir a cueca sozinho, ele não sabe calçar o tênis sozinho nem amarrar o cadarço, até pra comer ele não quer comer só (C18).

Sim! Eu preciso ajuda-lo sempre. A vestir a roupa, a escolher a roupa (C21).

Em algumas coisas sim! Para tomar banho, para ir ao banheiro e fazer as necessidades fisiológicas (C23).

Categoria 3: Tratamento e Rede de Apoio

Nesta categoria serão abordados dados referentes ao tratamento e á assistência de redes de apoio que as crianças que estão no espectro autista recebem. Verificou-se que a maioria delas recebem as mesmas assistências e nos mesmos locais. Tais achados serão corroborados pelos relatos abaixo:

Sim. Do CAPSi e da AMA também. Pedagogo, psicólogo, psiquiatra, assistente social, é um trabalho multidisciplinar (C3).

Sim. Da AMA. E o tratamento é com o terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e o psiquiatra (C4).

Sim. Eu levo ele toda sexta para APAE, ele tem tratamento com psicóloga, fonoaudióloga e terapia ocupacional (C30).

DISCUSSÕES

Nota-se que a grande maioria das mães no decorrer do estudo afirmam que percebem que os filhos apresentavam comportamentos diferentes, mas, nunca imaginavam que poderia se tratar de um transtorno. A maior parte delas afirmam que o diagnóstico de autismo foi dado pelo médico, e que as características da síndrome foram aparecendo conforme o crescimento da criança, e com o contato que as mesmas estabeleciam com outras pessoas.¹⁰

O atraso da fala e da linguagem são sinais significantes que as mães percebem desde os primeiros anos de vida da criança, uma vez que as mesmas identificam que seus filhos demonstrem a ausência de interação com outras crianças da mesma idade.¹¹

Dados de um estudo que tratava sobre a reação das famílias ao diagnóstico de autismo da criança, identificou-se que 7 cuidadores relataram perceber a existência de comportamentos diferentes nos seus filhos antes dos 18 meses de idade.¹²

No que tange as dificuldades em relação ao cuidado com a pessoa que vive no TEA um questionário que trata sobre as dificuldades comunicativas percebidas por pais de crianças que estão no espectro do autismo, verificou-se que a grande maioria dos cuidadores afirmaram sentir dificuldades no que diz respeito á comunicação com seu filho (a), principalmente no que se refere ao entendimento sobre o que o seu filho (a) quer.¹³

Várias as dificuldades demonstradas por crianças que estão no espectro do autismo, no entanto, a que mais se destaca é a ausência da comunicação verbal ou atraso da linguagem e isto limita em sobremaneira as atividades diária de tais pessoas.¹⁴

No que diz respeito aos afazeres diários e rotina da família autores afirmam que a dedicação e a disponibilidade dos pais, mas em especial das mães com relação aos cuidados do filho (a) com autismo se dá em tempo integral, fazendo com que o tempo que ela tenha para cuidados consigo própria seja pouco.⁷

Ademais, corroborando com os autores supracitados, verifica-se que o cotidiano das famílias gira em torno das necessidades e dificuldades da criança/pessoa com autismo, principalmente no que se refere as atividades diárias.¹⁵

Sobre isto, nota-se que ocorrem mudanças significativas no dia-a-dia de famílias de crianças com autismo. Em muitos casos surgem mudanças de cidade, devido á busca de melhores tratamentos para a criança, ocorrem mudanças também na vida social dos mesmos, ou seja, alguns pais evitam expor os filhos a certos ambientes e situações.¹⁶

A rotina da família muda perante a esta realidade da descoberta do autismo, porém, mesmo com dificuldades, a mesma busca estratégias de como lidar com esta situação, sendo assim, surge a necessidade de se buscar informações de vários profissionais, ou até mesmo de outras famílias que passam pela mesma situação, com o intuito de encontrar meios para amenizar as dificuldades encontradas.¹⁷

A participação dos familiares no tratamento da criança/pessoa que está no espectro do autismo exige mudanças na rotina familiar, todavia, quando se percebe a ausência dos demais membros da família, nota-se que a sobrecarga de cuidados prejudica a qualidade de vida e as atividades diárias das mães.¹⁸

No que concerne aos hábitos alimentares verificou-se em um estudo que o grupo de crianças que vivem no espectro do autismo mostrou um grande aumento de comportamentos inapropriados no decorrer das refeições, tais como: consumo exagerado de alimentos e comer com muita pressa, favorecendo assim, uma influencia direta sobre a ingestão de alimentos.¹⁹

As dificuldades com relação á dependência do filho (a) autista, estão ligadas principalmente ao que se refere a higiene e atividades que envolvem o toque, ou seja, o contato físico, isso foi verificado nos dois grupos do estudo.¹⁵

No que diz respeito ao tratamento e rede de apoio á pessoas que vivem no TEA

em um estudo que trata da incidência de crianças participantes dos programas de estimulação precoce de cinco associações de pais e amigos dos excepcionais, foi identificado que em todas as APAEs, contam com uma assistência do psicopedagogo, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional.²⁰

Ademais, é importante ressaltar que os participantes do estudo, relataram que os filhos (as) ou pessoa cuidada, recebem assistência dos mesmos locais, AMA, APAE e CAPSi, e têm acompanhamento pelos mesmos profissionais especializados também, tais como: psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psiquiatra e psicopedagogo.

CONCLUSÕES

O Transtorno do Espectro do Autismo é um transtorno global do desenvolvimento, que geralmente aparece nos três primeiros anos de vida, manifestando três características principais: dificuldades na comunicação verbal e não verbal; dificuldades nas interações sociais, e presença de comportamentos repetitivos e estereotipados. Cabe ressaltar, que o termo Espectro do Autismo é utilizado para designar que esta alteração no desenvolvimento pode se manifestar em diferentes graus, relativos tanto com as características dos sinais, quanto com sua intensidade.

Verificou-se que a maioria dos cuidadores entrevistados, relatou que seu cotidiano é extremamente voltado aos cuidados prestados à criança/pessoa com TEA, podendo-se observar que os maiores entraves enfrentados pelos mesmos foram as dificuldades com relação aos cuidados oferecidos, tais como: dificuldades na comunicação e na alimentação. Esse dado justifica-se pelas limitações impostas pelas características do Transtorno do Espectro do Autismo que poderão causar comprometimento no desempenho das habilidades que exijam independência e autonomia.

Percebeu-se que às atividades que devem ser melhoradas no cuidado da criança/pessoa que está no espectro do autismo, são as que se referem à comunicação, uma vez que crianças no espectro do autismo apresentam dificuldades no desenvolvimento dessa habilidade; na alimentação, visto que as mesmas podem apresentar seletividade alimentar, e nas Atividades da Vida Diárias (AVDs)^{21,22}, pois nota-se que há níveis consideráveis de dependência em relação ao cuidador.

Com relação às redes de apoio de serviços educacionais, sociais e de saúde à disposição dos cuidadores no cuidado de seus indivíduos, percebeu-se que a maioria das crianças/pessoas segundo os cuidadores, recebem assistências de redes de apoio, tais como: da AMA, APAE e CAPSi, observou-se que o tratamento oferecido à criança com TEA, era praticamente os mesmos para todos (as) como: psicólogo, fonoaudiólogo, psicopedagogo, neurologista e terapeuta ocupacional. Mas é importante ressaltar que na AMA o apoio é somente pedagógico.

Propõem-se que os cuidadores façam passeios que forem compatíveis às suas condições financeiras, e ofertando sempre previsibilidade para a pessoa sobre as atividades que serão realizadas, pois isso poderá melhorar a interação social, a ampliação do repertório verbal, e reduzir a apresentação de comportamentos inadequados quando a criança/pessoa se encontrar em ambiente diferente de sua rotina.

Por fim, sabe-se das dificuldades de se cuidar de pessoas que vivem no Espectro Autístico, por isso, é fundamental que os cuidadores tenham à sua disposição uma rede de suporte, seja da família e amigos, mas também do estado, por parte dos sistemas de saúde, educação, social e segurança pública; com vistas a se estimular o desenvolvimento dessas pessoas e buscar sua inserção nos mais diversos âmbitos, para que a mesma tenha uma vida o mais próximo possível do típico.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
2. Varanda CA, Fernandes FDM. Consciência sintática: prováveis correlações com a coerência central e a inteligência não-verbal no autismo. J Soc Bras Fonoaudiol. 2011; 23(2): 142-51.
3. Ribeiro S. O impacto do autismo na família. Rev Autismo. 2011 Disponível em: < <http://www.revistaautismo.com.br> >. Acesso em: 28 set. 2017.
4. Silva ABB, Gaiato MB, Reveles LT. Mundo singular: entenda o autismo. Rio de Janeiro: Objetiva; 2012.
5. Kortmann GML. Aprendizagens da criança autista e suas relações familiares e sociais: estratégias educativas. Porto Alegre. Monografia [Bacharelado em Psicologia]- Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.
6. Ferrari P. Autismo infantil: o que é e como tratar. 4 ed. São Paulo: Paulinas; 2012.
7. Segeren L, Françoso MFC. As vivências de mães de jovens autistas. Psicol estud. [Internet]. 2014 [citado 2016 Ago 26]; 19(1): 39-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v19n1/05.pdf>.
8. Pereira CCV. Autismo e família: participação dos pais no tratamento e desenvolvimento dos filhos autistas. Rev Facene/Famene [Internet]. 2011 [citado 2016 Ago 28]; 9(2): 1-8. Disponível em: file:///C:/Users/Ilmara/Downloads/Autismo_e_fam%C3%ADlia_-_2011_-_2_pag_51-58%20.1pdf.
9. Nogueira MAA, Rio SCMM. A família com criança autista: apoio de enfermagem. Rev port enferm saúde mental. 2011; 5(5): 16-21.
10. Silva EBA, Ribeiro MFM. Aprendendo a ser mãe de uma criança autista. Rev Estudos [Internet]. 2012 [citado 2016 Set 01]; 39(4): 579-589. Disponível em: <http://seer.ucg.br/index.php/estudos/article/viewFile/2670/1632>
11. Ebert M, Lorenzini E, Silva EF. Mães de crianças com transtorno Autístico: percepções e trajetórias. Rev gaúch enferm. [Internet]. 2015 [citado 2016 Set 02]; 36(1): 49-55. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/43623>.
12. Madeira HIB. Reação das famílias ao diagnóstico da criança com perturbações do espectro do autismo: um estudo exploratório. Évora. Dissertação [Mestrado em Psicologia]- Universidade de Évora; 2014.
13. Balestro JI, Fernandes FDM. Questionário sobre dificuldades comunicativas percebidas por pais de crianças do espectro do autismo. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2012; 17(3): 279-86.
14. Freire CMB. Comunicação e interação social da criança com perturbação do espectro do autismo. Lisboa. Dissertação [Mestrado em Ciências da Educação]- Escola Superior de Educação Almeida Garret; 2012.
15. Minatel MM, Matsukura TS. Famílias de crianças e adolescentes com autismo: cotidiano e realidade de cuidados em diferentes etapas do desenvolvimento. Rev de Terapia Ocupacional. 2014; 25(2): 126-34.
16. Cardoso MF, Françoço MFC. Jovens irmãos de autistas: expectativas, sentimentos e convívio. Rev Saúde (Santa Maria) [Internet]. 2015 [citado 2016 Set 10]; 41(2): 87-98. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/viewFile/15338/pdf_1
17. Mateus MMR. O assistente social da criança autista e sua família. Porto. Dissertação [Mestre em Intervenção Social]- Instituto de Serviço Social do

Porto; 2015.

18. Lima RC, Couto MCV, Delgado PGG, Oliveira BDC. Indicadores sobre o cuidado a crianças e adolescentes com autismo na rede de CAPS da região metropolitana do Rio de Janeiro. Rev de Saúde Coletiva [Internet]. 2014 [citado 2016 Set 14]; 24(3):715-39. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n3/0103-7331-physis-24-03-00715.pdf>

19. Silva NI. Relação entre hábito alimentar e síndrome do espectro autista. Piracicaba. Dissertação [Mestrado em Ciências]- Universidade de São Paulo; 2011.

20. Gollo C, Grave MTQ. Incidência de crianças participantes dos programas de estimulação precoce de cinco associações de pais e amigos dos excepcionais do vale do Taquari. Rev Caderno Pedagógico [Internet]. 2015 [citado 2016 Set 16]; 12(1): 221-30. Disponível em:

<http://www.univates.br/revistas/index.php/cadped/index> .

21. Moraes Filho IM, Santos OP, Félix KC, Caetano SRS. Concepções de enfermeiros de um centro de atenção psicossocial sobre o cuidar a adultos com transtornos mentais graves- relato de experiência. Rev Cient Sena Aires. 2015;4(2): 86-95.

22. Moraes Filho IM, Nascimento MSSPN, Santos OP, Félix KC, Santos TN. Atuação dos enfermeiros nos centros de atenção psicossocial- Revisão de Literatura. Rev Cient Sena Aires. 2015; 4(2):155-69.

ABSENTEÍSMO EM PROFISSIONAIS DE UNIDADE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA- ESTUDO DOCUMENTAL

ABSENTEEISM IN WORKERS OF A FAMILY HEALTHCARE UNIT- DOCUMENTAL RESEARCH

Rita Juliatti de Souza Brahim¹, Victor Cauê Lopes².

Como citar:

Brahim RJS, Lopes VC. Absenteísmo em profissionais de unidade de estratégia de saúde da família- estudo documental. Rev. Cient. Sena Aires. 2018; 7(1): 31-7.

RESUMO

O objetivo desta investigação foi verificar a ocorrência de absenteísmo na equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) urbana de um município do Noroeste de Mato Grosso. Estudo documental, realizado no mês de março de 2015, por meio de consulta documental a registros dos trabalhadores que integram a equipe do perímetro urbano. Houve registro total de 35 ausências por profissionais e o principal motivo do absenteísmo esteve relacionado a doenças osteomusculares, o que corrobora com a literatura disponível na área. Destaca-se o elevado número de atestados sem número do CID especificado (63%), fator que dificultou traçar o perfil do absenteísmo nessa população.

Descritores: Saúde do trabalhador. Absenteísmo. Estratégia de saúde da família.

ABSTRACT

We aimed to investigate the occurrence of absenteeism in workers of a urban family healthcare unit located in a northwest Mato Grosso municipality. Documental research conducted in March 2015 through the consult of documents and records about the workers who complain the healthcare team of the urban perimeter. We found a total of 35 professional absences. The main reason of the absenteeism was associated with musculoskeletal diseases, what corroborate with the related-available literature. We stand out the high number of sick leaves without the International Disease Classification number (63%), what made the absenteeism profile description harder in this sample.

Descriptors: Occupational Health; Absenteeism; Family Health Strategy.

REVISA

¹ Fisioterapeuta. Estudando de Pós-graduação em Saúde Pública. Associação Juinense de Ensino Superior (AJES). Juína. Mato Grosso.

² Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Associação Juinense de Ensino Superior (AJES). Juína. Mato Grosso. Victor_cauê@hotmail.com

Recebido em: 10/02/2018

Aceito em: 20/03/2018

INTRODUÇÃO

Absenteísmo, segundo a Organização Internacional do Trabalho, ocorre quando um indivíduo falta ao seu ambiente de trabalho independente de qual seja o motivo. Outros termos tais como absentismo ou ausentismo são, também, expressões empregadas para indicar esta ausência. O absenteísmo é considerado como o momento de ausência laboral que se aceita como atribuível a uma inaptidão do indivíduo.¹

Existem vários motivos para um profissional ausentar-se do ambiente de trabalho, no entanto, de todos os ensejos que levam ao absenteísmo o mais comum é a doença, acredita-se que isso ocorra devido maior controle documental que se atribui com apresentação da licença médica.²

Compreender o absenteísmo no ambiente de trabalho, bem como os motivos que induzem um funcionário a se ausentar da sua atividade laboral é de vital necessidade, sobretudo quando se relaciona à saúde do colaborador. A ausência constante pode gerar prejuízos na qualidade do atendimento, além de gastos não previstos no orçamento do empregador. É importante considerar que fatores relacionados à própria atividade laboral, como sobrecarga de trabalho, condições inapropriadas para seu exercício e outros estressores, compreendem fatores modificáveis que podem agravar tal situação.²

O julgamento do absenteísmo é de caráter multifatorial, considerando variáveis diversas, tais como: costumes, importância, idoneidades e conhecimentos. Também variáveis relacionadas ao ofício do trabalhador como: tipo de empresa, métodos e rotina de trabalho, e variáveis relacionadas à disposição, como o ambiente de trabalho e as políticas da instituição.³

Os motivos do absenteísmo nem sempre estão ligados ao profissional, mas sim à instituição com processos de trabalho deficientes, tais como a repetitividade de atividades, desmotivação, condições desfavoráveis do ambiente de trabalho, precária integração entre os empregados e a organização e impactos psicológicos de uma direção deficiente que não visa a uma política prevencionista e humanística.⁴⁻⁵

A maioria das instituições não calcula cobertura para os dias de falta e a sobrecarga de trabalho para os trabalhadores pode, por vezes, afetar a qualidade da assistência ofertada. A necessidade da observação de eventos no ambiente de trabalho existe para que se possa traçar diagnósticos situacionais e garantir intervenções de promoção e prevenção da saúde do trabalhador. Dentro dessas condições, analisar o evento do adoecimento associado à ausência ao trabalho é relevante para a Saúde do Trabalhador, bem como para a perspectiva administrativa.²

Na direção oposta ao conceito de absenteísmo, o presenteísmo, fenômeno que vêm sendo estudo inclusive na área da saúde, é caracterizado pela presença do profissional no ambiente de trabalho, porém com baixa produtividade.⁶ O motivo principal para queda no rendimento associa-se com a sobrecarga de trabalho, sentimento de insegurança em indivíduos que iniciaram em um novo emprego recentemente, dentre outros aspectos relacionados à prática laboral que levam ao adoecimento do indivíduo.⁷

Estudo evidenciou que, em média, as ausências não previstas em hospitais brasileiros variaram de 1,53 a 19,27 dias de afastamento por trabalhador no período de 12 meses. O índice de absenteísmo esperado variou de 1,23 a 6,82%, segundo investigações nacionais.⁸

Os membros das equipes de saúde da família possuem papel importante na promoção de saúde local e prevenção de agravos à comunidade. Inseridos no movimento de reordenação do modelo de atenção à saúde, têm grande responsabilidade nas diversas ações desenvolvidas na comunidade. Esses profissionais são agentes participantes incumbidos de operar as

atividades básicas nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), ações estas que envolvem a promoção, prevenção e proteção à saúde do indivíduo e comunidade.⁹

Nessa perspectiva, o objetivo deste estudo foi identificar a ocorrência de absenteísmo em profissionais que integram a equipe de estratégia de saúde da família urbana de um município do Noroeste do Mato Grosso.

MÉTODO

Trata-se de investigação do tipo documental. Os dados foram coletados após autorização por escrito da Secretaria de saúde do município situado no Noroeste de Mato Grosso.

O município estudado é brasileiro e está localizado no Noroeste do Estado de Mato Grosso. Sua população, segundo o Censo 2010 do IBGE, é de 8 116 habitantes. Sendo a base econômica do município extrativismo vegetal, pecuária e agricultura.¹⁰

Por razões de rotatividade de funcionários no setor das Unidades com Estratégia de Saúde da Família a atualização do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), pode ser feita por meio da Secretaria de Saúde e por profissional autorizado.

Contou com o auxílio do técnico responsável por alimentar o banco de dados do sistema no município para obtenção dos registros.

As buscas incluíram relatórios de profissionais por equipe e competência no ano vigente. Posteriormente foram acessados os prontuários dos profissionais de saúde que ficam armazenados em pastas específicas no setor de recursos humanos (RH) da prefeitura. Para os colaboradores com vínculo estatutário ou sem vínculo, a retirada dos prontuários ocorreu diretamente na secretaria de saúde. Os dados coletados consistem em atestados, afastamentos, tempo de trabalho, categoria profissional e carga horária semanal. O sigilo quanto a utilização dos dados dos prontuários foi assegurada pelos autores.

Os critérios de inclusão foram: apenas profissionais de saúde da Unidade Básica com Estratégia de saúde da família da área urbana do município. As categorias profissionais consideradas para esta investigação foram agentes comunitários de saúde, atendentes de saúde, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, fisioterapeutas e médicos, sendo a população total composta por 12 profissionais.

Os dados foram extraídos do sistema e armazenados em banco de dados no programa do Microsoft Excel 2007 e são apresentados em frequências absoluta e relativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O município estudado conta com 12 profissionais ao todo, estes somaram um total de 35 faltas justificadas com licença médica, baseadas em atestados médicos armazenados nos registros analisados.

Na categoria profissional “Agentes comunitários de saúde”, identificou-se quatro colaboradores que desempenhavam seu cargo há sete anos. Destes, dois profissionais apresentaram um atestado cada, outro apresentou dois atestados e o quarto um total de treze atestados.

Os atendentes de saúde um com 10 anos de trabalho nunca apresentou atestados médicos, outro com vinte anos de trabalho apresentou nove atestados médicos e o último com 11 anos de trabalho apresentou seis atestados. Os profissionais técnicos de enfermagem e fisioterapeuta ambos com dois anos de experiência laboral apresentaram um atestado médico cada, o dentista com um ano de trabalho apresentou também um atestado.

O profissional médico com sete anos de trabalho nunca apresentou atestados e o profissional enfermeiro não foi incluído, pois havia sido contratado recentemente, tempo inferior a três meses.

Todos os profissionais (N=12) trabalham 40 horas semanais independente do seu cargo no trabalho, desconsiderando a carga laboral preconizada por seus conselhos e sindicatos profissionais, podendo este fator corroborar para sobrecarga de trabalho e desenvolvimento de morbidades relacionadas.

O conceito clássico na literatura “Cargas de trabalho” são processos aos quais o corpo humano tende a se adaptar para desenvolver alguma atividade laboral. O excesso de carga laboral pode levar o corpo humano a desenvolver vários tipos de adoecimentos que inclusive podem ser destruidores à integridade corporal.¹¹

Entender como as cargas de trabalho interatuam entre si, permite compreender os impactos na saúde/doença dos trabalhadores que induzem a diversos tipos de adoecimento no trabalho. Com isso pode-se entender que há um desgaste corporal na realização da atividade laboral quando nos deparamos com processos de trabalho aos quais o corpo precisa se adaptar, esses processos podem, inclusive, serem prejudiciais a nossa integridade física, fenômeno denominado “carga de trabalho”.¹²

A carga horária também está diretamente ligada a (sobre)carga de trabalho, pois de acordo com carga horária excessiva leva os funcionários a manterem um nível de produção que excede suas potencialidades fisiológicas, com isso ocorrem agravos sérios a saúde do trabalhador e conseqüente adoecimento.¹³⁻¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁶

Os profissionais da saúde estão sujeitos a tal sobrecarga na estratégia de saúde da família e nas instituições de saúde. O trabalhador se depara a todo o momento com a dor humana, condições de trabalho adversas e expectativa de produtividade com qualidade por parte dos administradores.

No que se refere ao tempo de trabalho na instituição, o estudo revelou que a maioria dos profissionais tem aproximadamente sete anos de serviço (46%) e 27% tem entre 10 a 20 anos de serviço. Neste sentido, pode-se afirmar que a maioria dos trabalhadores do estudo tem considerável experiência profissional. Estes resultados encontrados indicam que não há grande rotatividade na equipe de Estratégia de Saúde da Família estudada.

Com relação ao tipo de vínculo empregatício, dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família Urbana, a maior parte é estatutária (58%), ou seja, cargo alcançado por meio de concurso público, já os demais (N=5) trabalham com contrato temporário, tipo de contrato realizado por meio de licitação.

Os profissionais que não tem vínculo estatutário são os profissionais contratados, para esses profissionais existe diferença no tipo de contratação, que pode variar quanto ao tempo, indeterminado ou com prazo determinado. Para cada tipo de vínculo que o profissional tem com a instituição há uma forma específica de afastamento, exceto no caso de profissionais contratados por prazo determinado, esses não possuem o direito assegurado.

É importante considerar que parte considerável dos profissionais da saúde, entre eles, médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes de saúde estão por vezes sob modalidades de vínculos empregatícios precários, impossibilitando-os de gozar plenamente dos direitos trabalhistas e colocando-os em situações de insegurança e instabilidade, muitas vezes causadoras de angústia, estresse e ansiedade.¹⁷

Ao estudar a precarização do trabalho, tendo como objeto de estudo as formas de vinculação desses trabalhadores, os serviços de saúde e a sua relação com os direitos trabalhistas, foram evidenciados motivos de insatisfação no trabalho, a saber: a inexistência de vínculo com a instituição

na qual os profissionais desenvolvem as suas atividades, insegurança pelo tipo de contrato, não valorização da categoria e o não recebimento de algumas vantagens destinadas ao trabalhador do quadro. Tal situação, por vezes, gera sentimentos de não pertencimento à instituição contratante e de desvalorização social, causa desmotivação provocando a diminuição da produção no serviço, produz insegurança no trabalho, além da angústia e do sofrimento que toda situação de vulnerabilidade provocada.¹⁷

A figura 1 apresenta as principais causas de absenteísmo registradas dentre os 12 profissionais estudados.

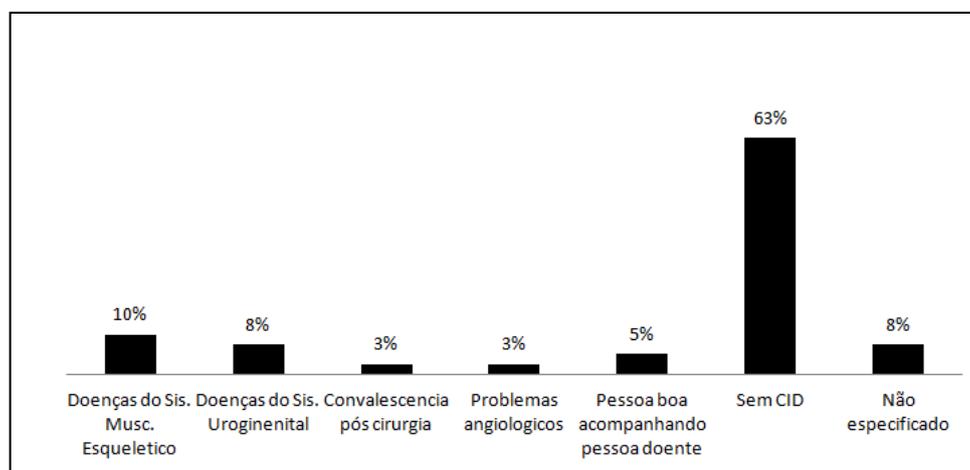


Figura 1. Causas de absenteísmo apresentadas pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família. Brasil, Mato Grosso, Juína, 2015.

É importante considerar o preocupante número de casos onde não há registro do CID, o que denota deficiência na notificação de morbididades relacionadas ao trabalho, indicadores essenciais para o controle e promoção da saúde dos trabalhadores.

Em consonância com os achados de outros estudos nacionais as morbididades relacionadas ao sistema músculo-esquelético lideram os motivos de afastamento, dentre as causas que apresentavam CID, sobretudo na equipe de enfermagem e outros profissionais que necessitam da mecânica corporal como aliada na manutenção de sua saúde laboral.¹³⁻¹⁸⁻¹⁹

Em estudo realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), em 2009, observou-se que a maior causa do absenteísmo relacionado a doenças dos trabalhadores de enfermagem foram doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, representando 18,86% (189) dos profissionais estudados.¹⁸

Em outra investigação realizada no Rio de Janeiro em 2007 as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, aparecem em segundo lugar como causa de 28,27% dos afastamentos, apresentando a dorsalgia como doença de maior incidência.²⁰

As ausências imprevistas podem acarretar insuficiência de mão-de-obra para manter a produção e, por vezes, remanejamento de pessoal para cobertura imediata a fim de contornar a situação, este por sua vez nem sempre encontra-se preparado para desempenhar a função e como resultado há declínio de produtividade, qualidade e possível efeito negativo nos demais trabalhadores por gerar sobrecarga de trabalho, comorbidades associadas e presenteísmo.¹³

CONCLUSÕES

A produção científica no tema “absenteísmo” é ainda incipiente quando falamos especificamente desse fenômeno na equipe da Estratégia de Saúde da Família, porém foi suficientemente demonstrada em investigações na equipe de saúde em geral.

Este estudo identificou e analisou 35 faltas justificadas de 12 profissionais de uma Unidade Básica com Estratégia de Saúde da Família.

Embora os autores tenham objetivado traçar o perfil de uma realidade específica e muito singular, verificou-se que este diagnóstico situacional é similar a vários outros disponíveis na literatura. Sabe-se que as enfermidades do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo são as mais prevalentes em profissionais da saúde, sobretudo na equipe de enfermagem que soma importante parcela dentre os profissionais atuantes.

Chama atenção o levado número de atestados sem CID (N=24), fator que prejudicou a análise global do perfil de morbidade desses colaboradores. Essa informação não é obrigatória, por questões relacionadas ao sigilo médico, porém os autores reconhecem que a realidade poderia ser diferente caso os motivos fossem relatados.

REFERÊNCIAS

- 1- Organización Internacional Del Trabajo. Absenteísmo: causa y control. In: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Madrid: Oit; 1989.p. 5-12.
- 2- Oenning NSX, Carvalho FM, Lima VM. Indicadores de absenteísmo e diagnósticos associados às licenças médicas de trabalhadores da área de serviços de uma indústria de petróleo. Rev bras saúde ocup. 2012; 37(125): 150-8.
- 3- Saldarriaga JF, Martínez E. Factores asociados al ausentismo laboral por causa médica en una institución de educación superior. Rev fac nac Saúde. 2007; 25(1): 32-9.
- 4-Sancinetti TR et al. Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. Rev. Esc. Enferm. USP. 2011; 45(4):1007-12.
- 5-Costa RRO, Cossi MS, Vitor AF, Lira LBC, et al. Absenteísmo de profissionais da enfermagem que trabalham na rede hospitalar: Revisão integrativa da literatura. Rev. Esp. P. 2014; 15(1): 06-13.
- 6-Umann J, Guido LA, Grazziano ES. Presenteísmo em enfermeiros hospitalares. Rev. latinoam. enferm. 2012. 20(1): [8 telas].
- 7-Sandí GF. Presentismo: potencialidad en accidentes desalud. Acta Med Costarric. 2006;48(1):30-4.
- 8-Abreu RMD, Gonçalves RMDA, Simões ALA. Motivos atribuídos por profissionais de uma unidade de terapia intensiva para ausência ao trabalho. Rev bras enferm. 2014; 67(3): 386-93.
- 9- Fernandes JS, Miranzi SSC, Iwamoto HH, Tavares DMS, Santos CB. A relação dos aspectos profissionais na qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família. 2009.
- 10- Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília: IBGE; 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=510285&idtema=90&search=mato-grosso%7Ccastanheira%7Ccenso-demografico-2010:-resultados-da-amostra-caracteristicas-da-populacao>>. Acesso em: 06 de jul. 2015.
- 11- Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Editora Hucitec; 1989.
- 12-Felli VEA, Kurcgant P. A saúde do trabalhador de enfermagem: um estudo no enfoque do materialismo histórico e dialético. Rev paul enferm. 2000; 19(3): 41-8.
- 13-Nogueira MLF. Afastamentos por adoecimento de trabalhadores de enfermagem em oncologia. Dissertação [Mestrado em enfermagem] -Universidade Federal do Rio de Janeiro;2007.
- 14- Alves, Marília. Causas de absenteísmo entre auxiliares de enfermagem: uma dimensão do sofrimento no trabalho. Tese [Doutorado em Enfermagem] - Universidade de São Paulo; 1996.
- 15- Nascimento GM. Estudo do absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em uma

unidade básica e distrital de saúde do município de Ribeirão Preto - SP. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] -Universidade de São Paulo; 2003.

16- Steagall GDL, Mendes IJM. A força de trabalho da mulher. Acta paul. enferm. 1995; 8(1): 61-74.

17- Castro JL. Saúde e trabalho: direitos do trabalhador da saúde. R Disan, SãoPaulo. 2012; 12(3): 86-101.

18- Abreu RMD, Simões ALA. Ausências por adoecimento na equipe de enfermagem de um hospital de ensino. Cienc Cuid Saude. 2009; 8(4):637-44.

19- Marques DO, Pereira MS, Souza ACS, Vila VSC, Almeida CCOF, Oliveira EC. Absenteeism – illness of the nursing staff of a university hospital. Rev bras enferm. 2015;68(5):594-600.

20- Carvalho LSF, Matos RCS, Souza NVDO, Ferreira REDS. Motivos de afastamento por licença de saúde dos trabalhadores de enfermagem. Cienc cuid Saúde. 2010; 9(1):60-66.

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DA DIFERENÇA ENTRE AUTONOMIA CORPORAL E GRAVIDEZ

PERCEPTION OF HEALTH PROFESSIONALS ABOUT THE DIFERENCE BETWEEN BODY AUTONOMY AND PREGNANCY

Francidalma Soares Sousa Carvalho Filha¹, Livia Maria Mello Viana², Iel Marciano de Moraes Filho³, Janderson Castro dos Santos⁴, Jaiane de Melo Vilanova⁵.

Como citar:

Carvalho-Filha FSS, Viana LMM, Moraes-Filho IMM, Santos JC, Vilanova JM. Percepção dos profissionais de saúde acerca da diferença entre autonomia corporal e gravidez. Rev. Cient. Sena Aires. 2018; 7(1): 38-47.

RESUMO

O estudo objetivou discutir as concepções de profissionais de saúde, sobretudo de enfermagem, atuantes em uma maternidade pública, acerca da autodeterminação corporal da mulher a partir das Políticas Públicas vigentes. Trata-se de uma pesquisa exploratória, avaliativa com abordagem quantitativa. O cenário desta investigação foi o Município de Caxias-MA, sendo utilizado como campo de pesquisa a Maternidade Carmosina Coutinho. A população do estudo foi composta por 73 profissionais de saúde, atuantes na referida instituição. A coleta de dados ocorreu mediante a aplicação de um questionário. A maioria dos profissionais discorda que a mulher tenha direito à autodeterminação corporal em todas as circunstâncias. A correlação entre o questionamento de que a mulher deve fazer o quiser com seu corpo, inclusive abortar, com o sexo, demonstrou que 54,1% das mulheres responderam concordar em parte e 58,3% dos homens discordam. Na variável religião, houve uma igualdade de opiniões (50%) entre concordar e discordar com a afirmativa entre os profissionais que afirmavam ser católicos. Os direitos sexuais e reprodutivos devem ser garantidos às mulheres em todas as situações, porém nem sempre os serviços e profissionais de saúde, sobretudo enfermeiros, contribuem para que esses direitos sejam plenamente exercidos, reforçando a necessidade de capacitação profissional e melhoria na efetivação de Políticas Públicas de saúde.

Descritores: Autonomia; Gestação; Direitos Reprodutivos.

ABSTRACT

We aimed to discuss the conceptions of health professionals, especially nursing professionals working in a public maternity, about the female body self - determination based on the current Public Policies, in the scope of Sexual and Reproductive Rights and the precepts of the Right to life. This is an exploratory, evaluative research with a quantitative approach. The scenario of this investigation was the Municipality of Caxias-MA, being used as a field of research the Maternity Carmosina Coutinho. The study population consisted of 73 health professionals working at the institution. Data collection took place through the application of a questionnaire. Most professionals disagree that women have the right to self-determination in all circumstances. The correlation between the questioning of what a woman should do with her body, including abortion, with sex, showed that 54.1% of women responded partially and 58.3% of men disagree. In the religion variable, there was an equality of opinions (50%) between agreeing and disagreeing with the affirmative among professionals who claimed to be Catholics. Sexual and reproductive rights should be guaranteed to women in all situations, but not always health services and professionals, especially nurses, contribute to the full exercise of these rights, reinforcing the need for professional training and improvement in the implementation of Public Policies of health.

Descriptors: Autonomy; Gestation; Reproductive Rights.

REVISA

¹ Enfermeira. Doutora em Saúde. Universidade Estadual do Maranhão. São Luís, MA, Brasil. francidalmafilha@gmail.com

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Secretaria Municipal de Saúde. Teresina, PI, Brasil. liviamariamelloviana@hotmail.com

³ Enfermeiro. Mestre em Ciências Ambientais e Saúde. Universidade Paulista. Goiânia, GO, Brasil. ielfilho@yahoo.com.br

⁴ Cirurgião Dentista. Doutor em Saúde. Universidade do Amazonas (UNAMA). Manaus, AM, Brasil. jandersoncastro252@hotmail.com

⁵ Enfermeira. Especialista. Universidade Estadual do Maranhão jai_vilanova@hotmail.com

Recebido em: 12/10/17
Aceito em: 14/12/17

INTRODUÇÃO

A autonomia corporal é compreendida como a capacidade de autodeterminação ou autonomia da pessoa em relação ao próprio corpo, compõe a esfera de atuação concreta da liberdade, que se exprime, originariamente, no âmbito de seu titular, não sendo parte necessária de uma relação entre sujeitos, mas sim do sujeito sobre si mesmo.¹

O direito à vida é um dos principais direitos defendidos, sendo que deste decorrem todos os outros.² A vida é constituída desde a concepção fetal, sendo a primeira garantia de todos os seres humanos, nesse sentido, nota que da inviolabilidade do direito à vida decorre outros direitos, tais como o direito à integridade física, à saúde, à dignidade da pessoa humana, dentre outros.³

A etimologia da palavra nascituro é originária do vocábulo latim nasciturus, cujo significado representa aquele que irá nascer, que foi gerado e não nasceu ainda, ou seja, o ser humano que ainda se encontra no útero de sua genitora⁴. O nascituro possui proteção legal no ordenamento jurídico brasileiro, em virtude da sua condição de indivíduo concebido e ainda não nascido, mas um ser humano em desenvolvimento.⁵

O aborto criminoso é definido como a interrupção, vedada por lei, da vida intrauterina normal, em qualquer de suas fases evolutivas, haja ou não expulsão do produto da concepção do ventre materno. A lei penal criminaliza o aborto fora das exceções previstas, porque nos demais casos, deve ser protegida a vida do nascituro e afastada a autodeterminação corporal da mulher, uma vez que esta e seu parceiro não fizeram uso prévio do princípio do Planejamento Familiar e da paternidade responsável quando tiveram oportunidade. Portanto, da mesma forma que, nos casos das espécies de aborto legal, o direito à vida e à saúde da gestante é assegurado e afastados os direitos do nascituro, nos casos do aborto criminoso, a aplicação da ponderação deve resultar na proteção da vida do nascituro.⁶

A Lei nº 9.263, artigo 2º,⁷ define o Planejamento Familiar como um conjunto de ações de regulação da fecundidade que garante direitos de constituição, limitação ou aumento da prole, sendo iguais para mulheres e homens. No parágrafo único do artigo 3º são dispostas as atividades básicas previstas na Política: assistência à concepção e contracepção; atendimento pré-natal; atenção ao parto, ao puerpério e ao neonato; controle e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e do câncer cérvico-uterino, mama, pênis e próstata.

O aborto no Brasil está permitido por lei em apenas duas situações, que são denominadas de aborto necessário quando realizado para salvar a vida da gestante e sentimental quando a gravidez é resultado de estupro, nas demais situações é considerado crime contra a vida do nascituro.⁸ Destacando a possibilidade de interrupção da gravidez em caso de feto carecedor de encéfalo, visto que este não possui vida intrauterina e principalmente, não há expectativa de vida extrauterina e que a sua permanência no interior da sua genitora traz riscos à saúde física e psicológica.⁹

Logo é imprescindível a importância da assistência pré-natal de qualidade, apontando os enfermeiros, atuantes na Estratégia Saúde da Família, como os maiores protagonistas, junto à gestante, para garantir um nascimento saudável, por meio da qual devem ser realizadas ações efetivas e oportunas no sentido de evitar problemas inesperados, garantindo um parto e nascimento saudável, além de assegurar a saúde materna, fetal e do neonato.^{9,10}

Logo o dano à vida e à saúde, em sentido amplo, consiste no óbito ou na lesão da integridade física e/ou psíquica. Assim, qualquer delas que for atingida implicará na obrigação de repará-la. Será ainda possível pleitear

indenização pelo dano ao projeto de vida em casos de malformações, quando os genitores forem os causadores, impondo limites para realizar uma atividade, com um perfil diferenciado daquele que está dentro das suas condições, mas que é comum às pessoas desprovidas de malformação.¹¹

A passagem do século XIX para o século XX foi marcada por profundas mudanças que alteraram definitivamente as concepções sobre a pessoa. Este período também foi marcado pela luta do movimento feminista,^{1e} teve como um dos objetivos assegurar a liberdade das mulheres em tomar decisões de acordo com sua autonomia e não meramente por coação diante do controle social ou por qualquer outra causa que não fosse por sua própria vontade. Para os autores, as lutas que marcaram esse momento, antes decorrente das questões sociais, repercutiram na luta das mulheres pelos direitos sexuais e reprodutivos.¹² Nessa lógica, os direitos sexuais dizem respeito ao direito de viver e poder expressar livremente o exercício da sexualidade, sem nenhum tipo de discriminação, possuindo o direito de escolher seu parceiro, se quer ou não relação sexual, dentre outros. E os direitos reprodutivos consistem no direito que as pessoas têm de decidir livremente se querem ou não ter filhos, quando e quantos querem, tendo também o direito à informação quanto aos meios e técnicas para evitarem ou não filhos.¹³

Os direitos sexuais e reprodutivos inserem-se na compreensão moderna da autonomia individual e das liberdades privadas, que, por sua vez, exigem obrigações sociais. Estas envolvem o âmbito público, uma vez que é o Estado que deve garantir as condições adequadas capazes de assegurar que os direitos sejam exercidos de maneira segura por todos os cidadãos. Isso significa que a decisão de ter ou não filhos é da esfera privada de uma mulher ou de um casal, mas que cabe ao Estado garantir as condições necessárias para que essa decisão seja exercida de maneira adequada.¹⁴ Assim, visando assegurar as circunstâncias ideais para a formação da prole, bem como para proteger a liberdade e autonomia da mulher/casal, o estado disponibiliza ações em diversos âmbitos, para fortalecer as escolhas, a partir das Políticas Públicas, que tratam do conteúdo concreto e simbólico de decisões políticas, do seu processo de construção e da atuação dessas decisões, sendo utilizadas como uma tentativa de diminuir as desigualdades e injustiças sociais e podendo ser compreendidas como um conjunto de ações realizadas pelo Estado e seus agentes, com a participação ou não da sociedade, visando garantir os direitos sociais previstos em lei.¹⁵

O objetivo deste artigo foi discutir as concepções de profissionais de saúde, sobretudo de enfermagem, atuantes em uma maternidade pública, acerca da autodeterminação corporal da mulher a partir das Políticas Públicas vigentes, no âmbito dos Direitos Sexuais e Reprodutivos e os preceitos do Direito à vida.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória, avaliativa, com abordagem quantitativa. O cenário desta investigação fora o Município de Caxias-MA, sendo utilizado como campo de pesquisa a Maternidade Carmosina Coutinho (MCC). A população do estudo foi composta por profissionais de saúde, atuantes na referida instituição, que mais diretamente prestam assistência às mulheres atendidas. Assim, foram convidados a compor o estudo 139 participantes, os quais: 21 médicos, 5 assistentes sociais, 29 enfermeiros, 41 técnicos de enfermagem, 36 auxiliares de enfermagem, 1 nutricionista, 5 fisioterapeutas e 1 psicólogo. Entretanto, aceitaram compor a pesquisa 73 participantes, que é considerado um número representativo, uma vez que corresponde a mais de 50% do número de trabalhadores e também porque existem participantes de todas as categorias profissionais supracitadas.

Os critérios de inclusão foram: ser profissional de saúde atuante na MCC, prestar assistência direta à mulher gestante ou puérpera, em qualquer situação clínica e aceitar de livre e espontânea vontade participar da pesquisa. Foram excluídos do estudo os profissionais que não compunham a equipe da Maternidade e/ou que não aceitaram participar da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu mediante a aplicação de um questionário, contendo perguntas fechadas acerca de dados sociodemográficos e também sobre as percepções dos participantes acerca da autodeterminação corporal das mulheres, abortamento e outras neste sentido. Os dados coletados compuseram um banco de dados, a partir da digitação de informações no software *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS, posteriormente, foram consolidados por meio das técnicas de estatísticas descritivas (frequências absoluta e relativa) e utilizando-se do teste estatístico Qui-quadrado de Pearson (p). Procedeu-se a discussão dos achados com base na literatura produzida sobre o tema.

O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil, e, em seguida, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com o número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 57230116.9.0000.8007 e parecer 1.623.559. Os pesquisadores comprometeram-se com as normas preconizadas pela Resolução do CNS 466/12 e suas complementares assegurando que nenhum participante foi submetido aos instrumentos de coleta de dados sem receber as devidas orientações e sem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na tabela 1, estabeleceu-se uma correlação estatística entre os dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa com as suas concepções acerca da autonomia corporal da mulher.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos de profissionais de saúde atuantes na Maternidade Carmosina Coutinho *versus* as concepções sobre a autodeterminação corporal da mulher. Caxias, 2017.

	A mulher deve ter direito a fazer o que quiser com seu corpo, inclusive abortar				Total		P
	Concorda em parte		Discorda		N	%	
	n	%	n	%			
Sexo							0,431
Feminino	33	54,1	28	45,9	61	83,6	
Masculino	5	41,7	7	58,3	12	16,4	
Faixa etária							0,855
22-34 anos	16	53,3	14	46,7	30	41,1	
35 ou +	22	51,2	21	48,8	43	58,9	
Estado civil							0,590
Solteiro (a)	23	54,8	19	45,2	42	57,5	
Casado (a)	15	48,4	16	51,6	31	42,5	
Religião							0,490
Católica	29	50,0	29	50,0	58	79,5	
Não católica	9	60,0	6	40,0	15	20,5	
Categoria Profissional							0,104
Medicina	4	44,4	5	55,6	9	12,3	
Enfermagem	9	40,9	13	59,1	22	30,1	
Técnico de Enfermagem	13	48,1	14	51,9	27	37,0	
Outras categorias	12	80,0	3	20,0	15	20,6	
Tempo de formação							0,085
< 10 anos	27	60,0	18	40,0	45	61,6	
> 10 anos	11	39,3	17	60,7	28	38,4	

*Teste qui-quadrado

Em relação a esta tabela, verificou-se que nenhuma variável apresentou significância estatística com o teste do Qui-quadrado, a qual ocorreria se o valor do teste fosse $< 0,05$. No que tange à correlação entre o questionamento de que a mulher deve fazer o que quiser com seu corpo, inclusive abortar, com a variável sexo, percebeu-se que 33 (54,1%) mulheres responderam concordar em parte; quanto aos homens, a maioria (7 – 58,3%) discorda. Portanto, nota-se que as mulheres aceitam mais o fato de outras mulheres realizarem abortamentos do que os homens, isto provavelmente se deva ao fato de desenvolverem a chamada empatia. Além disso, a presença de mulheres no serviço de saúde talvez seja justificada pela maioria de profissionais de enfermagem na Maternidade e, conseqüentemente, na pesquisa.

Investigação implementada por Malheiros¹⁶, em maternidade de Niterói-RJ, na qual foram entrevistados 16 profissionais, enfermeiros e médicos, demonstrou que os profissionais apresentaram perfil predominantemente feminino e na faixa etária entre 26 e 55 anos. Logo, percebe-se que a presença feminina é marcante nos serviços de saúde, sobretudo, quando se trata de maternidade. Outrossim, a predominância de mulheres em organizações de enfermagem é justificada pelo aspecto sócio histórico imerso nessa categoria profissional, reportando-se ao surgimento da Enfermagem como um serviço organizado por instituições de ordens sacras; coexistindo com o cuidado doméstico às crianças, aos doentes, e aos velhos, associado à figura da mulher-mãe que desde sempre foi curandeira, e detentora de um saber informal das situações de saúde, transmitido de mulher para mulher, sobretudo em situações que envolvem o período gestacional, parto e puerpério.¹⁷

Em se tratando da atuação da enfermagem em ambiente hospitalar, conforme este exercício é caracterizado por longas jornadas de trabalho e estresse, gerando uma sobrecarga física e mental. Há também a existência da dupla jornada de trabalho, em especial no caso das mulheres, por agregarem a função de cônjuges e mães, exercendo múltiplos papéis e exigências de caráter social.¹⁸ Quanto à variável faixa etária, constatou-se que tanto entre os profissionais mais jovens (22 – 34 anos) quanto aqueles acima de 35 anos, a maioria (38 – 52,1%) concorda em parte que a mulher tem direito à autodeterminação corporal, inclusive de praticar o abortamento, embora não seja uma diferença muito substancial.

No que concerne ao estado civil, 23 (54,8%) solteiros concordaram em parte e 16 (51,6%) casados discordaram; demonstrando que profissionais de saúde na condição de solteiro aceitam mais facilmente a liberdade de determinação corporal da mulher do que aqueles comprometidos. No que se refere à variável religião, identificou-se uma igualdade de opiniões (50%) entre os profissionais que afirmavam ser católicos, ou seja, metade concorda em parte com a afirmativa supracitada e outra metade discorda. Entre aqueles que professam outras religiões, a maioria (9 – 60%) concorda que a mulher deve ter a autodeterminação corporal preservada em todas as situações.

Em relação à categoria profissional, 5 (55,6%) médicos, 13 (59,1%) enfermeiros e 14 (51,9%) técnicos de enfermagem não concordam que a mulher deva ter liberdade quanto à autodeterminação do seu corpo, já entre trabalhadores pertencentes a outras categorias profissionais, 12 (80%) concordaram em parte. Quanto ao tempo de atuação profissional, os participantes que trabalham há menos tempo (27 – 60%) concordam que a mulher tem direito, inclusive de abortar; mas entre aqueles com mais de 10 anos trabalhando, a maioria (17 – 60,7%) discorda.

Pesquisa desenvolvida por Silva e Araújo (2011), assim, como ocorreu nos resultados deste estudo, evidenciou que a maioria dos profissionais

entrevistados não concorda que a mulher tenha o direito de fazer o que quiser com seu corpo e que possa tomar decisão quanto ao rumo que dará a sua gestação. Investigação desenvolvida por Wiese e Saldanha ¹⁹ verificou que os trabalhadores afirmaram que a mulher deve assumir a responsabilidade frente a uma gestação não planejada, uma vez que a mesma possui uma gama de métodos contraceptivos a sua disposição, por isso deve responsabilizar-se pelas consequências.

A autonomia corporal é um direito humano, isso significa que a pessoa tem liberdade sobre seu corpo. Em torno desse tema há um grande debate, pois quando a mulher está gestante sua autonomia fica relativizada, devido à existência de outro ser, no caso o nascituro, que também tem seus direitos assegurados pela constituição. Direito ao próprio corpo configura-se no direito privado de forma distinta, não podendo ser atingido por terceiros, sob pena de reparação dos danos sofridos, sendo protegido, inclusive, das investidas lesivas de seu titular.¹

Acrescenta-se que o fator idade dos profissionais pode influenciar na oferta dos serviços, positiva ou negativamente, consoante o aspecto analisado, pois apesar de a maturidade profissional ser, muitas vezes, representada pelo longo período de trabalho e, conseqüentemente, pela idade do trabalhador; em muitos casos, quanto maior o tempo exercendo as mesmas funções, maior será a acomodação e a falta de perspicácia para com a rotina e a assistência ofertada. Por esta razão, sugere-se que a gestão municipal e da maternidade invista em formação e qualificação profissional, explorando as novas tecnologias e busque implantar uma atenção baseada em evidências científicas, diminuindo o achismo, conservantismo e tradicionalismo da assistência. A tabela 2 apresenta os dados relativos às perguntas específicas acerca da temática referente à autodeterminação corporal da mulher.

Tabela 2 – Dados relativos às perguntas específicas em relação à Autodeterminação corporal da mulher. Caxias, 2017.

QUESTIONAMENTOS	N	%
Para você quando começa a vida?		
No momento da fecundação	66	90,4
A partir do 3º mês de gravidez	2	2,7
Somente no nascimento com vida	1	1,4
A partir da formação do SNC	2	2,7
Ignorado	2	2,7
Você é a favor do aborto?		
Sim	7	9,6
Não	53	72,6
Não tem uma opinião sobre o assunto	2	2,7
Prefere não responder	10	13,7
Ignorado	1	1,4
Você acredita que o aborto deveria ser legalizado em todas as situações?		
Sim, em todas as situações	2	2,7
Apenas nas circunstâncias por leis	52	71,2
Em nenhuma circunstância	18	24,7
Ignorado	1	1,4
Para você qual é o principal problema gerado com a prática do aborto?		
As precárias condições às quais as mulheres são submetidas na prática do aborto ilegal, levando-as à morte	28	38,4
As dificuldades do governo em fiscalizar clínicas clandestinas	9	12,3
O número de abortos que permanece altíssimo.	16	21,9
A falta de infraestrutura do Estado em colher às crianças	7	9,6

fruto de gravidez indesejada		
Outras razões	5	6,8
Ignorado	8	11,0
A mulher deve ter o direito de fazer o que quiser com seu corpo, inclusive abortar?		
Concorda em parte	38	52,1
Não concorda	35	47,9

Em se tratando do questionamento sobre quando começa a vida, 66 (90,4%) participantes afirmaram que a mesma se inicia no momento da fecundação. Sobre essa temática, convém mencionar que os participantes da pesquisa realizada por Wiese e Saldanha¹⁹ foram favoráveis à descriminalização do aborto, apontando que o início da vida humana acontece em momentos diversificados, como a partir da concepção, nidação ou até mesmo com idade gestacional avançada. Franco e Oliveira²⁰ consideram que a opinião predominante é que a vida humana tem início com a fecundação, marcando o início do desenvolvimento do ser humano, que passa por diversas fases.

Quanto à indagação referente à prática do aborto, observou-se que 53 (72,6%) participantes não são favoráveis. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Silva e Araújo²¹, no qual a posição dos profissionais entrevistados foi contra o aborto, sendo favoráveis apenas nos casos previsto por lei. Um dos argumentos de quem é contra o aborto sustenta-se na afirmação de que o feto é um ser humano no momento da concepção e deve ter o seu direito à vida assegurado. Logo, quando a gestante se submete a um aborto, esse direito do feto é violado, todavia, devem ser consideradas algumas exceções como no caso de gestações decorrentes de estupro.²²

Em relação à variável que versa sobre a legalização das práticas abortivas, notou-se que 52 (71,2%) profissionais acreditam que o aborto deveria ser legalizado apenas em determinadas circunstâncias conforme a Lei. Corroborando isso, os resultados do estudo de apontaram que a maior parte dos entrevistados foi favorável a realização do aborto legal, sendo que 84% dos participantes concordaram com o aborto em situação de estupro; 86%, em caso de risco de vida; e 82%, em casos de malformação incompatível com a vida.^{19,29}

A quarta variável da tabela 2 evidencia que, para 28 (38,4%) profissionais, o principal problema do aborto no Brasil refere-se às precárias condições as quais as mulheres são submetidas na prática do aborto ilegal, levando-as à morte. No que diz respeito à última variável, que indaga se a mulher deve ter o direito de fazer o que quiser com seu corpo, inclusive abortar, apurou-se que 38 (52,1%) profissionais concordam em parte e 35 (47,9%) discorda.

Os profissionais não consideram que a mulher tenha direito ao seu corpo e que possam decidir quanto ao rumo que dará a sua gestação, aprovando essa questão apenas nos casos previstos por lei, caso contrário, a mulher tem que responder severamente por seus atos.²¹

O aborto é um fenômeno comum entre as mulheres, pois se percebeu que ao final de sua vida reprodutiva, mais de um quinto das mulheres no Brasil urbano fez aborto. Os dados mostraram também que os níveis de internação pós-aborto são elevados e o colocam como um problema de Saúde Pública, pois cerca de metade das mulheres recorreram ao sistema de saúde e foram internadas por complicações relacionadas ao abortamento, o que corresponde a 8% das entrevistadas.²³

Sobre esta temática, é preciso discutir sobre a importância do Planejamento Familiar, como o maior aliado à promoção da saúde sexual e reprodutiva que, por sua vez, são eficazes na prevenção do aborto. Assim, em 2007 foi lançada a Política Nacional de Planejamento Familiar²⁴, que tem

comoções prioritárias: venda nas farmácias populares de anticoncepcionais com preços acessíveis; inclusão da vasectomia na política nacional de cirurgias eletivas; divulgação de informações sobre os métodos contraceptivos; e, aprimoramento da qualidade e ampliação dos serviços públicos de saúde que realizam laqueadura. Dessarte, a Política tem entre seus objetivos, orientar à população sobre diferentes formas de planejar a fecundidade, evitando o abortamento inseguro e suas implicações.¹⁰

Pesquisa desenvolvida por Gesteira, Diniz e Oliveria ²⁵, que analisou o discurso de profissionais de enfermagem com relação à assistência prestada às mulheres em processo de abortamento provocado, perceberam que os profissionais compreendem o abortamento como crime e pecado. Constataram também que a assistência, é discriminatória, sendo negado o direito da mulher se expressar. Assim, para as autoras, a ausência de diálogo nos serviços de atendimento torna mais distante a possibilidade de assistência humanizada, fazendo da implantação da política de humanização da assistência às mulheres em processo de aborto provocado, um desafio.

Destaca-se que muitas vezes as concepções dos profissionais acerca do abortamento, bem como a maneira com que tratam as mulheres e prestam a assistência pode repercutir positiva ou negativamente no posicionamento das mulheres que passaram por esta situação, conforme expressam Boemer e Mariutti ²⁶, em um estudo com mulheres que provocaram o aborto, sendo que os resultados possibilitaram o desvelamento de facetas importantes, tais como tristeza, perda, dor fisiológica e existencial, solidão, uma hospitalização desconfortante, a culpa ou medo de ser culpada, a preocupação com o corpo e a intencionalidade de suas consciências começando a voltar-se para a importância dos métodos contraceptivos; resultando também no desejo de rever seus projetos de vida.

Os resultados de uma investigação realizada por Farias e Cavalcanti ²⁷, que trata da atuação de profissionais diante de situações de aborto legal, isto é, necessário ou sentimental, apontaram para o uso inadequado do direito à objeção de consciência por parte dos trabalhadores, a existência de diferentes dificuldades dos sujeitos na construção de uma postura capaz de garantir o acesso ao aborto previsto em lei, e a interferência dos princípios éticos e dos valores religiosos como um elemento importante na postura profissional que desestimula a prática do aborto legal. Por isso, recomendaram medidas voltadas para a formação continuada dos profissionais e monitoramento das ações preconizadas pelas normas técnicas.

Desta maneira, os trabalhadores de saúde precisam prestar uma assistência segura, livre de complicações, aproveitando para conversar com a mulher sobre as situações que levaram ao abortamento, bem como orientando sobre métodos contraceptivos, ou o incentivo oportuno a outras gestações, quando for o caso; além de falar sobre o direito à vida e ao nascimento saudável, com o intuito de, empoderar a mulher a escolher se e quando quer gestar, e, em caso positivo, saiba proteger a integridade do conceito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os direitos sexuais e reprodutivos devem ser garantidos às mulheres em todas as situações, porém nem sempre os serviços e profissionais de saúde contribuem para que esses direitos sejam plenamente exercidos, reforçando a necessidade de capacitação profissional e melhoria na efetivação de Políticas Públicas, assegurando que a população feminina exerça sua sexualidade e reprodução livremente sem preconceito e opressão, mas com responsabilidade.

Outrossim, cabe lembrar que a gravidez precisa ser entendida como uma decisão do casal, que uma vez ciente das responsabilidades do ato de gerar, gestar e educar um filho, oportuniza-se a vivenciar tal processo. Neste sentido, a educação integral em sexualidade e a disponibilidade do

Planejamento Familiar a todas as pessoas em idade fértil, sobretudo por parte de enfermeiros, que são os profissionais que mais próximos permanecem da população, ainda se constitui uma ação difícil de ser efetivada, o que contribui para a banalização da vida, tanto da mulher quanto do nascituro.^{10,28,29}

É essencial lembrar as atribuições do Estado em proporcionar as condições necessárias ao nascimento saudável, envolvendo as diversas áreas do conhecimento, como Enfermagem, Medicina, Psicologia, dentre outras, instigando a adoção do pensamento crítico diante das estatísticas apresentadas neste e em outros estudos, com o objetivo de criar conjunturas para minimizar os problemas oriundos do descaso para com a Saúde da mulher e do conceito, uma vez que a liberdade e garantia de acesso aos Direitos Sexuais e Reprodutivos devem ser assegurados, mas isso não pode ser incompatível com a vida do nascituro, que por sua vez, não deve ser considerada menos importante, só porque ele ainda não nasceu, oferecendo-se todas as oportunidades possíveis à efetivação do princípio da dignidade humana.

REFERÊNCIAS

1. Moraes MCB, Castro TDV. A autonomia existencial nos atos de disposição do próprio corpo. *Pensar*. 2014; 19(3): 779-818.
2. Chavenco AA, Oliveira JS. Da tutela dos direitos do nascituro e a controvertida questão do início de sua personalidade. *Rev Jurídica Cesumar*. 2012; 12(2): 657-77.
3. Maziero T. Da (in)constitucionalidade do inciso II do artigo 128 do código penal. Monografia [Graduação em Direito] - Universidade de Passo Fundo Faculdade de Direito; 2013.
4. Eikhoff A, Cagliari CTS. Sobre a proteção da vida antes do nascimento: da personalidade jurídica e dos direitos do nascituro. In: Núcleo de Pesquisa e Extensão do Curso de Direito – Nupedir, VII Mostra de Iniciação Científica (MIC); 2014. Disponível em: <<http://faifaculdades.edu.br/eventos/mostravet/viimicdir/arquivos/artigos/ART50.pdf>>. Acesso em: 10 de abril 2017.
5. Piccinini FK, Chemin BF. Direitos civis do nascituro. *Rev Destaques Acadêmicos*. 2014; 6(2).
6. Diniz MHO. Estado Atual do Biodireito. 5 de. Rev. aum. e atual. São Paulo: Saraiva; 2008.
7. Brasil, Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. [Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996](#). Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências; 1996. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm >. Acesso em: 12 de maio de 2016.
8. Lando GA, Carvalho FFSS. Os limites da autodeterminação da gestante em face dos direitos do nascituro. *Rev do Direito Unisc*. 2014; 43: 25-39.
9. Santos WCLB, Matão MEL. Assistência de enfermagem obstétrica na prevenção da mortalidade materna. *Ensaios Cienc., Cienc Biol Agrar Saúde*. 2014; 18(2): 99-103.
10. Mesquita AL, Souza VAB, Moraes-Filho IM, Santos TN, Santos OP. Atribuições de enfermeiros na orientação de lactantes acerca do aleitamento materno. *Rev Cient Sena Aires*. 2016; 5(2): 158-70.
11. Lando GA. Responsabilidade Civil da gestante por condutas prejudiciais à saúde do nascituro. Tese [Doutorado] - Faculdade Autônoma de Direito de São Paulo (FADISP); 2014.
12. Alecrim GM, Silva EP, Araújo JM. Autonomia da mulher sobre o seu corpo e a intervenção estatal. *Rev Gênero e Direito*. 2014; 3(2): 158-176.
13. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Ministério da Saúde; 2013.
14. Bencke RM, Borges NMP, Lemos VN. Religião, laicidade e autodeterminação sexual e reprodutiva: uma tensão no processo de secularização do Brasil. *Rev de Estudos de Religião*. 2013; 4(2): 164-187.
15. Secchi L. Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning; 2014.

16. Malheiros PA, Alves VH, Rangel TSA, Vargens OMC. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. *Texto Contexto Enferm*. 2012; 21(2): 329-337.
17. Lopes M, Leal S. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cadernos Pagu*, Campinas-SP. 2005; 24: 105-115.
18. Silva B. et al. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis-SC. 2006; 15(3): 442-48.
19. Wiese IRB, Saldanha AAW. Aborto induzido na interface da saúde e do direito. *Saúde Soc*. 2014; 23(2): 536-47.
20. Franco FL, Oliveira JS. O nascituro e o início da vida. *Rev Jurídica Cesumar*. 2007; 7(1): 241-249.
21. Silva JPL, Araújo MZ. Olhar reflexivo sobre o aborto na visão da enfermagem a partir de uma leitura de gênero. *Rev Brasileira de Ciências da Saúde*. 2011; 14(4): 19-24.
22. Cúnico SD, Faraj SP, Quintana AM, Beck CLC. Algumas considerações acerca da legalização do aborto no Brasil. *Psicol da Saúde*. 2014; 22(1):41-47. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v22n1p41-47>.
23. Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(1): 959-66.
24. Brasil, Ministério da Saúde. Departamento de Direitos Reprodutivos e Sexuais. Política Nacional de Planejamento Familiar; 2007. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/planejamento-familiar> >. Acesso em 01 de maio de 2016.
25. Gesteira SMA, Diniz NMF, Oliveira EM. Assistência à mulher em processo de abortamento provocado: discurso de profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2008; 21(3): 449-53.
26. Boemer MR, Mariutti MG. A mulher em situação de abortamento: um enfoque existencial. *Rev Esc Enferm*. 2003; 37(2): 59-71.
27. Farias RS, Cavalcanti LF. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. *Ciência saúde coletiva*. 2012; 17(7): 1755-63.
28. Félis K, Almeida R. Perspectiva de casais em relação à infertilidade e reprodução assistida: uma revisão sistemática. *Reprodução & Climatério*. 2016; 93: 1-7.
29. Loureiro DC, Vieira EM. Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto. Brasil, sobre aspectos éticos e legais. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(3): 679-88.

PERFIL NUTRICIONAL DE PACIENTE COM HIPÓXIA: RELATO DE CASO

NUTRITIONAL PROFILE OF PATIENT WITH HYPOXIA: A CASE REPORT

Claudia Ferreira da Costa¹, Larissa Beatrice Granciero Barbosa².

Como citar:

Costa CF, Barbosa LBG. Perfil nutricional de paciente com hipóxia: relato de caso. Rev. Cient. Sena Aires. 2018; 7(1): 48-53.

RESUMO

Relatou-se perfil nutricional de paciente com diagnóstico de hipóxia em home care. Paciente do sexo feminino, 49 anos, com história pregressa sem patologias, ingeriu osso de galinha almoçando em restaurante, apresentando dificuldade para engolir se agravando por dias. Com indicação médica, foi submetida à cirurgia endoscópica, tendo ocorrido intercorrências durante o procedimento, ocorreu quadro de hipóxia depois de parada cardíaca e convulsões, ocasionando três lesões no cérebro identificadas por exame de eletroencefalograma. Paciente após quatro meses na UTI foi encaminhada para home care, onde se encontra a menos de um mês ainda inconsciente, instável e sendo alimentada por SNE (sonda nasointestinal). Dentre algumas metodologias a ASG (avaliação subjetiva global) foi a que mais foi eficiente e prática em vários estudos para detecção da desnutrição que é o maior inimigo dos pacientes hospitalizados.

Descritores: Nutrição em saúde pública; Hipóxia; Estudos de Casos.

ABSTRACT

We reported the nutritional profile of a patient diagnosed with hypoxia in home care. She is a female patient, 49 years old, with a previous history without pathologies, choked with chicken bone having lunch in restaurant, presenting difficulty to swallow if aggravated for days. With a medical indication, he underwent endoscopic surgery. Intercurrences occurred during the procedure. Hypoxia occurred after cardiac arrest and seizures, resulting in damage to three brain sites identified by electroencephalogram examination. Patient after four months in the ICU was referred to home care, where she is less than a month still unconscious, unstable and being fed by SNE (nasointestinal tube). Among some methodologies, the ASG (global subjective assessment) was the most efficient and practical in several studies to detect malnutrition that is the biggest enemy of hospitalized patients.

Descriptors: Nutrition, public health; Hypoxia; Case Studies.

REVISA

¹ Acadêmica de Nutrição.
Universidade Paulista. Brasília,
DF, Brasil.

² Nutricionistas. Mestre em
Nutrição Humana. Universidade
Paulista. Brasília, DF, Brasil.
larissagranciero@gmail.com

Recebido em: 15/11/17
Aceito em: 18/01/18

INTRODUÇÃO

Pacientes acamados desenvolvem alto risco nutricional. De acordo com estudos, brasileiros hospitalizados 48% são subnutridos sendo 12% subnutridos severos. A terapia nutricional (TN) mantém o equilíbrio do sistema imunológico e assessora na diminuição das complicações metabólicas, reconhecida, sempre que viável, como um tratamento essencial para prevenir perda de massa corporal e a mais recomendada para prevenir as complicações relacionadas ao paciente grave. Terapia Nutricional apropriada admitirá que sejam alcançadas as necessidades energético-proteicas, e um melhor resultado clínico possível¹.

Habitualmente outros fatores citados como agravantes da desnutrição hospitalar são: diagnóstico nutricional e procedimentos falhos, conhecimento incerto e pouco interesse no estado nutricional dos pacientes por profissionais da saúde, falta de estratégias para evitar períodos demorados de jejum e a falta da criação de medidas preventivas e tratamento².

Nesse sentido, a avaliação do estado nutricional é de suma importância para a decisão dos procedimentos clínico-nutricionais, ao utilizar estimativas deve-se ter muita atenção. Dados incorretos nas estimativas podem fornecer falha no diagnóstico e na conduta terapêutica. O fato é que há maior risco de adoção de uma conduta errada, interferindo inteiramente na saúde do paciente, especialmente, daqueles hospitalizados³.

Frente a este relato o objetivo desse artigo é descrever o perfil nutricional da paciente com diagnóstico de hipóxia que se encontra em *homecare*.

RELATO DE CASO

Paciente de 49 anos, cor parda, sexo feminino, desempregada, casada, residente em Brasília/DF, sem história pregressa, apresenta queixas de disfagia e odinofagia, devido à ingestão de um pedaço de osso de galinha ao almoçar em restaurante. Paciente deu entrada no Hospital de Base de Brasília para realizar o procedimento e o tratamento necessário para o seu problema. Depois de realizado exame de endoscopia e comprovada a presença de corpo estranho no esôfago um osso de galinha de 2 cm, foi indicada cirurgia endoscópica, esofagoscopia, mas no momento, ocorreram intercorrências, o TOT (tubo oro-traqueal) desceu para o esôfago após o procedimento, relatado pela médica cirurgiã, vindo a ocasionar parada cardiorrespiratória e convulsões, vários manuseios foram adotados para reversão da situação, mas por fim ficaram identificadas lesões no cérebro por eletroencefalograma, com diagnóstico de hipóxia. De maio a setembro ficou internada na UTI, obteve transferência a menos de um mês para casa onde é atendida por home care. A equipe multidisciplinar um médico intensivista, um enfermeiro, três técnicos de enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudiologia e nutricionista acompanham a paciente assiduamente.

Paciente ao leito inconsciente respira em ar ambiente, estável, secreta, tranquila, sem edemas, função intestinal normal, unhas escurecidas (cianose), emagrecida, com perda de massa muscular em membros superiores e inferiores e com predominância de gordura abdominal, em uso de SNE (sonda nasoenteral) e traqueostomia. Na Figura 1, apresentam-se os dados antropométricos da paciente estudada.

Tabela 1. Dados antropométricos da paciente avaliada em outubro de 2017.

	Valor obtido	Adequação (%)	IMC**	Classificação
Altura (metros)	1,68			
Peso anterior*	78 kg		27,65kg/m ²	Sobrepeso
Peso estimado^{5,8}	51,5kg		18,26kg/m ²	Desnutrição
Peso provável*	70 kg		24,82	Eutrofia
AJ (altura do joelho)	43			
CB (circunferência do braço)⁵	27	90,3		Desnutrição leve

*Quilograma; ** Índice de Massa Corporal

A dieta prescrita tem características: Densidade calórica 1,0 kcal/ml Proteínas 23%; Carboidratos 52%; Gorduras 25%.

Fonte de macronutrientes:

- Proteínas: 77% caseinato de cálcio e sódio e 23% arginina;
- Carboidratos: 100% maltodextrina;
- Lipídeos: 68% óleo de peixe; 20% TCM e 12% óleo de milho;

Relação caloria não-proteica: gN - 88:1; Osmolalidade: 350 mOsm/kg de água; não contém açúcares.

Sendo ingerido 200 ml administrada 05 vezes por dia às 06, 10, 14,18 e 22hs, 65 gotas/min e 30 gramas de módulo de proteína diluído com 150 ml de água 01 vez/dia.

DISCUSSÃO

A hipóxia é uma lesão cerebral que não consegue fornecer oxigênio adequado ao cérebro e assim não atende às demandas metabólicas dos tecidos. É uma das principais causas de morbimortalidade em todo mundo por suas complicações neurológicas de longo prazo⁷.

O cérebro é devastado se não há fornecimento apropriado de oxigênio através da respiração. Sabe que deve ser adequado e constante oxigênio e glicose para atender as condições de energia, indispensáveis para a conservação do desempenho cerebral. Então, oxigênio insuficiente por segundos causa distúrbios e alterações funcionais do cérebro e em minutos morte neuronais⁸.

Por distintas estruturas a hipóxia causa alterações metabólicas e nutricionais que pode afetar a regulação do metabolismo energético. Mecanismos adaptativos à hipóxia crônica, clinicamente, são a atrofia muscular, a diminuição da atividade, a redução da ingestão alimentar, o que provém na ação de desnutrição⁹.

No paciente crítico a avaliação nutricional apresenta restrições, pois os métodos tradicionais como antropometria, bioquímica e medida dos compartimentos corporais sofrem grande influência, prejudicando sua interpretação. No paciente ocorre alteração do peso corpóreo por ter grande retenção de líquido no espaço extracelular, beneficiando o edema e a alteração das circunferências e medidas de pregas. É acentuado o catabolismo proteico pelo processo inflamatório sistêmico levando à diminuição de proteínas plasmáticas independente do processo de desnutrição. O estado nutricional de pacientes hospitalizados implica absolutamente em seu progresso clínico. A

detecção precoce do risco nutricional e da desnutrição pode ser crucial para a sobrevivência do paciente. A avaliação do estado nutricional tem como objetivo identificar os distúrbios nutricionais, possibilitando uma intervenção adequada¹⁰. Dentre esses métodos, a antropometria é um dos mais utilizados para verificar as alterações nutricionais. Em estudo realizado por Santos e colaboradores³, verificou-se que os valores de IMC baseados no peso e na altura estimada, pela equação proposta por Chumlea et al, superestimaram o número de pacientes desnutridos.

A avaliação nutricional mensura de caráter exaltado compartimentos corporais e analisa as alterações que a subnutrição causa, segundo o *Guidelines for use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric*¹¹. A vida pregressa do paciente e o exame físico são requeridos para uma avaliação do estado nutricional adequados, focalizar na história do peso, costume alimentar não habitual e restrições, função gastrointestinal e avaliação física abrange o aspecto geral do paciente, se ele apresenta obesidade, caquexia, alterações cutâneas e da mucosa, edemas, petéquias ou equimose, glossite, ascite, estomatite ou queilose.

Em um estudo, a ASG (avaliação subjetiva global) identificou maior quantidade de desnutridos do que a avaliação objetiva, por isso os autores julgam que a ASG permite a identificação de pacientes com risco de desnutrição¹².

Considerando mais um estudo em relação aos indicadores antropométricos, considera-se a restrição dos métodos de aferição utilizados, como fatores principais sobre os achados, sobretudo em se analisando o modelo de pacientes nestas condições de acamados a dificuldade na determinação das variáveis de peso e altura¹³.

Yamauti e colaboradores¹³ por semelhantes resultados foram realizados com pacientes com doenças cardíacas, comprovando que a ausência de tabelas da população brasileira em especial e de idosos maior de 74 anos, influenciam nos resultados da avaliação antropométrica.

Como a ASG (avaliação subjetiva global) aborda os aspectos do quadro clínico, como a perda de peso, alterações no consumo da dieta, aptidão funcional relacionada ao estado nutricional, presença de sinais gastrintestinais (vômitos, anorexia, diarreia, e náuseas). Perda de massa muscular, de gordura subcutânea, edema e ascite, mostra-se no exame físico. Neste estudo, entre três indicadores diferentes os objetivos IMC (índice de massa corporal) e o CB (circunferência do braço), o subjetivo ASG mostrou-se de baixo custo, prático e mais eficaz na detecção da desnutrição em pacientes hospitalizados e mostrou a importância da avaliação do perfil nutricional para identificação do estado nutricional do paciente com intuito de reduzir a desnutrição¹⁴.

O IMC (índice de massa corpórea) classificou o estado nutricional, adotando critérios da World Health Organization (WHO, 1998)⁴ para pessoas adultas, que define os seguintes pontos de corte: Desnutrido IMC < 18,49; Eutrófico IMC de 18,5 a 24,99; Excesso de peso IMC de 25,0 a 29,9 e obeso IMC > 30,0.

O CB (circunferência do braço) de acordo com Frisancho⁵, é obtida pela adequação da CB% igual à CB obtida dividida pela CB percentil 50, vezes 100 e sua classificação decorre dos seguintes pontos: Desnutrição intensa – 70%; Desnutrição moderada – 71 – 80%; Desnutrição leve – 81 – 90%; Eutrofia – 91 – 110%; Sobrepeso 111 – 120%; Obesidade > 120%.

De acordo com Chumlea e colaboradores⁶ o Peso Estimado Simplificado utiliza a fórmula para mulheres negras: 19- 59 anos: (AJ (altura do joelho) x 1,24) + (CB (circunferência do braço) x 2,97) – 82,48.

A disfagia mais comumente cogita dificuldades abrangendo a faringe, cavidade oral e esôfago, os quais podem proceder na penetração de alimento

no interior da via aérea, causando asfixia, reflexo tussígeno, aspiração e problemas pulmonares¹⁵.

Na prática clínica a anamnese, incide na rememoração dos casos progressos pautados à saúde, na assimilação dos sinais e sintomas, com a intenção fundamental de entender, com a maior exatidão provável, a história da doença atual que apresenta o paciente na consulta^{16,17,18}.

A TNE (terapia nutricional enteral) em pacientes cirúrgicos é muito indicada, de tal maneira pelo seu desempenho positivo no pré-operatório, como por permitir a oferta nutricional na impossibilidade de se manter a via oral ou na ingestão escassa no perioperatório^{19,20}.

Modificações do TGI em pacientes com o nível de consciência alterado podem cursar com êmese e aspiração do conteúdo gástrico para a árvore traqueobrônquica, elevando sua morbidade^{21, 22, 23}.

Um proeminente estudo aferindo a nutrição em pacientes com TCE (trauma crânio encefálico) grave avaliou o tempo indispensável para começar alimentação enteral e a quantidade de calorias fornecidas. Aumentou a possibilidade de sobrevivência, quando a alimentação enteral foi começada mais cedo e com maior aporte calórico. Duas e quatro vezes maior foi a mortalidade nos pacientes em que não foi administrado o apoio nutricional sob a forma de alimentação enteral nos primeiros 5 e 7 dias, simultaneamente, após o TCE (trauma crânio encefálico). É respeitável destacar que o consumo mínimo de 25 kcal/kg por dia foi agregada com a melhoria de prognóstico^{24, 23}.

CONCLUSÃO

Pacientes com diagnóstico de hipóxia apresentam um quadro como qualquer outro que esteja hospitalizado e requerem cuidados ainda maiores quanto seu estado nutricional que pode se agravar se não observados principalmente por exames físicos e clínicos já que o paciente está inconsciente e não tem como relatar intercorrências. E assim acometer o estado nutricional podendo ocorrer à desnutrição.

Dentre algumas metodologias a ASG (avaliação subjetiva global) foi a que mais foi eficiente e prática em vários estudos para detecção da desnutrição que é o maior inimigo dos pacientes hospitalizados. A prevalência da desnutrição no Brasil é de grande preocupação de cada 48% são subnutridos sendo 12% subnutridos severos. O maior desafio para os profissionais da área da saúde em especial o nutricionista é detectar e tratar previamente a desnutrição diminuindo assim as comorbidades e mortalidades decorrentes.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro LMK, Filho RSO, Lima LC, Azevedo P, Damasceno NRT, Soriano FG. Adequação dos balanços energético e proteico na nutrição por via enteral em terapia intensiva: quais são os fatores limitantes? Rev. Bras. Ter. intensiva 2014;26(2):155-62.
2. Borghi R, Meale MMS, Gouveia MAP, França JIDF, Damião AOMC. Perfil nutricional de pacientes internados no Brasil: análise de 19.222 pacientes (Estudo BRAINS). Rev Bras Nutr Clin 2013;28(4):255-63.
3. Santos EA, Camargo RN, Paulo AZ. Análise comparativa de fórmulas de estimativa de peso e altura para pacientes hospitalizados. Rev Bras Nutr Clin 2012; 27(4): 218-25.
4. Azank AT, Leandro-Merhi VA, Poliselli C, Oliveira MRM. Indicadores nutricionais em pacientes alimentados por sonda, em sistema de “Home Care” Arquivos Catarinenses de Medicina 2009;38(4):11-18.
5. Frisancho AR. Anthropometric standards for the assessment of growth and

- nutritional status. Michigan: University Michigan Press.1990. 189.
6. Waitzberg DL, Dias MCG. Guia Básico de Terapia Nutricional Manual de Boas Práticas. 2 ed. 2007.4-97.
 7. Jebasingh D, Devavaram Jackson D, Venkataraman S, Adeghate E, Starling Emerald B. The protective effects of *Cyperus rotundus* on behavior and cognitive function in a rat model of hypoxia injury. Pharm Biol. 2014;52(12):1558-1569.
 8. Jesús M, Pérez-Nellar , Scherle C. Mecanismos fisiopatológicos en la muerte encefálica. Rev cubana med 2009;48(4): 204-212.
 9. Leite PH. Nutrição na Insuficiência Respiratória Aguda. 1 vol. 2015.317-325.
 10. Diestel CF, Rodrigues MG, Pinto FM, Rocha RM, Sá OS. Terapia nutricional no paciente crítico 2013;12(3):78-84.
 11. Guidelines for use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. ASPEN Board of Directors J Parenter Enteral Nutr 2002; 26(Suppl1):1SA-138SA.
 12. Oliveira LML, Rocha APC, Velho JMA da SP. Avaliação nutricional em pacientes hospitalizados: uma responsabilidade interdisciplinar saber científico 2008;1(1): 240 – 52.
 13. Yamauti KA, Ochiai EM, Bifulco SP, Araújo MA, Alonso RR, Ribeiro RCH et al. Subjective global assessment of nutritional status in cardiac patients. Arq Bras Cardiol 2006;87(6):772-7.
 14. Marcadenti A, Vencatto C, Boucinha ME, Leuch MP, Rabello R, Londero LG, et al. Desnutrição, tempo de internação e mortalidade em um hospital geral do Sul do Brasil. Revista Ciência & Saúde 2011;4 (1):7-13.
 15. Padovani AR, Andrade CRF. Perfil funcional da deglutição em unidade de terapia intensiva clínica [Functional profile of swallowing in clinical intensive care]. 2007;5(4):358- 62.
 16. Patine FS, Barboza DB, Pinto MH. Ensino do exame físico em uma escola de enfermagem. Arq Ciênc Saúde 2004; 11(2):2-8.
 17. Freitas EP, Nass F, Sponchiado F. Processo de enfermagem: Uma perspectiva para melhorar a qualidade da assistência [monografia]. Florianópolis: Escola de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina; 2008.
 18. Santos N, Veiga P, Andrade R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. Rev. Bras. Enfermagem 2011;64(2): 355-358.
 19. Weimann A, Braga M, Harsanyi L, Laviano A, Ljungqvist O, Soeters P et al. ESPEN (European Society for Parenteral and Enteral Nutrition). ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Surgery including organ transplantation. Clin Nutr. 2006;25:224-44.
 20. Isidro M, Lima D . Adequação calórico-proteica da terapia nutricional enteral em pacientes cirúrgicos . Rev. Assoc. Med. Bras. 2012;58(5): 580-586.
 21. Rhoney DH, Parker DJ Jr, Formea CM, Yap C, Coplin WM. Tolerability of bolus versus continuous gastric feeding in brain-injured patients. Neurol Res. 2002;24(6):613-20.
 22. Matthews DE, Heimansohn DA, Papaila JG, Lopez R, Vane DW, Grosfeld JL. The effect of increased intracranial pressure (ICP) on gastric motility. J Surg Res. 1988;45(1):60-5.
 23. Lucena AF, Tibúrcio RV, Vasconcelos GC, Ximenes JDA, Filho GC, Graça RV. Lesões cerebrais agudas e sua influência sobre a motilidade gastrointestinal . Rev. Bras. Ter. Intensiva 2011;23(1):96-103.
 24. Härtl R, Gerber LM, Ni Q, Ghajar J. Effect of early nutrition on deaths due to severe traumatic brain injury. J Neurosurg. 2008;109(1):50-6.

A TROMBOSE VENOSA PROFUNDA COMO REAÇÃO ADVERSA DO USO CONTÍNUO DE ANTICONCEPCIONAIS ORAIS

DEEP VEIN THROMBOSIS AS AN ADVERSE REACTION OF CONTINUOUS USE OF ORAL CONTRACEPTIVES

Ismael Carlos de Araújo de Sousa¹, Alice da Cunha Morales Álvares².

Como citar: Sousa, ICA, Álvares, ACM. A trombose venosa profunda como reação adversa do uso contínuo de anticoncepcionais orais. Rev. Cient. Sena Aires. 2018; 7(1): 54-65.

RESUMO

O objetivo dessa pesquisa foi relacionar as alterações no sistema hemostático com o uso contínuo dos anticoncepcionais orais e a ocorrência da trombose venosa profunda. Hemostasia é um processo fisiológico que tem como finalidade manter o sangue fluindo dentro dos vasos sanguíneos, assim evitando a formação de coágulos. Trombose venosa profunda é uma doença grave, caracterizada pela formação de coágulos em veias profundas, destacam-se os fatores de risco: hereditários, adquiridos e associação provável. Foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases e banco de dados. Para a obtenção dos resultados foram analisados 11 artigos. Esses estudos demonstram que estrogênio e progestagênios desencadeiam alterações significativas no sistema hemostático por sua ação androgênica, resultando na formação de fibrina, podendo acontecer a formação de coágulos nas veias. Devido os AOs ser o método mais utilizado no mundo, torna-se de suma importância o conhecimento das reações adversas consideradas graves, como a TVP.

Descritores: Uso Contínuo; Anticoncepcionais Orais; Trombose Venosa Profunda.

ASBTRACT

The objective of this research was to relate the changes in the hemostatic system with the continuous use of oral contraceptives and the occurrence of deep vein thrombosis. Hemostasis is a physiological process that aims to keep blood flowing within the blood vessels, thus preventing the formation of clots. Deep vein thrombosis is a serious disease, characterized by the formation of clots in deep veins, the risk factors are highlighted: hereditary, acquired and probable association. A bibliographic survey was carried out in databases and databases. To obtain the results, 11 articles were analyzed. These studies show that estrogen and progestagens trigger significant changes in the hemostatic system due to their androgenic action, resulting in the formation of fibrin and may occur in the formation of clots in the veins. Because OA is the most widely used method in the world, knowledge of adverse reactions considered serious, such as DVT, becomes extremely important.

Descriptors: Continuous Use; Oral Contraceptives; Deep vein thrombosis

REVISA

¹ Acadêmico de Farmácia. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Valparaíso de Goiás, GO. Brasil. curinga_araujo@hotmail.com

² Farmacêutica. Doutora em Farmácia. Universidade de Brasília. Distrito Federal, Brasil. pharmalice@gmail.com

Recebido em: 08/03/2018
Aceito em: 08/05/2018

INTRODUÇÃO

A trombose venosa (TV) é um processo patológico onde a luz do vaso sanguíneo é obstruída por uma quantidade excessiva de estruturas compostas por fibrinas e plaquetas. Os eventos tromboembólicos podem ocorrer praticamente em todo o organismo, sendo os membros inferiores mais acometidos, onde 90% dos casos caracterizam como uma (TVP).¹

A TVP acomete veias mais profundas, desencadeando - se a partir de três fatores: estase venosa, lesão da parede vascular e hipercoagulabilidade, esse processo é conhecido como Tríade de Virchow. No Brasil em 2015 foram registradas 113.817 internações por trombose, em 2014 foram 122.096.^{2,3}

A trombose apresenta - se igual em ambos os sexos quando não estratificada por idade. Quando avaliado somente a faixa etária de 20 a 40 anos, prevalece maior incidência nas mulheres, exatamente pela maior exposição aos fatores de risco como anticoncepcional e gestação. Estimasse que cerca de 300 mil pessoas a cada ano no Estados Unidos da América (EUA) e na Europa mais 500 mil apresentam TVP e tromboembolismo pulmonar (TEP). Não há registros de incidência precisos no Brasil, porem estima - se que o acometimento de trombose estejam em uma proporção de 1 ou 2/100 habitantes. Dentre os fatores de risco, destacam-se: hereditários e ambientais, tabagismo, idade, sexo, cirurgias ortopédicas, gravidez e pós - parto, anticoncepcionais e reposição hormonal.⁴

De acordo com a Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular (ABHH), por meio do comitê de trombose hemostasia, indica a necessidade de mais atenção e implementação de políticas públicas para o diagnóstico correto da trombose, a fim de diminuir a mortalidade e aumentar a qualidade de vida dos pacientes.⁵

Os anticoncepcionais orais (AOs), conhecidos como pílulas anticoncepcionais, são hormônios sintéticos utilizados isoladamente ou combinado como principal função inibir a concepção. Os combinados são os mais populares estão em uso há mais de três décadas, desde 1960 e aprovados para o uso primeiramente, nos Estados Unidos, com adesão de aproximadamente 80% das mulheres como principal método de prevenção a gravidez.^{6,7}

Os AOs são a contracepção mais acessível pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Eles podem trazer vários riscos à saúde da mulher, assim como: aumento da pressão arterial, desenvolvimento de diabetes mellitus II, acidente vascular cerebral (AVC), infarto do miocárdio, chamando uma atenção maior para a TVP.⁸

De acordo com os dados de 2014 da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), cerca de 100 milhões de mulheres usam pílulas AOs em todo o mundo. No Brasil, cerca de 27% das mulheres em idade fértil utilizam este método contraceptivo.¹⁰

Como descrito na literatura, os AOs ou tratamentos hormonais apresentam uma grande chance de desenvolver a TVP, isso por que esses medicamentos têm em sua formulação hormônios sintéticos, como: estrógeno e progesterona, que podem afetar a coagulação sanguínea

No Brasil, entre Janeiro de 2011 a Junho de 2016, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) recebeu 267 notificações envolvendo o uso de AOs. Onde desses 267, 177 foram ocorrências graves no sistema circulatório.¹¹ Sendo assim, o interesse pela pesquisa veio devido aos poucos estudos disponíveis que avaliam a associação da trombose com o uso de anticoncepcional, tornando-se clara a necessidade de mais informações referentes ao tema. Portanto, o objetivo dessa pesquisa é relacionar as alterações no sistema hemostático com o uso contínuo dos anticoncepcionais orais e a ocorrência da trombose venosa profunda.

REVISÃO LITERARIA

Sistema hemostático

Hemostasia consiste em mecanismos responsáveis por manter a fluidez sanguínea dentro dos vasos. É um processo fisiológico que tem como finalidade manter o sangue fluindo dentro dos vasos sanguíneos, assim evitando a formação de coágulos, tentando evitar eventos hemorrágicos e/ ou tromboembólicos.^{11,12}

O sistema hemostático está completamente relacionado com o número de plaquetas, resistência e contratilidade dos vasos, equilíbrio do coágulo e de um processo de coagulação adequado.¹³

Sempre que há rompimento de vasos, o sistema hemostático desencadeia diversos mecanismos: contração do vaso; formação do tampão plaquetário; formação de um coágulo sanguíneo; crescimento do tecido fibroso.¹²

Inicialmente, ocorre redução do fluxo sanguíneo (vasoconstricção). Seguida, a adesão de plaquetas onde se prendem as fibras de colágeno do tecido conectivo exposto no processo chamado de adesão do processo de agregação, expandindo a liberação de substâncias intra - plaquetárias armazenadas em grânulos ocorrendo à formação do tampão plaquetário. Este eventos são regulado pelo nível de adenosina monofosfato cíclico (AMPc) presente no interior das plaquetas que é derivado do adenosina trifosfato (ATP) pela ação da fosfodiesterase.¹⁴

A cascata de coagulação envolve a ativação de três vias: extrínseca, intrínseca e comum. A via extrínseca é ativada em decorrência de uma lesão vascular associada a uma lesão tecidual iniciada com ativação do fator III. A intrínseca todos os fatores necessários estão presentes na circulação sanguínea, seu inicial se dá pelo fator de contato com superfícies carregadas negativamente, ativando o fator XII_(a). Assim as duas vias se convergem em uma só formando a via comum, onde fator X passa a ser X_(a). A via comum conduz o fator X_(a) convertendo protrombina em trombina, na presença do fator V_(a). Assim o fibrinogênio é convertido em fibrina.¹⁵

Trombose venosa profunda

É uma doença grave, caracterizada pela formação de coágulos em veias profundas, acomete geralmente os membros inferiores. A incidência da TVP em pessoas mais jovens é de 1:100.000; contudo, esta relação vai se reduzindo, chegando a 1:100 em pessoas com idades avançadas.^{16,17}

Considerada a terceira causa mais comum de doença cardiovascular nos EUA, com cerca de 200.000 novos casos por ano. No Brasil, mostra - se uma proporção de 0,6 por 1.000 hab/ano.¹⁸

2.2.1 Fisiopatologia

Desencadeia - por meio da tríade de Virchow. A estase venoso sendo o principal fator predisponente da TVP. Com a diminuição do fluxo sanguíneo elevando a concentração de sangue nas veias, dilatando-as passivamente. Lesão endotelial ou endocárdica pode provocar exposição do colágeno subendotelial, com consequente adesão e agregação plaquetária, assim resultando o processo de "coagulação". A hipercoabilidade modificações na composição do sangue, devido ao aumento dos níveis plasmáticos de tromboplastinas teciduais que ativa a coagulação pela via extrínseca.¹⁹

Os fatores de risco da TVP podem ser classificados em três formas, os quais estão descritos no quadro 01.

Quadro 1 - Fatores de risco para TVP.

Características^{1, 20}	Fatores de risco
Hereditários	Resistência à proteína C ativada Mutação gene 20210 da protrombina Deficiência de anti trombina III Deficiência de proteína C Deficiência de proteína S Hiper - homocisteinemia Aumento do fator VIII Diminuição do fibrinogênio
Adquiridas	Síndrome do anticorpo antifosfolipio Hiper - homocisteinemia Câncer Hemoclobinúrua paraxítica noturna Idades > 65 anos Obesidade Gravidez e puerpério Doença mieloproliferativas Síndrome nefrótica Hiperviscosidade (macrobulinemia de Waldrestron: mieloma múltiplo) Doença de Bechet Trauma Cirurgia Imobilização Contraceptivo oral
Associação provável	Aumento de lipoproteína A Baixos níveis de inibição do fator tecidual Níveis aumentados de fibrinogênio

Diagnóstico

Pode ser realizado por meio do exame clínico do paciente e exames complementares como: Ultrassonografia (USG) Doppler e Venografia. No exame clínico, deve-se observar edema em membros inferiores, dor espontânea, eritema e aumento de calor no local afetado. Devesse observar se o edema e unilateral, de modo que sua presença e um único membro pode ser uma pista para o diagnóstico da doença. O edema e/ou dor pode estar localizado na panturrilha, coxa ou pé.²⁰

Já os exames complementares como USG Doppler é o mais utilizado para o diagnóstico de TVP em paciente sintomático. Utilizado em tempo real para avaliar presença ou ausência de compressão das veias, tem sensibilidade de 96% e especificidade de 98 a 100% em substituição a venografia. A venografia é considerado o padrão-ouro para o diagnóstico da TVP, utiliza-se contraste iodato nas veias, sua aplicação só é usada quando os outros métodos não definem o diagnóstico.²¹

Tratamento

Tem como finalidade a prevenção de complicações agudas e sequelas tardias como a TEP, síndrome pós - trombótica e recorrência da TVP.²²

Os medicamentos utilizados são os anticoagulantes injetáveis e orais. Os injetáveis como a heparina fracionada e a heparina de baixo peso molecular (mais usada por possuir meia vida maior e melhor resultado terapêutico), são eficaz para reduzir o risco da TEP e a formação de novos trombos, essas são utilizadas em ambiente hospitalar. Na fase aguda deve-se tratar em ambulatório, utilizando-se anticoagulantes orais como a warfarina onde sua função é inibir os fatores coagulantes dependentes da vitamina K,

resultando em alterações da cascata de coagulação, assim impedindo a formação de coágulos.²³

O uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINES) deve ser evitado devido o uso de heparina e ou anticoagulantes orais, contribuem para a ocorrência de sangramento.²⁴

Existe também o tratamento não medicamentoso que pode ser feito com uso de meias elásticas de alta compressão, para minimizar a formação de edemas e para controlar as demais alterações secundárias.²⁵

Anticoncepcionais orais

As pílulas são classificadas em geração de acordo a com a dose de estrogênio: 1º geração: 0,150 mg de etinilestradiol; 2º geração: 0,050 mg de etinilestradiol; 3º geração: 0,030 mg de etinilestradiol; 4º geração: 0,020 mg de etinilestradiol.⁽²⁶⁾

Os AOs podem ser classificados em: monofásicos - mesma composição, o etinilestradiol e um progestágeno, nas mesmas doses, com 21, 24 ou 28 comprimidos. Bifásicos - pílulas com a mesma composição apresentam-se em dois blocos com diferentes doses. Trifásicos - embora todos tenham os mesmos constituintes, dividem-se em três blocos, cada um com doses diferentes.²⁷

Farmacocinética

Após ingestão dos AOs, os hormônios são absorvidos no trato-gastrintestinal, caindo na corrente sanguínea e conduzido até o fígado. Sendo que 42% a 58% dos estrógenos são metabolizados em conjugados sulfatados e glucoronídeos, os quais não têm atividade contraceptiva. Estes metabolitos são secretados na bile a qual se esvazia no trato gastrintestinal, partes desses metabolitos são hidrolisados pelas bactérias intestinais, liberando estrogênios ativos e remanescentes excretados nas fezes. O estrogênio ativo é reabsorvido estabelecendo o ciclo entero - hepático aumentando o nível plasmático de estrogênio circulante.²⁸

Farmacodinâmica

Os AOs agem sobre os hormônios que desencadeiam a ovulação, mantendo os níveis constantes de progesterona e estrogênio, inibindo a secreção hipofisária de hormônio luteinizante (LH) e hormônio folículo estimulante (FSH) através do mecanismo de "feedback", mantendo os óvulos "adormecidos" e impedindo a ovulação. Assim o fármaco reduz a chance de haver ovulação e fecundação no período da utilização do medicamento.^{29,30}

Efeitos Colaterais

Os AOs têm como principal função prevenir a gravidez, portanto sabe-se que todo medicamentos apresentam efeitos colaterais, como apresentados no quadro 02.

Quadro 2 - Efeitos Colaterais dos AOs.

Prós ³¹	Contras
Alivia dismenorréia	Aumento de peso
Tensão pré-menstrual	Vômito e náuseas
Protege de hiperplasia e neoplasia endometriais	Cefaléia
Doenças inflamatórias pélvica	Candidíase
Gravidez ectópica	Alterações de humor
Endometriose	Alterações de libido
Doença fibrocística benigna da mama	Nervosismo
Cistos funcionais e câncer de ovário	Cólicas abdominais
Melhora acne e hirsutismo	Amenorréia

Embora os AOs apresentem fatores prós e contras como alterações hormonais e

desordens fisiológicas, pode-se destacar as reações adversas que podem ser consideradas graves e irreversíveis como; TVP, TEP e AVC.³²

No Brasil, os AOs são muito utilizados, devido a sua fácil acessibilidade, o quadro 03 apresenta alguns dos mais usados.

Quadro 3 - AOs mais utilizados no Brasil.

Nome Comercial	Princípios Ativos/ Quantidades	
	Estrogênio	Progesterona
Ciclo 21	0,030 mg	0,15 mg
Yasmim	0,030 mg	0,15 mg
Tamisa	0,020 mg	0,07 mg
Selene	0,035 mg	2,0 mg
Microvlar	0,030 mg	0,15 mg
Diane 35	0,035 mg	2,0 mg

MÉTODOS

Foi realizado um levantamento bibliográfico de artigos indexados nas bases de dados: *Scientific Electronic Library (SCIELO)*, *Literatura Latino-americano em Ciências da Saúde (LILACS)*, *National Library of Medicine and National Institutes of Health (MEDLINE)* e banco de dado: *Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)*, uma vez que estas permitam buscas simultâneas nas principais fontes nacionais e internacionais.

Para o acesso dos artigos completos, foram usados os seguintes descritores: anticoncepcionais orais, trombose venosa profunda e hemostasia, presentes nos Descritores em Ciências da Saúde/*Medical Subject Headings (DeCs/Mesh)*, conforme apresentado no quadro 04.

Quadro 4- Distribuição de artigos segundo os descritores em bases/banco de dados

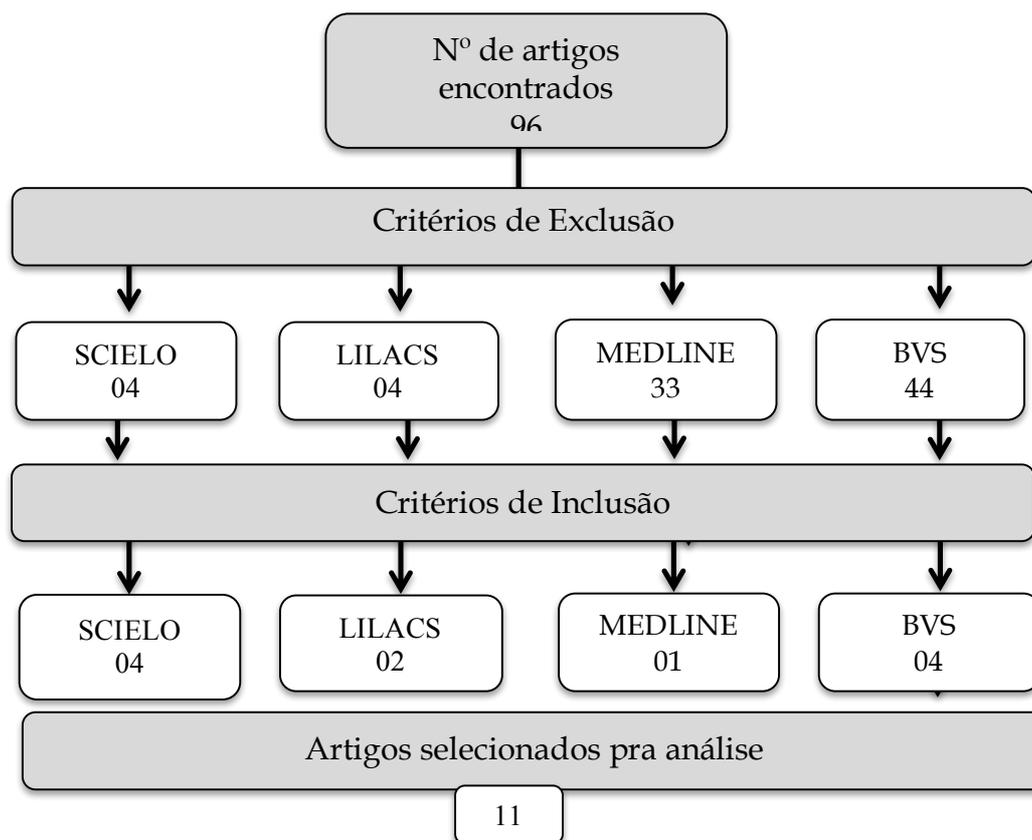
DESCRITORES	BASES			BANCO
	SCIELO	LILACS	MEDLINE	BVS
Anticoncepcionais Orais and Trombose Venosa Profunda	06	05	20	32
Anticoncepcionais orais and Hemostasia	02	01	15	17
TOTAL	08	06	35	49

A busca pelas publicações foi realizada entre os meses de Agosto a Setembro de 2017. Após a realização da bibliometria nas bases/banco apresentou 08 publicações no SCIELO, 06 LILACS, 35 MEDLINE e 49 BVS, totalizando 98 artigos.

Dentre esses 98 artigos vale ressaltar que houve a repetição de 04 artigos nas bases/banco de dados, 02 (SCIELO e LILACS) e 02 (MEDLINE e BVS). Desta forma 96 artigos passaram pela aplicação dos métodos de inclusão e exclusão.

Foram inclusos na pesquisa publicações com acessibilidade do texto completo, idioma português e inglês, publicados entre o ano de 2006 a 2017. Artigos que não tratam do tema específico, resumos de artigos, teses e dissertações foram excluídos da pesquisa. A figura 01 mostrará a seleção dos artigos a serem inclusos na pesquisa.

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos artigos



Após a seleção dos artigos os dados foram analisados em três etapas: a primeira foi realizada a partir de uma pré - análise (leitura dos artigos inclusos na pesquisa). Posteriormente a exploração do material (colher todas as informações necessários). Por fim a condensação e destaque das informações que comina nas interpretações e inferências.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos artigos analisados foram verificados resultados que podem ser apresentados nas seguintes categorias: características dos estudos, relação dos anticoncepcionais orais e a trombose venosa profunda e dados relacionados a essa relação. A seguir, encontram-se os resultados representados em gráficos, tabelas e quadros e a discussão dos dados encontrados.

Características dos estudos

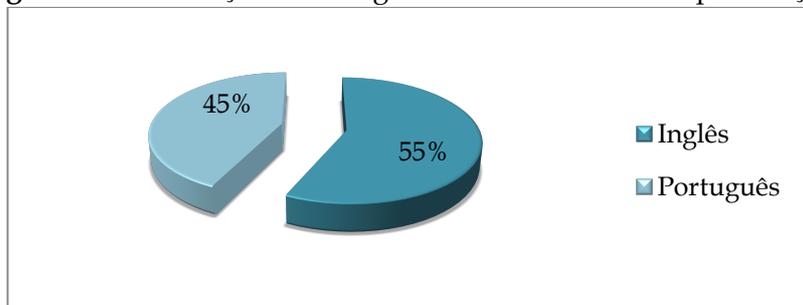
Para a obtenção dos resultados, a amostra da pesquisa foi caracterizada conforme o ano de publicação, idioma e país de origem. Na Figura 2, apresenta-se a distribuição dos artigos entre os anos de 2006 a 2015.

Figura 2- Distribuição dos artigos entre os anos de 2006 a 2015.



Com base nos artigos analisados, o ano de 2013 apresentou maior prevalência de artigos publicados sobre o assunto de interesse. Nos anos de 2007 e 2011; 2008 e 2015 foram observadas média e baixa representatividades nas publicações, respectivamente. Os demais anos não foram contemplados com publicações. Na Figura 3, apresenta-se a distribuição dos artigos conforme idioma de publicação.

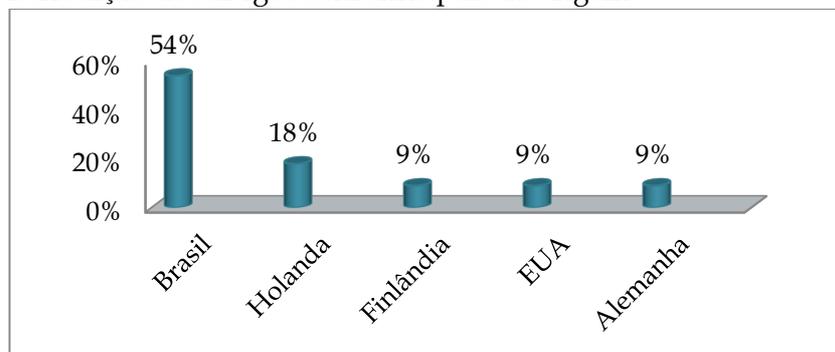
Figura 3- Distribuição dos artigos conforme idioma de publicação.



Dentre os artigos analisados, o idioma que apresentou maior prevalência foi inglês (55%), seguido de (45%) em português. Podendo assim observar que não há discrepância em relação ao idioma de publicação.

Vale ressaltar que as publicações em inglês caracterizam-se em pesquisa aplicada, já os artigos em português caracterizam-se em pesquisa bibliográfica de caráter explorativo. Dentre as pesquisas aplicadas, foram baseadas em interpretações de prontuários para encontrar possíveis evidências em relação aos AOs e a hemostasia; análise de exames realizados para avaliação de alterações no sistema hemostático causados pelos AOs. Já as pesquisas bibliográficas tem como intuito mostrar a população informações contidas em outras pesquisas presentes em seu estudo que mostre a relação da TVP e AOs.

Figura 4- Distribuição dos artigos conforme país de origem.



A Figura 4 apresenta a distribuição de artigos conforme o país de origem, tendo maior prevalência de 06 (54%) artigos no Brasil, seguido de 02 (18%) artigos na Holanda e os demais países, Finlândia, EUA e Alemanha apresentaram 01 (9%) artigo cada.

No Brasil os AOs é um dos métodos contraceptivos mais usados, por sua fácil aquisição. Com isso podemos enfatizar que a prevalência de publicações no país tem finalidade de conscientizar e alertar as mulheres para o risco que a pílula possa trazer ao seu organismo, em especial para a cascata de coagulação, podendo se desenvolver para uma TVP.

Relação do uso contínuo dos aos e a tvp

Como já visto, cerca de 100 milhões de mulheres fazem o uso contínuo de AOs no mundo, portanto torna-se de suma importância o conhecimento das reações

adversas consideradas graves, como a TVP que pode ser de 2 a 6 vezes comparado com mulheres que não faz o uso.⁽³³⁾

Visto que em sua formulação há estrogênio e progesterona, os vasos sanguíneos tornam-se alvo dos efeitos desses hormônios, devido à existência de receptores desses constituintes nas camadas dos vasos sanguíneos.⁽³⁴⁾

Antigamente, acreditava-se que a principal causa da TVP era devido à alta dosagem de estrogênio (150 mcg) presente no medicamento. Em 1995, pesquisas evidenciaram que os AOs de terceira geração composto por progestagenos (gestodeno e desogestrel) aumentam duas vezes as alterações na hemostasia comparado ao levonogestrel que é de segunda geração. Atualmente, algumas marcas apresentam baixas concentrações desses hormônios (15 – 20 mcg).³⁴

Mesmo com essa redução das dosagens de estrogênio, estudos demonstram que os hormônios ainda desencadeiam alterações significantes no sistema hemostático por sua ação androgênica, resultando assim na formação de fibrila, podendo acontecer à formação de coágulos nas veias.

Segundo Stegenam et al, os AOs contendo na formulação progestagênio causam menor risco de desenvolver TVP comparado a etinilestradiol, podendo assim observar que pode ser uma marcador para a doença.³⁵

Os progestagênios de terceira geração associado ao estrogênio também demonstram resultados para TVP. Pois eles têm a capacidade de se ligar aos receptores de progesterona e estrogênio. Eles desenvolvem resistência à proteína C, aumentando assim os fatores presentes na cascata de coagulação, diminui a proteína S e inibe o processo de fibrinólise.³⁶

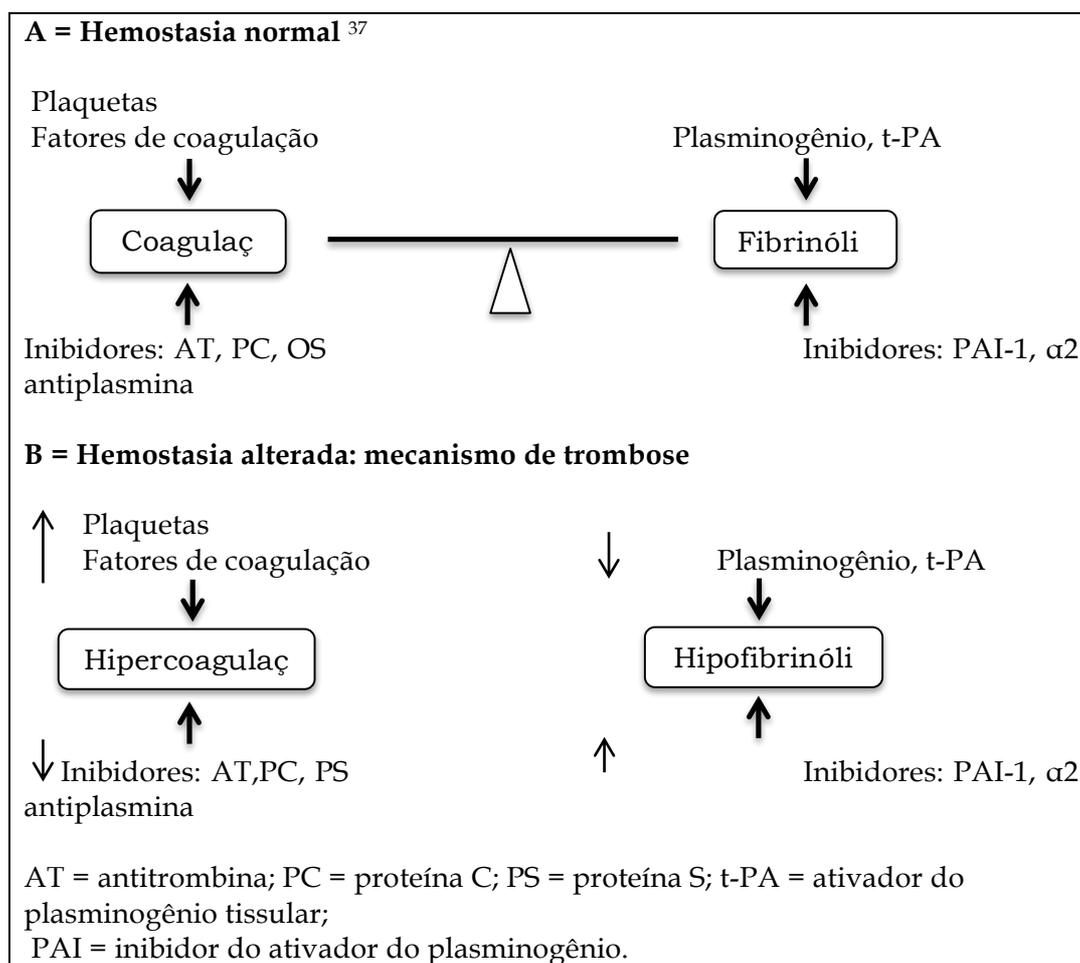


Figura 2: Cascata de coagulação normal e alterada.

O estrogênio altera a cascata de coagulação, aumentando a formação de trombina e fatores da coagulação (fibrinogênio, VII, VIII, IX, X, XII e XIII), inibindo

também os fatores anticoagulantes naturais (proteína S e proteína C reativa).⁽³⁸⁾

A proteína C é um anticoagulante endógeno, tendo como função a inibição da coagulação, separando os fatores Va e VIIIa. A proteína S age como cofator não enzimático potencializando essas reações. Com a inibição desses anticoagulantes, favorece o aumento de hipercoabilidade aumentando assim o risco da TVP.³⁹

Quadro 5: Comparação de artigos presentes na amostra.

Estudos ^{40 - 42}	População	Idade média (anos)	Concentração Hormonal (mg)
Estudo I	30	26	0,03 mg + 0,15 mg / 0,55mg + 2,1mg
Estudo II	121	34	2,5 mg NOMAC* + 1,5 mg E2* / 0,15 mg LNG* + 0,03 mg EE*
Estudo III	11	26	0,015 mg + 0,06 mg

NOMAC - acetato de nomegestrol; E2- 17 β estradiol; LNG - levonorgestrel; EE - etinilestradiol.

O quadro 5 faz uma comparação de três estudos contidos na amostra, onde relata população, idade média e concentração hormonal dos AOs nas pesquisas. Essa comparação mostra em qual dos estudos as concentrações de hormônios contidos nos AOS apresenta mais efeito sobre a cascata de coagulação.

O estudo I mostrou que em ambos os tratamentos, foram observados aumentos nos níveis de ativação e marcadores, sendo que houve aumentos excessivos nos fatores de coagulação com exceção para o fator VIIa que teve aumento em ambos os tratamentos. Mostrando que eles apresentam influencia no final da cascata de coagulação.⁴⁰

Já no estudo II, a amostra foi dividida em dois grupos: grupo 1 (NOMAC/E2), onde não ocorreu mudança nos fragmentos de protrombina, enquanto no grupo 2 (LNG/EE), foram observados. Em ambos os grupos de tratamento, observou-se alterações nos fatores anticoagulantes AT III, proteína C e S. Houve alterações também nos fatores pró - coagulantes II, VIIa e VIII. Comparando os dois grupos, é possível observar que o grupo 1 apresenta menor influência nos marcadores da coagulação e fibrinólise, quando comparado ao grupo 2.⁴¹

No estudo III, o tratamento não teve alterações da venodilatação e isso pode ter ocorrido devido ao tamanho da amostra (11 mulheres) ser pequena. Isso se dá devido a técnica utilizada, precisa de uma amostra e período maior.⁴²

Um estudo realizado na Holanda avaliou o risco da TVP em mulheres, mostrando que o risco aumentado 34,9 vezes para quem usava algum AO. Ainda demonstrou que as mulheres que já tinham histórico de trombose venosa superficial (TVS), poderia em cada 1 em 51 usuários desenvolver a TVP cada ainda, podendo ainda evoluir para uma TEP.⁴³

Roach et al⁴⁴ desenvolveu uma pesquisa com mulheres ≥ 50 anos em uso de AOs e terapia hormonal, tem um risco aumentado de 4 a 5 vezes maior de desenvolver a TVP em comparação com mulheres da mesma faixa etária. Apresentou também o risco aumentado de 5,3 vezes para a TEP. As mulheres que fazem o uso de AOs desenvolveram maior chance de desenvolver a TVP em relação as que fazem terapia hormonal, ainda podendo observar que esse aumento se dá principalmente o uso de AOs que contem na sua composição: desogestrel e gestodeno como os progestagênicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista, o objetivo proposto os resultados foram esclarecidos, onde evidenciaram que o uso contínuo dos AOs pode ocasionar alterações consideradas graves no sistema hemostático, como a TVP. Os eventos tromboembólicos acontecem no 1º ano de uso após o 4º mês (caso não haja sintomas), sendo seu efeito não cumulativo. Deve-se evitar trocas desnecessárias dos AOs sem orientação médica, pois essa troca frequente pode favorecer o surgimento da TVP. Sendo que a mesma pode evoluir para a TEP e trombose

cerebral, sendo que são formas reações adversas graves e raras, podendo levar a morte.

Devido o uso por milhões de mulheres no mundo, torna-se importante o conhecimento sobre eles, pois os fatores predisponentes aumentam o risco de desenvolver a doença. Por isso a procura por profissionais especializados (ginecologista), para indicação do AO que lhe ofereça menos risco. Para isso uma anamnese bem aplicada é indispensável no momento da consulta, para a melhor escolha do método contraceptivo lhe indicar, sendo que o dispositivo intrauterino (DIU) é o mais indicado para as mulheres que tem predisposição a doença.

REFERÊNCIAS

- 1- Veiga AGM, Santos IAT, Passari CR, Papino SJ. Tromboembolismo venoso. Moreira Junior editora. 2013; 70 (10): 335-41.
- 2-Brunner; Sucdarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 12º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
- 3- Ministério da Saúde. Saiba como evitar a trombose. Brasília, 2016. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/saude/2016/09/saiba-como-evitar-a-trombose>>. Acesso em: 14 abr 2017.
- 4-Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular. Trombose. São Paulo, 2016. Disponível em: < <http://www.abhh.org.br/educacao/fique-por-dentro-educacao/hematologia-de-a-a-z/fa>>. Acesso em: 12 abr 2017.
- 5-Oliveira HC, Lemgruber I. Tratado de ginecologia da FEBRASGO. 1º ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.
- 6-Margolis KL, Adami HO, Luo J, Ye W. Um estudo prospectivo de contraceptivo oral e o risco de infarto do miocárdio entre as mulheres Suecas. Fertility Sterility. 2007; (88): 310-16.
- 7- Paz ECM, Ditterich RG. O conhecimento das mulheres sobre os métodos contraceptivos no planejamento familiar. Revista Gestão & Saúde. 2009; 1 (1) :1- 10.
- 8- Finotti M. Manual de anticoncepção. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FRBRASGO), 2015.
- 9- VIKTOR M. Pílula causa trombose? Revista Online Viva Saúde. 2008. Disponível em: < <http://revistavivasauade.uol.com.br/Edicoes/50/artigo54700-2.asp>>. Acesso em: 19 maio 2017.
- 10- Brasil. Ministério da Saúde. ANVISA. Anticoncepcionais. Brasília. 2017. Disponível em: < <http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?>>. Acesso em: 10 abr 2017.
- 11- Rezende SN. Distúrbios da hemostasia: doenças hemorrágicas. Revista Médica de Medicina. 2010; 20 (4): 534-53.
- 12- Guyton AC, Hall JE. Fisiologia Humana e Mecanismo das Doenças. 6º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
- 13- Mesquita RSC. Revisão sobre a relação do uso de estrogênios e progestágeno e a ocorrência de trombose. [monografia]- Brasília: Universidade Católica de Brasília; 2014
14. Vivas WLP. Manual pratico de hematologia. 1º ed. 2010; (1) : 1-33. Disponível em: <<http://www.aa.medi.br/uploand/biblioteca/manual%20de%20hematologia.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2017.
- 15- Girello AL, Kiihn TIBB. Fundamentos da imuno - hematologia eritrocitraria. 4º ed. São Paulo: Senac; 2016.
- 16- White RH. The epidemiology of venous thromboembolism. Circulation. 2003; 107(23): 14-8.
- 17- Seligsohn V, Lubetsky A. Genetic susceptibility to venous thrombosis. N Engl J Med. 2001; 344 (16): 1222-31.
- 18- Barros MVL, Pereira VSR, Pinto DM. Controvérsias no diagnóstico e tratamento da trombose venosa profunda pela ecografia vascular. Jornal Vascular Brasileiro. 2012; 11(2): 137-43.
- 19- Vasconcelo AC. Alterações circulatórias: trombose. Patologia em hipertexto, Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2003. Disponível em <<http://www.depto.icb.umg.br/dpat/olt/trombose.htm>>. Acesso em: 15 maio 2017.
- 20 - Neto RAB. Trombose venosa profunda. Medicina net: Universidade de São Paulo – Hospital das clínicas da Faculdade de medicina. 2013. Disponível em: < http://www.medicinanet.com.br/conteudos/casos/5369/trombose_venosa_profunda.htm>. Acesso em: 10 maio 2017.
- 21 - Junior FM. Trombose venosa profunda: diagnóstico e tratamento. Projeto Diretrizes SBACV. Salvador: SBACV; 2015. Disponível em: < <http://www.sbacv.org.br/lib/media/pdf/diretrizes/trombose-venosa-profunda.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2017.
- 22- Yoshida WB. Tratamento convencional da trombose venosa profunda proximal: ainda uma boa opção? Jornal vascular Brasileiro. 2016; 15 (1): 1-3.
- 23- Rizzatti EG, Franco RF. Tratamento do tromboembolismo venoso. Simpósio: hematologia e trombose. 2001; (34): 269-75.

- 24- Penha GS, Damiano AP, Carvalho T, Lain V, Serafin JD. Mobilização precoce na fase aguda da trombose venosa profunda de membros inferiores. *Jornal Vascular Brasileiro*. 2009; 8(1):77-85.
- 25- Figueiredo MA. A terapia da compressão e sua evidencia científica. *Jornal vascular Brasileiro*. 2009; 8 (2): 100-2.
- 26- Bahamontes L, Pinho F, Melo NR, Oliveira E, Bahamondes MV. Fatores associados à descontinuação do uso de anticoncepcionais orais combinados. *Rev. bras. med. ginecol. obstet*. 2011; 33 (6): 303-9.
- 27- Poli MEH, Mello CR, Machado RB, Neto JSP, Spinola PG, Tomas G, et al. Manual de anticoncepção FREBASGO. *Femina*. 2009; 37 (9): 459-92.
- 28 - Corrêa EMC, Andrade ED, Ranali J. Efeitos dos antimicrobianos sobre a eficácia dos contraceptivos orais. *Rev. odontol. univ. SP*. 1998; 12 (3): 237-40.
- 29 - Arie WMY, Fonseca AM, Arie PY, Arie MHA, Bagnoli VR. Saúde da mulher: anticoncepção. Moreira Júnior Editora. 2006; 64 (3): 95-100.
- 30- Martins CT, Prado JJS, Couqueiro MB, Silva PAC, Caitano RD, Machado TLC, et al. Riscos secundários à utilização de anticoncepcionais por via oral na unidade básica de saúde deputado Gercino coelho no município de Guanambi no ano de 2012. *Rev. cient. facu. Guanambi*. 2012; 1 (2): 1-17.
- 31- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: Manual técnico. 4º. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 32- Coimbra BV, Pedrosa CAS. Anticoncepção hormonal – revisão sistemática da literatura. *Rev. cient. sem. acad*. 2017; 106 (1): 1-10.
- 33- Lobo RA, Romão F. Hormônios sexuais femininos e trombose venosa profunda. *Angiologia e Cirurgia Vascular*. 2011; 7 (4): 208 – 14.
- 34 - Brito MB, Nobre F, Vieira CS. Contracepção hormonal e sistema cardiovascular. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2011; 96 (4): 81 – 8.
- 35 – Stegeman BH, Raps M, Helmerhorst FM, Vos HL, Van Vliet HAAM, Rosendaal FR et al. Effect of ethinylestradiol dose and progestagen in combined oral contraceptives on plasma sex hormone – binding globulin levels in premenopausal women, *Journal Thromb Haemost*. 2013; 11: 203 – 5.
- 36 – Podovan FE, Freitas G. Anticoncepcional oral associado ao risco de trombose venosa profunda. 2015; 9 (1): 73 – 7.
- 37 – Conard J. Biological coagulation findings in third – generation oral contraceptives. *Hum Reprod Update*. 1999; 5 (6): 672 – 80.
- 38 – Vieira CS, Oliveira LCO, Sá MFS. Hormônios femininos e hemostasia. *Rev. bras. ginecol. e obstet*. 2007; 29 (10): 538 – 47.
- 39 – Simão JL, Nadari LC, Gracon PP, Lopes MAM. Uso de contraceptivos orais induzindo trombose mesentérica. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*. 2008; 30 (1): 75 – 7.
- 40 – Junge W, Mahn BH, Trummer D, Nerz M. Investigation on the hemostatic effect of a transdermal patch containing 0,55 mg ethinyl estradiol and 2, 1 mg gestodeno compared with a monophasic oral contraceptive containing 0,03 mg ethinyl estradiol and 0,15 mg levonorgestrel: an open – label, randomized, crossover study. *Drugs RD*. 2013; 13: 223 – 33.
- 41 – Agren UM, Anttela M, Liukku RM, Rantala ML, Rautiainen H, Sammer WF et al. Effect of a monophasic combined oral contraceptive containing norgestrel acetate and 17 β – estradiol compared with one containing levonorgestrel and ethinylestradiol on haemostasis, lipids and carbohydrate metabolism. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2011; 16: 444 – 57.
- 42 – Giribela CRC, Rubina MC, Melo NR, Plentz RDM, Angelis K, Cansolin – Colombo FM. Effect of a low – dose oral contraceptive on venous endothelial function in healthy young women: preliminary results. *Clinics*. 2007; 62 (2): 151 – 8.
- 43 – Roach REJ, Liffring WM, Vlieg AVA, Rosendaal FR, Cannegieter SC. The risk of venous thrombosis in individual with a history of superficial vein thrombosis oral acquired venous thrombotic risk factors. *Blood*. 2013; 122 (26): 4264 – 69.
- 44 – Roach REJ, Liffring WM, Helmershorst FM, Cannegieter SC, Rosendaal FR, Vlieg AVA. The risk of venous thrombosis in women over 50 years old using oral contraception or postmenopausal hormone therapy. *Journal of Thrombosis and Haemostases*. 2013; 11: 124 – 31.

O RECONHECIMENTO DA IDENTIDADE RACIAL NA EDUCAÇÃO INFANTIL

RECOGNITION OF RACIAL IDENTITY IN EARLY CHILDHOOD EDUCATION

Hellen Araujo Queiroz¹, Jady Beatriz Siqueira Alvarenga², Iel Marciano de Moraes Filho³, Ariana Fidelis⁴,
Leila Mendes Araujo⁵, Lidia Mendes de Araujo⁶.

Como citar: Queiroz HA, Alvarenga JBS, Moraes-Filho IM, Fidelis A, Araújo LM, Araújo LM. O reconhecimento da identidade racial na educação infantil. Rev. Cient. Sena Aires. 2018; 7(1): 66-75.

RESUMO

Avaliou-se o transcorrer da construção da identidade de uma criança afrodescendente nas Escolas Brasileiras. Trata-se de uma revisão da literatura científica realizada em abril de 2017 na Biblioteca Virtual em Educação (BVE), Periódicos Capes e o Google Acadêmico por meio dos descritores: Identidade, criança, educação infantil, racista, professor. O estudo fora dividido em três vertentes: 1. A identidade do afrodescendente; 2. Desenvolvimento da Identidade da Criança; 3. O Papel do professor na construção da Identidade da criança afrodescendente. A identidade da criança afrodescendente é construída nas séries iniciais da educação básica, ressaltando assim o papel fundamental em que a escola e os fatores que a compõem, como professores, livros didáticos, e quaisquer outros desempenham nesse processo. O professor deve se preparar para lidar com esses assuntos em sala de aula, e não apenas propagar estereótipos sobre a identidade da criança afrodescendente. Pensando nessa sociedade onde a intolerância, o desrespeito, preconceitos, racismos e discriminações têm estado tão presentes, as escolas e seus professores, são agentes com função mediadora pautam a capacidade de influenciar os cidadãos em processo de formação, assim devem lutar e buscar uma educação igualitária, que seja democrática e cidadã e valorize as identidades das crianças negras. Que essas crianças possam falar, mostrar e "vestir" sua identidade, sem medo e com orgulho.

Descritores: Identidade; criança; educação infantil; racista; professor.

ASBTRACT

We evaluated the construction of the identity of an Afrodescendant child in the Brazilian Schools. This is a review of the scientific literature conducted in April 2017 in the Virtual Library in Education (BVE), Capes Periodicals and Google Scholar through the descriptors: Identity, child, child education, racist, teacher. The study was divided into three strands: 1. The identity of Afrodescendant; 2. Development of the Identity of the Child; 3. The role of the teacher in the construction of the Afrodescendant child's identity. The identity of the Afrodescendant child is built in the initial series of basic education, highlighting the fundamental role in which the school and the factors that compose it, such as teachers, textbooks, and any others play in this process. The teacher must prepare to deal with these issues in the classroom, not just propagate stereotypes about the identity of the afrodescendant child. Thinking in this society where intolerance, disrespect, prejudice, racism and discrimination have been so present, schools and their teachers, are agents with a mediating role are the ability to influence citizens in the process of formation, so they must fight and seek an education egalitarian, democratic and citizenship and values the identities of black children. May these children speak, show and "dress" their identity, without fear and with pride.

Descriptors: Identity, child, early childhood education, racist, teacher.

REVISA

¹ Pedagoga. Licenciada em Pedagogia. Secretaria de Estado de Educação, Cultura e Esporte. Goiânia, GO, Brasil.
hellenzinha2305@hotmail.com

² Pedagoga. Licenciada em Pedagogia. Universidade Estadual de Goiás. Itaberaí, GO, Brasil.
jadyb3@gmail.com

³ Enfermeiro. Mestre em Ciências Ambientais e Saúde. Universidade Paulista. Goiânia, GO, Brasil.
ielfilho@yahoo.com.br

⁴ Psicóloga. Mestre em Psicologia. Secretaria de Segurança Pública do estado de Goiás. Goiânia, GO, Brasil.
arianafidelis.a@gmail.com

⁵ Graduação em Pedagogia licenciatura plena. Pós-graduação em Psicopedagogia. Professora Efetiva SEDUCE - Goiânia - GO.
leilams63@gmail.com

⁶ Historiadora. Especialista. Secretaria de Estado de Educação, Cultura e Esporte. Goiânia, GO, Brasil.
lidia.araujo@seduc.go.gov.br

Recebido em: 08/04/2018
Aceito em: 08/06/2018

INTRODUÇÃO

O Brasil é um país com riquíssimo conteúdo cultural devido às inúmeras etnias que compõem sua sociedade. Porém mesmo diante dessa pluralidade cultural, o país possui inúmeras desigualdades étnicas. Essa desigualdade se faz presente em diversos aspectos da sociedade: no âmbito educacional, quando, por meio de pesquisas, é mostrado que negros ainda possuem o menor índice de escolaridade; no âmbito social, quando os empregos com remuneração muito baixa e moradias precárias são destinados aos afrodescendentes.¹⁻⁴

Essa desigualdade é resultado de sentimentos como o preconceito e racismo, que acompanham uma identidade negra marcada por estereótipos, construída por uma etnia branca, que se julga melhor e superior.¹⁻⁴

O foco do trabalho é saber como ocorre a construção da identidade de uma criança afrodescendente nas escolas, quais os desafios que essa criança enfrenta nas salas de aulas, sabendo que vivemos em uma sociedade que tenta mascarar o preconceito, o racismo e as discriminações, ignorando essas verdades e silenciando diante dos acontecimentos, que serão discutidos abaixo.¹⁻⁴

MÉTODO

Trata-se de uma revisão da literatura científica realizada em abril de 2017 na Biblioteca Virtual em Educação (BVE), Periódicos Capes e o Google Acadêmico por meio dos descritores: Identidade, criança, educação infantil, racista, professor.

Para a seleção dos artigos utilizou-se como critérios de inclusão o período de publicação entre os anos de 2001 e 2016, no idioma português. Foram excluídos os textos que não tratavam de identidade racial, e as diferentes dificuldades que as crianças negras perpassam na educação infantil. As informações foram confrontadas com base na literatura em vigência.

A Identidade do Afrodescendente

O conceito de identidade tem sido bastante discutido pelas ciências sociais devido a uma maior conscientização das pessoas que integram os grupos dos considerados marginalizados: mulheres, homossexuais e negros. Esses grupos vêm buscando cada vez mais serem vistos, e reconhecidos, e tratados com igualdade de direitos¹⁻⁴

No dicionário digital Michaelis ¹, o termo identidade tem a seguinte definição: “Série de características próprias de uma pessoa ou coisa por meio das quais podemos distingui-las.” Essa definição deixa claro que a identidade é utilizada para distinguir algo ou alguém através de suas características pessoais. A construção da identidade de um indivíduo é um processo que se caracteriza nas expressões de grupos sociais, étnicos, mas que toma características individuais, ditando sua forma de ver e agir no mundo e com as pessoas.

“Identidade refere-se a um contínuo sentimento de individualidade que se estabelece, valendo-se de dados biológicos e sociais. O indivíduo se identifica reconhecendo seu próprio corpo, situado em um meio que o reconhece como ser humano e social. Assim, a identidade resulta da percepção que temos de nós mesmos, advinda da percepção que temos de como os outros nos veem. Desse modo, a identidade é concebida como um processo dinâmico que possibilita a construção gradativa da personalidade no decorrer da existência do indivíduo” ²

A construção da identidade é um processo dinâmico no decorrer de todo o processo de desenvolvimento do indivíduo.

“O caráter dinâmico da identidade não diz respeito apenas a

sua construção histórico-social, pois expressa-se, também, quando se caracteriza a identidade como espécie de complexo de facetas virtuais, que vão se atualizando na teia de relações sociais, a partir de sua manipulação por parte de seu portador, ou dos agentes sociais, sempre em função do contexto ou da situação em que se encontram ou com os quais interagem".³

Nyamien⁴ afirma que existem duas identidades, pessoal e a social. A identidade pessoal trata-se, de algo único e moldado pelo próprio indivíduo, de acordo com a forma que enxerga o mundo e a si mesmo. Já a identidade social é aquela em que o indivíduo, juntamente com sua identidade pessoal, insere-se no mundo e percebe como o mundo o vê, o influencia, e com o que esse indivíduo se identifica. Pensando nisso, Chagas⁵ e Goffman⁷ defendem que para o negro construir sua identidade positiva é preciso conquistá-la em três dimensões interdependentes: a identidade social, identidade pessoal e a identidade do eu – as concepções e sentimentos que o indivíduo adquire em relação a si.

Nyamien⁴ defende a ideia de que a sociedade foi construída baseando-se na ideologia da superioridade da etnia branca, ante a inferioridade da etnia negra, fazendo com que o grupo considerado superior, mesmo na atualidade, procure manter essa superioridade e seu posto de poder sobre o grupo inferiorizado.

É preciso que haja o reconhecimento e a afirmação da identidade negra, pois, tudo que não é reconhecido, ou percebido como diferente, é visto como: inferior, estranho e incomum.²

Essa visão deturpada da etnia negra ser inferior e que os brancos como etnia dominante lança uma dificuldade no próprio negro no processo de formação da identidade, fazendo com que surja a necessidade de "embranquecer", negando ou ocultando sua cultura, tentando se assemelhar ao máximo com o grupo considerado superior, muitas vezes até mesmo propagando, ele mesmo, mais preconceito dentro do grupo ao qual pertence, numa tentativa de fugir de perseguições e situações que são obrigadas a passar diariamente devido a sua cor. Nyamien⁴ defende que essas ideias, favorecedoras de uma etnia, uma cultura sobre a outra, refletem claramente a existência desse imaginário coletivo carregado de noções preconceituosas e negativas sobre os negros: eles são julgados de antemão simplesmente pela cor da pele, e essa fato interfere e confunde mais ainda a formação de uma identidade positiva.

Pelo fato de negros muitas vezes tentarem negar sua etnia, a teoria do branqueamento se mostra existente quando muitos negros não se consideram negros, mas sim mestiços, morenos, e surge até mesmo termos como "bronzado", mostrando então uma tentativa de se aproximar da cor branca.

Existe uma certa dificuldade em discutir as relações étnicas no território brasileiro, e que esse está envolto "em um manto de democracia racial", o que não pode ser verdade, pelo fato do Brasil ser um país com tanta exclusão social e uma diversidade étnica tão grande. E é comum diante de situações preconceituosas o sujeito que as sofre tentar se afastar ou ignorar a situação, numa tentativa de se proteger e negar aquilo.

"A ideia de que vivemos numa democracia racial é resistente e, portanto, é difícil de enfrentar e lutar contra esse mito, visto que essa realidade é aceita pela sociedade. Podemos considerar o racismo como elemento arraigado no nosso comportamento, porque faz parte da tecnologia de poder utilizada na sustentação da sociedade normalizadora em que vivemos. O racismo é um sistema de dominação, tem um caráter ideológico. Atuando no sentido em que o próprio afrodescendente introjeta a ideia de inferioridade, levando-o na ação cotidiana, a buscar um afastamento do seu grupo de origem e uma aproximação

com o outro considerado o tipo ideal – branco”.⁴

Moura⁷questiona também a existência da ideologia da democracia racial, afirmando que em um país como o Brasil, onde não se tem plena e completa democracia social, política, econômica e cultural, não se pode ter uma democracia racial. E que essa ideologia é um instrumento utilizado pela hegemonia branca para mascarar e ignorar todo o brutal processo de discriminações que o Brasil e sua população sofrem.

[...] uma fachada despistadora que oculta e disfarça a realidade de um racismo tão violento e destrutivo quanto aquele dos Estados Unidos ou da África do Sul. [...] Não se resolvem problemas utilizando-se o método do avestruz: o método de ignorar a realidade concreta metendo a cabeça na areia.⁸

A identidade negra não surge apenas da tomada de consciência de uma diferença na cor da pele. Acredita-se que a construção da identidade acontece juntamente com um longo processo histórico que se inicia com a chegada dos navegantes portugueses ao continente africano (...) a identidade negra é entendida, aqui, como um processo construído historicamente em uma sociedade que padece de um racismo ambíguo e do mito da democracia racial. Como qualquer processo para a construção da identidade, ela se constrói no contato com o outro, na negociação, na troca, no conflito e no diálogo; (...) ser negro no Brasil é tornar-se negro.

Em outras palavras, assumir-se negro é um ato político: trata-se de tomar para si a história e cultura do grupo, suas raízes, suas lutas. “A construção da identidade, assim como a construção da própria vida, é movimento incessante, é exercício cotidiano, é ato político”.⁴

Diante desses fatos, é possível perceber que a construção da identidade para o negro acaba sendo um processo mais complexo, sendo indispensável que o indivíduo tenha onde tirar apoio e base, influências positivas e negativas, para seu crescimento como pessoa. É onde surge a importância da família como primeiro objeto influenciador, dos amigos como influências diárias, da escola como um local privilegiado para se construir e evoluir a identidade do indivíduo e do professor como mediador de todo esse processo.

É também quando entra a importância do respeito e da identificação das identidades, da importância de se reconhecer no outro como igual, porém, sem deixar de ver as diferenças de cada um, principalmente em um país como o Brasil, com tantas raças e culturas diferentes.

Desenvolvimento da Identidade da Criança

Mesmo ainda no útero a identidade da criança já está sendo formada, devido à forte ligação entre a mãe e o bebê. A criança sofre a influência dos pais diretamente. Mas, toda a sua ancestralidade irá influenciar na identidade que está sendo construída, mesmo que inconscientemente, pois, a cultura de seus antepassados está inserida em seu cotidiano, como também o contexto social.

Para as crianças, o que vale são os exemplos e as experiências vividas, elas irão espelhar suas próprias atitudes em seus pais e nos modelos de outros adultos.

Neste sentido, cada elemento que a criança encontra no decorrer de sua vida poderá deixar alguma marca em sua história. A “identidade é metamorfose, um processo de constituição do eu que promove constantes mudanças pelas condições sociais e de vida que o indivíduo está inserido.”⁹

Nenhum ser humano está completamente livre de preconceitos, porém, se a criança cresce em uma família onde esses assuntos são ignorados, ou são ensinados de forma distorcida, a criança tende a crescer com essa ideia ligada a sua moral e suas atitudes.

A construção da identidade da criança afrodescendente na escola

Desde 1988, a Constituição Brasileira reconhece o direito à educação para crianças menores de sete anos:

I - educação básica obrigatória e gratuita dos 4 (quatro) aos 17 (dezesete) anos de idade, assegurada inclusive sua oferta gratuita para todos os que a ela não tiveram acesso na idade própria; [...] IV - educação infantil, em creche e pré-escola, às crianças até 5 (cinco) anos de idade.¹⁰

E o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8096/91), lhes assegura

Art. 15. A criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade;

Art. 53. [...] direito de ser respeitado por seus educadores;

Art. 58. No processo educacional respeitar-se-ão os valores culturais, artísticos e históricos próprios do contexto social da criança e do adolescente, garantindo-se a estes a liberdade da criação e o acesso às fontes de cultura.¹¹

É, então, papel da escola como instituição educadora, assegurar que as diferenças de etnia, religião, gênero e classe social sejam respeitadas. E também o acesso a todas elas em um sinal de reconhecimento, mostrando que não há uma melhor ou superior que a outra. Cabe à escola propiciar experiências socializadoras de que somente a família não é capaz, pois a criança terá um contato com diferenças que não existem no seu grupo familiar.

A escola deve apropriar-se de sua própria identidade, para então poder lidar com a identidade de seus alunos, o que também é um processo complexo porque, a escola passa por uma “esquizofrenia pedagógica”, devido às muitas identidades que lhe são atribuídas. A identidade burocrática, que a legislação impõe, e a identidade idealizada, que é como a própria escola se vê.

Surge então a necessidade de trabalhar a questão dos limites entre o individual e o social, respeitando sua singularidade e individualidade. A escola é um grande agente influenciador na construção da identidade em todos os aspectos que a compõem: professores, alunos, os livros, atividades realizadas e até mesmo a decoração das salas e corredores do ambiente escolar.

O silêncio pedagógico que muitas vezes a criança negra sofre no contexto escolar como por exemplo, a exclusão da história luta dos negros, a ascensão do ideal da cultura branca, torna difícil para essa criança negra se reconhecer em qualquer modelo que a escola apresente, o que pode gerar sensação de exclusão.

O reconhecimento positivo das diferenças deve ser estimulado desde os primeiros anos de vida. E esse é também o papel da escola, desde as séries iniciais, porém, a questão racial na maioria das vezes é simplesmente ignorada. Cavalleiro² defende a noção de que os temas etnia e racismo são muito pouco, ou quase nada, discutidos nas escolas, o que impede uma boa relação étnica entre os indivíduos ali presentes. Ignorar essa existência das diferenças raciais pode passar duas ideias, e todas elas negativas. A primeira é de que se não é falado, é porque não é algo que valha a pena ser discutido, e a segunda, a de que a etnia negra é de fato inferior, portanto, não precisa ser mencionada.²

O sistema formal de educação é, muitas vezes, desprovido de elementos propícios à identificação positiva de alunos negros com o sistema escolar. Oliveira e Bernardes aponta que para tratar de identidade étnico-racial na escola, é preciso contextualizar a realidade da criança com o que é visto e utilizado em sala de aula, seja em situações ou materiais, e que para isso é preciso apropriar-se do que é produzido sobre o tema.¹²

A ideologia do branqueamento surge mesmo nos livros didáticos, onde, os negros são pouco representados e quando acontece, são colocados em papéis de pouco destaque ou imagens negativas, reforçando estereótipos, e impedindo uma educação inclusiva e democrática. Essas representações atribuem ao negro sempre o papel de empregado, ou o de escravo, mas nunca em uma situação de poder ou destaque o uso frequente dessa imagem passa uma mensagem para a criança negra: aquele é o único papel que ela será capaz de exercer.¹²

É preciso que as escolas desenvolvam ações pedagógicas que combatam o racismo, o preconceito e as discriminações. Mesmo na Educação Infantil, são expressivos os elementos de racismo, sejam eles, os materiais pedagógicos ou noções deturpadas de identidade e expressividade, assim como valores culturais da população africana.

É preciso que haja maior sensibilidade por parte das escolas em investir na formação de seus professores sobre diversidade étnica-cultural, para que a prática do silêncio seja substituída pela prática do reconhecimento, e que os professores saibam lidar com a temática da construção da identidade afrodescendente, principalmente na Educação Infantil, que é onde se dá a base para a formação de um indivíduo, utilizando de todos os materiais disponíveis para isso.

O papel do professor na construção da identidade da criança afrodescendente

O fato da identidade ser construída e moldada nas relações sociais faz-se necessário que essas relações sejam vistas com muito cuidado, sempre levando em conta as influências e marcas que a criança poderá interiorizar por meio delas.

Por esse motivo, o papel do professor nessa fase é de extrema importância, pois, caberá a ele mediar o processo da construção de identidade e saber lidar com os obstáculos que surgirão. O educador atuante nessa fase deve promover situações em que a criança reconheça suas particularidades, mas que saiba conviver com as particularidades das outras crianças.

Não apenas a formação deve ser considerada, mas também a postura do professor em sala de aula. Esse deve estar sempre disposto a trabalhar para alcançar todas as crianças com as quais trabalha diariamente, sem as diferenciar por qualquer aspecto, procurando ser o exemplo moral e ético de que a criança precisa.

As crianças nem sempre percebem quando ocorre uma situação de discriminação entre os próprios professores, porém, isso não significa que essa discriminação sofrida não possa ser assimilada em estereótipos negativos, seja pela criança negra ou branca.

Na ideologia da democracia racial, muitas vezes é negada a existência do racismo por parte dos professores, pois eles não falam sobre o assunto. Mas ignorar o assunto não faz com que ele deixe de existir e, menos ainda, não impede que a criança negra sofra discriminações.

Muitas vezes, por ser tão comuns e “silenciosas”, as discriminações passam até mesmo despercebidas pelos professores e pelos alunos que as cometem. Professores em sala de aula defendem a posição de que há sempre uma boa convivência multiétnica entre as crianças, ignorando mais uma vez o problema. Por falta de preparo dos profissionais em sala de aula, esses acontecimentos que estão diante deles são ignorados, tornando impossível tratar o tema de forma saudável. Com essa atitude indiferente dos professores, a criança que sofre o preconceito e a discriminação, muitas vezes, nem mesmo relata ao professor o ocorrido, pois sabe que esse não lhe prestará auxílio.

A criança precisa de modelos e representações para seguir, para poder desenvolver sua própria identidade, o seu próprio “ser”, e ela vê muitas vezes os professores como esse modelo. Espera-se que a escola seja o local onde a criança possa estruturar de forma mais sólida o que deveria ter sido iniciado em casa: a consciência étnica, cultural e social.

A questão racial não deve ser ignorada pelos professores, e principalmente, começar das formas simbólicas que homens, mulheres, crianças, jovens e adultos negros usam para construir sua identidade dentro e fora do ambiente escolar.

Gomes¹³ defende a noção de um desafio que cabe ao professor superar, compreender a complexidade da construção da identidade negra, sem deixar de considerar o corpo e a estética em tudo que ela aborda, desde o cabelo, até quem sabe, a forma de se vestir, pois, o corpo e o cabelo são linguagens que podem representar toda uma cultura. É essa interferência do professor que vai fazer a diferença sobre desfazer os estereótipos negativos já impostos às crianças, substituindo-os por uma representação positiva.

Promover uma educação para o entendimento das diferenças étnicas, livre de preconceitos, representa uma possibilidade real da formação de sujeitos menos preconceituosos nas novas gerações [...] Tal prática pode agir preventivamente no sentido de evitar que pensamentos preconceituosos e práticas discriminatórias sejam interiorizados e cristalizados pelas crianças, num período em que elas se encontram muito sensíveis às influências externas, cujas marcas podem determinar sérias consequências para a vida adulta.²

O trabalho com essas formas simbólicas e representativas não só serve para expor a todos a beleza e os aspectos positivos que compõem a identidade negra, como também ajuda as crianças a tratarem todos com igualdade, levando em conta as diferenças e respeitando-as, para que talvez assim eliminem cada vez mais as desigualdades e a violência acarretadas pelo preconceito.²

Lei 10.639/2003 e a Formação do Professor

A Lei nº 10.639/2003 faz parte de um longo processo que vem ganhando cada vez mais força e espaço, na busca por uma educação mais democrática que combata o preconceito e as discriminações, que contribua para que a cultura afrodescendente seja vista com orgulho e dignidade. Ela estabelece a obrigatoriedade da inclusão no currículo do ensino básico de História e da Cultura Afro-brasileira, e tem como objetivo a contribuição de eliminação dos preconceitos e valores racistas, promovendo desta maneira um maior conhecimento sobre a História, luta e formação cultural do país, enfatizando os africanos trazidos ao Brasil como escravos e seus descendentes.¹³

É comum nas salas de aulas ensinar que o Brasil foi descoberto pelos portugueses, e que os africanos contribuíram apenas com a mão de obra escrava na construção do país. Sabe-se que 54 % da população brasileira são de negros (IBGE, 2015), porém, sendo que perfazem 17% dos mais ricos e três quartos da população mais pobre e ainda existe um profundo desconhecimento, desrespeito e ignorância da relação e da influência que a cultura africana teve nos costumes e cultura brasileira.¹⁴

Foi com a promulgação da Constituição Brasileira de 1988 que esse aspecto de ignorar a cultura africana, seu papel e influência na cultura brasileira começou a ser mudado¹⁰. O Art. 5º da Constituição Federal defende que

Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade.¹⁰

Porém, mesmo com essas mudanças, a relação étnica racial no país continuava precária, e o reconhecimento da cultura afro-brasileira permanecia na mesma situação, cercado por discriminações e estereótipos negativos.

O Parecer do Conselho Nacional de Educação/Conselho Pleno - CNE/CP 03/2004, que estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN's para a Educação

das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-brasileira e Africana em caráter Nacional e nos Estados da Federação, prever um importante avanço para implantação do estudo étnico racial, no país, com a inclusão da temática africana no currículo escolar.¹⁵

É importante que ocorra o processo de reconhecimento, respeito e integração cultural nas escolas, sendo, o Brasil um país com uma enorme diversidade cultural, diante as constantes mudanças no mundo é preciso priorizar a formação contínua de professores, bem como o aperfeiçoamento do currículo.¹⁵

A formação dos professores é um tema tão importante, espera-se que eles alcancem o patamar imposto pelo sistema, pelo governo, mas não recebem base ou apoio para isso, já que são os profissionais mais diretamente envolvidos com os processos e resultados da aprendizagem escolar.”¹⁶

Não é só incumbido ao professor ensinar conteúdos escolares, como português e matemática, mas também, ajudar os alunos a tornarem-se sujeitos pensantes, capazes de apropriação crítica da realidade. Dessa forma, é necessária uma educação que busque criar sujeitos críticos, cientes de seu papel político, para que a futura geração não seja de jovens que aceitam tudo aquilo que é imposto pelas grandes mídias sem contestar.

Libâneo defende a ideia que diversos estudos têm apontado os problemas de formação inicial e continuada do professor, e criticado a rigidez curricular e metodológica dos cursos de formação e o desligamento da prática.¹⁶

A formação do professor é objeto indispensável para mediar o processo educacional e também no auxílio da construção da identidade da criança de forma eficaz, pois um professor com conhecimentos de diversidade étnico-cultural terá um leque maior de métodos para abordar o assunto de diferentes etnias, de culturas e outras. Um professor que entende da História do Brasil, de como o negro foi trazido, de sua luta com a vinda até a América, o reconhecimento de que a história do negro vai muito além apenas da escravização, vai ter uma capacidade maior de mostrar a identidade negra como algo positivo, da importância que o negro desempenhou no Brasil Colônia e desempenha até hoje.¹⁶

A formação docente tem se mostrado um desafio constante para o avanço profissional e para o aprimoramento educacional. Mesmo com a democratização do ensino pela qual a educação brasileira passou, ainda são enormes as dificuldades em relacionar a diversidade e a formação do docente. Um desses problemas está nos cursos superiores de licenciatura, onde, algumas vezes são ensinados apenas os conteúdos básicos e essenciais específicos para a área.

Durante a formação inicial e continuada, é preciso instigar o lado investigador do professor, pois esse não pode se tornar apenas um reproduzidor de atividades já prontas, tornando sua prática educativa algo mecânico que não atinge verdadeiramente seus alunos. Para isso é necessário que o docente investigue e adote práticas de pesquisas, que busque a “compreensão dos processos de aprendizagem e desenvolvimento de seus alunos e a autonomia na interpretação da realidade e dos conhecimentos que constituem seu objeto de ensino.”¹⁵ Além do fato de que a prática educativa não é algo congelado no tempo, ela vem sempre mudando e, portanto, são necessárias pesquisas e adaptações para essas mudanças.¹⁵

Em sala de aula, é papel do professor possibilitar ao aluno o domínio dos conteúdos escolares de determinada área, mas para que isso aconteça de uma forma satisfatória, é preciso que o educador também tenha se apropriado de forma completa dos conteúdos a serem ministrados. Os cursos de formação básica para a formação de professores, muitas vezes, não oferecem a base adequada para uma atuação profissional de alta qualidade. Assim, a necessidade de uma educação continuada surge tanto de forma compensatória quanto para aprofundamento e atualização dos conhecimentos.

A formação continuada é um assunto relativamente novo que se intensificou na década de 80. Ela assume diversos modelos, desde cursos rápidos até os mais extensos.

Por mais que muitas vezes a formação continuada adote o caráter compensatório por uma educação inicial de baixa qualidade, a sua importância e seu valor não devem ser ignorados, pois ela traz consigo a vontade de aprimoramento e constante reflexão das práticas educativas e a ampliação de conhecimentos técnicos.

A formação continuada dá o respaldo teórico para que o educador renove e desenvolva seu trabalho. É ela que possibilita ao educador aquisição mais específica sobre conteúdos, pois o leva a reestruturar e intensificar conhecimentos adquiridos na formação inicial, tornando-o mais capacitado para as exigências que a sociedade lhe impõe, transformando então a prática docente mais significativa e profunda. A educação continuada é o caminho para uma educação de qualidade no ensino público, resultando em novos conhecimentos para um trabalho com maior êxito, melhorando a prática docente e formação profissional em todos os sentidos.

Essa exigência da sociedade faz com que a formação continuada não seja apenas necessária para uma melhor educação, mas também para satisfação pessoal do profissional. O professor se torna mais reflexivo e assim capaz de lidar com diversos desafios que possam surgir em sua vida, profissional ou pessoal.

CONCLUSÃO

O estudo teve como objetivo clarificar como é a identidade da criança afrodescendente construída nas séries iniciais da educação básica, o papel da escola e os fatores que a compõem.

O objetivo escolar educacional e desenvolver uma educação igualitária, que respeite e reconheça as diferenças das crianças e para as crianças, é importante, assim como é o dever dos profissionais da educação, da escola e do governo.

Quanto mais novas, mais as crianças são abertas ao aprendizado e a influências, sejam negativas ou positivas, portanto, é também dever do professor educar ensinando o respeito ao diferente, mostrando que as diferenças não fazem um sujeito melhor ou superior que o outro, e essas diferenças é que nos fazem tão especiais e únicos.

O silêncio perante as situações de violência devido às diferenças étnicas só reforça esse sentimento de superioridade da etnia branca, criando uma falsa ilusão de um relacionamento étnico saudável em sala de aula. Ignorar o preconceito, o racismo e as discriminações não é a solução, não vai fazer com que as atitudes desapareçam ou deixem de acontecer. O contrário, só fará com que aumente e deixe o indivíduo que sofre a agressão com sentimento de inferioridade e insegurança, sentido que não tem nem mesmo o direito de lutar contra essas atitudes, provocando aí outro silêncio. Isso ocasiona estresse movido pelo sofrimento moral que é originado por comunicantes no conviver educacional, podendo oportunizar o desenvolvimento de patologias de caráter psicológico, levando a uma maior possibilidade de isolamento social.

A educação é o primeiro passo para criar uma geração de pessoas livres de preconceitos, que reconheçam na diferença do outro, não algo para ser temido ou odiado, mas sim uma história de ancestralidade tão rica em cultura e importância quanto a sua, que reconheça a diferença e a respeite.

Não vai ser de um dia para o outro que esse respeito irá nascer, por isso é preciso que os professores estejam sempre atentos à forma com que educam, busquem diariamente mostrar a importância das diferenças, do reconhecimento da diversidade étnica e do quanto essa discriminação pode acarretar males na sociedade e na consciência das crianças que interiorizam esses sentimentos que podem causar marcas e feridas profundas até a vida adulta.

Para que o professor esteja realmente preparado para lidar com esses assuntos em sala de aula, e não apenas propague mais estereótipos sobre a identidade da criança afrodescendente, é importante que tenha uma formação adequada e de qualidade, que não se limite apenas à educação inicial que muitas vezes propicia apenas conhecimentos específicos de uma área.

Essa formação inicial e continuada para o professor precisa estar contextualizada com a realidade do país, pois a educação não acontece apenas na sala de aula. A escola é peça importante na sociedade, portanto, ela precisa estar relacionada com tudo o que acontece nela.

A diversidade é um assunto polêmico da nossa geração, pois ela vem sendo a causadora de muitas atitudes violentas, que terminam até mesmo em mortes, tornando então a diversidade e o preconceito que anda lado a lado com ela um problema que precisa ser trabalhado nas escolas.

Pensando nessa sociedade onde a intolerância, o desrespeito, preconceitos, racismos e discriminações têm estado tão presentes, as escolas e seus professores, como agentes mediadores e influenciadores, devem lutar e buscar uma educação igualitária, que seja democrática e cidadã e valorize as identidades das crianças negras. Que essas crianças possam falar, mostrar e “vestir” sua identidade, sem medo e com orgulho.

REFERÊNCIAS

1. Identidade, Michaelis On-Line. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/identidade/>>. Acesso em: 18 fev 2018
2. Cavalleiro ES. Do silêncio do lar ao silêncio escolar. São Paulo: Contexto; 2000.
3. Pereira J - A criança negra: identidade étnica e socialização. Disponível em: <<http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/cp/article/view/1268/1270>>. Acesso em: 18 fev 2018.
4. Rodrigues FGN. Educação e identidade étnico-racial. 1º Simpósio Nacional de Educação; XX Semana da Pedagogia . Cascavel - PR - Universidade Estadual do Oeste do Paraná; Disponível em: <<http://www.unioeste.br/cursos/cascavel/pedagogia/eventos/2008/1/Artigo%2071.pdf>>. acesso em: 18 fev 2018.
5. Corrêa CC - Negro, uma identidade em construção : dificuldades e possibilidades. Petropolis: Voces; 1997.
6. Goffman E - Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
7. Moura C - Dialética radical do Brasil negro.
8. Negros de Cedro: estudo antropológico de um bairro rural de negros em Goiás / Mari de Nasare Baiocchi; Disponível em: <<https://trove.nla.gov.au/version/26078184>>. Acesso em: 18 fev 2018
9. Ciampa A - A estória do Severino e a história da Severina. São Paulo: Editora Brasiliense; 1993.
10. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
11. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei 8.069/90, de 13 de Julho de 1990. Brasília, DF: Senado Federal; 1990.
12. Oliveira M, Meneghel S, Bernardes J. Modos de subjetivação de mulheres negras: efeitos da discriminação racial. *Psicol Soc.* 2009;21(2):266-74.
13. Brasil. Altera a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da Rede de Ensino a obrigatoriedade da temática "História e Cultura Afro-Brasileira", e dá outras providências. Lei nº 10.639, de 9 de janeiro de 2003. Brasília, DF: Senado Federal; 2003.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: negros são 17% dos mais ricos e três quartos da população mais pobre. Agência Brasil - Últimas notícias do Brasil e do mundo. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-12/ibge-negros-sao-17-dos-mais-ricos-e-tres-quartos-da-populacao-mais-pobre>>. Acesso em: 18 fev 2018.
15. Diretrizes curriculares nacionais para a educação das relações étnico-raciais para o ensino de história e cultura afro-brasileira e africana. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, Ministério da Educação; 2004.
16. Libâneo JC. O dualismo perverso da escola pública brasileira: escola do conhecimento para os ricos, escola do acolhimento social para os pobres. *Educ. Pesqui.* 2012;38(1): 13-28.